



Rapport Sectoriel 2017

La FEDITO BXL est soutenue par la Commission Communautaire française



Partie 1 : analyse de l'évolution des problématiques sociales et de santé que rencontre notre secteur

1. Evolution des politiques sociales et de santé

1.1. Une politique drogues belge discutable et non appliquée...

En Belgique et à Bruxelles, les politiques en matière de drogues subissent les répartitions de compétences peu cohérentes qui se sont accumulées au fil des réformes de l'Etat. Les politiques de santé sont aujourd'hui éclatées entre les niveaux fédéral, régional et communautaire, et entre les commissions communautaires à Bruxelles... Si effectivement la 6ème réforme de l'État a pu aller plus avant dans la régionalisation des compétences et dans la clarification de leur partage, **il subsiste d'importantes difficultés liées, grosso modo, à des compétences régaliennes dans le chef du fédéral, et des compétences de santé et de prévention et sécurité dans le chef des commissions communautaires et régions.**

C'est effectivement le niveau fédéral qui définit la politique drogues prise au sens large, dont le secteur spécialisé bruxellois doit malheureusement régulièrement souligner les incohérences. La loi drogues date de près d'un siècle, puisqu'elle a été publiée le 24 février 1921. Cette loi, écrite au sortir de la première guerre mondiale, a bien été modifiée en certains points, notamment pour permettre l'organisation des traitements de substitution aux opiacés. Dans sa logique générale, toutefois, elle se base avant tout sur la criminalisation des drogues, notamment par leur vente et leur trafic, mais aussi par leur possession, leur détention, voire même la facilitation de leur consommation.

Or, **cette criminalisation des usagers de drogues aboutit selon nous à une sanction pénale d'un problème de santé**, sanction équivalente à une double peine et n'ayant aucune vertu préventive ou curative. Un autre effet pervers de cette criminalisation est l'accès difficile, aléatoire, à discrétion, des usagers de drogues aux dispositifs socio-sanitaires non spécialisés. **C'est pourquoi le secteur spécialisé bruxellois, accompagné de divers partenaires, a lancé la campagne STOP 1921 (www.stop1921.be) (Cfr Partie 3).**

Pourtant, **c'est cette logique de la « tolérance zéro » qui prévaut dans le dernier arrêté royal concernant les substances stupéfiantes et psychotropes, publié le 26 septembre 2017.** Cet arrêté royal tourne notamment le dos à la maigre tolérance organisée depuis une douzaine d'années à l'égard du cannabis. Plus généralement, cet arrêté royal réinsiste sur le fait que tout usage de drogues doit être prohibé et sanctionné, en référence à la loi de 1921.

Un autre élément interpellant dans cet arrêté royal du 26 septembre est le fait qu'il ait été **passé en toute discrétion, sans aucune consultation ni même information du secteur spécialisé**, et ce dans quelque région que ce soit. Du jour au lendemain, les acteurs spécialisés ont dû décrypter un texte qu'ils ne connaissaient pas et pouvait modifier leurs pratiques ou les informations qu'ils donnaient au grand public, sans aucun avertissement des autorités. **Cette absence de consultation de la société civile va à l'encontre des prescrits européens, et la société civile européenne l'a publiquement regretté** par l'entremise du European Civil Society Forum on Drugs, un cénacle officiel mis en place par la Commission Européenne.

Au-delà des cadres législatifs, **l'État Fédéral est amené à définir plus avant sa politique drogues par des textes politiques** dont le dernier n'est autre que la [Déclaration Conjointe de la Conférence Interministérielle Drogues de 2010 \(Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique »\)](#). Seules les pages 66 à 71 traitent de la politique drogues à mener pour ce qui relève de la prévention et de l'aide (incluant la réduction des risques), ce qui limite le texte à diverses intentions.

Par ailleurs, **il n'est pas fait usage des outils d'implémentation pourtant conseillés par l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions** et auxquels il est fait recours par l'Union Européenne, à savoir une stratégie drogues et un plan d'actions drogues : à la politique

drogues établie sur le long terme, devraient répondre une stratégie drogues définie pour un moyen terme, et un plan d'actions arrêté pour le court terme. **En Belgique, la politique drogues fédérale a bien du mal à être appliquée, dès lors que les entités fédérées ont acquis de larges compétences** : si le fédéral est encore compétent pour définir la politique drogues, il l'est nettement moins pour la mettre en pratique sachant qu'in fine, la stratégie et le plan d'actions relèvent au moins partiellement des entités fédérées... Dans le contexte actuel, force est de constater qu'il n'y a pas d'unicités inter-régionales de stratégies et de plans d'actions. A vrai dire, il est même rare que les régions et communautés aient développé des stratégies et plans d'actions.

Le secteur spécialisé bruxellois a donc élaboré sa propre politique drogues et son propre plan d'actions, en 2015 (Cfr Partie 3).

1.2. L'organisation institutionnelle bruxelloise et la diversité des financements des services spécialisés

Vu l'organisation institutionnelle bruxelloise, et sachant que les problématiques drogues relèvent actuellement encore de la santé et de la sécurité, **il n'existe pas de cadre commun, de socle commun minimum à l'ensemble des services membres de la Fedito Bxl**. La plupart relèvent de la Cocof, et plus spécifiquement du décret ambulatoire. Certains pourraient intégrer le cadre de financement du décret de promotion de la santé, suite à l'appel à projets lancé en 2017 et dont les résultats sont inconnus à ce jour. D'autres, qui relevaient de l'INAMI au niveau fédéral, ont été transférés à la Cocom (l'un des six services concernés a choisi la Cocof) : un cadre d'agrément est encore à définir au sein de la Cocom. Enfin, il existe aussi un service relevant de la Région, dans le cadre « sécurité & prévention », compétence qui a été l'objet de davantage de transfert lors de la 6ème réforme de l'Etat.

Les cadres de financements et d'agréments sont donc très différents. Et **entre les différents services, même ceux agréés par une même autorité subsidiaire, on constate des disparités importantes**, en fonction du nombre et du type de missions reconnues au service, du nombre d'antennes, des publics, des méthodologies, etc.

En ce sens, **le plan drogues bruxellois, par sa définition de cent actions concernant chacune au moins un membre du secteur, a défini un cadre cohérent et soutenu par l'ensemble du secteur spécialisé**, et ce malgré sa diversité (Cfr Partie 3). Il s'agit probablement d'un outil pertinent pour respecter et sauvegarder la diversité du secteur, tout en l'amenant dans des axes de travail et de développement congruents et harmonieux.

1.3. Une lourdeur accrue des politiques sociales et de santé

Si le travail administratif n'est pas une pratique "spécifique", les services membres, qu'ils dépendent de la Cocof, de la Cocom ou de la Région, sont logiquement amenés à remplir une série d'obligations administratives. **L'accompagnement des usagers dans leurs démarches administratives se révèle effectivement de plus en plus lourd et complexe**. Cette lourdeur s'explique d'une part par la situation de plus en plus précaire d'une partie significative de nos publics (migrants, barrière de la langue, absence de couverture sociale et/ou situations administratives inextricables, ...), et d'autre part le renforcement d'exigences constaté pour l'accès à un réseau socio-sanitaire généraliste, ambulatoire et autres, passablement saturé dans notre région. La saturation et les exigences renforcées à l'accès, en particulier pour le public d'usagers de drogues, impliquent pour nos professionnels de redoubler de patience et de persévérance pour orienter nos bénéficiaires, et leur permettre de bénéficier à nouveau de leurs droits.

De manière concomitante, **les politiques drogues perçues sous l'aspect de la santé sont encore largement lacunaires**, notamment de par l'absence de salles de consommation à moindre risque, d'accès à la diacétylmorphine en services médicalisés et de naloxone à la maison, de « tolérance

zéro » à l'égard du cannabis, ou encore de politiques par trop laxistes à l'égard de l'alcool et d'autres drogues légales. **Les opérateurs manquent de leviers utiles pour répondre aux problématiques auxquelles ils sont confrontés et sont supposés "répondre"**. Ils ne peuvent s'attaquer qu'aux symptômes (prise de produit psychoactif inadaptée, dépendance) et très rarement résoudre les causes à l'origine des situations difficiles des usagers (exclusion, précarité, ...). N'ayant pas prises sur les déterminants socio-économiques et les facteurs favorisant inégalités et exclusions en amont, et amenés à "écoper" en aval, nos professionnels jouent le rôle de "rustines sociales" sans pouvoir de changement de la situation.

Les services d'aide aux toxicomanes ne disposent pas de tous les outils permettant de faciliter et de renforcer leurs interventions. Cela complique donc objectivement leurs interventions, limitées voire encaquées dans des cadres de santé qui ne correspondent plus à la réalité des besoins.

1.4. Précarisation des services spécialisés bruxellois

Le transfert des compétences a été l'occasion de structuraliser, auprès de ses derniers bénéficiaires, les financements qui émanaient du fonds assuétudes. Par ailleurs, **la réduction des risques a pu jouir d'une reconnaissance formelle au sein du décret ambulatoire Cocof et d'un refinancement en 2016 et 2017.** Enfin, **la Région bruxelloise investit actuellement de manière forte dans les opérateurs relevant de la sécurité et de la prévention,** actifs notamment autour des problématiques drogues.

Les acteurs relevant de la promotion de la santé passent désormais dans un système d'appel à projets, lancé en 2017 et appliqué dès 2018. Il est forcément trop tôt pour en évaluer les avantages et inconvénients, mais **on peut du moins craindre que les priorités politiques évoluent entre les différents appels,** et qu'à ces occasions, les problématiques peu renommées telles que l'échange de seringues, soit précarisé. Si cette crainte n'était pas du tout à l'ordre du jour dans le cadre de l'appel à projets de 2017, cela reste une réelle possibilité pour les appels à venir.

Quoi qu'il en soit, **un sentiment de précarisation est bel et bien présent auprès de nombreux services spécialisés.** **Ceux relevant uniquement de la Cocof peuvent connaître des situations financières difficiles** au vu de la taille réduite de l'équipe de base et des frais de fonctionnement alloués. **Quant à ceux qui relevaient historiquement de l'INAMI et qui peuvent encore jouir d'un financement à l'acte, ils attendent avec une certaine anxiété la définition de leur mode de financement futur,** qui fera suite à la période de « stand still ».

Dans ce contexte, il est fait appel, depuis déjà de nombreuses années, à des financements qu'on pourrait qualifier d'extérieurs au secteur et qui relèvent de l'aide à l'emploi. On pense notamment aux ACS et aux Maribel. **L'importance de ces sources financières connexes est telle que la réforme des ACS a engendré de lourdes craintes au sein du secteur,** en ce qu'elle pouvait objectivement déstabiliser l'offre d'aide en région bruxelloise. Plus concrètement, la nécessité de compléter de quelques pourcents la somme globale allouée dans le cadre des ACS, peut paradoxalement constituer une réelle difficulté pour plusieurs ASBL sachant que ce complément est à trouver via des fonds propres : en réalité, certaines associations s'avèrent avoir des résultats financiers de plus en plus négatifs simplement à cause de cette disposition, et ce même si leurs financements structurels sont assurés par ailleurs.

Cette précarité a une influence directe sur la qualité de travail des services qui doivent consacrer une partie non négligeable de leur énergie à assurer leur survie.

2. Evolution des profils et des problématiques

2.1. Synthèse bruxelloise de l'asbl Eurotox

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

Nous retranscrivons ici la synthèse bruxelloise de leur dernier rapport 2017 :

Les tendances épidémiologiques marquantes

L'usage de drogues dans la population générale – Enquête HIS 2013

Selon la dernière enquête *Health Interview Survey* (HIS)¹, la prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie (usage du produit au moins une fois dans la vie) est de 22% dans la population bruxelloise âgée de 15 à 64 ans. L'usage de cannabis sur la vie est plus élevé au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans (34%) ainsi que chez les hommes. L'âge moyen du premier contact avec ce produit est d'environ 18 ans et 4 mois. La prévalence de l'usage actuel de cannabis (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours) est de 5,2% dans la population bruxelloise. Il concerne surtout les 15-24 ans (13,4%) ainsi que les 25-34 ans (8,2%). L'usage quotidien (ou presque) de cannabis concernerait 1,2% des bruxellois de 15-64 ans. La prévalence de l'usage au cours de la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis était de 5,6% dans la population bruxelloise de 15 à 64 ans. La tranche d'âge la plus concernée est celle des 15-24 ans (10,9%).

Tableau 1 : Prévalence de l'usage de cannabis et des autres drogues en Région bruxelloise, par âge et par sexe, 2013

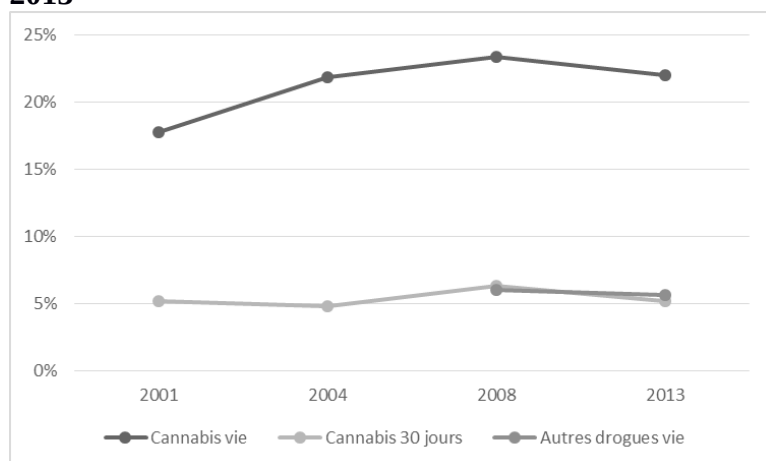
	15-24 ans % (n=132)	25-34 ans % (n=278)	35-44 ans % (n=235)	45-54 ans % (n=232)	55-64 ans % (n=211)	Total % (N=1088)
Prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie						
Hommes	40,7	38,6	29,6	15,2	11,5	27,4
Femmes	28,2	20,4	14,1	15,1	6,0	16,8
Total	34,0	28,4	22,5	15,1	8,7	22,0
Prévalence de l'usage de cannabis les 12 derniers mois						
Hommes	22,4	18,5	8,4	3,8	0,7	10,5
Femmes	19,1	7,1	3,7	1,2	0,0	5,8
Total	20,6	12,1	6,2	2,5	0,3	8,1
Prévalence de l'usage de cannabis les 30 derniers jours						

¹Il est très probable que les résultats de cette enquête sous-estiment la prévalence réelle de l'usage d'alcool et de drogues, d'une part en raison de la procédure utilisée (contact téléphonique, suivi d'un entretien en face à face, puis remise d'un questionnaire auto-administré), qui engendre un pourcentage élevé de refus de participation ; d'autre part parce que la méthodologie ne permet pas de participation des personnes marginalisées (incarcérées, en institutions, sans domicile fixe, etc.).

Hommes	17,8	13,7	5,4	3,0	0,0	7,7
Femmes	9,6	3,8	0,6	0,8	0,0	2,8
Total	13,4	8,2	3,2	1,9	0,0	5,2
Prévalence de l'usage d'une autre drogue illicite au cours de la vie						
Hommes	11,3	5,9	5,1	6,8	5,4	6,4
Femmes	10,6	4,3	4,0	5,7	1,0	4,9
Total	10,9	5,0	4,6	6,2	3,2	5,6

En Région bruxelloise, comme partout en Belgique, la prévalence d'usage de cannabis au cours de la vie a significativement augmenté depuis 2001, quoiqu'elle semble s'être stabilisée. L'usage actuel est quant à lui resté relativement stable. Cela témoigne d'une augmentation progressive du nombre de personnes qui expérimentent ce produit, sans que cela ne s'accompagne d'une augmentation du nombre de consommateurs réguliers. La prévalence d'usage sur la vie d'une autre drogue illicite que le cannabis est relativement stable entre 2008 et 2013.

Figure 1 : Evolution de l'usage de cannabis et des autres drogues en Région bruxelloise, 2001-2013



L'usage d'alcool dans la population générale – Enquête HIS 2013

Selon l'enquête HIS 2013, la prévalence de la surconsommation hebdomadaire d'alcool² (au cours des 12 derniers mois) est de 7,1% chez les Bruxellois âgés de 15 ans et plus. Elle augmente avec l'âge mais la différence de genre est peu marquée. La prévalence de la consommation quotidienne est de 13% dans la population bruxelloise de 15 ans et plus, et celle de la consommation quotidienne à risque³ est de 5,8%. Elles augmentent également avec l'âge des répondants. Contrairement aux autres indicateurs, la consommation quotidienne à risque tend à être plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Il semble donc y avoir davantage de femmes que d'hommes qui consomment quotidiennement une quantité excessive d'alcool : 6,8% des femmes contre 4,7% des hommes. La prévalence du *binge drinking* hebdomadaire⁴ s'élève à environ 9% chez les

²Consommation de plus de 21 verres standards par semaine pour les hommes et de 14 verres par semaine pour les femmes au cours des 12 derniers mois.

³Consommation de plus de 2 verres standards par jour chez les femmes et de plus de 4 verres par jour chez les hommes au cours des 12 derniers mois.

⁴ Consommation d'au moins 6 verres d'alcool lors d'une même occasion chaque semaine au cours des 12 derniers mois.

Bruxellois de 15 ans et plus. Elle est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Mais contrairement aux autres indicateurs, dont la prévalence augmente avec l'âge, ce comportement est plus fréquent chez les jeunes, en particulier chez les 15-24 ans (17%), y compris les jeunes filles (15,6%). Enfin, 16,3% de la population bruxelloise de 15 ans et plus aurait déjà eu un problème d'usage d'alcool. La prévalence sur la vie de l'usage problématique d'alcool est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et elle concerne moins les 15-34 ans que les individus plus âgés.

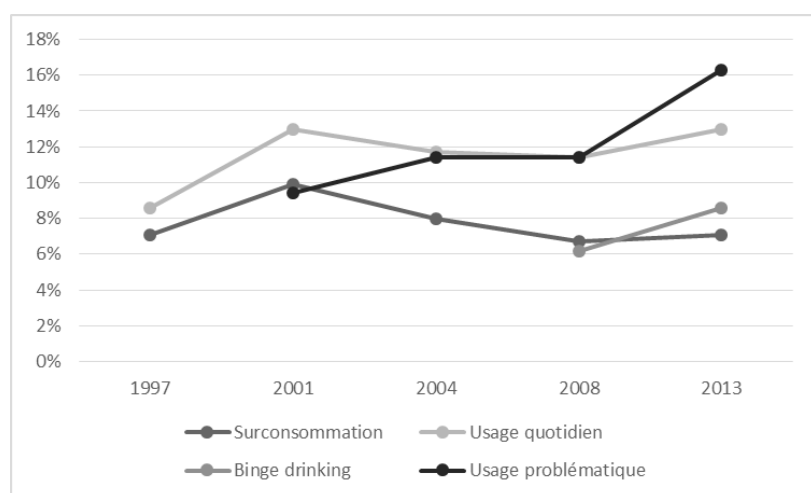
Tableau 2 : Prévalence de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, de la consommation quotidienne à risque, du *binge drinking* et de l'usage problématique d'alcool en Région bruxelloise, par sexe et par tranche d'âge, 2013

	15-24 ans % (n=114)	25-34 ans % (n=271)	35-44 ans % (n=222)	45-54 ans % (n=230)	55-64 ans % (n=205)	65-74 ans % (n=142)	75 ans et + % (n=108)	Total % (N=1292)
Surconsommation hebdomadaire d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	1,2	6,3	5,2	10,7	11,3	11,4	5,8	7,4
Femmes	4,5	2,1	6,8	9,5	6,6	18,0	5,0	6,8
Total	3,0	3,9	5,9	10,0	8,9	15,0	5,3	7,1
Consommation quotidienne d'alcool au cours des 12 derniers mois								
Hommes	1,2	4,9	13,1	19,0	19,5	31,6	48,7	16,0
Femmes	2,0	2,9	8,1	12,8	14,5	24,8	17,9	10,3
Total	1,7	3,8	10,8	15,9	16,9	28,0	29,3	13,0
Consommation quotidienne d'alcool à risque au cours des 12 derniers mois								
Hommes	1,2	4,6	2,6	6,2	8,4	5,6	4,4	4,7
Femmes	4,5	2,1	6,8	9,5	6,6	18,0	5,0	6,8
Total	3,0	3,2	4,5	7,9	7,5	12,4	4,8	5,8
<i>Binge drinking</i> hebdomadaire ou + au cours des 12 derniers mois								
Hommes	18,7	12,7	9,5	13,0	11,9	15,7	1,4	12,2
Femmes	15,6	3,6	1,3	4,0	4,9	7,5	7,0	5,4
Total	17,0	7,5	5,8	8,4	8,4	11,3	4,8	8,6
Usage problématique d'alcool sur la vie								
Hommes	8,3	19,7	24,9	28,4	12,6	9,7	13,8	18,9
Femmes	8,7	8,9	16,6	19,3	24,4	13,1	3,9	13,7

Total	8,5	13,9	21,4	24,0	18,5	11,3	8,2	16,3
-------	-----	------	------	------	------	------	-----	------

Les analyses standardisées pour l'âge et le sexe montrent que la surconsommation hebdomadaire et la consommation quotidienne sont relativement stables dans le temps. En revanche, le *binge drinking* hebdomadaire et la prévalence sur la vie de l'usage problématique ont augmenté de manière significative sur la période étudiée.

Figure 2 : Evolution de la surconsommation hebdomadaire, de la consommation quotidienne, du *binge drinking* et de l'usage problématique d'alcool sur la vie en Région bruxelloise, 1997-2013



L'usage de médicaments psychotropes dans la population générale – Enquête HIS 2013

Malgré leur intérêt thérapeutique, les médicaments psychotropes peuvent faire l'objet d'un mésusage voire d'une pharmacodépendance, en particulier lorsqu'ils sont prescrits pendant une trop longue durée, lorsque la personne ne respecte pas la posologie ou lorsqu'ils sont prescrits nonobstant une contre-indication. Ils peuvent aussi faire l'objet d'un détournement sur le marché illégal.

En région Bruxelloise, une personne sur dix parmi la population âgée de 15 ans et plus a consommé, durant les deux dernières semaines, des somnifères ou des tranquillisants prescrits. En ce qui concerne la consommation de médicaments durant les dernières 24 heures, les analgésiques ont été consommés (avec ou sans prescription) par environ 6% de la population bruxelloise, les anxiolytiques, sédatifs ou hypnotiques par environ 5% et les antidépresseurs par 4%. La consommation de ces produits est plus fréquente chez les femmes et elle augmente avec l'âge des répondants, surtout à partir de 75 ans. L'enquête ne fournit pas d'information sur les quantités consommées ni sur les indications concernées. Mais d'après les chiffres de l'Organe international de contrôle des stupéfiants, la Belgique est le pays européen où l'on consomme le plus de benzodiazépines anxiolytiques (INSERM, 2012).

	15-24 ans % (n=343)	25-34 ans % (n=509)	35-44 ans % (n=465)	45-54 ans % (n=430)	55-64 ans % (n=355)	65-74 ans % (n=206)	75 ans et + % (n=220)	Total % (N=2528)
Consommation durant les 2 dernières semaines de sédatifs prescrits (somnifères ou tranquillisants)								
Hommes	2,7	2,4	9,5	13,9	17,3	20,0	18,8	9,8
Femmes	1,0	2,8	8,5	9,6	16,1	21,6	36,9	11,1
Total	1,8	2,6	9,0	11,7	16,6	20,9	30,3	10,5

Consommation durant les 2 dernières semaines d'antidépresseurs prescrits								
Hommes	1,5	1,3	6,7	12,8	7,2	0,5	8,6	5,4
Femmes	0,2	3,8	9,3	9,8	12,7	15,9	13,9	8,2
Total	0,9	2,6	7,9	11,4	10,1	9,1	11,9	6,9
Consommation d'analgésiques durant les 24 heures (avec et sans prescription)								
Hommes	0,0	6,5	3,9	10,5	5,5	3,7	8,7	4,5
Femmes	5,1	5,9	4,9	8,0	6,4	11,6	21,4	7,0
Total	2,6	6,2	4,3	9,3	6,0	8,1	16,7	5,8
Consommation d'anxiolytiques, de sédatifs ou d'hypnotiques durant les 24 heures (avec et sans prescription)								
Hommes	1,6	0,7	4,5	7,0	5,4	7,0	14,3	3,6
Femmes	0,0	2,3	3,6	9,1	9,9	12,6	24,5	5,8
Total	0,8	1,6	4,0	8,0	7,7	10,1	20,8	4,7
Consommation d'antidépresseurs durant les 24 heures (avec et sans prescription)								
Hommes	0,0	0,2	2,5	2,7	6,1	2,0	9,7	2,0
Femmes	0,0	2,7	8,2	10,0	10,6	16,3	14,2	6,2
Total	0,0	1,5	5,2	6,3	8,5	10,0	12,6	4,1

L'usage d'alcool en milieu étudiant – Enquête Modus Vivendi 2015

Une enquête réalisée en 2015 par Modus Vivendi, dans le cadre d'un projet de réduction des risques liés à l'usage d'alcool en milieu étudiant, indique que la consommation excessive d'alcool est fréquente chez les étudiants bruxellois de l'enseignement supérieur. Interrogé sur leur pratique de consommation au cours du dernier quadrimestre, près d'un tiers des étudiants était en surconsommation par rapport aux limites hebdomadaires conseillées par l'OMS (14 verres pour les femmes et 21 verres pour les hommes). De plus, 15% d'entre eux ont pratiqué le *binge drinking*⁵ au moins à deux reprises chaque semaine durant cette période, et 15% ont été ivres au moins deux fois par semaine. Enfin, près d'un étudiant sur 10 peut être considéré comme un gros consommateur dans la mesure où il a déclaré avoir pratiqué à la fois la surconsommation hebdomadaire, le *binge drinking* et l'ivresse multi hebdomadaires. A l'inverse, 64% des étudiants ont déclaré n'avoir eu aucune de ces trois pratiques de consommation à risque au cours du dernier quadrimestre. La consommation excessive d'alcool est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et est particulièrement associée à la participation au folklore étudiant (baptême, groupe d'étudiants) ainsi qu'au phénomène des présoirées.

⁵Ici défini par la consommation de 5 verres de boissons alcoolisées ou plus sur une période de 2 heures.

Tableau 3 : Consommation excessive d'alcool chez les étudiants bruxellois de l'enseignement supérieur, 2015

	Surconsommation hebdomadaire* %	<i>Binge drinking</i> multi-hebdo** %	Ivresse multi-hebdo** %	Forte consommation*** %
Total	29,0	15,2	15,4	9,0
Sexe				
Hommes	33,4	22,9	21,3	13,3
Femmes	25,5	9,4	11,0	5,6
Baptisé				
Oui	48,3	28,3	26,9	16,5
Non	18,3	8,2	9,2	4,8
Participe à des présoirées				
Oui	34,3	18,2	18,6	11,4
Non	9,9	1,4	0,8	0,3

Source : Hogge et Walewyns, 2016

* Plus de 14 verres par semaine pour les femmes et plus de 21 verres pour les hommes

** 2 fois par semaine ou plus

*** A pratiqué à la fois la surconsommation hebdomadaire, le binge drinking et l'ivresse multi hebdomadaires au cours du dernier quadrimestre

L'usage de drogues chez les jeunes – Enquête HBSC 2014

Selon la dernière enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) réalisée chez les jeunes scolarisés dans l'enseignement secondaire, la prévalence sur la vie de la consommation de cannabis est en diminution chez les élèves de 15-20 ans scolarisés en Région bruxelloise. En 2014, près d'un quart des jeunes de 15-20 ans ont déclaré en avoir déjà consommé. La consommation des autres produits, peu courante, est soit relativement stable soit en diminution par rapport à ce que l'on observait précédemment. En 2014, 1,9% des étudiants bruxellois de 15-20 ans interrogés ont déclaré consommer du cannabis tous les jours au moment de l'enquête, et 3% pas quotidiennement mais chaque semaine.

Tableau 4 : Evolution de la prévalence de la consommation de drogues sur la vie chez les jeunes de 15-20 ans scolarisés en Région bruxelloise. Enquête HBSC 1994-2014

	1994 (%)	2002 (%)	2006 (%)	2010 (%)	2014 (%)
Cannabis	26,8	33,0	45,3	33,0	23,8
Ecstasy (et autres drogues de synthèse)	6,3	6,0	4,3	1,8	2,8
Amphétamines	3,6	2,0	/	/	2,7
Opiacés	1,0	0,9	/	/	2,0
Cocaïne	2,2	4,3	/	/	2,7
LSD	3,6	2,5	/	/	1,6

Champignons hallucinogènes	/	9,6	/	/	3,1
Tranquillisants	3,1	3,0	/	/	1,9
Poppers	/	8,3	/	/	3,0
Colle	2,1	3,2	/	/	1,8

Les demandes de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues – TDI 2016

Sur base du *Treatment Demand Indicator* (TDI), on a dénombré en 2016 dans les services spécialisés en assuétudes et les hôpitaux de la Région bruxelloise près de 3500 nouvelles demandes de prise en charge pour une problématique de consommation d'alcool ou de drogues (ce qui correspond à 3000 patients, dont les deux tiers sont pris en charge dans les services spécialisés).

Dans les services spécialisés, les demandes de traitement sont majoritairement introduites par des hommes (82,8%), les femmes se dirigeant davantage vers les structures hospitalières (39,4%). Les demandes correspondent le plus souvent à une démarche initiée par la personne (dans un peu plus de la moitié des cas) ou d'une réorientation du secteur psycho-médico-social (27,1% dans les services spécialisés, 31,6% dans les hôpitaux). Les demandes en provenance du secteur judiciaire sont proportionnellement plus nombreuses dans les services spécialisés lorsque le produit problématique principal est le cannabis (23,1%). L'alcool est le produit principal le plus fréquemment responsable des demandes de traitement dans les services spécialisés (36,8%) et, surtout, dans les hôpitaux (72,4%). Les patients présentent généralement des antécédents thérapeutiques pour un usage problématique d'alcool ou de drogues (67,7% dans les services spécialisés et 62% dans les hôpitaux). Les patients pris en charge dans les services spécialisés sont relativement nombreux à présenter, voire à cumuler, certains facteurs de précarité : problème de logement (27,6%), revenus limités (43,7%), faible niveau d'instruction (30,6%). Ils sont en outre nombreux à vivre seul (50,2% dans les services spécialisés et 45,2% dans les hôpitaux). La précarité des patients est moins marquée dans les structures hospitalières. Enfin, ils sont nombreux à présenter une problématique de polyconsommation: 48,1% dans les services spécialisés et 33,7% dans les hôpitaux.

Tableau 5 : Caractéristiques abrégées⁶ des patients ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les services spécialisés en assuétudes et dans les hôpitaux en Région bruxelloise, 2016

	Services spécialisés					Hôpitaux				
	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaine	Cannabis	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaine	Cannabis
N	2065	760	537	345	215	935	677	29	48	75
% des patients	100	36,8	26,0	16,7	10,4	100	72,4	3,1	5,1	8,0
Sexe (%)										
Hommes	82,8	81,2	85,7	80,6	87,9	60,6	61,6	75,9	70,8	52,0
Femmes	17,2	18,8	14,3	19,4	12,1	39,4	38,4	24,1	29,2	48,0
Origine de la demande (%)										
Propre initiative	52,6	51,9	59,2	56,8	38,9	53,1	55,3	57,1	52,2	39,2

⁶Ce tableau résume un nombre limité de variables du TDI. En outre, certaines variables ne sont présentées que partiellement, à travers quelques modalités. Nous renvoyons le lecteur à notre rapport pour une présentation complète du tableau.

Réorientation	27,1	30,2	24,2	22,2	22,1	31,6	32,2	35,7	30,4	25,7
Justice	9,2	9,2	3,6	10,1	23,1	1,7	1,6	3,6	0,0	4,1
Logement (%)										
Domicile fixe	56,5	56,7	48,7	58,0	70,6	85,9	86,2	71,4	89,6	85,3
Problème de logement*	27,6	25,6	35,6	26,8	20,5	8,8	8,2	10,7	4,2	12,0
Cohabitation (%)										
Seul	50,2	56,4	49,3	45,6	37,6	45,2	46,6	50,0	47,8	34,7
En couple	22,5	21,5	25,2	25,4	17,5	32,7	35,2	29,2	21,7	23,6
Scolarité (%)										
Non scolarisé	3,6	3,4	4,3	2,1	2,7	2,8	2,2	7,4	4,4	4,1
Primaire	27,0	24,6	29,0	23,9	35,2	21,4	16,9	48,1	33,3	37,0
Source de revenu (%)										
Indemnités (maladie ou invalidité)	28,8	34,5	23,6	26,6	19,8	39,9	40,4	50,0	47,9	21,9
Revenu minimum ou CPAS	19,2	22,2	19,6	12,9	18,2	13,6	11,2	39,3	16,7	23,3
Aucun revenu propre	24,5	18,3	33,9	23,5	29,2	3,5	1,9	7,1	6,3	9,6
Traitement antérieur (%)										
Oui	67,7	61,8	87,2	62,2	40,5	62,0	64,3	81,5	72,9	40,5
Polyconsommation problématique (%)										
Oui	48,1	33,9	58,3	63,8	49,3	33,7	23,9	82,8	79,2	46,7

* Logements variables ou dans la rue

Les traitements de substitution aux opiacés - Pharmanet 2016

Selon les données Pharmanet, le nombre de patients mutualisés résidant en Région bruxelloise et ayant bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO) délivré par une pharmacie publique s'élevait à 2395 en 2016. Les traitements à base de méthadone sont beaucoup plus fréquemment prescrits que ceux à base de buprénorphine (environ 7 pour 1). Les TSO sont majoritairement prescrits à des personnes ayant un âge compris entre 35 et 54 ans, et les patients sont principalement de sexe masculin.

Sur la période 2011-2016, le nombre de Bruxellois mutualisés ayant bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution à la méthadone ou à la buprénorphine a légèrement diminué. Plus précisément, on constate une diminution progressive des traitements à la méthadone (2354 en 2011 contre 2165 en 2016), qui n'est que partiellement compensée par une augmentation des traitements à la buprénorphine (261 en 2011 contre 316 en 2016). Sur base de ce registre, on peut estimer qu'il y aurait actuellement parmi la population bruxelloise environ 3.250 usagers d'héroïne.

Tableau 6 : Distribution par sexe et par tranche d'âge des personnes en traitement de substitution aux opiacés en Région bruxelloise, 2015

	15-24 ans %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	65-74 ans %	75 ans et + %	Total %
Méthadone								
Hommes (n=1729)	0,8	8,0	20,6	39,7	9,8	0,8	0,1	79,9
Femmes (n=436)	0,3	3,0	4,7	8,4	3,2	0,4	0,2	20,1
Total (N=2165)	1,1	10,9	25,3	48,1	13,1	1,2	0,3	100,0
Buprénorphine								
Hommes (n=254)	1,3	13,3	29,1	29,1	6,0	1,6	0,0	80,4
Femmes (n=62)	0,9	4,1	5,4	7,6	1,6	0,0	0,0	19,6
Total (N=316)	2,2	17,4	34,5	36,7	7,6	1,6	0,0	100,0
Total								
Hommes (n=1910)	0,8	8,4	21,4	38,7	9,5	1,0	0,1	79,7
Femmes (n=485)	0,4	3,0	4,8	8,4	3,1	0,4	0,2	20,3
Total (N=2395)	1,2	11,4	26,2	47,1	12,7	1,3	0,3	100,0

Le système d'alerte précoce

Le système d'alerte précoce (Early Warning system – EWS) est un système de veille sanitaire européen qui permet de recenser les nouveaux produits de synthèse (NPS) et d'en évaluer les risques. Il permet aussi d'informer rapidement les autorités, les travailleurs de terrain et les usagers de drogues lorsqu'une substance présente un risque sanitaire élevé.

Le nombre de NPS recensés sur le territoire européen via ce système était relativement peu élevé et constant au début des années 2000, mais il n'a cessé de croître ces dernières années, passant de 13 NPS en 2008 à 98 en 2015. L'EWS belge a quant à lui recensé un total de 42 NPS sur la période 2005-2011 (contre 164 au niveau européen), 8 en 2013, 31 en 2014 et 42 en 2015. Cette augmentation est attribuable au développement du marché des « euphorisants légaux » (*legal highs*) et des *research chemicals*, ces substances généralement de nature synthétique qui sont proposées à la vente sur Internet par des entrepreneurs peu scrupuleux tout en contournant les lois sur les stupéfiants et sur les substances réglementées. Depuis la publication de l'arrêté-royal du 26 septembre 2017, ces nouvelles substances sont illégales et considérées comme des drogues en Belgique sur base de classifications génériques. Dès lors, la production, le commerce et la détention de ces substances sont depuis lors interdits et réprimés.

Le nombre d'alertes précoces diffusées par Eurotox a considérablement augmenté depuis 2013, en partie en raison d'une augmentation des alertes portant sur des NPS, mais aussi en raison de la fréquente circulation de pilules hautement dosées en MDMA. En 2015, les 14 alertes diffusées

portaient sur 34 échantillons de produits différents, dont 12 NPS. En 2016, les 12 alertes diffusées portaient sur 44 échantillons de produits différents, dont 7 NPS.

2.2 Tendances fortes et caractéristiques relevées par les acteurs de terrain

- **Continuation de la polyconsommation**

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

- **Legal Highs et nouveaux produits de synthèse**

Un point d'attention récent est celui des "legal highs" ou nouveaux produits de synthèse, à savoir des drogues de synthèse disponibles sur internet, que tout un chacun peut acheter en ligne légalement. Les fabricants de ces molécules précèdent la législation en matière d'interdiction de production et de commercialisation de stupéfiants de façon systématique en modifiant légèrement la structure du produit dès que celui-ci est interdit, sans en modifier les effets pour le consommateur, pouvant continuer à écouler leurs produits via internet en toute légalité...

L'arrêté royal du 26 septembre 2017 vise à répondre à ce défi en organisant l'interdiction des drogues par familles de produits.

L'asbl Eurotox a centré son premier livret thématique sur le sujet.

https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/2015/03/livret_nds_final.pdf

- **Précarisation des publics et situations plus complexes**

La précarisation des publics se marque en particulier au niveau des services à bas seuil d'accès. Cette désinsertion est renforcée par

- la crise du logement qui complique (très) singulièrement la resocialisation et empire la situation de saturation des services résidentiels "cures" et post-cures" (report des départs des bénéficiaires qui ne parviennent pas à trouver un logement dans le parc locatif privé).
- la limitation des allocations de chômage.
- le durcissement des mécanismes de contrôle des institutions prévues pour aider cette population précarisée (CPAS, logements sociaux, ORBEM, ...).
- l'accès difficile à la santé pour les migrants intra-européens.
- ...

- **Vieillesse des populations d'usagers "opiacés toxicomanes"**

Une cohorte de plus en plus importante de "vieux" patients émerge. Ces quadras ou "quinquas" sont passablement abîmés par leur parcours de vie, mais n'ont pas l'âge requis pour être en maison de repos. D'ailleurs, il n'est pas certain qu'ils puissent s'adapter facilement aux maisons de repos "traditionnelles" qui n'aménageraient pas un minimum leur règlement...

- **Demandes de mineurs en augmentation**

On constate une augmentation de mineurs dans certains services bas seuil, qui pose de nombreuses questions aux opérateurs de terrain qui ne sont pas forcément bien outillés pour recevoir des mineurs consommateurs dans des conditions optimales. Certains en ont fait le sujet principal de leur DEQ, afin de comprendre davantage le phénomène en question : est-ce une évolution des usages ou simplement des demandes ?

- **Difficultés d'orientations**

Le secteur spécialisé se confronte à de réelles difficultés dans ses orientations vers d'autres secteurs. En tout premier lieu, l'hospitalisation de patients peut se heurter à des difficultés liées à des a priori à l'égard de ces derniers. Dans les situations de crise, cette orientation est d'autant plus difficile, à cause avant tout d'un manque et d'une saturation des lits psychiatriques.

Les maisons d'accueil manquent de place, et il est régulièrement fait appel à des structures d'hébergement non agréées, aux conditions d'accueil variables.

A l'intérieur même du secteur, les orientations se confrontent souvent à des listes d'attente, notamment pour ce qui est des centres de crise, de court séjour et de post-cure, ou encore les appartements supervisés.

- **Soutien à la première ligne**

Enfin, n'omettons surtout pas les initiatives prises pour renforcer les acteurs généralistes dans la prise en charge des personnes usagères de drogues légales ou illégales. C'est par exemple ainsi qu'Infor-Drogues et l'Orée géraient en 2016-2017 la formation de plusieurs centaines de professionnels des services d'aide à domicile. C'est ainsi aussi que des rapprochements conséquents ont été effectués avec le RMLB pour l'aider dans sa mission de support auprès des médecins généralistes (MG) : des fiches d'informations et d'orientations ont été réalisées avec l'aide d'acteurs émanant du secteur. Enfin, des rapprochements ont aussi été effectués avec les pharmaciens, et dès 2018 commencera une concertation médico-pharmaceutique « abus et dépendances », financée par l'INAMI et soutenue par le secteur drogues bruxellois.

Depuis les débuts de l'existence du secteur, une tendance forte a été soutenue tant à Bruxelles par la Cocof qu'en Wallonie par la Région et la CWB : le maintien d'une offre de soins importante et compétente au sein de la première ligne de soins et donc de la médecine générale.

Depuis les années '90, en Belgique francophone, la plus grosse partie des suivis d'usagers (en ce compris alcool, cannabis et autres) s'est effectuée au sein de la première ligne.

A Bruxelles, le RAT est financé depuis 1994 avec cette mission de base : maintenir une offre de soins de qualité et une ouverture maximale aux usagers au sein du réseau généraliste.

On sait que les traitements de substitution sont, pour la moitié, prodigués par des médecins généralistes.

Cette mission n'est pas simple lorsqu'on sait l'isolement des MG et la difficulté qu'il y a à suivre des patients étiquetés "complexes". Il est donc essentiel d'assurer un support constant, un appui, à la première ligne pour ces patients plus difficiles que d'autres. C'est d'ailleurs une revendication des MG eux-mêmes (via la FAMGB par exemple).

Certains services du secteur s'y dédient de manière structurelle, comme le Réseau d'Aide aux Toxicomanes auprès des médecins généralistes. En plus de son activité d'accompagnement, ce service prodigue depuis 1994 quasi annuellement un module de **formation** spécifique qui rassemble entre 10 et 15 MG autour de la problématique. En partenariat avec le Projet LAMA et le Département de MG de l'ULB, une formation de 12 heures obligatoires dans le cursus des médecins généralistes a été introduite depuis 2011. Ceci permet de toucher les jeunes MG au moment de leur sortie de l'université afin de les inciter à ouvrir leurs portes à ces patients.

Un partenariat a été conclu avec la FAMGB afin de promouvoir l'accueil des patients usagers de drogues auprès de tout le corps médical et la collaboration entre autre avec le RMLB permet de soutenir ces efforts via par exemple des fiches de conseils et des outils de soutien facilement accessibles aux médecins intéressés.

Dans le cadre de ces formations, des partenariats sont noués aussi avec des universités, comme le DMG de l'ULB ou encore le LAAP de l'UCL, afin de documenter plus spécifiquement nos expériences de terrain (exemple les colloques du RAT).

Par ailleurs, certains développements tels que les centres intégrés auront pour vocation de raffermir les liens entre service spécialisé toxicomanie, service de santé mentale, maison médicale, centre de planning familial et service social. Enfin, les coupoles représentants des médecins, des pharmaciens et des services spécialisés (FAMGB, RMLB, Huis voor Gezondheid, UPB, Fedito Bxl) ont développé une concertation médico-pharmaceutique "abus et dépendances", financée par l'INAMI, et qui sera lancée formellement dès juin 2018.

3. Focus sectoriel : La crainte d'une crise d'overdoses aux opiacés

L'Amérique du Nord (USA et Canada) connaît depuis quelques années une crise d'overdoses aux opiacés : les morts se comptent à présent par dizaines de milliers. La cause principale était historiquement les opiacés prescrits de manière excessive. Néanmoins, depuis peu, cette cause, bien que toujours prégnante, n'est plus la principale : elle est tout d'abord supplantée par une héroïne plus forte émanant du Mexique. Mais **désormais, la cause expliquant le plus grand nombre de décès est l'arrivée de fentanyl sous diverses composantes**, estimé à cinquante à cent fois plus puissant que l'héroïne. Ces fentanyls semblent être avant tout produits en Chine, et disponibles notamment par internet.

Or, **plusieurs signes font craindre l'émergence d'une crise d'overdoses en Europe.** Tout d'abord, l'EMCDDA a observé une augmentation des overdoses mortelles en 2013, 2014 et 2015, dernière année pour laquelle nous disposons de chiffres. Ensuite, ce même EMCDDA observe l'arrivée de diverses formes de fentanyl en Europe. Enfin, plus prosaïquement, des professionnels du secteur témoignent d'usagers consommant ou ayant consommé du fentanyl.

Le secteur spécialisé a écrit une carte blanche avec ses collègues français et suisses, carte blanche qui a notamment été publiée dans [Le Monde](#), [Le Temps](#) et [La Libre Belgique](#). Par ailleurs, **le secteur a soutenu le Plan Overdoses originellement rédigé par Modus Vivendi**, et qui appelle notamment à l'amélioration drastique de la récolte des données liées aux overdoses, à la mise en place de salles de consommation à moindre risque, et à la mise à disposition de la naloxone à domicile, la naloxone étant un antidote à l'overdose d'opiacés.

A ce jour, seule la naloxone pourrait éventuellement connaître un développement, par la mise sur le marché de la molécule en spray nasal...

Partie 2 : description de l'évolution des pratiques professionnelles du secteur

1. Etat des lieux et composition du secteur

A l'heure de tenter une description de "l'évolution des pratiques professionnelles du secteur", il est nécessaire d'apporter quelques précisions quant à ce que recouvre le terme "secteur assuétudes bruxellois", afin de mettre en contexte et d'évaluer la portée des évolutions que nous notons dans les caractéristiques de nos usagers et des dispositifs. La principale caractéristique des membres du secteur, hormis le fait d'avoir des activités principalement tournées vers le phénomène des addictions, est la diversité.

Cette diversité représente pour beaucoup une richesse et une adaptation logique afin de répondre au mieux à un phénomène complexe, multiforme et évolutif. Ainsi, on peut clairement statuer sur le fait que le secteur toxicomanie, pris dans son ensemble, intervient dans l'accueil, en prévention en ce compris en réduction des risques, dans l'accompagnement et dans le soin.

Le revers de la médaille est peut-être la difficulté à fédérer et se mobiliser sur des thématiques communes. Le Plan Drogues bruxellois a eu au moins l'avantage de donner un horizon commun à l'ensemble de ce secteur éminemment diversifié.

Ainsi, les 26 membres de la Fedito, répartis sur une trentaine de sites à Bruxelles, déploient une multitude d'activités et de projets spécifiques. Le socle commun entre membres est par conséquent parfois très limité.

2. Sur le terrain, une offre éminemment diversifiée

Sans prétendre à l'exhaustivité, reprenons en vrac les projets de liaison avec l'hôpital et de soutien de son personnel médical (Interstices, Addiction), un centre de documentation (Infor-Drogues), des dispositifs de prévention et promotion de la santé (Univers Santé, Prospective Jeunesse, Infor-Drogues), deux projets d'accompagnement et d'information des détenus toxicomanes à titre principal (C.A.P.-I.T.I., L'Ambulatoire-Forest), des projets à bas seuil d'accessibilité (MASS, Projet Lama, Transit, ...), ou avec une spécificité double diagnostic (Babel et La Pièce de L'Equipe, Centre médical Enaden), deux équipes de travailleurs de rue (DUNE, Transit), une ligne téléphonique pour une information du public (Infor-Drogues), un acteur de référence et de soutien méthodologique en Réduction des Risques (Modus Vivendi), des centres de jour (Orée, Centre médical Enaden), un centre de crise et un centre de court séjour (centre médical Enaden), un centre d'hébergement d'urgence 24h/24 (Transit), un service d'accompagnement au sein d'une maison d'accueil (Syner'Santé c/o Petits Riens), deux comptoirs d'échange de seringues (DUNE, Transit), une communauté thérapeutique (C.A.T.S.), deux projets d'appartements supervisés pour (ex-)usagers (projet Hestia, Transit), un projet de soutien à la parentalité (Alizées-Interstices), un réseau de soutien et de formation de médecins généralistes (R.A.T.), un projet spécifique sur les addictions comportementales (Le Pélican), un projet spécifique de réinsertion par le sport (La Trace), un projet spécifique tabac (FARES), de prévention en milieu scolaire (P.A.A. du CBPS) ou autour de l'hépatite (Réseau Hépatite C), un dispositif épidémiologique (Eurotox), un dispositif d'argumentation politique (La Liaison Antiprohibitionniste), des centres d'accompagnement médicalisés ou non...

Au delà d'objectifs généraux de bien-être, d'insertion sociale et de promotion de la santé des consommateurs que l'on peut considérer comme transversaux, les différents services ont, forcément, des objectifs adaptés aux activités déployées. Il n'y a pas de sens, par exemple, à comparer des dispositifs de formation de professionnels à ceux des services visant à atteindre les plus désinsérés en vue de leur fournir une aide adaptée.

3. Contexte institutionnel

Comme décrit plus haut, les acteurs spécialisés dépendent de la Cocof, de la Cocom ou de la Région (deux d'entre eux dépendent actuellement de la Cocof et de la Cocom, suite au transfert de compétences).

Les acteurs dépendant de la Cocof sont pour la plupart inscrits dans le décret ambulatoire. Certains peuvent néanmoins relever aussi du décret de promotion de la santé, organisant des appels à projets pour des agréments d'au plus cinq ans. La logique des appels à projets est forcément davantage crainte que la logique des agréments à durée indéterminée, forcément plus confortable pour déployer ses actions. Il y a bien l'argument classique selon lequel les appels à projets soutiennent les mises en dynamique ; nous ne le nions pas, mais pensons que le secteur toxicomanie est d'ores et déjà un des secteurs les plus dynamiques, et que les évolutions permanentes concernent de très nombreux acteurs du secteur. Ainsi, la logique de l'agrément à durée indéterminée n'a pas forcément mené à une sclérose du secteur, loin de là...

La Cocof a en tout l'avantage de bien connaître le social / santé bruxellois. A l'heure où des doutes pèsent sur le futur de la commission communautaire francophone, et qu'on voit poindre une éventuelle septième réforme de l'État après les élections de 2019, il s'agirait que la connaissance et l'expérience de la Cocof ne soit pas perdue, et au contraire soit potentialisée, soit par elle-même si effectivement l'administration perdure, soit au sein de laquelle elle serait amenée à être versée.

La Cocom est, elle, une administration qui doit encore faire connaissance avec le secteur drogues. Après la fin du stand still suite au transfert des compétences de l'INAMI vers les commissions communautaires à Bruxelles, c'est elle qui sera référente pour cinq services bruxellois, et non des moindres. Il devient donc urgent de penser le mode de financement de ces services. A ce jour, aucune information précise n'est donnée, si ce n'est sur la structure de l'OIP Iriscare.

Enfin, la Région a depuis peu développé une politique ambitieuse en son sein, concernant les drogues. Concrètement, elle a fortement renforcé son premier opérateur en la matière, à savoir Transit, à tel point que Transit prend désormais en charge certaines missions de coordination.

On peut forcément imaginer qu'il n'est pas facile de trouver une cohérence entre Cocof, Cocom et Région. Si seul le gouvernement bruxellois peut définir une politique cohérente entre région et commissions communautaires, il devrait alors le faire en élaborant une politique drogues bruxelloise et un plan d'actions, voire une stratégie. A défaut, la concertation a minima peut vite déboucher sur des incohérences et doublons institutionnels et affaiblissements respectifs.

Le secteur a pu vouloir dépasser certaines incohérences, notamment en s'entendant sur un plan drogues traçant des lignes directrices plus ou moins claires. Mais certaines harmonisations dépendent avant tout du politique et de l'administration, et le secteur, même via sa fédération, ne peut s'y substituer : il peut engager, et il l'a fait, d'intenses discussions et concertations pour rencontrer certains *modus operandi*. Mais en cas d'échec, la responsabilité relève in fine des autorités, et non de lui-même ni de sa fédération.

Sa fédération enfin, la Fedito Bxl, a la particularité de regrouper des acteurs émanant de la Cocof, de la Cocom et de la Région, mais de n'être financée que par la Cocof. Par ailleurs, on ne note pas de clair alter ego du côté de la Cocom ou de la Région. La Fedito Bxl semble donc mener un travail spécifique et nécessaire à Bruxelles. Elle le fait dans le cadre du décret ambulatoire, avec un agrément à durée indéterminée, ce qui effectivement renforce la possibilité qu'elle a d'être sur de multiples dossiers en même temps. Comme quoi, agrément à durée indéterminée n'implique certainement pas paresse institutionnelle.

Partie 3 : Analyse de l'adéquation de l'offre de service du secteur avec ces nouvelles problématiques sociales et de santé

Favoriser l'adéquation entre nouvelles problématiques et offre de services est un travail de longue haleine. On l'a vu, les problématiques drogues connaissent aujourd'hui des évolutions fortes, rapides et inquiétantes. La mise en adéquation est donc une nécessité de tous les jours. Encore faut-il pouvoir avancer sur différents points en même temps... Car il ne s'agit pas seulement de créer de nouveaux dispositifs : il s'agit de les intégrer dans le réseau socio-sanitaire, dans une logique d'intersectorialité. Il s'agit aussi qu'ils soient légaux, qu'ils respectent des cadres législatifs malheureusement archaïques.

1. Législatif et politique

Les problématiques drogues connaissent aujourd'hui des évolutions fortes et inquiétantes, aussi bien concernant le public (davantage précarisé) que concernant les produits (nouvelles substances psychoactives, nouveaux modes de production, d'achat et de délivrance). Or, ces évolutions ne sont pas prises en compte par le cadre législatif et les seules réponses données relèvent avant tout d'un cadre criminalisant : si les politiques drogues relevaient davantage de la santé publique, nous aurions depuis longtemps des salles de consommation à moindre risque, interdites actuellement parce que pouvant être considérées comme « facilitant la consommation », ce qui est sanctionné par la loi de 1921.

C'est dans ce contexte que la Fedito Bxl, ses membres et d'autres partenaires tels que Bruxelles Laïque, Médecins du Monde, la Fédération des Maisons Médicales, la Fédération Des Services Sociaux, s'engagent dans **la campagne « STOP 1921 » visant, à l'aune du centenaire de la loi drogues, à la changer.** Davantage d'informations sur www.stop1921.be.

C'est aussi dans ce contexte qu'au niveau bruxellois, la Fedito Bxl a défini, avec ses membres ainsi que la Fédération des Employeurs des Institutions Actives en Toxicomanie (FEIAT) et la Coordination Locale Drogues Bruxelles (CLDB), **une politique drogues bruxelloise et un plan drogues s'étendant de 2016 à 2019. Un follow-up permanent est disponible en ligne.** En termes généraux, cette politique drogues bruxelloise vise à davantage de santé publique au bénéfice des usagers de drogues. Cela n'est que nécessaire, dans un contexte de plus en plus difficile en termes de politiques sociales et de santé : il suffit de penser à l'arrêté royal sur les substances stupéfiantes et psychotropes publié le 26 septembre dernier, qui revient sur la tolérance à l'égard du cannabis, renforce la criminalisation, précarise le testing des drogues, et induit de l'incertitude dans le chef des médecins prescripteurs de produits de substitution.

La Fedito Bxl et ses partenaires tentent donc d'appliquer la politique et le plan drogues bruxellois, définissant les objectifs sectoriels jusqu'en 2019. Ces documents sont la référence pour ce qui devrait advenir en région bruxelloise. Depuis 2015 déjà, la Fedito Bxl et ses membres y travaillent, et conscientisent en ce sens les autorités bruxelloises et fédérales.

2. Intersectoriel

L'accessibilité est la raison d'être première du secteur assuétudes. Le secteur s'est construit parce que les usagers de drogues étaient (et restent souvent) davantage perçus comme des criminels responsables de leur situation ou comme des patients à la prise en charge complexe. De ce fait, il se retrouvent souvent exclus des structures socio-sanitaires non spécialisées. Cette difficulté s'explique notamment par la saturation de la capacité d'accueil du réseau psycho-social (ambulatoire, hôpitaux psychiatriques, logements sociaux, maisons d'accueil, ...). Face à cette situation, certaines structures choisissent de durcir leurs conditions d'admission, par exemple, en demandant un réquisitoire du CPAS pour accéder aux services offerts. Saturation est également synonyme d'augmentation des

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

Il est donc dans les gènes du secteur spécialisé, de mettre à disposition des usagers de drogues des dispositifs accessibles. C'est tout l'avantage des salles de consommation à moindre risque, qui élargiraient l'accès à des dispositifs de santé pour notamment des personnes qui ont encore des difficultés à se rendre dans les services existants. Un autre exemple est celui de Modus Fiesta, qui constitue un lieu accessible pour les personnes issues du milieu festif, dès lors que ces personnes peuvent réellement s'approprier le lieu par divers événements et activités. Un dernier exemple, plus général, est celui de structures ayant abaissé leur seuil d'accès pour les plus précaires, sachant que de nombreux usagers cumulent problèmes de consommation et situations socio-économiques difficiles, voire illégalité de leur statut ou sans-abrisme.

On peut dire que toutes les structures spécialisées ont alors été confrontées à la question de comment gérer ces situations plus complexes et plus nombreuses, pouvant mettre à mal le bien-être des équipes et plus généralement l'accueil lui-même. Des choix cornéliens ont dû être réalisés, par exemple en créant des listes d'attente, en bloquant les nouvelles entrées pendant une certaine période, ou encore en bloquant les entrées de publics spécifiques comme celui des personnes sortant de prison. Tous les professionnels et services qui ont dû se résoudre à effectuer ces choix, que ce soit de manière structurelle ou conjoncturelle, l'ont fait à regrets...

Notons toutefois que d'autres initiatives ont eu pour vocation de relever le défi de l'accueil aussi inconditionnel que possible. Ces initiatives à bas seuil d'accès ont rapidement mené à la gestion de flux importants de patients, avec les conséquences que l'on peut imaginer sur l'organisation institutionnelle. Cela n'a pas toujours été aisé et des reculs ont parfois dû être opérés, avec un impact éventuel sur le reste du secteur en termes d'affluence. Mais des tentatives ont en tout cas été menées.

Cela a été une des raisons expliquant l'émergence de nouvelles relations inter-institutionnelles, voire inter-sectorielles : divers rapprochements se sont opérés, notamment entre la MASS, le Lama et Transit, visant initialement à l'échange entre les équipes quant aux pratiques et aux modes de gestion générale d'importantes files actives. Cela a ensuite débouché sur des projets encore en cours de développement, en l'occurrence la mise en place de trois centres inter-institutionnels : un premier regroupant des structures spécialisées toxicomanie, à venir ; un deuxième regroupant des structures existantes émanant de divers secteurs (toxicomanie, planning familial, santé mentale, service social et médical), récemment ouvert ; et un troisième encore à développer et qui regrouperait des structures relevant d'agrèments inter-sectoriels.

Enfin, n'omettons surtout pas les initiatives prises pour renforcer les acteurs généralistes dans la prise en charge des personnes usagères de drogues légales ou illégales. C'est par exemple ainsi qu'Infor-Drogues et l'Orée géraient en 2016-2017 la formation de plusieurs centaines de professionnels des services d'aide à domicile. C'est ainsi aussi que des rapprochements conséquents ont été effectués avec le RMLB pour l'aider dans sa mission de support auprès des médecins généralistes : des fiches d'informations et d'orientations ont été réalisées avec l'aide d'acteurs émanant du secteur. Enfin, des rapprochements ont aussi été effectués avec les pharmaciens, et dès 2018 commencera une concertation médico-pharmaceutique « abus et dépendances », financée par l'INAMI et soutenue par le secteur drogues bruxellois.

Ces contacts intersectoriels ont notamment été réalisés à l'occasion de l'appel à projets Chronic Care, pour lequel la Fedito Bxl a pris un rôle moteur dans l'élaboration d'un projet spécifiquement tourné vers les publics rencontrant des problèmes de santé chronique ainsi qu'un obstacle dans leur recours aux soins, que cet obstacle soit culturel, socio-économique, d'ordre mental, ou relevant d'une toxicomanie encore largement cause d'a priori et de refus de traitement. Malheureusement, ce projet a été refusé au détriment d'un autre qui prenait partiellement place sur le même territoire et auquel il avait été proposé de fusionner.

3. Dispositifs

- **Le renforcement de la réduction des risques...**

La réduction des risques liés aux usages de produits psychoactifs représente un des principaux piliers d'interventions à côté de la prévention et du secteur curatif. Ces stratégies s'articulent, s'interpénètrent et se renforcent mutuellement. Ce pilier d'intervention souffrait pourtant du manque de reconnaissance et d'un cadre légal adapté.

La situation a grandement évolué ces dernières années, puisque la réduction des risques a été ajoutée au décret ambulatoire et qu'elle constitue une des pierres angulaires du décret et du plan de promotion de la santé. L'accès au matériel stérile d'injection a été renforcé financièrement en 2016 et 2017. De manière concomitante, un des opérateurs de réduction des risques, à savoir Transit, a été renforcé dans ses missions. La reconnaissance de la réduction des risques est donc davantage acquise à Bruxelles.

Il n'en reste pas moins que son mode de fonctionnement peut différer des modes traditionnels de financement : on pense par exemple au défrayement de jobistes ou à toutes les activités nocturnes et impliquant des dépenses qui ne sont pas facilement reconnues par les pouvoirs subsidiaires.

Par ailleurs, globalement parlant, les déséquilibres de financement au détriment de la réduction des risques ont été prouvés il y a déjà bien longtemps : à ce niveau, on sait que les approches sécuritaires ou relevant du curatif bénéficient des plus importantes masses financières.

En outre, certaines de ses actions dépendent fortement d'autres acteurs : on pense au collègue des procureurs pour le testing, aux propriétaires de clubs pour les interventions en festif, aux pharmaciens pour la distribution de stérifix. La réduction des risques n'a donc cessé de nouer et gérer des partenariats très divers, ce qui peut parfois s'avérer complexe. Et parfois, comme pour le stérifix, on peut observer que le partenariat s'érode peu à peu, et ce malgré l'énergie donnée pour le maintenir voire le revivifier.

Des dispositifs dont il est fait débat depuis déjà de très nombreuses années n'aboutissent pas : nous parlerons plus avant des salles de consommation à moindre risque et de l'AERLI, mais pensons déjà aux bornes d'échange de seringues, qui ont fait l'objet d'une résolution au parlement francophone bruxellois. Si on peut se ravir de l'avènement effectif de cette résolution,... on ne peut que continuer à attendre leur concrétisation...

Notons qu'enfin, actuellement, ce sont souvent les acteurs relevant ou proches de la réduction des risques qui se heurtent à des cadres peu clairs, les mettant potentiellement en contact direct avec des risques d'illégalité.

- **Le refus de salles de consommation à moindre risque**

En 2015 et 2016, plusieurs éléments ont concouru à la mise en débat, au sein des autorités, de la mise en place de salles de consommation à moindre risque : la proposition de loi de Willy Demeyer, l'existence de ce débat en France, ainsi que la longue mobilisation du secteur dans ce domaine : ces dernières années, plusieurs démarches avaient été engagées par la Fedito Bxl et/ou des acteurs de terrain, telles que des journées d'étude, une pétition mise sur un site internet dédié, ou encore une micro-étude mesurant l'intérêt chez des personnes fréquentant certains services. Une consultation du terrain a été organisée en été 2015 par la Commission Santé Publique de la Chambre des Représentants, à laquelle la Commission Justice avait fait suivre le dossier ; la Fedito Bxl a pu déployer un lobbying très tôt dans le processus. Cette consultation a été l'occasion de vérifier le fait que l'extrême majorité des acteurs spécialisés reconnaissent la plus-value indubitable des salles de consommation à moindre risque, et ce jusqu'à l'Académie Royale de Médecine. La Fedito Bxl a forcément établi des recommandations dans le sens de l'implémentation.

Rappelons qu'il existe déjà plus d'une centaine de salles de consommation à moindre risque de par le monde, que les premières datent d'il y a plus de trente ans, et que tous les pays limitrophes de la Belgique en disposent désormais.

La Cellule Générale Politique Drogues s'est saisie de la question en début de législature, pour aboutir à une [note de synthèse](#) formellement adoptée en octobre 2016. Bien qu'elle soulignait la plus-value en termes de santé publique, de réduction des nuisances et de possible acceptation par la communauté locale, la CGPD a jugé leur mise en place « non prioritaire », et a préféré lancer entre-temps une étude Belspo quant à la faisabilité de la mise en place des salles de consommation à moindre risque. Cette étude de faisabilité, initiée en 2016 et dont les résultats étaient attendus en fin 2017, reportait de facto le dossier à la prochaine législature, puisque aucun développement n'est attendu l'année précédant les élections de 2019.

Il a régulièrement été souligné qu'à défaut d'une légalisation des salles de consommation à moindre risque, pouvaient émerger des pratiques clandestines permettant aux usagers de drogues de consommer à moindre risque.

- **La tentation de l'AERLI**

L'AERLI, pour Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection, est tout d'abord un projet mis en place par Médecins du Monde France en partenariat avec l'association Gaïa. Il permet aux usagers injecteurs de se faire accompagner dans leurs pratiques d'injection. D'un point de vue légal, il est très proche du dossier des salles de consommation à moindre risque, puisque cet accompagnement pourrait être perçu comme une facilitation de la consommation, punissable par la loi du 24 février 1921.

Le secteur a tenu durant de longs mois un groupe de travail visant à l'émergence de pratiques reconnues et relevant de l'AERLI. Plusieurs pistes ont été explorées visant cette reconnaissance, dont notamment la mise en place d'une journée d'études avec le support de la politique scientifique fédérale.

Malheureusement, à nouveau à cause du caractère restrictif de la loi de 1921, l'AERLI n'a pas connu de débouché légal. A défaut, et comme pour les salles de consommation à moindre risque, des pratiques clandestines peuvent encore émerger.

- **En fait-on suffisamment pour le cannabis ?**

Les chiffres d'Eurotox démontrent que la consommation de cannabis reste massive, et peut dans certains cas être problématique. Certains dispositifs spécifiques tentent de répondre à la consommation problématique de cannabis, comme la Cannabis Clinic. On peut toutefois penser qu'il faut encore les consolider...

On ne peut que regretter la fin du Réseau Cannabis, qui visait à mettre en lien les services spécialisés et acteurs généralistes dans la prise en charge d'une problématique par ces derniers. Historiquement, on a remarqué en effet que les usagers problématiques de cannabis s'adressaient peu à des services spécialisés dont le public est largement poly-consommateur, notamment d'opiacés. Le Réseau Cannabis avait donc tout un sens et palliait une carence du secteur. Si ses résultats ont été jugés trop peu satisfaisants pour jouir d'une continuité, puis d'une structuralisation de ses financements du Fonds Assuétudes, nous pouvons penser que l'idée originelle répondait à de réels besoins, encore forts aujourd'hui.

Néanmoins émerge aussi de nouvelles tendances, à savoir que la population fréquentant les services spécialisés pour une problématique cannabis tend à augmenter. Il est donc possible que la barrière entre cannabis et autres drogues tend à s'estomper et que des personnes connaissant une problématique cannabis n'hésite plus à s'adresser à des centres approchés par des usagers d'autres drogues.

- **Davantage d'attention aux drogues licites**

Le secteur toxicomanie, historiquement tourné vers l'aide et la prise en charge des usagers de drogues illicites et en particulier d'opiacés, élargit sa palette d'offre vers l'ensemble des assuétudes, en ce compris vers les drogues licites telles que l'alcool et les médicaments.

Concernant l'alcool, le financement bruxellois francophone du site www.aide-alcool.be a été structuralisé et se développe également l'utilisation de l'outil Alcochoix+, outil développé au Québec et déjà utilisé en France et en Suisse. A Bruxelles, le Pélican et Univers Santé s'inscrivent dans des formations, voire en font déjà usage pour le premier.

La Fedito Bxl a été appelée à faire part de ses recommandations dans le cadre de la tentative de rédaction d'un Plan Alcool au niveau national, courant 2016. Ses recommandations sont toujours d'actualité et publiées sur son site internet et servent de base à d'actuelles consultations du Conseil Supérieur de la Santé, où la Fedito Bxl a acquis le rôle d'expert.

Enfin, certains centres voient clairement leur file active être de plus en plus constituée de personnes ayant avant tout une problématique alcool.

- **Les prisons, un nécessaire espace d'interventions...**

C'est connu et même admis par des directeurs de prisons ou des représentants syndicaux : il est fait largement usage de drogues en prisons. Des activités de prévention, de réduction des risques, de soins et d'orientation y ont donc toutes leur place.

Le fédéral finançait jusqu'il y a peu un service par région, à savoir pour Bruxelles le PCOA Le Prisme, logé à L'Ambulatoire de Forest, et dont la mission était de recevoir la demande émanant de la personne incarcérée pour la réorienter au mieux dans le réseau. On peut toutefois regretter deux choses concernant ce projet émanant du fédéral : tout d'abord, il s'est agi d'un simple copier-coller d'un projet originellement flamand, sans prendre en compte au préalable la réalité sociologique et de terrain à Bruxelles, ni les activités qui pouvaient être effectuées avant même la mise en place du projet ; ensuite, on peut regretter qu'il ait été mal emmanché d'un point de vue juridique, puisque c'est in fine le Conseil d'État qui a mis un terme au financement par la justice d'une compétence santé. Une étude Belspo a été réalisée, mais ses résultats semblaient de toute façon voués à ne pas être pris en compte, puisque le projet a été interrompu, au grand dam des personnes embauchées.

Fort heureusement, un autre projet fédéral se met en place, avec l'avantage d'être largement basé sur la sociologie du terrain. Les acteurs bruxellois concernés ont donc pu amener leur point de vue. Si ce projet vise avant tout au renforcement des équipes internes à la prison, le secteur espère qu'il aura effectivement des plus-values sur les prises en charge et les préparations à la sortie. Depuis mi-2016 lorsqu'il a été fait mention pour la première fois de ce projet, jusqu'à aujourd'hui, les acteurs ont pleinement participé au design général du projet, qui devrait voir le jour en début 2018.

- **Le nécessaire travail avec les proches**

Forcément, le travail avec les proches de l'utilisateur de drogues peut, en théorie, être développé dès lors que l'intervention relève du psychologique voire du psycho-social. Cela vaut pour notre secteur comme pour d'autres. Ce n'est certainement pas que ce travail avec les proches soit absolument nécessaire pour tous les patients, mais c'est qu'il doit constituer une possibilité.

Or, dans les faits, il peut être difficile pour certaines associations de développer ce travail avec les proches, simplement parce que les usagers de drogues peuvent connaître des ruptures familiales ou que les flux entrants sont trop importants pour gérer cette autre activité.

Nul, pourtant, ne nie que cela puisse être une perspective intéressante, et certains projets se développent pour renforcer ce travail avec les proches. Enaden le fait pour les proches d'utilisateurs de drogues ; CAP-ITI et l'Ambulatoire Forest le font pour les proches d'utilisateurs de drogues incarcérés. Quant au projet Alizées au sein d'Interstices, il s'adresse depuis déjà

longtemps à des femmes enceintes et jeunes mères, impliquant forcément une dimension familiale. Ces projets démontrent le regain d'attention par le secteur à l'égard des difficultés vécues par l'entourage de l'utilisateur de drogues.

Conclusion

En guise de conclusion, soulignons encore les dynamiques intrasectorielles que nous avons pu observer depuis le dernier rapport sectoriel de 2012. Elles ont été nombreuses. Elles ont marqué ou marquent le secteur, constamment à la recherche de nouvelles manières de répondre à des besoins évoluant sans cesse.

Il ne faut pas s'y tromper : nous vivons des moments particuliers dans le phénomène drogues. Le Sida semble contrôlé, mais certains craignent une résurgence. L'hépatite C ne l'est toujours pas. Le cannabis de rue est deux fois plus potentialisé qu'il y a quinze ans. Le fentanyl débarque à Bruxelles. L'alcool fait toujours autant de ravages. Les addictions comportementales sont encore peu prises en compte. La précarité est toujours de plus en plus importante, et nous connaissons une vague de migration sans précédent depuis la deuxième guerre mondiale.

Face à ces défis, les acteurs du secteur remettent en question leurs limites et tentent souvent de repousser leurs cadres. Ce n'est certainement pas toujours aisé. Cela peut créer de l'inconfort et de la maladresse. Ce n'est malheureusement que nécessaire, si l'on veut consolider une politique sociale / santé cohérente, pragmatique et moderne.

Encore faudrait-il que le cadre législatif suive... Encore faudrait-il que les politiques évoluent favorablement. Depuis trop longtemps, il y a une stagnation du développement des politiques drogues, ce qui fait que la Belgique est désormais à la traîne en Europe Occidentale. En termes de consultation de la société civile, au niveau fédéral, elle apparaît même comme la mauvaise élève de la classe...

Il ne sera pas possible pour le secteur spécialisé de consolider une offre sociale / santé répondant aux besoins, s'il n'est pas davantage soutenu dans ses actions par les cadres législatifs. Si la Cocof (administration et cabinet) comprend généralement les enjeux défendus et les soutient, on peut réellement regretter que ce soit moins le cas au fédéral.

En attendant les salles de consommation à moindre risque, la diacétylmorphine, la remise à plat de la politique cannabis, le renforcement du testing, et d'autres actions à mener pour renforcer la santé publique ; en attendant cela, des gens meurent d'overdoses, s'éloignent du soin, s'enfoncent dans l'exclusion sociale, consomment des produits qu'ils ne connaissent pas et ne maîtrisent pas, etc.

En Belgique, l'heure est venue à la nécessaire modernisation des politiques drogues.