



**Stratégies concertées
de prévention et
de réduction des risques
en matière de drogues
en Fédération
Wallonie-Bruxelles**

Novembre 2012



Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles

Ce projet a été financé par le Ministère de la santé
de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Il a été mené par l'asbl Eurotox
avec l'appui méthodologique de Damien Favresse,
chercheur au Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES)
de l'Ecole de Santé Publique de l'ULB.

Auteur : Eléonore Caraël

Coordonné par : Lucia Casero

Relecture : Martine Dal, Pascale Anceaux, Catherine Van Huyck,
Philippe Bastin et Damien Favresse.

Ce document est téléchargeable sur le site de l'asbl Eurotox :
<http://www.eurotox.org/>

Novembre 2012

Table des matières

Remerciements	6	Partie 2	26
Introduction et résumé	7	Enjeux transversaux et spécifiques	26
A qui s'adresse ce document ?	7	2.1. Enjeux transversaux	26
Structure du document	8	2.1.1. Cadre politique (répartition des compétences, financements, législation)	26
Résumé	8	2.1.2. Suivi/évaluation des actions	31
		2.1.3. Formation	33
Partie 1		2.2. Enjeux spécifiques	34
Contexte du projet et méthodologie	17	2.2.1. Milieu carcéral	34
Contexte du projet	17	Introduction	34
Méthodologie	19	Plan d'action	37
Etapes du projet	19	Axe 1. Améliorer le cadre politique, institutionnel et législatif belge concernant la santé en prison	37
Choix des groupes de travail	20	Axe 2. Renforcer l'accès aux dispositifs de prévention et de RdR	39
Inventaire des approches	20	Axe 3. Améliorer la mise en place des interventions et assurer la continuité des soins en milieu carcéral	43
Critères opérationnels	21	Axe 4. Renforcer la concertation entre les intervenants extérieurs et la prison	45
Groupes de travail retenus	21	2.2.2. Milieu de la rue	47
Mise en place des groupes de travail	21	Introduction	47
Invitation	21	Composition du groupe de travail	48
Journées de concertation	22	Plan d'action	48
Participation effective	22	Axe 1. Assurer une meilleure reconnaissance des interventions de réduction des risques	48
Méthodes de travail en groupe	23	Axe 2. Améliorer l'accès des usagers au matériel stérile d'injection	50
Approche « bottom-up » et concertation	23	Axe 3. Améliorer les conditions d'usage par injection et leurs conséquences socio-sanitaires	52
Outils privilégiés	23	Axe 4. Renforcer le lien entre les intervenants et les publics spécifiques et/ou dits « cachés »	54
Elaboration des diagnostics de la situation et des plans d'action spécifiques	23		
Aspects transversaux	24		
Biais/limites	24		

2.2.3. Milieu familial	56	2.2.5. Milieu scolaire	74
<i>Introduction</i>	56	<i>Introduction</i>	74
<i>Composition du groupe de travail</i>	57	<i>Composition du groupe de travail</i>	76
<i>Plan d'action</i>	57	<i>Plan d'action</i>	76
Axe 1. Pérenniser les actions	57	Axe 1. Renforcer la continuité des actions de promotion de la santé dans les institutions d'enseignement	77
Axe 2. Améliorer l'adéquation entre l'offre des intervenants et les besoins spécifiques des bénéficiaires	58	Axe 2. Renforcer la prise en compte des spécificités des institutions d'enseignement et des publics dans l'offre des services spécialisés en assuétudes et de promotion de la santé	79
Axe 3. Actualiser les connaissances et mettre à jour les représentations sociales liées aux usages de drogue et à la parentalité des professionnels du secteur psycho-médico-social	59	Axe 3. Générer des dynamiques participatives au sein des institutions d'enseignement	82
Axe 4. Promouvoir la mobilisation et la participation des parents aux actions de prévention/RdR	60	Axe 4. Optimiser le travail en partenariat	85
Axe 5. Optimiser le travail en réseau	61	Axe 5. Consolider l'évaluation des actions de prévention menées en milieu scolaire	86
2.2.4. Milieux festifs	62	Tableau synthétique	88
<i>Introduction</i>	62	Conclusions	99
<i>Composition du groupe de travail</i>	64	Bibliographie	103
<i>Plan d'action</i>	64	Annexe	112
Axe 1. Favoriser la reconnaissance structurelle (financements, cadre légal et reconnaissance politique) de la prévention/RdR en milieux festifs	64		
Axe 2. Adapter l'offre de services à l'évolution constante des milieux festifs, des usages et des publics	66		
Axe 3. Renforcer les partenariats intra et intersectoriels	67		
Axe 4. Renforcer la participation et la responsabilisation des publics-cibles et des publics-relais dans les interventions	71		
Axe 5. Renforcer l'évaluation des interventions	73		

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement les intervenants qui ont participé aux groupes de travail mis en place dans le cadre de ce projet. Leur expertise et leur implication continue ont permis de mener à bien le processus de concertation et d'aboutir à l'élaboration de ce document.

Nous remercions l'ensemble des professionnels qui nous ont reçus pour des entrevues préliminaires et ceux qui nous ont invités à présenter le projet au sein de leurs institutions.

Nous adressons tous nos remerciements à Laurence Noël de Modus Vivendi pour ses synthèses écrites.

Nous remercions Damien Favresse et les membres du comité d'accompagnement pour leur contribution à l'élaboration du projet et à sa mise en œuvre.

Cette recherche a bénéficié du soutien des membres du conseil d'administration de l'asbl Eurotox. Nous remercions Martine Dal, Pascale Anceaux et Catherine Van Huyck.

Enfin, nous remercions le cabinet et l'administration du Ministère de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour avoir assuré le financement du projet.

Introduction et résumé

A qui s'adresse ce document ?

Le projet vise à renforcer la cohérence des actions de prévention et de réduction des risques (RdR) en matière de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB). Il s'adresse :

- aux acteurs de promotion de la santé et à leurs partenaires. Les constats et les actions proposées peuvent être affinés selon les contextes et les besoins, et servir de support à l'élaboration de projets ;
- aux professionnels de l'ensemble des secteurs concernés par la thématique des assuétudes¹ ;
- au pouvoir politique communautaire qui s'appuiera sur les résultats du projet pour élaborer le futur « programme de référence » en matière de santé².
- aux cabinets et administrations des entités fédérées en charge des assuétudes (Région de Bruxelles-capitale, Wallonie et Fédération Wallonie-Bruxelles).

1. Par exemple, le secteur psycho-médico-social, les soins de santé, l'éducation, la jeunesse et l'aide à la jeunesse, la petite enfance, la culture, les sports, la justice, et l'hébergement.

2. Dans le nouveau code de la santé de la FWB, un « programme de référence » remplacera le Programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 et le Plan communautaire Opérationnel de Promotion de la Santé pour les années 2008-2009.

Structure du document

Le document se décline en deux parties principales: (i) La première partie décrit le contexte et la méthodologie du projet; (ii) la seconde partie présente les résultats de la concertation: d'une part, les constats et propositions d'action ayant émergé de la concertation (enjeux transversaux); d'autre part, les états des lieux et axes d'intervention prioritaires retenus au sein de chaque groupe de travail (aspects spécifiques). Les conclusions générales proposent une synthèse des enjeux, ainsi que des perspectives d'action pour l'avenir. Enfin, l'annexe du document comprend la liste des intervenants ayant participé au projet.

Résumé

Contexte et méthodologie du projet

Ce document présente les résultats d'un processus de concertation mis en place depuis 2011 en vue d'élaborer collectivement des stratégies d'action en prévention et en réduction des risques liés à l'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles.

La concertation a mobilisé une soixantaine d'intervenants, essentiellement issus du secteur de la promotion de la santé. Cinq groupes de travail ont été constitués. Il s'agit du « milieu familial », « scolaire », « de la rue », « festif », et « carcéral ». Le choix de ces groupes se justifie à la fois par le cadre stratégique préexistant³ et par la durée limitée du projet. Il va de soi que les thématiques retenues ne couvrent pas la totalité des champs d'intervention des professionnels.

L'élaboration du cadre d'action s'est effectuée au sein de chaque groupe de travail, en phases successives :

échanges de pratiques en sous-groupes, formulation de constats, identification d'actions prioritaires et d'objectifs stratégiques à atteindre. La réflexion collective était alimentée par des données de la littérature. A l'issue de chaque journée de concertation effective, une synthèse des échanges était transmise aux participants pour révision. Les commentaires reçus étaient ensuite intégrés dans une nouvelle synthèse provisoire, renvoyée aux intervenants pour consolidation. Une ou plusieurs séances de concertation ont été organisées par groupe de travail, et une journée de concertation générale a été mise en place en fin de processus.

Sur la base de leurs pratiques professionnelles, les intervenants ont formulé une série d'objectifs et d'actions prioritaires à développer: a) par le secteur de la promotion de la santé en collaboration avec divers partenaires institutionnels, et b) par les pouvoirs subsidiaires. Ce sont ces constats et recommandations qui sont exposés dans ce document.

Enjeux transversaux

Plusieurs constats et recommandations ont fait consensus. Il s'agit d'*enjeux transversaux* qui concernent les trois thématiques suivantes: le cadre politique (répartition des compétences, canevas administratifs, financements), la formation des professionnels, et le suivi/évaluation des actions.

Concernant le cadre politique, les intervenants ont mis l'accent sur la nécessité de pérenniser les actions de prévention et de RdR. Le morcellement actuel des compétences en matière de santé constitue un obstacle majeur pour la qualité, la continuité et la cohérence des interventions menées auprès des bénéficiaires. Il est donc recommandé de mobiliser le secteur afin de définir *un mode de répartition transparent*

3. Voir la section consacrée à la méthodologie du projet.

et simplifié à proposer aux autorités politiques. Il est également préconisé de renforcer la promotion des actions menées en prévention/réduction des risques, en élaborant des dossiers d'information destinés aux pouvoirs subsidiaires.

La mise en place d'un système d'agrément des institutions spécialisées en assuétudes est un changement politique attendu. Le sous-financement des structures entraîne la précarisation et le turn-over élevé des équipes. L'indexation des subventions doit être obtenue, ce qui permettrait de consolider les dispositifs existants et d'initier des actions auprès de publics spécifiques. D'autre part, les intervenants souhaitent que les travailleurs du secteur en FWB soient affiliés à une commission paritaire unique.

Le manque d'harmonisation des canevas administratifs entre régions et communautés (rapports d'activité et demandes de subsides) est une préoccupation majeure. Les intervenants plébiscitent la création d'un canevas axé sur une logique de reconnaissance des services, adaptable selon les contextes, dans lequel ils présenteraient leurs activités et sources de financement. Par ailleurs, la mise en place de comités d'accompagnement conjoints est préconisée pour les projets cofinancés.

Il existe un déséquilibre manifeste entre les ressources consacrées à la sécurité et celles dévolues à la promotion de la santé. Une action proposée consiste à relancer le débat auprès des parlementaires au sujet de la décriminalisation ou la légalisation des usages de drogues.

Le renforcement des capacités en matière de suivi/évaluation des actions menées est également plébiscité. A l'heure actuelle, la compilation d'outils d'évaluation fait défaut. Un travail en commun au sein du

secteur est nécessaire et pourrait aboutir à la création d'un référentiel méthodologique, adaptable selon les besoins du terrain, proposant des exemples de démarches d'évaluation en vue de mieux valoriser le travail effectué. Cette mission devrait être financée et menée en partenariat avec les observatoires, les Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS), les groupes de travail existants, les réseaux agréés wallons et les services communautaires.

Le renforcement de la formation constitue une priorité sur laquelle s'accordent les intervenants. Il s'agit d'une part, de renforcer l'accès des intervenants du secteur à la formation continue et d'autre part, d'intégrer des modules de formation axés sur les assuétudes, l'approche de promotion de la santé et la RdR dans les cursus de base (tronc commun) des futurs professionnels des secteurs socio-sanitaire, enseignement, jeunesse, aide à la jeunesse, et justice.

Enjeux spécifiques

Le plan d'action « milieu familial » définit un ensemble de priorités pour deux catégories de bénéficiaires : les parents (y compris les parents usagers de drogues et les parents d'usagers de drogues) et les professionnels de divers secteurs impliqués. Le plan vise à améliorer la cohérence des actions de prévention/RdR menées en milieu familial. Pour atteindre cet objectif général, les intervenants ont identifié cinq axes prioritaires : la pérennisation des interventions, l'adéquation de l'offre, l'actualisation des représentations sociales et des savoirs, la mobilisation des parents et l'optimisation du travail en réseau. La pérennisation des actions est une préoccupation majeure. Les intervenants déplorent le morcellement actuel des compétences en matière de santé, le renouvellement incertain des subventions, et la fragilisation des équipes et des partenariats qui en découlent.

L'ensemble de ces contraintes influent sur la cohérence et la qualité de l'offre. Les actions attendues au niveau politique sont d'harmoniser les logiques de financement, d'agréer les services spécialisés en assuétudes et de mettre un place un guichet afin de faciliter les demandes de subsides. Au sein du secteur, il est recommandé d'assurer la participation continue des intervenants aux réunions de concertation politiques et stratégiques. Veiller à l'*adéquation entre la demande des bénéficiaires et l'offre de services* est une seconde priorité. Cette adéquation implique diverses démarches auprès des publics concernés : l'analyse continue de leurs attentes, le respect du rythme des acteurs impliqués, le suivi de proximité, et le travail en réseau. L'ensemble de ces éléments plaide en faveur du maintien d'une offre de services flexible, « sur mesure », et à envisager à long-terme. Les intervenants préconisent de poursuivre la promotion des services de prévention existants (« points parents », lignes téléphoniques spécifiques) auprès des parents et des professionnels, et de renforcer le travail en réseau et de proximité auprès des familles précarisées. En vue d'une meilleure adéquation de l'offre, il est également suggéré d'assurer l'accès continu des intervenants à la formation, notamment par le biais d'interventions régulières. Un troisième axe prioritaire concerne l'actualisation des *savoirs et des représentations sociales*. Les discours normatifs et les présupposés en matière de toxicomanie et de parentalité sont fréquents, autant parmi les bénéficiaires qu'au sein des structures d'aide et de soins. Faire émerger ces représentations sociales fait partie intégrante du travail des acteurs de terrain. Une action à mener est de multiplier les initiatives de sensibilisation (colloques, séminaires) au sujet des représentations sociales auprès des professionnels de la petite enfance, du secteur de la jeunesse, de l'aide à la jeunesse, de la justice, et des soins. Une autre action, à mener par les pouvoirs politiques, est d'inclure la

problématique « parentalité et toxicomanie » dans le cursus de base des futurs professionnels concernés. La difficulté à *mobiliser les parents* autour du thème des assuétudes est également évoquée. Le thème des assuétudes n'est pas spontanément fédérateur. Certains parents se sentent peu concernés, d'autres le vivent comme étant stigmatisant. Par conséquent, leur participation aux animations est fluctuante, et peu prévisible. Un objectif spécifique consiste donc à renforcer la visibilité des actions mises en place en faisant connaître aux parents les activités et les complémentarités des services spécialisés. Développer l'offre d'animations centrées sur des thématiques globales (jeunes, éducation, santé) est également préconisé en vue de mobiliser les parents. Enfin, *le travail en réseau devrait être optimisé*. La collaboration entre acteurs nécessite de maintenir ou de créer des espaces de rencontre pour éviter le cloisonnement et assurer la qualité de la prise en charge des familles. Sensibiliser les professionnels de divers secteurs à la nécessité d'un travail en réseau et renforcer l'information sur les réseaux existants sont deux objectifs essentiels à poursuivre. Au sein du secteur, il est recommandé de développer des espaces de rencontre intersectoriels pour favoriser les échanges de pratiques. Il s'agit également de renforcer les dispositifs de transmission des savoirs pour assurer la continuité des partenariats malgré le turn-over élevé des équipes.

Le *plan d'action « milieu de la rue »* a pour objectif général de réduire les risques liés aux usages de drogues par injection. Un premier axe prioritaire est *d'obtenir une meilleure reconnaissance des interventions de réduction des risques* au niveau politique. L'absence de cadre légal et l'insuffisance des ressources allouées à la RdR induisent une précarisation évidente des équipes dans un contexte de pénibilité accrue du travail. Les intervenants constatent une hausse du

flux des usagers, sans que cela s'accompagne de subsides supplémentaires ni d'une extension des équipes et des locaux. L'instabilité des financements et des projets induit un turn-over élevé des équipes, affaiblit la dynamique des partenariats et fragilise les liens créés avec les usagers. Par ailleurs, la RdR n'est pas suffisamment connue. Cette stratégie est encore perçue de façon négative par une partie des responsables politiques, des professionnels de la santé, de l'opinion publique, ou des médias. Un changement des représentations de la RdR s'impose. Trois actions sont proposées : inclure la RdR dans le cursus de base des futurs intervenants du secteur socio-sanitaire, ce qui relève d'une décision politique. D'autre part, poursuivre la promotion de la RdR auprès de l'environnement direct des comptoirs d'échange de seringues (riverains, commerçants, autorités locales). Enfin, favoriser la formation des professionnels du secteur, en intensifiant les échanges de pratiques via les réseaux existants. *Améliorer l'accès des usagers au matériel stérile d'injection* est un second axe prioritaire. Une action attendue au niveau politique est un soutien aux comptoirs d'échange de seringues fixes existants, compte tenu de la demande croissante des usagers et un appui aux dispositifs mobiles en rue (bus et maraudes). De fortes disparités persistent en matière d'accès aux dispositifs d'échange de seringues. Il convient donc de renforcer la couverture des actions, en développant par exemple des projets de sensibilisation des pairs par les pairs dans les zones péri-urbaines et rurales, et de consolider le réseau de pharmacies collaborant au projet Stérifix. En matière de recherche, il est recommandé de mener des études au sujet de l'offre et de la demande de services socio-sanitaires bas-seuil dans les zones péri-urbaines et rurales, vu le déficit de données existantes. Un troisième axe vise à améliorer *les conditions d'usage de drogues par injection*. A ce jour, aucun site de consommation supervisée n'existe en FWB, alors

que ce dispositif permet de réduire les risques socio-sanitaires, de limiter l'abandon de matériel d'injection dans les lieux publics et d'améliorer l'accès des usagers de la rue aux soins et à la prise en charge. Il est attendu que les projets élaborés en ce sens bénéficient d'un appui des autorités politiques. La récupération des seringues usagées en FWB n'atteint pas 100%. Les acteurs de la rue et les professionnels du soin ne semblent pas suffisamment informés. Deux actions majeures sont ainsi recommandées : renforcer la mise en place de récupérateurs extérieurs de seringues usagées (RESU) fixes installés en rue dans les grandes villes. D'autre part, mener des activités d'information auprès de l'ensemble des intervenants concernés, y compris les employés communaux, policiers et acteurs généralistes du soin. Enfin, un quatrième axe concerne la nécessité de *renforcer les liens avec les publics spécifiques, dits « cachés »*. Il s'agit par exemple des « jeunes injecteurs », des mineurs injecteurs et des « primo-injecteurs » qui ne fréquentent pas les structures d'aide et que le cadre légal ne permet pas d'atteindre ni de prendre en charge. Les femmes usagères de drogues nécessitent une attention accrue car elles ne représentent que 10-20% du public fréquentant les dispositifs actifs en toxicomanie. Pour l'ensemble de ces publics, il s'agit de développer la recherche, d'étendre les actions de proximité en rue (« outreach ») et de renforcer les concertations multisectorielles. Les intervenants préconisent que les autorités politiques adaptent le cadre légal, soutiennent l'offre de soins en rue et qu'elles facilitent la mise en place d'actions ciblées : par exemple, en délivrant des autorisations et assurances officielles permettant aux intervenants d'agir dans les squats. Au niveau du secteur, il est souhaitable de renforcer la concertation avec les structures bas-seuil et les réseaux d'action sociale, et de développer des partenariats avec les structures accueillant les migrants et les travailleurs du sexe. Les projets de prévention/

RdR participatifs auprès des femmes devraient être étendus. Enfin, il s'agit de consolider la recherche sur les publics difficiles à atteindre, en s'appuyant notamment sur les études et stratégies recommandées au niveau européen.

Le *plan d'action «milieu scolaire»* a pour objectif général de développer la promotion de la santé dans les institutions d'enseignement: écoles primaires, secondaires, écoles supérieures, internats et Universités. Un premier axe prioritaire vise à *renforcer la continuité des actions de promotion de la santé*. Les financements en «enveloppe fermée» et «par projets» s'avèrent peu cohérents avec la mission globale de promotion de la santé. De plus, le budget de la FWB destiné à la prévention des assuétudes est insuffisant, ce qui contraint les services spécialisés à solliciter des co-financements auprès des régions, provinces, et communes. En outre, les divers pouvoirs subsidiaires ont des degrés d'exigence variés et utilisent différents types de canevas, entraînant une charge administrative élevée pour les acteurs de terrain. L'ensemble de ces contraintes limitent considérablement la portée des projets mis en place, tout autant que leur continuité. Diverses actions sont donc attendues au niveau politique: mise en place d'un guichet unique, agrément des services et harmonisation des canevas administratifs en concertation avec les acteurs de terrain. D'autre part, il est souhaité que soient ré-institués des incitants financiers donnés directement aux écoles pour faciliter la mise en place de projets avec les structures spécialisées. Intégrer un module de formation en promotion de la santé dans le cursus de base des enseignants de tous les niveaux (y compris agrégations) et des futurs professionnels du secteur médico-psycho-social est une autre recommandation majeure. Enfin, il est urgent que les intervenants spécialisés en assuétudes soient répertoriés dans les catalogues de formation pour

que leur offre soit reconnue, au même titre que les autres formations obligatoires. Un second axe prioritaire concerne *la prise en compte des spécificités des publics et des institutions*. Il s'agit de respecter la diversité des publics, des cultures locales, des contextes et des usages et d'aboutir à la co-construction des projets. Une priorité est de renforcer la couverture des actions auprès de publics insuffisamment ciblés: par exemple, les élèves des internats, ainsi que les étudiants du supérieur. Un troisième axe vise à *générer des dynamiques participatives* au sein des institutions d'enseignement. A l'école, les rencontres entre enseignants, directions, PSE et PMS sont irrégulières, d'où la difficulté à articuler les projets de prévention avec l'ensemble des activités en cours. Le soutien aux directions et la création de liens entre acteurs scolaires sont deux objectifs à poursuivre. Plusieurs actions sont attendues au niveau politique: augmenter le nombre d'éducateurs dans les écoles via des financements supplémentaires, apporter un soutien aux directions (notamment en mettant en place des groupes d'auto-soutien), et consolider les moyens alloués aux PMS et PSE afin de faciliter leur implication effective dans les projets. Il s'agit également d'intensifier la formation des enseignants à la dynamique de groupe, à l'animation et à la coordination de projet. Les élèves devraient avoir accès, dans leur cursus, à des modules sur la promotion de la santé, le bien-être, la pratique citoyenne, l'expression des besoins et le développement des compétences psychosociales. Au niveau du secteur, il est préconisé de viser la participation active de l'ensemble des acteurs scolaires aux projets de prévention via des enquêtes préliminaires auprès des élèves et des enseignants, par exemple. Une autre action à développer est la mise en place d'espaces de rencontre entre intervenants spécialisés, parents, acteurs scolaires et jeunes en vue de créer du lien. Quant au soutien des directions, il pourrait se concrétiser par la création d'un site

internet consacré aux bonnes pratiques en matière de promotion de la santé à l'école. *Le quatrième axe vise à optimiser le travail en partenariat.* Toute intervention en milieu scolaire devrait être menée en collaboration avec des partenaires externes, tels que les centres de santé mentale, les centres de planning familial et les centres culturels. Deux objectifs sont à poursuivre: valoriser les partenariats existants et renforcer les collaborations avec l'ensemble des institutions actives dans les milieux de vie des jeunes. Le cinquième axe vise à *consolider le suivi/évaluation des actions.* Il est rappelé qu'il existe divers types de démarches évaluatives selon les objectifs et les indicateurs retenus. Les services spécialisés se perçoivent comme étant davantage outillés pour mener des évaluations qualitatives de processus que des évaluations de résultats. Il s'agit de préconiser une approche souple de l'évaluation, adaptée aux contextes spécifiques des interventions. Il est souvent difficile d'impliquer les établissements scolaires dans des évaluations à long-terme pour des raisons de calendrier. Pour les intervenants, deux priorités émergent: d'une part, promouvoir des évaluations adaptées aux contextes spécifiques des interventions, et d'autre part, renforcer les démarches d'analyse de la demande et d'évaluation continue dans les projets. Il est souhaité que les autorités politiques renforcent et pérennisent les actions existantes qui fonctionnent déjà («bonnes pratiques»), plutôt que de viser l'innovation à tout prix. Par ailleurs, des enveloppes spécifiques devraient être allouées à la formation des équipes en évaluation et à l'accompagnement méthodologique. Au niveau du secteur, diverses actions sont proposées: produire et diffuser des rapports d'évaluation de projets, organiser des journées d'échange de pratiques entre intervenants sur les méthodes d'évaluation, et renforcer les collaborations entre les intervenants de terrain et les services universitaires dans l'évaluation des projets.

Normaliser les interventions de prévention et de RdR est l'objectif général du *plan d'action «milieux festifs»*. Un premier axe met l'accent sur le *besoin de reconnaissance structurelle des actions de réduction des risques* menées en milieux festifs. Il y a un manque de valorisation et de reconnaissance du travail effectué par les équipes, ainsi qu'un décalage fréquent entre les décisions politiques appliquées et les situations prévalant sur le terrain. Le cadre légal actuel ne permet pas de développer les interventions, vu l'absence d'un pouvoir public en charge de la RdR. Les Régions et Communautés ne connaissent pas suffisamment l'approche de la RdR ni les modalités d'action des professionnels. D'autres entraves subsistent au niveau des financements: la politique actuelle d'octroi des subsides et la complexité de la structure institutionnelle limitent la mise en place de projets à long-terme et entravent la qualité des actions. Le renouvellement incertain des subventions entraîne l'instabilité des équipes et des projets, au détriment des bénéficiaires. Plusieurs actions sont donc attendues au niveau politique: favoriser les subsides par agrément plutôt que par projets, et augmenter les moyens financiers alloués à la promotion de la santé. Une action à mener au sein du secteur est d'intensifier la promotion des projets auprès des autorités politiques via des actions d'information (brochures et entrevues). Créer un guide de bonnes pratiques en matière d'organisation d'événements à destination des responsables politiques est également préconisé. Un deuxième axe prioritaire concerne *l'adaptation de l'offre de services*. Les milieux festifs, espaces de détente et de sociabilité, intègrent des publics et des usages en constante évolution. L'inconstance des pratiques et la multiplicité des acteurs impliqués exigent une offre de services adaptée, tenant compte des spécificités des publics tout autant que des attentes des organisateurs et des pouvoirs locaux. Trois objectifs peuvent orienter les actions: renforcer

la coordination entre acteurs concernés, intensifier la formation des équipes et consolider la recherche sur les publics, les usages et les stratégies d'intervention en vue de mettre en place des projets pilotes. Un troisième axe vise le *renforcement des partenariats intra et intersectoriels*. L'élaboration de projets en milieux festifs mobilise des secteurs variés dont les approches et les objectifs s'avèrent souvent contrastés. Les espaces de concertation intrasectorielle sont essentiels pour la formation des équipes. La mise en place d'un dispositif de coordination de l'ensemble des interventions en milieux festifs devrait être soutenue en FWB. Quant au niveau intersectoriel, il se caractérise davantage par un manque de vision partagée et de cohérence. La couverture des interventions en milieux festifs est en partie tributaire de l'implication des organisateurs d'événements et du soutien des pouvoirs politiques. Régulièrement, des actions ne sont pas mises en place, vu l'opposition des autorités locales. Renforcer les concertations et accroître la visibilité des partenariats sont des objectifs à poursuivre. Il est attendu au niveau politique que soient mises en place des conférences interministérielles en vue de renforcer la coordination entre les secteurs concernés. D'autre part, un volet « promotion de la santé » devrait être inclus dans le cursus de base des futurs professionnels du secteur psycho-médico-social. Au niveau du secteur, il s'agit de faire connaître l'approche et les principes de RdR au grand public et aux autorités politiques. Par exemple en assurant une présence accrue aux réunions locales de préparation d'événements festifs. Intensifier l'information sur les activités menées (rapports d'activités, articles de presse, etc.) et encourager les échanges de pratiques entre intervenants du secteur sont deux autres actions recommandées. *Renforcer la participation et la responsabilisation des publics-cibles et des publics-relais* est un quatrième axe prioritaire. La participation effective des publics (« empowerment »)

est indispensable dans le processus d'élaboration, de mise en place et d'évaluation des projets. Le « jobisme » intègre ce principe d'action. Il convient également d'impliquer les parents, les commerçants, et le grand public qui ont un rôle à jouer, surtout dans un contexte où la législation n'est pas toujours respectée, notamment en matière de vente d'alcool aux mineurs. Assurer l'implication active des « publics-relais » (barmen, personnel de sécurité) et promouvoir la participation et la reconnaissance de l'expertise des « jobistes » sont deux objectifs spécifiques à poursuivre. Une action attendue au niveau politique est l'élaboration d'un document officiel, remis aux acteurs de terrain, indiquant qu'ils travaillent de manière participative avec des usagers défrayés dans l'anonymat. Développer les initiatives de sensibilisation auprès des parents en milieux festifs est également préconisé car ils ne se sentent pas toujours concernés. Enfin, le cinquième axe met l'accent sur *le suivi/évaluation des actions menées*. Les intervenants sont confrontés à des demandes d'évaluation « d'impact » de leurs interventions par les pouvoirs politiques, sans que cette notion ait été définie, ou que les indicateurs aient fait l'objet d'une concertation. Si elles ont un intérêt, les données quantitatives illustrent seulement partiellement le travail effectué par les professionnels. Un objectif est de favoriser la co-construction de canevas d'évaluation en collaboration avec les pouvoirs subsidiaires. Il s'agit également d'optimiser les aptitudes des intervenants en matière d'évaluation. Les actions prioritaires sont d'élaborer un référentiel méthodologique proposant des exemples d'outils et de démarches en vue de mieux valoriser le travail effectué et de renforcer, via le réseau intrasectoriel, la mise en place de journées d'échange consacrées à l'évaluation.

Le plan d'action « milieu carcéral » vise à renforcer la prévention et la RdR liés à l'usage de drogues. Un

premier axe prioritaire concerne *l'amélioration du cadre politique, institutionnel et législatif belge* concernant la santé en prison. Les intervenants plébiscitent en particulier la mise en place de procédures de financements simplifiées et centralisées au SPF Santé publique. D'autre part, la criminalisation et la répression de l'usage de drogues contribuent à la surpopulation carcérale, et tendent à accentuer la vulnérabilité des détenus en matière de santé. Les critères d'accessibilité aux peines alternatives à l'emprisonnement sont restrictifs, et demandent à être élargis. Une action à mener au sein du secteur est de renforcer les concertations au sujet des peines alternatives entre les acteurs du terrain et le milieu judiciaire. Le second axe prioritaire a pour objectifs *d'améliorer l'accessibilité de l'information*, des préservatifs et gel lubrifiant à base d'eau, des traitements de substitution aux opiacés, des dépistages volontaires IST/VIH/VHB/VHC/TB, et des vaccins des hépatites. L'accès aux moyens de prévention/RdR s'avère insuffisant dans les prisons de la FWB: la mission «prévention» n'est assurée par aucun référent interne. L'information sur les usages à risque manque souvent de visibilité et n'est pas adaptée à l'ensemble des détenus. De plus, le nombre de projets de prévention des pairs par les pairs financés par an est très limité. La prévention des risques infectieux liés aux pratiques courantes de piercing et de tatouage est peu développée. Quant aux commandes de «pochettes préservatifs» effectuées par les équipes soignantes, elles correspondent à moins d'un préservatif par détenu/an. Les femmes incarcérées n'ont pas accès aux préservatifs. En dépit des recommandations internationales, les programmes d'échange de seringues en milieu carcéral sont inexistantes en Belgique et en FWB. Diverses actions sont donc préconisées au niveau du secteur: par exemple, développer les initiatives de prévention des pairs par les pairs dans l'ensemble des prisons et sensibiliser les directions

pénitentiaires aux bénéfices de tels projets. Il est également recommandé d'élaborer des supports d'information attractifs et innovants et d'étendre la mise en place de distributeurs discrets de préservatifs dans des lieux stratégiques de passage des détenus. En matière de recherche, il s'agit d'initier des études sur les pratiques de tatouage et de piercing, sur la prévalence du VIH et des hépatites virales et sur les besoins des détenus en matière de services. De même, il est nécessaire de consolider les données sur les overdoses car l'ampleur du phénomène n'est pas suffisamment documentée en prison. Enfin, en matière de plaidoyer, il faudrait sensibiliser les Ministres compétents sur les programmes d'échanges de seringues en prison, ainsi que les Groupes de Pilotage Locaux Drogues et le Service des Soins de Santé Prisons. Un troisième axe vise à *améliorer la mise en place des interventions* en milieu carcéral. Les objectifs spécifiques sont notamment de faciliter l'accès des intervenants extérieurs, d'accroître leur visibilité, et de renforcer la formation du personnel pénitentiaire. A cause de la surpopulation, toute entrée de services extérieurs en prison crée du mouvement et du travail supplémentaire pour le personnel. Les grèves des assistants de surveillance pénitentiaire et les actions syndicales d'envergure ont pour impact d'interrompre les activités en cours, au détriment des détenus. Il est donc souhaitable qu'un service minimum soit instauré en cas de grève, de manière à assurer la continuité du suivi. Dans la mesure où les drogues existent en prison, le personnel pénitentiaire devrait bénéficier d'une formation sur cette problématique. Or, l'offre de formation actuelle n'intègre aucun module spécifique dédié à la prévention/RdR liés à l'usage de drogues. Il est donc recommandé de réunir les acteurs du secteur en vue de développer une offre de formation ciblée. Au niveau politique, une action attendue est l'instauration d'une formation obligatoire et certifiante destinée aux équipes

médicales sur l'accompagnement des usagers de drogues (substances, usages, risques, traitements de substitution, etc.). Enfin, le quatrième axe vise à renforcer *la concertation entre les intervenants extérieurs et la prison*. Les intervenants ont peu (voire pas) d'espace de concertation en dehors des Groupes de Pilotage Locaux Drogues. Ceux-ci permettent notamment le « réseautage » et une meilleure connaissance des services actifs en milieu carcéral. Toutefois, les membres de ces groupes n'ont pas de formation en matière de prévention des drogues. De plus, ils sont souvent constitués du même noyau d'intervenants et ne sont pas mis en place dans l'ensemble des prisons de FWB. Le Groupe de Pilotage Central Drogues (GPLD) qui coordonne la politique drogues en milieu carcéral n'est pas opérationnel à l'heure actuelle, ce qui empêche la prise de décisions. Pour les intervenants, il est donc indispensable que l'opérationnalisation du groupe de pilotage central soit assurée, ce qui nécessite des décisions politiques. Il faudrait également élargir la composition des GPLD en invitant un plus large éventail d'acteurs concernés par la prévention et la RdR. Enfin, il est souhaitable que soient mises en place des formations de deux jours minimum pour les membres des GPLD sur la prévention/RdR liés aux usages de drogues.

Partie 1.

Contexte du projet et méthodologie

Contexte du projet

La prévention et la réduction des risques occupent une place privilégiée dans les stratégies en matière de drogues au niveau européen.

Depuis la publication de la Charte d'Ottawa en 1986, le concept de promotion de la santé est devenu une référence dans l'espace francophone belge (Fédito, 2012). Cela s'est traduit par l'adoption d'une vision globale de la santé qui vise à développer les capacités collectives et individuelles à agir dans et sur des environnements.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, les activités de prévention et de RdR s'inscrivent dans le cadre de la promotion de la santé. Les objectifs de la prévention sont variés: prévenir l'usage, retarder l'âge de la première consommation, promouvoir les alternatives à la consommation ou prévenir l'abus de consommation.

Dans l'espace francophone, la réduction des risques concerne tous les types d'usages. La RdR vise à prévenir ou à limiter les dommages associés à l'usage de produits psychoactifs (Fédito, 2012). L'éventail des services proposés comprend notamment la distribution de préservatifs, les traitements

de substitution⁴ aux opiacés, les programmes d'échange de seringues, le dépistage et la vaccination contre les hépatites virales.

La prévention et la RdR ont leurs spécificités et se veulent complémentaires. Elles forment, avec les soins, un *continuum* et concourent ensemble à la promotion de la santé, tout en étant subsidiés par différents niveaux de pouvoir.

Politiquement, la Fédération Wallonie-Bruxelles est compétente en promotion de la santé, y compris en matière de prévention et de RdR dans le domaine des assuétudes. Les autres entités fédérées sont également compétentes pour ce qui concerne la prévention et la RdR. En outre, d'autres secteurs que celui de la santé ont développé des actions de prévention. Par exemple, le Ministère de l'Intérieur (traditionnellement en charge du volet « sécurité » de la politique des drogues) dans le cadre des « Plans stratégiques de sécurité et de prévention »⁵ et des plans drogue.

Le morcellement des compétences, et la diversité des logiques d'intervention qui en résulte, ont été largement évoqués par les intervenants du secteur. Ceux-ci ont notamment souligné la nécessité de renforcer les synergies dans un cadre cohérent.

Suite à ce constat, notamment exprimé lors des tables rondes assuétudes organisées en 2010, le Cabinet de Madame la Ministre Fadila Laanan a souhaité mettre en place un processus de concertation des associations actives en prévention et en RdR en FWB en vue de définir ensemble des stratégies d'action.

L'asbl Eurotox a donc été chargée, avec le soutien méthodologique de Damien Favresse du SIPES-ULB, de la réalisation du projet nommé « *Stratégies*

concertées pour la prévention et la réduction des risques en matière de drogues en FWB ».

Le projet vise à renforcer la cohérence des interventions de prévention et de réduction des risques en FWB. Il s'agit de proposer des axes stratégiques reflétant les préoccupations de terrain. Plusieurs objectifs spécifiques ont été définis pour atteindre l'objectif général du projet :

- contribuer à l'identification, *par les intervenants eux-mêmes*, des obstacles et opportunités d'action par le biais de diagnostics de la situation ;
- contribuer à l'identification d'axes d'intervention prioritaires et d'actions à renforcer ou à mettre en place ;
- contribuer à la visibilité des actions de prévention et de RdR en FWB.

Les résultats de cette concertation devront servir à la conception du futur « programme de référence » en matière de santé en Fédération Wallonie-Bruxelles⁶.

Le projet s'inscrit dans un contexte de concertation et d'élaboration stratégique préexistant :

- d'une part, il se situe dans la lignée des Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA en Fédération Wallonie-Bruxelles menées depuis 2005 (Martens et al, 2009a).
- d'autre part, il s'articule avec le projet de Plan de réduction des risques liés à l'usage de drogues en Région de Bruxelles-capitale qui a débuté en mars 2012⁷. La Fédito bruxelloise et la Coordination Locale Drogues Bruxelles (CLDB) sont les deux porteurs du plan bruxellois. L'asbl Modus Vivendi en est l'opérateur méthodologique.
- enfin, le projet s'appuie également sur la logique de concertation impulsée par les différents

4. Pour les néerlandophones, l'ensemble des traitements de substitution font partie de la réduction des risques. Pour les francophones, la RdR inclut plutôt les traitements sans exigence d'abstinence.

5. Anciens « Contrats de sécurité et de prévention ».

6. Le nouveau code de la santé de la FWB est en voie d'élaboration. Il prévoit un « programme de référence » qui remplacerait le Programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 et le Plan communautaire Opérationnel de Promotion de la Santé pour les années 2008-2009.

7. Pour un descriptif du projet, voir la Plateforme de la réduction des risques : <http://reductiondes-risques.be/un-plan-de-reduction-des-risques-a-bruxelles/>

ministres de la Santé de la région de Bruxelles-capitale, de la Wallonie et de la Fédération Wallonie-Bruxelles⁸.

Méthodologie

Etapes du projet

Le projet a été mené en quatre étapes principales : la préparation de la concertation, l'établissement de « pré-diagnostics », la mise en œuvre des groupes de travail et l'analyse des informations collectées au cours du projet. La première étape, consacrée à la préparation, a consisté à :

- choisir et définir une méthodologie adaptée,
- mettre en place un comité d'accompagnement multidisciplinaire,
- réaliser une revue de la littérature.

Le comité d'accompagnement était composé de dix professionnels de la santé et de la promotion de la santé issus des associations, de la recherche, et de l'administration (voir annexe). Les membres de cette instance consultative, choisis en fonction de leurs expertises, ont contribué à une réflexion sur la stratégie, les processus et la méthodologie retenue.

Concernant la revue de littérature, il s'agissait a) d'explorer les contours de la problématique en consultant des données de base sur les prévalences, modes de consommation et usages de psychotropes, b) d'inventorier les constats et recommandations formulés par les acteurs du secteur des assuétudes, et c) d'identifier les publics-cibles et les stratégies prioritaires retenus dans les plans d'action communautaires et européens.

Pour ce faire, les sources utilisées étaient notamment :

- les données de terrain compilées par l'asbl Eurotox;
- les diagnostics de la situation existants (par exemple, les diagnostics en milieu scolaire réalisés par les CLPS, ou ceux réalisés dans le cadre des « Stratégies concertées du secteur de la prévention IST/SIDA en FWB »);
- les constats, données et/ou recommandations du secteur (rapports d'activités annuels; actes des tables rondes assuétudes 2010; recommandations du Collège d'experts de 2005);
- les orientations stratégiques et politiques (notamment la Déclaration de politique communautaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles 2009-2014; la Déclaration Conjointe de la Conférence Interministérielle Drogues 2010; le Programme quinquennal et le Plan communautaire opérationnel de Promotion de la santé de la FWB);
- les directives européennes (notamment le Plan d'action drogue de l'Union européenne 2009-2012);
- les données internationales issues d'études scientifiques.

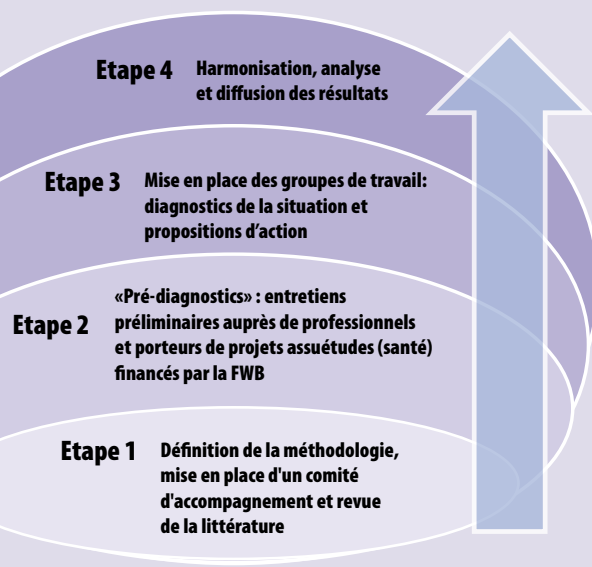
Ces données ont servi à :

- cerner des enjeux à explorer lors des entretiens individuels;
- effectuer des choix concernant la définition des groupes de travail;
- alimenter la réflexion des participants au sein des groupes de travail;
- éclairer les constats et propositions d'action formulées par les intervenants.

Dans la seconde étape du projet visant à établir des « pré-diagnostics » de situation, une vingtaine d'entretiens préliminaires ont été menés auprès de l'ensemble des acteurs en charge de projets assuétudes

8. Une logique réaffirmée notamment lors de la « Conférence de consensus en matière d'assuétudes » du 10 juin 2011 à Bruxelles.

Etapes du projet



La troisième étape du projet a consisté à définir et à mettre en place des groupes de travail. Ceux-ci étaient chargés d'élaborer collectivement des diagnostics de la situation et des plans d'action spécifiques.

Enfin, la quatrième étape du projet a été consacrée au traitement des informations recueillies au cours du projet et plus spécifiquement à l'harmonisation, l'analyse, et la diffusion des résultats.

Choix des groupes de travail

Afin que le projet soit pleinement participatif et qu'il reflète les préoccupations du terrain, nous avons opté pour la mise en place de divers groupes de travail composés d'un large éventail d'intervenants.

Inventaire des approches

Le choix des groupes de travail a nécessité une analyse préliminaire. La revue de divers plans stratégiques et dispositifs de concertation a permis d'identifier diverses approches de sélection des groupes. Un inventaire des avantages et inconvénients tant conceptuels qu'opérationnels de ces approches a été dressé.

9. Perspective retenue pour la mise en place des ateliers « alcool », « drogues » et « tabac » lors de la table ronde « assuétudes » de la Fédération Wallonie-Bruxelles le 21 mai 2010.

10. Approche utilisée pour la mise en place des ateliers « prévention », et « réduction des risques » lors de la table ronde « assuétudes » de la Fédération Wallonie-Bruxelles le 21 mai 2010.

(santé) financés par la FWB, et auprès d'autres intervenants (voir annexe).

Ces entrevues visaient à présenter le projet, et à approfondir les thématiques identifiées dans le cadre de la revue de la littérature. Il s'agissait également de consulter les professionnels au sujet du processus de concertation envisagé et des partenaires à inviter dans les groupes de travail. Encourager la participation et favoriser l'adhésion au projet faisaient également partie des objectifs de ces « pré-diagnostics ».

Constituer des groupes selon des substances psychoactives⁹ reflétait peu les activités du terrain et semblait peu compatible avec l'approche globale des assuétudes promue en Fédération Wallonie-Bruxelles. De même, fonder les groupes sur des stratégies d'action distinctes (prévention-RdR)¹⁰ illustre peu la complémentarité de ces deux approches. Quant au découpage par « groupes-cibles », il ne reflétait pas la manière dont le secteur est organisé en Fédération Wallonie-Bruxelles. Enfin, des groupes sélectionnés sur base de la combinaison de deux approches (par exemple, des

groupes-cibles et des substances psychoactives) ont été envisagés mais cela multipliait les chevauchements thématiques.

L'approche par « milieux de vie » a été retenue pour divers motifs : d'une part, les intervenants de terrain se reconnaissent dans ce découpage. D'autre part, le milieu de vie est un concept-clé en promotion de la santé¹¹. Enfin, ce découpage repose sur des « espaces » d'intervention permettant de dresser un bilan de l'existant.

Critères opérationnels

En parallèle, d'autres critères ont été retenus pour le choix des groupes de travail (GT):

- représentativité: les GT devaient refléter les milieux d'intervention et les public-cibles de la prévention et de la réduction des risques liés à l'usage de drogues.
- nombre: le nombre de GT devait être limité, afin d'aboutir à des plans d'action aussi détaillés que possible.
- composition: chaque GT devait rassembler des représentants d'approches et de services différents, issus de zones géographiques variées (par exemple: urbain/rural, local/régional).
- taille: d'un point de vue organisationnel, la taille des GT devait être comprise entre 5 et 20 participants. Dans les groupes très restreints, les relations interpersonnelles peuvent être trop intenses et l'apport de points de vue contrastés moins élevé. Dans les groupes étendus, les modalités de travail collectif ont tendance à se complexifier.

Groupes de travail retenus

En fonction des critères précités et des contraintes liées au projet, cinq groupes de travail distincts ont

été retenus: le « milieu familial », « scolaire », « de la rue », « festifs », et « carcéral ». Il s'agit de milieux qui:

- sont des espaces privilégiés d'intervention des professionnels de la prévention et de la réduction des risques;
- illustrent des thématiques jugées prioritaires en matière d'assuétudes au plan européen et international (familles, institutions d'enseignement, prisons, rue, événements festifs);
- correspondent aux « populations-cibles » (jeunes, usagers occasionnels, parents consommateurs de drogues) du plan Communautaire Opérationnel de Promotion de la santé 2008-2009 en FWB (Ministère de la Communauté française, 2008).

Mise en place des groupes de travail

Invitation

Nous avons élaboré une base de données actualisée répertoriant les institutions/projets de prévention, de RdR et de traitement en assuétudes en FWB, Wallonie et Région de Bruxelles-capitale.

Les sources utilisées étaient le répertoire d'Eurotox et les listes d'institutions fournies par les administrations des pouvoirs subsidiaires. Les membres du comité d'accompagnement et les professionnels rencontrés dans le cadre des entretiens préliminaires ont également suggéré des institutions à inviter dans une perspective d'intersectorialité.

Une invitation à participer à un ou plusieurs groupes de travail a été lancée à plus de 150 institutions en octobre 2011 par email. Afin d'élargir la concertation, d'autres secteurs que celui de la promotion de la santé ont été conviés: enseignement, justice, jeunesse, aide à la jeunesse, hébergement. L'invitation a été relayée par plusieurs acteurs du secteur¹².

11. Le milieu de vie est « un endroit où les gens vivent, apprennent et travaillent (...) Il comprend un lieu et un contexte social dans lequel les gens interagissent quotidiennement. La maison, l'école, le milieu de travail, le village, le quartier sont des endroits où les gens vivent et travaillent. » (...) « Les individus sont ainsi intégrés à plusieurs milieux au cours de leur vie. Ils vivent dans un milieu familial plus ou moins étendu, ils s'intègrent à un milieu scolaire ou à un milieu de travail, tout en participant à des loisirs ou à des activités sociales dans la communauté (...) Dans tous les cas, les personnes vivent et interagissent dans ces milieux avec les individus qui les entourent et y sont exposées à des conditions particulières à la fois sur le plan matériel et sur le plan social. Ces milieux de vie agissent directement sur les individus: ils favorisent ou entravent leur développement et leur capacité d'agir et d'exercer les rôles qu'ils entendent assumer ». Direction générale de la santé publique du Québec, 2010.

12. Notamment Prospective Jeunesse, la Fédito bruxelloise, Modus Vivendi et les Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS).

Journées de concertation

De décembre 2011 à octobre 2012, nous avons mis en place 13 journées de concertation (12 à Bruxelles et 1 à Liège).

L'équipe d'Eurotox a assuré l'animation des séances en collaboration avec Damien Favresse du SIPES-ULB.

Les animateurs étaient chargés de structurer et d'encadrer les échanges, de restituer les points essentiels de la discussion, et d'élaborer des synthèses. Dans le cadre du groupe de travail « milieu scolaire », nous avons bénéficié de l'appui de deux membres de l'équipe du Centre local de Promotion de la Santé de Bruxelles. Dans trois autres groupes de travail, la chargée du projet « Plan de réduction des risques liés

à l'usage de drogues en Région de Bruxelles-capitale » a contribué à la synthèse écrite des échanges.

Participation effective

Les groupes de travail mis en place ont essentiellement mobilisé les acteurs du secteur de la promotion de la santé (CLPS et d'autres programmes financés par la FWB) et des assuétudes œuvrant sur le plan local : par exemple, les plans de cohésion sociale, services de prévention des villes, comptoirs d'échange de seringues, etc.

Au total, les journées de concertation ont rassemblé plus de soixante intervenants issus de quarante institutions provenant de diverses villes et régions (voir annexe).

Types d'institutions invitées au projet

GROUPE 1. Milieu familial

Projets de soutien à la parentalité, points d'accueil parents, groupes parentalité des communautés thérapeutiques

GROUPE 2. Milieu de la rue

Abris de nuit, comptoirs d'échange de seringues, maisons d'accueil socio-sanitaire, relais sociaux, et pharmaciens

GROUPE 3. Milieu scolaire

Fédérations d'enseignants, maisons de jeunes et centres de santé jeunes, PMS, PSE et AMO

GROUPE 4. Milieu festif

Organisateurs de festivals, sécurité routière, plannings familiaux, réseaux festifs existants

GROUPE 5. Milieu carcéral

SPF Justice, opérateurs « boule-de-neige », services d'aide aux justiciables, projets d'éducation socio sanitaire pour détenus, réseaux existants

Un certain nombre de secteurs invités n'ont pas participé au projet : il s'agit notamment du secteur de la jeunesse, de l'aide à la jeunesse, de l'hébergement, et de l'enseignement. Leurs points de vue auraient permis d'enrichir les diagnostics de la situation et d'établir des passerelles entre acteurs autour de milieux d'intervention conjoints. Il serait souhaitable d'identifier les freins à la participation de ces secteurs.

Méthodes de travail en groupe

Approche « bottom-up » et concertation

La mise en œuvre du projet reposait sur un processus de concertation « bottom-up » et sur une démarche participative. L'objectif était d'amener les intervenants, à partir de leurs expériences et de leurs logiques d'intervention respectives, à définir des axes d'action prioritaires. Il s'agissait de dépasser, autant que possible, la défense des intérêts institutionnels pour amener les acteurs à être en concertation, c'est-à-dire à être dans une construction collective autour d'un intérêt partagé (Beuret, 2010).

Par « concertation », nous entendons la mise en place d'un processus de réflexion collective, fondé sur la confrontation des approches et des perspectives des acteurs de prévention/RdR concernés. Cela a impliqué des étapes de « pré-accord » et de convergence entre intervenants pour éviter qu'ils ne s'accordent ni sur les règles, ni sur le principe de réaliser un plan d'action concerté (Beuret, 2010).

Outils privilégiés

Les méthodes de travail envisagées reposent sur le travail de groupe et sur la recherche d'un consensus, tant au niveau des diagnostics de la situation

que des axes stratégiques retenus. Ce type de concertation est mené depuis 2005 par les intervenants du secteur des IST/SIDA et a notamment permis la définition d'une stratégie commune de prévention.

Nous avons analysé la littérature consacrée aux modèles, dynamiques et méthodes de travail en groupes utilisés dans des initiatives similaires. Par exemple, dans les « Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA en FWB » (Martens et al, 2009a) ou dans le Plan de promotion de la santé cardiovasculaire (Béduwé et al, 2009).

Bien que plusieurs modèles théoriques aient fait leurs preuves (par exemple, le Precede-Proceed Model of Health Program Planning and Evaluation), ils paraissaient moins adaptés au contexte et aux spécificités du présent projet. Il a donc été décidé de combiner et d'adapter diverses approches existantes, comme l'analyse SWOT¹³ et la méthode d'analyse en groupe (Van Campenhoudt, 2005).

Elaboration des diagnostics de la situation et des plans d'action spécifiques

La méthodologie proposée pour l'élaboration des diagnostics de la situation et des plans d'action est celle de l'analyse en groupe. Il s'agit d'une démarche de coproduction des connaissances fondée sur les expériences et les savoirs pratiques des professionnels (Van Campenhoudt, 2005).

Dans un premier temps, les participants étaient invités à constituer des sous-groupes en veillant à assurer un minimum de diversité géographique. Au sein de ces unités, chaque participant était amené à décrire une expérience professionnelle vécue lui paraissant particulièrement représentative de sa pratique. A

13. L'analyse SWOT (Strengths, weaknesses, opportunities, and threats) est un outil d'analyse stratégique. Il permet de répertorier les forces, les faiblesses, les opportunités et menaces (d'un secteur ou d'un projet) afin d'élaborer un plan stratégique.

l'issue de ces brefs aperçus, le sous-groupe choisissait l'expérience la plus éclairante et typique de la problématique. Le narrateur était ensuite chargé de relater son intervention, en suivant la chronologie des événements, et en fournissant des éléments du contexte. Une phase d'appropriation permettait ensuite au groupe d'obtenir des éclaircissements pour comprendre au mieux le déroulement de l'expérience professionnelle et en identifier les enjeux. Suite à cette étape d'appropriation, les participants étaient invités à passer à la phase analytique. Sur la base de cette analyse des récits de groupes, des problématiques prioritaires ont émergé, ainsi que des obstacles et des opportunités en matière d'intervention. Pour assurer la diversité des cas analysés et élargir les champs d'investigation, les animateurs ont veillé à ce que les expériences choisies dans les sous-groupes soient aussi contrastées que possible. Les résultats de ces échanges ont constitué un premier état des lieux provisoire. Le contenu de la séance était ensuite restitué aux participants par email, sous la forme d'une synthèse thématique.

Dans un deuxième temps, à partir des constats et thèmes identifiés lors de la phase de diagnostic, les participants étaient invités à identifier des actions prioritaires à mettre en place. L'équipe Eurotox-SIPES a alimenté la réflexion en utilisant les données de la littérature, et en les confrontant aux pratiques de terrain. Une nouvelle synthèse provisoire était ensuite transmise pour révision et restitution éventuelle en équipe.

La troisième étape consistait, sur la base des constats et actions formulés, à proposer des objectifs spécifiques et un objectif général. L'équipe Eurotox-SIPES a effectué un travail de guidance dans l'identification de ces objectifs et leur formulation.

Aspects transversaux

Plusieurs recommandations et constats communs ont émergé des cinq groupes de travail. Ces enjeux transversaux ont fait l'objet d'un résumé qui a servi de base de réflexion aux intervenants ayant participé à la réunion de concertation « politique » organisée en septembre 2012 (voir annexe). Cette réunion a donné lieu à des propositions d'action. Celles-ci ont été discutées par les 25 intervenants présents à la séance de concertation générale organisée en octobre 2012.

La synthèse finale des cinq plans d'action a été transmise pour commentaires à l'ensemble des participants et aux membres du comité d'accompagnement du projet en octobre 2012.

Biais/limites

Les constats énoncés dans ce document reflètent les préoccupations, les perceptions et les pratiques des professionnels ayant participé aux groupes de travail. Il serait utile et nécessaire de confronter ces résultats aux réalités politiques et de les recouper avec des données quantitatives.

Les constats et recommandations des acteurs n'ayant pas participé aux groupes de travail n'ont pas été recueillis.

Les points de vue des usagers n'ont pas été pris en compte.

Tenant compte des contraintes liées à la durée et aux ressources du projet, certaines thématiques n'ont pas pu être abordées en profondeur.

Chaque groupe de travail a son rythme et sa dynamique propres. Certains groupes ont développé des objectifs opérationnels et des actions spécifiques, d'autres ont proposé un cadre plus général. Le document présente donc des actions dont le degré d'opérationnalisation est variable. Les plans proposés sont une trame que les acteurs concernés peuvent développer et approfondir.

L'articulation entre la présente recherche et les plans d'action « santé » en cours¹⁴ aurait eu pour bénéfice d'identifier une approche stratégique globale, à court-terme (mise en cohérence des besoins actuels) et à long terme (mise en perspective des actions envisagées). Le décalage des calendriers n'a pas permis de comparer ni d'harmoniser les résultats des projets.

Une étape essentielle du processus consiste en une évaluation des coûts liés aux stratégies élaborées par les intervenants. Cette évaluation devrait faire l'objet d'une phase de travail ultérieure.

Les indicateurs des actions identifiées dans le cadre des cinq milieux spécifiques devraient être développés. Quant aux indicateurs des actions transversales qui figurent dans ce document, ils sont fournis à titre de propositions et demandent à être affinés. Ils ont été élaborés en fin de processus et n'ont donc pas fait l'objet d'une réflexion collective.

14. Par exemple, avec les « Stratégies concertées du secteur IST/SIDA en FWB » et « le Plan de RdR en Région de Bruxelles-capitale ».

Partie 2

Enjeux transversaux et spécifiques

2.1. Enjeux transversaux

La concertation menée avec les acteurs de prévention et de réduction des risques a été menée dans une approche de promotion de la santé (Charte d'Ottawa). Le travail collectif a donné lieu à des propositions d'action faisant consensus. Ces enjeux transversaux concernent 1) le cadre politique, 2) le suivi/évaluation des actions et 3) la formation des professionnels.

2.1.1. Cadre politique (répartition des compétences, financements, législation)

Constats

Les institutions de terrain se voient confrontées à de sévères contraintes dues au morcellement actuel des compétences. Celui-ci complexifie la mise en place des actions, s'oppose à une approche systémique et pérenne, et se révèle peu productif.

Au niveau politique, plusieurs ministres qui ont la santé dans leurs compétences financent des projets de RdR, sous des missions de prévention ou d'accompagnement. Toutefois, la RdR ne bénéficie pas du soutien formel des autorités fédérales ou de l'appui d'un ministère en particulier: elle a tendance à être considérée comme une «approche transversale» et n'occupe pas une place à part entière aux côtés de la

prévention, du traitement et de la répression, comme c'est le cas dans le modèle des « quatre piliers » privilégié notamment en Suisse et en France où la RdR a été intégrée dans le code de la santé. Concrètement, certains projets ne s'intègrent ni dans les volets préventifs ni dans les volets curatifs et ne sont reconnus par aucun pouvoir subsidiant : par exemple, les salles de consommation supervisée et les automates d'échange de seringues.

La réduction des risques liés à l'usage de drogues est encore souvent perçue de façon caricaturale (« incitant à l'usage ») par une partie des acteurs politiques, des médias ou de la population générale. En outre, aucun organisme n'est compétent pour subsidier les projets de « promotion du bien-être de l'utilisateur ».

Le découpage administratif des compétences ne correspond ni aux réalités des interventions ni à celles des usages. Par exemple, le projet Stérifix souhaitait réaliser une pochette bilingue à Bruxelles. Cela s'est avéré impossible, compte tenu du découpage des compétences.

Les accords de coopération actuels entre entités fédérées sont insuffisants. Cela se traduit par des logiques d'intervention diversifiées et des difficultés opérationnelles au niveau du terrain.

Les institutions de terrain consacrent un temps considérable à rédiger des rapports d'activité annuels selon des canevas qui varient en fonction des pouvoirs subsidiaires. Cela augmente leurs charges administratives et complexifie l'introduction des demandes de subsides, au détriment du travail de terrain auquel les financements devraient servir.

La logique de financement par projets n'est pas adaptée à une approche à long-terme et rend

indispensable un système d'agrément des équipes et des institutions spécialisées en assuétudes.

Les financements en « enveloppe fermée » et les subsides « par projets » (et non par services) précarisent fortement les équipes, les actions à long-terme, et donc les partenariats solides et constructifs établis entre le secteur des assuétudes et d'autres secteurs. La mise en place d'actions conjointes entre acteurs de terrain est également freinée par des temporalités et des échéances de financement décalées.

Les subsides alloués au secteur des assuétudes en FWB n'ont pas été indexés depuis bon nombre d'années, ce qui se répercute inévitablement sur les projets et a pour effet de mettre en danger les institutions.

Les institutions rencontrent une réelle difficulté à pérenniser leurs équipes et à préserver les compétences acquises au sein du personnel. Manquant de ressources pour rétribuer les années d'ancienneté, elles sont contraintes de licencier et de remplacer des travailleurs formés. Par conséquent, le turn-over des équipes est élevé et le capital de connaissances et de savoir-faire est à reconstituer à nouveau.

La précarisation des équipes induit une charge psychoaffective élevée qui est en contradiction avec l'approche de la promotion de la santé et la législation sur le bien-être au travail. S'ils veulent maintenir leur objet social et la qualité de leurs interventions, bon nombre d'employeurs du secteur sont dans l'illégalité d'un point de vue pénal.

La durée limitée des financements et leur renouvellement incertain limitent les possibilités

d'action continue auprès des bénéficiaires, alors même que l'approche à long-terme est une priorité fondamentale en promotion de la santé.

Certains projets sont cantonnés dans un statut précaire depuis des années. Un exemple est l'asbl Dune qui a été subsidiée pendant dix ans comme « projet-pilote ».

Les travailleurs du secteur des assuétudes en FWB dépendent de diverses commissions paritaires qui définissent des barèmes salariaux, des formations et des aménagements de plans de carrière différents. Cette hétérogénéité provoque une grande disparité dans les conditions de travail et place les employeurs face à des situations de discrimination entre travailleurs qui sont hautement préjudiciables.

Le déséquilibre entre les budgets alloués à la prévention/RdR et ceux consacrés à la sécurité en Belgique est manifeste. L'étude « Drogues en chiffres III » (Van der Laenen et al, 2011) montre, pour la troisième fois, que le budget dépensé pour la prévention constitue une infime partie de l'ensemble des dépenses « drogues », et qu'il représente un montant proportionnellement très inférieur à celui dépensé pour la sécurité.

Le cadre législatif actuel entraîne la stigmatisation et la marginalisation des usagers. Il réduit leur accessibilité aux dispositifs de prévention/RdR, et induit des coûts sociaux élevés (l'incarcération par exemple).

Une proposition de modification de la loi a été élaborée par le Groupe de travail Drogues¹⁵ du Centre d'Action Laïque Luxembourg. Elle concerne la réglementation de la vente de drogues et sera

diffusée prochainement. De même, un projet de loi visant à faciliter la mise en place d'actions de réduction des risques a été finalisé par la plateforme de RdR¹⁶. Ces deux projets de loi constituent des leviers d'action utiles aux intervenants du secteur.

Objectifs et actions proposées

Objectif général: pérenniser les actions de prévention et de RdR liés à l'usage de drogues

Objectifs spécifiques (OS)

OS 1 - CAPITALISER LES RÉSULTATS DES PROJETS DE CONCERTATION EXISTANTS

Action attendue au niveau politique:

- Intégrer les résultats du projet « stratégies concertées de prévention et de RdR en matière de drogues » dans le futur décret de la santé de la FWB.

Pistes d'indicateurs:

- La majorité des recommandations issues du projet figurent dans le nouveau décret de la santé de la FWB.

OS 2 - OBTENIR L'AGRÈMENT DES SERVICES SPÉCIALISÉS EN ASSUÉTUDES

Action attendue au niveau politique:

- Mettre en place un système d'agrément des services spécialisés en assuétudes qui garantisse un financement pérenne et indexé.

Pistes d'indicateurs:

- Les services spécialisés en assuétudes bénéficient d'un agrément.

15. Le groupe de travail est notamment composé de la Liaison anti prohibitionniste, Maître Christophe Marchand, L'asbl Dune, Le Centre d'Action Laïque, et Modus Vivendi.

16. Plateforme RdR, « Propositions de modifications législatives », janvier 2008.

OS 3 - HARMONISER LES LOGIQUES DE FINANCEMENT ET LES CANEVAS ADMINISTRATIFS

Actions attendues au niveau politique:

- Mettre en place un guichet unique entre régions et communautés qui faciliterait l'introduction des demandes de subsides, diminuerait les charges administratives pour les intervenants et assurerait la continuité des actions menées auprès des bénéficiaires.
- D'ici à la mise en place du guichet unique, créer des comités d'accompagnement conjoints pour les projets transversaux financés par différentes entités fédérées.
- Elaborer un canevas administratif ouvert qui permette la reconnaissance des services. Il proposera à chaque institution de décrire son programme, ses axes de travail et ses modes de financement.
- Indexer les budgets actuels alloués en FWB à la prévention/RdR liés à l'usage de drogues.
- Evaluer et agréer les projets-pilotes et en « subventions facultatives » après trois ans, s'ils répondent à un besoin structurel.

Pistes d'indicateurs:

- Les institutions du secteur ont accès à un dispositif opérationnel de guichet unique.
- Les comités d'accompagnement conjoints sont tenus à échéance régulière.
- Les institutions disposent d'un canevas administratif ouvert, adaptable selon les contextes d'intervention.
- Un système d'indexation annuel des budgets est mis en place.
- Une procédure de suivi des projets-pilotes et des projets en « subventions facultatives » est en place et permet leur agrément.

Actions attendues au niveau du secteur:

- Mobiliser le secteur (via des rencontres régulières inter-FEDITOS) afin de proposer aux pouvoirs

subsidiants un mode clarifié et simplifié de répartition des compétences en matière de santé.

- Interpeller les cellules « drogue » et « santé » pour qu'elles se positionnent sur la question de la répartition des compétences.
- Créer une fédération de représentation patronale toxicomanie (FEIAT) en Wallonie, puis en FWB pour défendre les intérêts du secteur.
- En collaboration avec la fédération patronale bruxelloise et les syndicats, élaborer un argumentaire en faveur de la pérennisation des équipes et de la capitalisation de l'expérience professionnelle.
- Obtenir que les travailleurs du secteur fassent partie d'une seule et même commission paritaire (la 332), ce qui nécessite au préalable l'attribution d'une enveloppe budgétaire supplémentaire.

Pistes d'indicateurs:

- Nombre de rencontres inter-FEDITOS organisées portant sur la répartition des compétences; un document émanant du secteur sur la répartition est élaboré et remis aux pouvoirs politiques.
- La question de la répartition des compétences est mise à l'ordre du jour des cellules « drogue » et « santé » suite à un texte envoyé par le secteur aux membres de ces cellules.
- Une FEIAT est créée en Wallonie, puis en FWB.
- Nombre de réunions tenues entre les fédérations patronales, les syndicats et les acteurs du secteur sur la pérennisation des équipes; un texte faisant état de l'importance de la capitalisation de l'expérience professionnelle est élaboré et mis à disposition des autorités politiques.
- Une enveloppe budgétaire supplémentaire est allouée aux institutions du secteur; les travailleurs du secteur font partie d'une seule et même commission paritaire (la 332).

OS 4 - INTÉGRER LA RDR DANS LA POLITIQUE DE SANTÉ EN MATIÈRE DE DROGUES

Actions attendues au niveau du secteur :

- Poursuivre les actions de lobbying (en s'appuyant sur les FEDITOS et la Plateforme de réduction des risques) auprès des entités fédérées pour l'intégration de la RdR dans le code de la santé.
- Développer des supports d'information destinés aux autorités politiques sur les actions menées en RdR démontrant leur cohérence interne et leur plus-value pour les bénéficiaires.

Pistes d'indicateurs :

- Nombre de contacts établis entre les FEDITOS, la Plateforme de réduction des risques et les entités fédérées sur la reconnaissance de la RdR ; intégration de la RdR dans la politique de santé.
- Nombre de supports imprimés et audio-visuels sur l'approche de RdR diffusés auprès des autorités politiques locales, provinciales, régionales, communautaires.

OS 5 - EQUILIBRER LES MOYENS FINANCIERS ALLOUÉS À LA PRÉVENTION/RDR PAR RAPPORT À LA SÉCURITÉ

Actions attendues au niveau du secteur :

- Créer un groupe de travail chargé d'élaborer un état des lieux sur l'impact socio-sanitaire et le coût/efficacité des approches répressives et préventives.
- Plaider en faveur du rééquilibrage des moyens financiers destinés à la prévention/RdR par rapport à la sécurité.

Pistes d'indicateurs :

- Un groupe de travail composé des acteurs du secteur et d'intervenants de la société civile est opérationnel (membres, secrétariat, planning).
- Un état des lieux sur l'impact socio-sanitaire et le coût/efficacité des approches répressives et préventives est publié.
- Nombre de contacts établis entre le groupe de travail et les responsables politiques.

OS 6 - AMÉLIORER LE CADRE LÉGAL

Actions attendues au niveau politique :

- Adapter le décret ambulatorio COCOF (actuellement surtout orienté vers les soins) aux approches de prévention/RdR.

Piste d'indicateur :

- Le décret ambulatorio COCOF intègre davantage les approches de prévention/RdR.

Actions attendues au niveau du secteur :

- Lancer le débat dans les parlements sur la pertinence d'une décriminalisation (voire d'une légalisation) de l'usage de drogues et sur la nécessité de transférer la marge budgétaire ainsi dégagée aux secteurs du social et de la santé.
- Défendre des projets de lois concrets qui seront fournis par le secteur aux parlementaires. Par exemple, le projet élaboré par les membres du Groupe de travail Drogues du Centre d'Action Laïque Luxembourg au sujet de la réglementation de la vente de drogues.
- Interpeller les autorités en vue de l'adoption du projet de loi de 2008 proposé par les acteurs de la réduction des risques¹⁷.
- Organiser une concertation annuelle regroupant les acteurs de terrain et les décideurs politiques

17. Plateforme RdR, « Propositions de modifications législatives », janvier 2008.

sur les enjeux et approches des intervenants (soins, prévention et RdR).

Pistes d'indicateurs :

- La thématique de la décriminalisation est intégrée dans un groupe de travail parlementaire existant ou fait l'objet d'un nouveau groupe de travail parlementaire; nombre de questions parlementaires sur la décriminalisation (voire la légalisation) adressées au Ministre de la santé.
- Des projets de lois concrets sont élaborés et mis à disposition des parlementaires; nombre de réunions organisées avec les parlementaires pour défendre les projets.
- Un évènement annuel est organisé afin d'exposer les stratégies et approches privilégiées en prévention, RdR et soins.

2.1.2. Suivi/évaluation des actions

Constats

Les intervenants du secteur mènent l'évaluation de leurs actions en fonction de leurs outils (grille d'évaluation, questionnaire de satisfaction, échelle d'attitude, etc.).

Le choix des indicateurs dépend soit des politiques locales et régionales, soit des canevas élaborés au niveau des institutions. Par exemple, nombre d'activités réalisées par année; type/quantité de matériel distribué; nombre de bénéficiaires.

Des évaluations «d'impact» des projets sont de plus en plus souvent demandées par les pouvoirs subordonnés dans une logique fondée sur les résultats. Or, la notion «d'impact» est rarement définie par les pouvoirs

publics et reste complexe à mesurer dans le domaine de la prévention et de la réduction des risques.

Divers acteurs du secteur disposent déjà d'outils d'évaluation utiles au terrain. Toutefois, la centralisation de ces outils fait défaut. Il manque un référentiel élaboré par les acteurs du secteur, en collaboration avec les observatoires, les Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS), les groupes de travail existants, les réseaux agréés wallons et les services communautaires. Ce référentiel devrait contenir des fiches thématiques sur les critères, les indicateurs de processus et d'impact, les méthodes d'évaluation, et la gestion du cycle d'un projet.

Le partage d'expériences en matière de suivi et d'évaluation permet de renforcer les compétences des professionnels et la qualité des actions. Les échanges de bonnes pratiques n'ont pas encore été régulièrement organisés au sein du secteur.

Les appels d'offre aux marchés publics induisent des logiques de concurrence entre institutions. Certains appels d'offres privilégient des projets morcelés de courte durée qui sont définis sans concertation avec le terrain. Un exemple : l'appel d'offre lancé par les cabinets aux communes. Celles-ci ont reçu un montant de 5000 euros pour la mise en œuvre d'un plan de «prévention alcool» auprès des jeunes. Le choix de cette thématique pose question, tout autant que l'impact et la pérennité d'une telle initiative.

Objectifs et actions proposées

Objectif général: Promouvoir une démarche d'évaluation des actions adaptée aux pratiques de prévention/RdR

Objectifs spécifiques (OS)

OS 1 - RENFORCER LES CAPACITÉS EN MATIÈRE D'ÉVALUATION DES ACTIONS

Actions attendues au niveau politique:

- Confier aux écoles de santé publique et/ou observatoires la mission de mesurer l'impact des politiques de santé à moyen et à long-terme.

Pistes d'indicateurs:

- Une ou plusieurs écoles de santé publique et/ou observatoires sont désignés pour mesurer l'impact des politiques de santé.
- Nombre de projets mis en place par ces organismes sur l'impact des politiques de santé.

Actions attendues au niveau du secteur:

- Renforcer la collaboration avec les institutions en charge du monitoring des déterminants sociaux, économiques et politiques de la santé.
- Organiser davantage d'échanges de bonnes pratiques en matière d'évaluation de projets au sein du secteur.

Pistes d'indicateurs:

- Nombre de bonnes pratiques identifiées; nombre d'échanges, rencontres, réunions organisés avec les institutions en charge du monitoring des déterminants de la santé.
- Nombre de journées et séminaires mis en place au sein du secteur sur l'échange de bonnes pratiques.

OS 2 - RÉPERTORIER ET CENTRALISER LES OUTILS D'ÉVALUATION

Actions attendues au niveau du secteur:

- Elaborer un référentiel d'outils d'évaluation (indicateurs, méthodes d'évaluation, gestion de projet) en collaboration avec les observatoires, les CLPS, les groupes de travail existants, les réseaux agréés wallons et les services communautaires.

Piste d'indicateur:

- Le secteur dispose d'un référentiel d'outils de suivi/évaluation des actions.

OS 3 - FAIRE VALOIR ET DONNER D'AVANTAGE DE VISIBILITÉ AUX DÉMARCHES ÉVALUATIVES MISES EN PLACE PAR LES INTERVENANTS

Actions attendues au niveau du secteur:

- Mettre en place une concertation sur l'évaluation des actions entre les intervenants du secteur et les pouvoirs subsidiaires.
- Sensibiliser les acteurs politiques à l'incohérence des appels d'offres lancés par les communes, sans évaluation préalable des priorités et sans concertation avec les institutions spécialisées.
- Présenter les résultats d'évaluation des interventions aux pouvoirs subsidiaires.

Pistes d'indicateurs:

- Un espace d'information et d'échanges sur les démarches évaluatives est organisé entre le secteur et les pouvoirs subsidiaires.

2.1.3. Formation

Constats

La visibilité de l'offre de formation des intervenants du secteur des assuétudes n'est pas optimale : les modules existants sont parfois méconnus par les professionnels d'autres secteurs.

L'offre de formation ne correspond pas aux besoins du secteur. D'un côté, l'insuffisance des moyens financiers ne permet pas aux équipes formatrices de répondre aux demandes de formation ni de développer l'offre de formation et d'un autre côté, le turnover élevé des équipes et la nécessité de s'adapter à l'évolution des pratiques d'usage de psychotropes appellent à devoir continuellement former des intervenants.

Les intervenants du secteur travaillent avec divers professionnels qui ne sont pas forcément familiarisés avec les concepts et l'approche de promotion de la santé.

Objectifs et actions proposées

Objectif général: Renforcer la formation

Objectifs spécifiques (OS)

- Renforcer l'accès des intervenants du secteur aux formations continues.
- Promouvoir la formation en promotion de la santé des (futurs) professionnels des secteurs potentiellement concernés par les assuétudes (secteur socio-sanitaire, enseignement, jeunesse, aide à la jeunesse, justice).
- Augmenter la visibilité de l'offre de formation.
- Soutenir le développement de la formation.

Actions prioritaires:

Actions attendues au niveau politique :

- Réintégrer le thème des assuétudes dans les offres de formation.
- Répertorier les intervenants spécialisés en assuétudes dans les catalogues de formation comme celui de l'IFC.
- Intégrer des modules de formation axés sur les assuétudes, l'approche de promotion de la santé et la RdR dans les cursus de base (tronc commun) des futurs professionnels des secteurs socio-sanitaire, enseignement, jeunesse, aide à la jeunesse, justice.
- Allouer des moyens financiers aux équipes formatrices pour le développement de leurs activités, compte tenu des besoins identifiés.

Pistes d'indicateurs :

- Des modules de formation en assuétudes figurent dans le catalogue de formation.
- Une liste d'intervenants spécialisés en assuétudes est disponible dans les catalogues de formation.
- Des modules de formation axés sur les assuétudes, l'approche de promotion de la santé et la RdR sont intégrés dans les cursus de base (tronc commun) des futurs professionnels de différents secteurs.
- Un budget spécifique est attribué aux institutions pour le développement des activités formatrices.

Actions attendues au niveau du secteur :

- Réaliser un état des lieux sur les besoins en formation en assuétudes des (futurs) professionnels du secteur socio-sanitaire, de l'enseignement, de la jeunesse, de l'aide à la jeunesse, de la justice.
- Diffuser l'offre de formation existante en assuétudes à d'autres secteurs via leurs canaux de communication.

- Organiser des rencontres avec les institutions qui forment les futurs professionnels (infirmiers, assistants sociaux, etc.) afin de les sensibiliser sur l'importance d'une formation dédiée aux assuétudes.
- Elaborer un plan de formation qui décrit de manière détaillée les acquis pédagogiques visés dans l'offre de formation proposée.

Pistes d'indicateurs :

- Un cadastre des besoins en formation en assuétudes est élaboré et tenu à jour.
- Nombre d'offres de formation en assuétudes figurant sur les sites internet, cahiers, revues, etc. des secteurs visés.
- Nombre de contacts établis avec les institutions d'enseignement en faveur de la promotion d'une formation dédiée aux assuétudes.
- Un document qui présente les objectifs et les résultats attendus de la formation est élaboré et diffusé auprès des secteurs concernés.

2.2. Enjeux spécifiques

2.2.1. Milieu carcéral

Introduction

Santé et incarcération

On dénombre aujourd'hui plus de deux millions de personnes incarcérées dans les établissements pénitentiaires d'Europe (Organisation mondiale de la santé Europe (OMS Europe), 2009). La majorité d'entre elles sont issues de milieux défavorisés, et leur état de santé est souvent détérioré lors de leur passage en prison. L'incarcération tend à accentuer les problèmes de santé préexistants, en particulier

parmi les groupes vulnérables tels que les usagers de drogues par voie intraveineuse.

Les prisons sont des environnements à risque de transmission des maladies infectieuses. Plusieurs facteurs en sont la cause : la surpopulation et la promiscuité, l'accès restreint aux services de prévention/RdR et de soins, les rapports sexuels non protégés, les pratiques à risque d'injection, le tatouage et le piercing. Dans le monde, les infections les plus fréquentes en milieu carcéral sont le VIH, la tuberculose et les hépatites (OMS Europe, 2009). Le risque de contamination à l'hépatite C (VHC) est multiplié par 10 en prison et celui à l'hépatite B par 4, quel que soit le pays étudié (Bello et al, 2010).

L'usage de psychotropes est fréquent en milieu pénitentiaire : une partie des détenus étaient des usagers de drogue réguliers avant leur entrée en prison, et continuent d'en consommer au cours de leur incarcération. En Europe, on estime qu'environ 50% des détenus ont consommé de la drogue au cours de leur vie (Dolan et al, 2007). Au moins 75% des femmes incarcérées ont des antécédents de toxicomanie ou d'alcoolisme (OMS Europe/UNODC, 2009).

Une partie des détenus s'initient à l'usage de nouvelles substances au cours de leur détention. Pour certains, c'est en prison que se déroule la première injection. Ces consommations sont particulièrement à risque, étant donné qu'il s'agit parfois du premier contact avec les drogues, notamment avec les opiacés. Par ailleurs, les produits consommés sont rarement de bonne qualité et peuvent être associés à l'alcool et/ou aux médicaments.

Selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, la proportion des détenus consommant des substances illicites en prison varie de 22%

à 86% selon les pays, et les centres de détention (OEDT, 2005).

Les psychotropes sont recherchés en prison car le quotidien carcéral se caractérise par la routine, l'en-nui, et l'absence de perspectives. Et, comme à l'ex-térieur, les psychotropes font l'objet d'échanges, de rackets, de violences.

Consommation de psychotropes et incarcération : cadre politique

L'OMS soulignait, dès 1993, l'importance de garantir pour chaque détenu le droit d'accès à la prévention, aux soins, et à la continuité des soins. Il s'agit notamment d'assurer aux détenus toxicomanes l'accès aux services préventifs et de réduction des dommages liés à l'usage de drogues qui soient équivalents à ceux disponibles en milieu libre.

Ces principes sont reconnus par l'Union européenne, et figurent notamment dans son plan d'action drogue 2009-2012 (Conseil de l'Union européenne, 2008). La mise en place de mesures de RdR en prison est également au cœur des revendications des professionnels de la santé et des membres d'organisations non gouvernementales européens réunis à Madrid en 2009 au sujet de la santé en prison (OMS Europe, 2010).

La coopération entre prisons et services sanitaires s'est développée depuis les années 1990 dans divers pays européen. En France, en Italie, en Angleterre, la responsabilité de la santé en prison a été transférée du Ministère de la Justice aux autorités de santé publique (OEDT, 2011c).

En Belgique, c'est le Ministère de la Justice qui est compétent en matière de soins de santé en prison. Le collège d'experts en assuétudes recommandait

en 2005 l'implication forte des ministres de la Santé et une clarification des compétences de la Justice. Le premier plan fédéral de lutte contre la drogue de 1995 avait pour objectif d'augmenter l'offre de soins pour les usagers de drogues en milieu carcéral, et d'améliorer la formation du personnel pénitentiaire en matière de toxicomanie. Ce plan n'a donné lieu à aucune circulaire.

En décembre 2000, la Justice belge réaffirmait son intention de fournir un accompagnement médical et psychosocial continu et de qualité aux détenus toxicomanes¹⁸, en prévoyant la création de structures de pilotages dans chaque prison, chargées de collaborer avec les institutions actives dans le domaine de la prévention, de la RdR et des soins (Glibert, 2006). Ces structures sont opérationnelles depuis 2010.

La nécessité des principes d'équivalence et de continuité des soins en prison a été rappelée en 2005¹⁹ : le détenu a droit à des soins de santé équivalents à ceux dispensés à l'extérieur et adaptés à ses besoins spécifiques. La dernière circulaire de juillet 2006 relative à la problématique de la drogue en prison incluait une série de mesures visant à renforcer la mise à disposition d'outils de prévention en prison, ainsi que les dépistages, vaccins et traitements contre les hépatites.

Consommation de psychotropes et incarcération

En septembre 2012, en Belgique, on comptait environ 11 200 détenus répartis dans 33 établissements pénitentiaires de différents types pour 9278 places disponibles²⁰. Depuis 2010, un certain nombre de détenus ont été transférés à la prison de Tilburg aux Pays-Bas en vue de réduire la surpopulation carcérale. La prison de Verviers est partiellement fermée depuis octobre 2011 et ne regroupe désormais que

18. Circulaire n°1722.

19. Loi de principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus.

20. Données fournies par l'administration pénitentiaire, septembre 2012.

58 détenus. En Fédération Wallonie-Bruxelles, deux nouvelles prisons sont actuellement en cours de construction (Marche-en-Famenne, Leuze-en-Hainaut). Il est prévu d'en créer deux autres dans les cinq ans à venir²¹.

Dans le dernier monitoring belge (2008) des risques sanitaires liés à l'usage de drogues en prison, environ 36% des détenus interrogés ont déclaré avoir consommé un ou plusieurs produits illicites au cours de leur détention. Les substances les plus utilisées étaient le cannabis, l'héroïne, les benzodiazépines et la cocaïne (Tods et al, 2009).

L'injection par voie intraveineuse est moins fréquente en milieu carcéral qu'en dehors mais elle présente davantage de risques sur le plan sanitaire. Les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) ayant pratiqué l'injection en prison sont significativement plus infectés par le VIH, le VHC et le VHB que ceux n'ayant pas pratiqué l'injection en cours de détention. Des études comparatives dans les prisons d'Europe indiquent que les jeunes s'injectent moins que les adultes et que les femmes le font davantage que les hommes (Moller et al, 2008). L'injection en prison est bien entendu pratiquée de façon dissimulée dans des conditions dangereuses, à l'aide de seringues usagées ou de matériel artisanal. Vu sa rareté en prison, le matériel d'injection est souvent partagé entre détenus. En Belgique, en 2008, environ 3% des détenus interrogés rapportaient avoir au moins une fois pratiqué l'injection en prison. Le partage du matériel d'injection concernerait environ 1% des détenus (Tods et al, 2009). Compte tenu du tabou qui entoure ces pratiques, il est probable que ces données soient sous-estimées.

La mortalité par overdose est bien plus élevée en prison que dans la population générale. Les facteurs

de risque principaux sont la mauvaise qualité et le mélange de produits, la consommation précipitée (par crainte de répression) et la dépression. Le risque d'overdose est très élevé à la sortie de prison, notamment en raison de l'usage abusif de substances après une période d'abstinence et du rôle du contexte d'usage dans la tolérance de l'organisme aux produits (Siegel, 2001). Le nombre d'overdoses mortelles dans les deux semaines qui suivent une sortie de prison est huit fois plus élevé que la moyenne (Hausser, 1999).

Quant aux pratiques de tatouage et de piercing, elles sont fréquentes en milieu carcéral, et s'avèrent plus répandues parmi les UDVI. Une étude multicentrique européenne indique que 20% des détenus ont été tatoués en prison au cours de leur vie (Emmanuelli, 1997). Le tatouage et le piercing induisent de nombreux risques pour la santé car les outils artisanaux utilisés (encre, aiguille) servent souvent plusieurs fois et ne sont pas stérilisés. En Belgique, en 2008, près de 10% des détenus interrogés déclaraient avoir été tatoués au cours de leur incarcération et 3% à avoir pratiqué le piercing (Tods et al, 2009).

Les traitements de substitution aux opiacés ont montré leur efficacité en matière de réduction de l'usage de drogues, de contamination par le VHC et le VIH, et de mortalité (Bello et al, 2010). En Belgique en 2008, environ 10% des détenus ont déclaré être sous traitement de substitution au moment de leur admission en prison. Moins de la moitié d'entre eux ont poursuivi leur traitement en cours de détention (Tods et al, 2009).

Composition du groupe de travail

Treize intervenants issus de huit structures différentes ont participé à la journée de concertation «milieu carcéral». Les institutions présentes font

21. Ibid.

partie des secteurs de la promotion de la santé, de la Justice, de l'aide à la jeunesse et des soins. Ces institutions sont principalement subventionnées par la FWB, la Wallonie, la COCOF, l'INAMI et la Province (voir annexe).

Plan d'action

Objectif général: Renforcer la prévention et la RdR liés à l'usage de drogues en milieu carcéral

AXE 1. AMÉLIORER LE CADRE POLITIQUE, INSTITUTIONNEL ET LÉGISLATIF BELGE CONCERNANT LA SANTÉ EN PRISON

Constats

La plupart des acteurs du milieu carcéral reçoivent un subside direct ou indirect du fédéral, alors qu'ils mettent en œuvre des compétences régionales ou communautaires.

Les intervenants s'adressent au fédéral par défaut car ils n'obtiennent pas de financements ailleurs.

Le processus de coordination est souvent éclaté entre les travaux de la Conférence interministérielle, les accords de coopération entre entités fédérées et d'autres cercles de concertation. Le fédéral est donc parfois le dernier informé sur les initiatives en cours, alors même qu'il est sollicité pour des subsides.

Les entités fédérées pourraient prendre davantage de responsabilités dans ces interventions, là où aujourd'hui, c'est le service des Soins de santé Prisons (SSSP) qui les subsidie.

Les intervenants ont des difficultés à saisir la complexité du système de financements des projets. Le

projet de recherche « Drogue en chiffres » (Université de Gand) aborde ces aspects.

Il y a des bénéfices aux solutions de substitution à l'emprisonnement, y compris du strict point de vue de la Justice. Les projets thérapeutiques élaborés en collaboration avec les détenus (via par exemple le service Alter Ego) comme alternatives à la prison, surtout proposés en préventive, contribuent à diminuer la surpopulation carcérale.

Des décalages surviennent lorsque des juges d'application des peines demandent aux détenus de suivre des postcures, tout en les contraignant à ne plus fréquenter des usagers de drogues.

Les juges d'application des peines ne peuvent agir que pour les peines de plus de trois ans.

La prison ne parvient pas à remplir ses missions de resocialisation et de réintégration.

Il y a un manque de clarté au niveau de la législation sur le cannabis (la loi de 2003, notamment).

La mission « monitoring des risques liés aux drogues en prison en Belgique » est aujourd'hui confiée à l'administration pénitentiaire. Les données recueillies en prison font l'objet d'un traitement indépendant. Leur interprétation est confiée à l'administration pénitentiaire.

Il existe peu de données quantitatives fiables sur l'état de santé des détenus en FWB. Le taux de couverture des dépistages n'est pas connu et le taux des prévalences virales n'est pas suffisamment documenté. Par exemple, en 2011, seuls 55 cas identifiés/traités de VHC+ ont été répertoriés parmi l'ensemble des détenus en Belgique²², ce qui semble sous-estimé.

22. Source : Service des Soins de Santé Prisons (SSSP).

Aucune enquête n'existe en FWB concernant les besoins de la population carcérale en matière de santé.

Un nouveau système informatisé de gestion des dossiers médicaux des détenus est en cours d'élaboration. Il n'est pas certain qu'il puisse être mis en place dans l'ensemble des prisons.

Au niveau opérationnel, la création d'un outil de recueil de données demande du temps : cela présuppose notamment l'installation d'appareils médicaux (de radiographie, par exemple) dans les prisons, ce qui nécessite au préalable diverses mises en conformité avec la Régie des bâtiments.

Objectifs spécifiques

- Centraliser les procédures de financement des soins de santé en prison au SPF Santé publique, et les simplifier
- Diversifier les peines alternatives à l'emprisonnement et élargir les critères d'accessibilité
- Disposer d'un outil de recueil standardisé de données permettant de connaître et de suivre l'état de santé des personnes détenues

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Transférer les compétences de manière à ce que le SPF Santé Publique soit responsable des aspects qui le concernent, tandis que la Justice serait en charge des aspects organisationnels de la santé en prison (par exemple, des contacts avec la Régie des Bâtiments).
- Mettre en place une concertation continue entre le fédéral et les entités fédérées afin de favoriser l'élaboration conjointe de projets.

- Développer un recueil standardisé de données relatives à la santé des détenus (y compris assuétudes), en collaboration avec les institutions de terrain.
- Diversifier les peines alternatives : élargir les catégories de détenus éligibles, en y incluant les peines de moins de trois ans.
- Augmenter les moyens alloués au suivi et à l'encadrement des mesures alternatives.
- Assurer au détenu le droit d'accès et de rectification de ses données médicales.
- Veiller à ce que la transmission des données médicales soit soumise à l'accord signé du détenu (respect du secret professionnel).

Actions attendues au niveau du secteur :

Information/Education/Communication (IEC)

- Etablir et diffuser un récapitulatif des diverses compétences et financements liés aux interventions en matière de drogues.

Coordination/concertation

- Multiplier les concertations au sujet des peines alternatives entre les acteurs du terrain (bien informés des implications concrètes des peines prononcées) et le milieu judiciaire (Direction de la Gestion de la Détention; tribunaux d'application des peines; assistants de justice).

Recherche/évaluation

- Développer la recherche qualitative et quantitative sur les besoins des détenus en matière de santé et l'offre de services en milieu carcéral.
- Contribuer à l'identification des bonnes pratiques en matière de santé en prison, et faire le lien avec les recommandations européennes.

AXE 2. RENFORCER L'ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE PRÉVENTION ET DE RDR

Constats

L'information sur les produits psychotropes et les usages à risques fait défaut dans les prisons de la Fédération Wallonie Bruxelles (FWB).

Les prisons sont censées commander des brochures d'information²³ à la pharmacie centrale et les mettre à disposition des détenus. En pratique, les commandes ne se font pas de façon optimale et les brochures sont indisponibles dans certaines prisons.

Il existe des affiches, et très rarement, des informations qui sont diffusées via un canal vidéo. Des « kits d'information »²⁴ sont fournis aux détenus à l'entrée dans certaines prisons et maisons d'arrêt (par exemple, à Forest en partenariat avec CAP-ITI).

Souvent, ce sont les intervenants extérieurs qui délivrent les brochures lors de séances d'information/de formation à destination du personnel et des détenus, et lors des entretiens de suivi individuel.

- les brochures sont disposées parfois uniquement dans les services infirmiers, ce qui restreint considérablement leur accès.
- les brochures sont rédigées essentiellement en français, ce qui est peu adapté aux détenus illettrés ou non-francophones.
- les affiches sont peu visibles à l'infirmerie, et peu mises en évidence sur les panneaux sur section où figurent déjà des dizaines d'annonces.

La visibilité et l'accessibilité du matériel d'information dépendent principalement de deux facteurs : d'une part, de la présence/absence des intervenants extérieurs au sein des établissements ; d'autre part,

de la bonne volonté des directions, syndicats et personnel pénitentiaire.

Les projets de prévention des pairs par les pairs en prison sont une voie privilégiée pour informer et sensibiliser les détenus à la thématique des assuétudes et aux pratiques à moindre risque :

- Les opérations « Boule-de-Neige » (BdN) en prison (Modus Vivendi et partenaires) permettent ainsi à un certain nombre de détenus de diffuser des messages de réduction de risques à leurs pairs. Quatre interventions BdN sont financées par an dans les prisons.
- Le projet de « prévention des pairs par les pairs » (Service Education pour la Santé asbl de Huy - SES) couvre une dizaine de prisons²⁵, et consiste à former des détenus volontaires (sélectionnés avec l'accord de la direction) et des membres volontaires du personnel pénitentiaire (assistants de surveillance, directions, conseillers en prévention, services infirmiers, etc.) en promotion de la santé et en diffusion de messages santé (VIH/SIDA, hépatites, tuberculose, etc.). A l'issue de la formation, les « Détenus Contacts Santé » et les « Agents Relais Santé » bénéficient d'un accompagnement méthodologique et scientifique du SES dans la mise en place de projets santé au sein de la prison. L'un des obstacles rencontrés est le décrochage progressif des participants, en raison notamment de leur mobilité (sorties/transferts des détenus, et turn-over élevé du personnel pénitentiaire). Des formations régulières (une fois/an en moyenne) sont donc à envisager.

Le personnel soignant est exclusivement dédié aux soins. Il n'est pas directement mandaté pour assurer la diffusion de l'information et n'a pas les moyens ni le temps d'assurer cette tâche. Sauf exception²⁶, la mission « prévention » en prison n'est donc assurée par aucun référent interne.

23. Par exemple, « La santé en prison: gardons le cap » ; brochure « Méthadone » ; « L'ABC des hépatites ».

24. Fardes contenant des informations sur le fonctionnement spécifique de l'établissement et les services disponibles.

25. Prisons avec des Détenus Contact Santé: Saint-Hubert, Andenne, Iltre et Lantin. Prisons avec des Agents Relais Santé: Saint-Hubert, Arlon, Namur, Paifve, Nivelles, Iltre, Andenne, Forest, Mons et Jamioulx.

26. Par exemple, l'éducatrice de la prison de Verviers.

Le thème des overdoses est abordé par certains intervenants extérieurs, soit de façon sommaire, soit de manière plus approfondie lors des entretiens de suivi individuel de longue durée. Ce dispositif est cependant insuffisant : les détenus, le personnel pénitentiaire et une partie des intervenants manquent d'informations au sujet des overdoses. Leur ampleur est peu documentée, que ce soit en cours d'incarcération (les overdoses sont rarement recensées en tant que telles), ou au moment de la sortie, alors qu'il s'agit précisément d'une situation à risque.

Les détenus et le personnel pénitentiaire ont des connaissances superficielles sur les traitements prophylactiques post-exposition au VIH.

Les « pochettes préservatifs » (contenant un préservatif et un gel lubrifiant à base d'eau) peuvent être commandées à la pharmacie centrale. Les équipes soignantes sont censées les commander et les rendre accessibles aux détenus. Or, le nombre de préservatifs commandés par an est estimé à 12 000, ce qui correspond à moins d'un préservatif par personne/an.

Dans certaines prisons, une ou deux « pochettes préservatifs » sont fournies dans le kit d'entrée des détenus et lors de leur sortie.

Les modalités d'accès aux pochettes préservatifs sont restreintes et ne garantissent pas toujours la confidentialité. Les préservatifs sont souvent disposés dans les infirmeries et dans les locaux VHS (Visite Hors Surveillance) destinés aux visites familiales et conjugales.

Les femmes incarcérées n'ont actuellement pas accès au préservatif.

Un certain tabou entoure les pratiques d'injection en prison. En dépit des recommandations internationales, les programmes d'échange de seringues (PES) en milieu carcéral sont inexistants en FWB et en Belgique. De nombreuses réticences perdurent au niveau politique et institutionnel (crainte d'une augmentation de la consommation de drogues, agression du personnel, etc.), ce qui freine le développement des mesures de prévention/RdR.

L'accès aux traitements de substitution aux opiacés varie considérablement en fonction des établissements pénitentiaires et des médecins, ce qui remet en cause le principe d'équivalence des soins avec le milieu libre. Les traitements de substitution génèrent des représentations négatives (amalgame entre « drogues » et « traitement »), tant au niveau des usagers que de celui des institutions (par exemple, dans les tribunaux d'application des peines).

Les détenus manquent d'information sur les conditions légales d'accès aux traitements de substitution : ils ne savent pas toujours qu'ils peuvent en faire la demande.

Certains détenus en font la demande mais se heurtent au refus du médecin.

Les détenus souhaitant débiter un traitement de substitution hésitent parfois à en faire la demande car il peut arriver qu'ils perdent alors leur accès au travail.

Les traitements de substitution prescrits dans les centres de soins avant l'incarcération sont souvent interrompus car les risques de stigmatisation, de perte d'emploi, de non-respect de l'anonymat sont élevés pendant l'incarcération.

L'accès au traitement de maintenance de substitution est décisif à la sortie de prison, compte tenu des risques élevés d'overdoses. La continuité du traitement à la sortie doit donc être planifiée. En FWB, certaines prisons délivrent des traitements pour 3 jours aux détenus concernés au moment de leur sortie. Toutefois, aucun dispositif standardisé n'a été mis en place.

L'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral est peu documenté.

Les pratiques de sniff, piercing et tatouage sont courantes en prison mais elles sont peu documentées. Certains services extérieurs²⁷ diffusent de l'information au sujet des risques associés à l'échange de pailles et aux pratiques de piercing et tatouage. Toutefois, l'information ne touche pas la totalité de la population carcérale. Il y a un déficit de connaissances tant au niveau des détenus que du personnel.

La diffusion du matériel d'information et d'usage à moindre risque «Roule ta paille» est prévue via les opérations BdN, sous réserve de l'autorisation des directions pénitentiaires. Au final, très peu de matériel a été diffusé (uniquement à Berkendael et Saint-Hubert).

Il n'y a pas d'incitation systématique aux dépistages, que ce soit à l'entrée en prison ou au cours de l'incarcération.

Il n'y a pas de stratégies standardisées d'information concernant le dépistage.

Les coûts élevés qu'entraînerait l'augmentation des dépistages n'encouragent pas le Service des Soins de santé Prisons (SSSP) à les mettre en place.

Les données sur la couverture des dépistages sont inexistantes. Quant aux données sur la prévalence des IST/VIH et des hépatites B/C en prison, elles sont lacunaires.

Le taux de couverture de dépistage de la tuberculose semble beaucoup plus élevé parmi les détenus que parmi les agents pénitentiaires. Ceux-ci sont souvent indisponibles au moment du dépistage et/ou de la lecture des résultats.

Le coût du dépistage de la tuberculose parmi les détenus est aujourd'hui partiellement pris en charge par le SSSP et non plus uniquement par la FWB.

Des informations concernant le combiné vaccinal VHA/VHB sont fournies par les intervenants extérieurs lors des formations du personnel/détenus.

L'accès au vaccin VHA/VHB et du tétanos est théoriquement garanti pour le personnel pénitentiaire. Dans la réalité, l'accès varie en fonction des décisions du médecin du travail. Quant aux demandes des détenus, elles n'aboutissent pas toujours.

Le coût du vaccin est présenté comme un obstacle. Par ailleurs, la longueur/lourdeur du schéma de vaccination combiné (trois doses à répartir sur 6 mois) est peu adaptée à la mobilité des détenus. La réponse immunitaire au vaccin VHB est fluctuante²⁸.

Objectifs spécifiques

- Améliorer l'accessibilité de l'information sur les psychotropes et les usages à moindre risque
- Renforcer l'accessibilité des préservatifs et gel lubrifiant à base d'eau
- Développer les programmes d'échange de seringues (PES) en prison

27. Par exemple, le Service Education pour la Santé asbl (SES) de Huy ou Modus Vivendi via les opérations Boule-de-Neige (BdN).

28. La réponse immunitaire varie notamment en fonction de l'âge et de l'état de santé au moment de la vaccination : elle est de 95% chez les enfants/adolescents et les adultes de moins de 40 ans en bonne santé. L'efficacité du vaccin est plus faible chez les personnes atteintes d'une maladie hépatite chronique (60-70%) et/ou immunodéprimées (VIH).

- Renforcer l'accessibilité aux traitements de substitution aux opiacés (TSO)
- Prévenir les risques infectieux liés aux pratiques de sniff, piercing et tatouage
- Augmenter le nombre de dépistages volontaires IST/VIH/VHB/VHC et tuberculose
- Augmenter la couverture vaccinale VHA/VHB

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Confier la mission de prévention/RdR à des équipes socio-sanitaires multidisciplinaires en nombre suffisant au sein des prisons, en leur donnant les moyens et les compétences nécessaires.
- Systématiser l'incitation aux dépistages volontaires IST/VIH/VHB/VHC en prison.
- Faire respecter la circulaire « santé et accès au travail en prison ».
- Garantir qu'à leur sortie de prison, les détenus sous traitement de substitution aux opiacés aient leur traitement pour quelques jours ou qu'ils puissent se le procurer en pharmacie.
- Renforcer la mise en œuvre des stratégies de vaccination.

Actions attendues au niveau du secteur :

Couverture des actions

- Développer et étendre les actions de prévention des pairs par les pairs auprès des détenus et du personnel pénitentiaire.
- Développer le projet de mise en place de distributeurs²⁹ discrets de préservatifs dans des lieux stratégiques de passage des détenus (par exemple, couloirs des services psychosociaux, à proximité des téléphones, ou dans le couloir du greffe).
- Développer les projets de prévention/RdR autour des pratiques de tatouage et de piercing.

IEC

- Elaborer des supports d'information attractifs et innovants (brochures, affiches) adaptés à l'ensemble des détenus (utilisant des pictogrammes et des images).
- Placer les brochures et affiches dans les lieux les plus fréquentés par les détenus: près des téléphones, dans les préaux, dans les salles d'attente des services médicaux et infirmiers, etc.
- Sensibiliser les directions d'établissements pénitentiaires à l'ensemble des bénéfices induits par les projets de prévention des pairs par les pairs: dynamique participative et de proximité, création de liens, valorisation des participants, etc.
- Impliquer le personnel administratif (greffiers, comptables, etc.) et les représentants du culte en tant que relais d'information auprès des détenus.
- Encourager les services psychosociaux présents dans chaque prison à informer les détenus sur les ressources existantes en matière d'assuétudes: par exemple, sur les Points de Contact, d'Orientation et d'Accompagnement pour usagers de drogues en milieu carcéral, sur les Services d'Aide aux Détenus et sur l'offre des intervenants spécialisés.
- Développer/renforcer les séances d'information au sujet des overdoses à destination des directions, assistants de surveillance, personnel psycho-médico-social, détenus et intervenants extérieurs.
- Mettre en place des animations régulières sur la vie affective et sexuelle dans l'ensemble des prisons.
- Informer et sensibiliser le personnel pénitentiaire sur les pratiques d'injection, et mettre à jour leurs représentations sociales.
- Informer et sensibiliser les détenus et le personnel pénitentiaire sur les pratiques à moindre risque de sniff, piercing et tatouage.

29. Projet élaboré par le Service des Soins de Santé Prisons (SSSP) visant à améliorer l'accessibilité des préservatifs. Ce projet a été proposé à six prisons pilotes.

- Informer et sensibiliser les détenus et le personnel pénitentiaire sur les VHA/VHB et le combiné vaccinal.
- Mener un plaidoyer en faveur de la mise en place de programmes d'échange de seringues (PES) en milieu pénitentiaire: informer et sensibiliser les acteurs politiques, présenter les bénéfices des PES aux Ministres compétents, aux Groupes de Pilotage Locaux Drogues, au Service des Soins de santé Prisons et aux réseaux existants.

Coordination/concertation

- Mettre en place une concertation entre intervenants au sujet des traitements prophylactiques post-exposition au VIH.

Formation

- Former les détenus sur les pratiques de tatouage.

Recherche/évaluation

- Développer des enquêtes qualitatives sur l'injection en prison.
- Développer le recueil de données sur l'accès aux traitements de substitution.
- Mener des enquêtes qualitatives sur les pratiques de tatouage et de piercing en prison.

Partenaires privilégiés

Service des Soins de Santé Prisons, autorités fédérales, équipes soignantes, professionnels du secteur des assuétudes.

AXE 3. AMÉLIORER LA MISE EN PLACE DES INTERVENTIONS ET ASSURER LA CONTINUITÉ DES SOINS EN MILIEU CARCÉRAL

Constats

L'accès des intervenants extérieurs en prison est plus ou moins aisé selon les établissements.

La population carcérale a considérablement augmenté. A la surpopulation s'ajoute la vétusté des infrastructures. Les intervenants extérieurs rencontrent un vrai problème d'accès à des locaux et à du matériel adéquats (téléphone, accès internet). Ils doivent en général composer avec du matériel non dédié, prêté momentanément. Un parloir d'avocats (quand ce n'est pas un couloir) n'équivaut pas à un bureau spécifique. Cela entrave la confidentialité des échanges ainsi que l'autonomisation du détenu qui ne peut prendre d'initiative personnelle.

A cause de la surpopulation, toute entrée de services extérieurs en prison crée du mouvement et du travail supplémentaire pour le personnel. Les syndicats bloquent donc parfois certains projets de prévention/RdR pour éviter ce surcroît de travail.

La source des financements des projets n'influence pas le degré d'accessibilité des intervenants en prison.

Le droit de grève des assistants de surveillance pénitentiaire pose problème car il n'y a pas de service minimum assuré. En cas de grève, ce sont des policiers non qualifiés pour ce travail qui les remplacent, ce qui crée parfois des incidents. Lors de ces grèves, l'ensemble des activités (y compris celles des services extérieurs) sont interrompues pour une durée souvent indéterminée et toujours au détriment d'un travail approfondi avec les détenus.

A l'instar des grèves, les actions syndicales d'envergure empêchent les intervenants extérieurs de poursuivre leurs activités auprès des détenus. A la prison de Forest récemment, les suivis des détenus ont été interrompus pendant près de six mois, en dépit de la mobilisation des intervenants pour dénoncer cette situation.

Les intervenants extérieurs ne sont pas toujours perçus par l'administration pénitentiaire comme étant des professionnels à part entière, venant apporter leur savoir-faire et mener une action utile pour la prison, les détenus et le personnel pénitentiaire. Leur visibilité est souvent trop faible en prison.

Il existe des initiatives locales intéressantes qui ont amélioré la visibilité et le contexte de travail des intervenants spécialisés: par exemple, la diffusion d'une brochure consacrée aux usages de drogues en prison (« Les drogues à la prison de Nivelles ») par le GPLD de Nivelles. Cette brochure a bénéficié du soutien logistique du Moniteur belge pour l'impression.

La confrontation avec l'usage de drogues en prison est inévitable.

Il y a un manque de formation des assistants de surveillance pénitentiaire: ceux-ci, pour être engagés, suivent six mois de cours théoriques et six mois de stage. Cette formation ne prévoit qu'une seule journée dédiée aux assuétudes en prison. Trois autres journées sur le sujet peuvent être suivies en formation continue, facultative.

L'administration pénitentiaire plaide en faveur d'une école « à la française » (un an de cours théoriques et un an de cours pratiques), ce qui permettrait de proposer davantage de journées de formation consacrées aux assuétudes.

La formation continue est accessible au personnel pénitentiaire mais dans les faits, seule une partie en bénéficie (liste d'attente, sous-effectif empêchant la présence aux formations, turn-over).

Aujourd'hui, l'offre de formation continue n'intègre aucun module spécifique dédié à la réduction des risques liés à l'usage de drogues.

La mobilité des détenus est fréquente. Les transferts peuvent causer des ruptures dans leur parcours de soin.

Le dossier médical informatisé des détenus est en cours de modernisation. Celle-ci accomplie, le dossier sera plus facilement consultable par tous les intervenants médicaux, ce qui devrait renforcer la continuité des soins aux détenus.

La mutualisation des soins de santé en prison via un budget de l'INAMI est à l'étude.

Objectifs spécifiques

- Renforcer l'accessibilité de la prison pour les intervenants extérieurs
- Renforcer la visibilité des intervenants extérieurs et de leurs activités
- Renforcer la formation et l'accompagnement du personnel pénitentiaire
- Assurer la continuité des soins aux détenus

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Instaurer un « service minimum » pour pallier les grèves des assistants de surveillance pénitentiaire.
- Diminuer les transferts trop rapides et trop fréquents de détenus.
- Assurer la continuité des soins et le suivi des dossiers médicaux.

- Assurer que les détenus conservent le droit à la sécurité sociale.
- Instaurer la formation obligatoire de 50% des équipes médicales sur l'accompagnement des usagers de drogues (traitements de substitution, type de produits, usages, etc.).
- Encourager la formation continue du personnel pénitentiaire.
- Inclure les modules de formation consacrés à la prévention/RdR et aux «représentations sociales de l'usage de drogues» dans la formation certifiante actuelle.

Actions attendues au niveau du secteur :

IEC

- Promouvoir l'édition et la diffusion de matériel de promotion de la santé, en tenant compte de la nécessaire appropriation des projets par les administrations locales.
- Renforcer l'information aux détenus sur leurs droits en matière de santé.

Formation

- Réunir les acteurs du secteur des assuétudes en vue de développer l'offre de formation.
- Multiplier les offres de formation, en ciblant les différentes catégories de personnel (surveillants, personnel socio-sanitaire, directions, etc.).
- Lier la formation des assistants surveillants à des intérêts concrets, directement palpables.
- Négocier des temps/espaces réguliers de formation auprès des directions.

AXE 4. RENFORCER LA CONCERTATION ENTRE LES INTERVENANTS EXTÉRIEURS ET LA PRISON

Constats

La logique sécuritaire de la prison limite le travail des intervenants à divers niveaux : mouvements, agenda, thématiques à aborder.

En prison, la collaboration repose souvent sur le bon-vouloir des individus car il n'y a pas de ligne politique claire de l'administration pénitentiaire régissant la collaboration.

Par ailleurs, le turn-over du personnel est élevé, ce qui ne garantit pas toujours la continuité d'une relation de confiance.

La collaboration entre intervenants et directions fonctionne dans certaines prisons et moins dans d'autres.

Il y a peu de communication entre les directeurs adjoints d'une même prison. Cela entrave la continuité des procédures et fragilise les relations de confiance nouées avec les intervenants extérieurs.

Les thématiques drogues/assuétudes sont parfois considérées comme moins prioritaires par certaines directions.

L'adhésion du personnel pénitentiaire aux projets de promotion de la santé peut s'avérer assez faible. Le personnel semble avoir besoin que les intervenants extérieurs partagent une certaine connaissance/expérience du milieu carcéral.

Un facteur facilitant pour les intervenants est la désignation par la direction d'une « personne ressource »

(agent, éducateur) fournissant un appui logistique au projet. Les liens avec la personne-ressource sont à privilégier car ils induisent une dynamique positive auprès des autres agents.

Les organes de concertation des détenus se réunissent de façon trimestrielle. Il s'agit d'une porte d'entrée utile pour identifier les préoccupations des détenus, leurs attentes, les freins institutionnels et les projets qui sont susceptibles d'être mis en place.

La participation des détenus aux animations ponctuelles est souvent élevée. En revanche, une fois qu'un projet est mis en place à moyen-long terme, la fréquentation a tendance à diminuer: turn-over des détenus, tensions relationnelles entre détenus, personnes en Régime Cellulaire Strict, etc. En raison du manque de moyens, les objectifs des intervenants doivent souvent être revus à la baisse. Dès lors, les attentes des détenus sont parfois déçues.

Les intervenants ont peu (voire pas) d'espace de concertation en dehors des Groupes de Pilotage Locaux Drogues (GPLD), ce qui limite les échanges et la mise en commun des projets.

Les Groupes de Pilotage Locaux Drogues ne sont pas opérationnels dans certaines prisons (par exemple, à Marneffe), alors qu'ils sont tenus de se réunir quatre fois par an au minimum.

L'enveloppe de 2200 euros dont dispose chaque GPLD³⁰ n'est pas toujours utilisée, ou est utilisée de façon très contrastée selon les prisons (formation du personnel, achat de matériel pour les projets, etc.).

L'implication et la motivation des membres des GPLD varient selon les établissements.

Les membres des GPLD ne bénéficient d'aucune formation axée sur les assuétudes.

Les plus-values des GPLD sont le «réseautage» et une meilleure connaissance des services actifs en milieu carcéral. Toutefois, ces groupes sont souvent constitués du même noyau d'intervenants, ce qui limite les échanges de pratiques.

Le Groupe de Pilotage Central Drogues (GPCD) coordonne la politique drogues et influence donc le GPLD. A l'heure actuelle, le GPCD est non-opérationnel, ce qui empêche la prise de décisions.

Il est toujours souhaitable d'informer et de présenter les projets en cours au GPCD, de manière à faciliter la mise en place des activités. Toutefois, le terrain est rarement informé des thématiques abordées au GPCD.

Objectifs spécifiques

- Encourager la prise en compte des besoins des détenus
- Consolider les Groupes de Pilotage Locaux Drogues (GPLD)
- Renforcer la concertation avec le Groupe de Pilotage Central Drogues (GPCD)

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Assurer l'opérationnalisation du GPCD.
- Elargir la composition des GPLD en invitant des acteurs concernés par la thématique «assuétudes» au niveau local de manière à favoriser les échanges de pratiques et la création de partenariats.
- Mettre en place des formations de deux jours minimum sur les assuétudes pour les membres des GPLD.

30. Donnée fournie par l'administration pénitentiaire, septembre 2012.

Actions attendues au niveau du secteur :

Couverture des actions

- Organiser des focus groupes avec des détenus afin de mettre en place de nouveaux projets fondés sur leurs besoins.

Coordination/concertation

- Encourager le GPCD à informer les intervenants des enjeux et décisions stratégiques.

Partenaires privilégiés

Directions pénitentiaires, personnel, détenus, Groupes de Pilotage Locaux Drogues, Groupe de Pilotage Central Drogues, professionnels du secteur des assuétudes.

2.2.2. Milieu de la rue

Introduction

La rue est le lieu de vie d'un certain nombre d'usagers de drogue : usagers sans domicile fixe vivant sous tente ou en squat, ou consommateurs passant l'essentiel de leur temps « en rue ». Ces usagers sont en constante interaction avec ceux qui exercent leur activité professionnelle en rue : policiers, maraîchers, commerçants ambulants, gardiens de parcs, éboueurs, et éducateurs.

Il n'existe pas d'enquête de prévalence sur l'usage de drogues en rue en FWB. Les données disponibles sont indicatives, et sont principalement récoltées via des opérations « Boule de Neige » (BdN) mises en place par les associations de terrain spécialisées en assuétudes.

En FWB, il ressort que les produits les plus consommés par les usagers de la rue sont l'héroïne et ses

dérivés, l'alcool, la cocaïne, la méthadone, le cannabis et les benzodiazépines. La polyconsommation est répandue (Casero et al, 2011).

Selon une récente enquête réalisée dans le milieu de la prostitution, la consommation d'alcool et de psychotropes semble plus élevée parmi les prostituées de rue que parmi les prostituées de vitrines/bars (Decorte et al, 2011).

Les pratiques d'injection concernent une partie des usagers de la rue. Les injecteurs réguliers (UDI) vivent dans des conditions souvent plus précaires. Ils ont tendance à être stigmatisés (Dune asbl, 2011a), autant par certains acteurs du secteur psycho-médico-social que par d'autres usagers de drogues (Martens et al, 2009d). Ces caractéristiques font des UDI un groupe difficile à atteindre qui constitue une cible privilégiée des programmes de réduction des risques, et ce *a fortiori* pour les sous-groupes « cachés » ou « difficiles à atteindre » (par exemple, les jeunes, les femmes et les migrants) (Sacré et al, 2010).

En FWB, les stratégies politiques communautaires de prévention/RdR à destination des UDI visent notamment à renforcer l'accessibilité au matériel stérile d'injection et à développer la prévention par les pairs (Ministère de la Communauté française, 2008).

En FWB, le partage et la réutilisation de matériel d'injection semblent fréquents parmi les usagers de la rue, y compris parmi ceux fréquentant les dispositifs d'échange de seringues (Casero et al, 2011).

Deux dispositifs d'accessibilité au matériel d'injection stérile sont actuellement opérationnels en FWB³¹ : les comptoirs d'échange de seringues (fixes ou mobiles) et les pharmacies (vente de seringues ou de Stérifix³²).

31. C'est l'arrêté royal du 5 juin 2000 qui régit les conditions et les modalités de l'offre de matériel stérile d'injection (seringues, désinfectant et pansements) aux usagers de drogues. AR du 5 juin 2000, en vigueur 11/06/2005, « Accessibilité au matériel stérile d'injection »

32. La pochette Stérifix contient 2 tampons alcoolisés, 2 fioles d'eau stérile, 2 cuillères, 2 tampons secs post-injection, des conseils de RdR et des adresses utiles au plan local. Elle est fournie gratuitement aux pharmaciens – via les équipes des comptoirs ou les grossistes-répartiteurs – qui y glissent 2 seringues et les vendent au prix de 0,5€. À noter que le contenu des pochettes Stérifix peut varier selon les régions

Les premiers comptoirs d'échange ont été mis en place dès 1994 en région bruxelloise et à Liège. Le dispositif s'est ensuite étendu à d'autres villes, sous l'impulsion du secteur associatif et médical : en 2011, on dénombrait dix-sept comptoirs d'échange de seringues en FWB dans les villes de Charleroi, Liège, Namur, Bruxelles, Mons, et en province du Luxembourg³³. La vente du Stérifix gagnerait à être davantage promue, et la participation des pharmacies à leur vente améliorée, tout au moins dans certaines régions de la FWB (Frère et al, 2010).

Depuis une dizaine d'années, la demande de seringues stériles est en augmentation dans les comptoirs d'échange de la FWB, même si l'on observe des périodes de stagnation. Depuis 2002, le nombre de seringues délivrées annuellement en FWB varie entre 250 000 et 320 000. En 2011, 308 628 seringues ont été fournies aux usagers par les dix-sept comptoirs d'échange actifs en FWB. Plus de 36 000 seringues ont également été vendues via le Stérifix dans les pharmacies (Modus Vivendi asbl, 2012).

Des dispositifs de récupération et de gestion des seringues usagées existent également en FWB grâce au projet RESU³⁴. En 2011, 8 RESU étaient opérationnels en Fédération Wallonie-Bruxelles : 4 à Bruxelles et 4 à Charleroi. Trois RESU devraient être mis en place à Namur et 11 RESU supplémentaires seront implantés en Région de Bruxelles-Capitale d'ici la fin de l'année 2014³⁵.

Composition du groupe de travail

Le groupe de travail « milieu de la rue » a mobilisé treize professionnels issus de onze institutions situées à Bruxelles, Charleroi, Liège, et Soignies (voir annexe). Ces institutions sont financées par différents pouvoirs subsidiaires : la FWB (promotion de la santé), la Wallonie, le Ministère de l'intérieur (Fonds assuétudes, Plans Stratégiques de Sécurité et de

Prévention), la COCOF, l'INAMI, et les villes et Plans de Cohésion Sociale. Trois journées de concertation ont été organisées. Les participants au groupe de travail ont essentiellement abordé le thème des usages par injection. D'autres problématiques, comme la consommation d'alcool, de médicaments et de solvants, mériteraient une analyse approfondie.

Plan d'action

Objectif général: Réduire les risques liés aux usages de drogues par injection

AXE 1. ASSURER UNE MEILLEURE RECONNAISSANCE DES INTERVENTIONS DE RÉDUCTION DES RISQUES

Constats

La RdR dépend de multiples pouvoirs subsidiaires (le fédéral, les régions, les communautés, les communes, etc.). La cohérence et la coordination entre ces pouvoirs ne se traduisent pas toujours sur le terrain.

L'absence de cadre légal est un obstacle à la reconnaissance de la RdR et à la pérennisation des actions.

Au niveau politique, la RdR n'occupe pas une place à part entière aux côtés de la prévention et du traitement. Elle ne bénéficie pas du soutien formel des autorités fédérales ni de l'appui d'un ministère en particulier.

La RdR n'est pas reconnue en tant que telle par l'INAMI. Les soins infirmiers de première ligne et les consultations médicales proposés dans les comptoirs d'échange de seringues (Bruxelles, Namur, Charleroi) ne bénéficient pas d'un financement structurel de l'INAMI³⁶, en raison notamment de l'absence de couverture sociale (mutuelle, CPAS, carte médicale d'urgence) d'une grande partie des usagers et du caractère anonyme du service offert aux bénéficiaires.

33. Source : Modus Vivendi asbl, octobre 2012.

34. RESU : Récupérateur Extérieur de Seringues Usagées.

35. Eurotox asbl. L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport annuel 2011 (à paraître).

36. En dehors du Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes.

L'éclatement des compétences complexifie l'élaboration de projets. En l'absence d'une politique globale et structurée, les intervenants cherchent notamment à nouer des alliances locales. Pour obtenir des subsides (souvent à court-terme et provenant de sources diverses), ils doivent s'adapter aux cadres et contraintes des pouvoirs politiques (« bricolage »).

Au niveau local, c'est surtout la présence des usagers de drogue ou la visibilité du matériel d'injection en rue qui s'avère être un levier pour attirer l'attention des autorités communales et faciliter la mise en place de projets de RdR.

Le financement alloué à la RdR est insuffisant, tant au niveau des ressources humaines que de l'accès au matériel stérile d'injection. Il ne permet pas aux intervenants de remplir de façon optimale l'ensemble des missions qui leur sont attribuées (accueil, relais, information, échange de matériel, accompagnement, soins). La mission d'accueil des usagers est difficile à remplir dans certains comptoirs d'échange de seringues en raison du manque de ressources humaines, ou de locaux peu adaptés à l'affluence croissante des usagers.

Le budget annuel souhaitable en FWB garantissant un accès optimal au matériel stérile d'injection (dispositif « 1 pour 1 ») est de 164 190 euros³⁷. Ce budget correspond au coût annuel de 9,4 traitements de l'hépatite C³⁸.

L'absence/l'insuffisance de financement structurel (budgets bien souvent annuels) place les dispositifs de RdR au sens strict dans une situation de précarité.

L'instabilité des financements et des projets (par exemple, « projets-pilotes »/» ou d'impulsion » financés par le Fonds fédéral de lutte contre les

Assuétudes) fragilise les services offerts aux usagers et entrave la continuité des actions menées.

L'instabilité des financements induit également la précarité des conditions de travail des équipes : incertitude liée à la pérennité des contrats, peu de garantie concernant l'indexation des salaires, non prise en compte de l'ancienneté, pas de reconnaissance du travail de nuit des équipes ni des heures prestées pendant les week-ends, manque d'accès aux formations continues.

Le turn-over élevé des équipes affaiblit la dynamique des partenariats mis en place entre les professionnels et fragilise les liens créés avec les usagers.

La pénibilité du travail a également tendance à augmenter : les structures bas-seuil constatent une hausse du flux des usagers faisant appel à leurs services, sans que cela s'accompagne d'une extension des équipes, et d'une augmentation de subsides.

Un changement des représentations de la RdR s'impose. Cette stratégie est encore perçue de façon caricaturale (« incitant à l'usage ») par une partie des responsables politiques, des professionnels de la santé, de l'opinion publique, ou des médias.

Les professionnels de la RdR constatent qu'ils ne partagent pas toujours la même vision ou définition de leur approche. Si cette diversité constitue l'une des richesses du secteur, elle peut aussi fragiliser les activités collectives de plaidoyer.

Objectifs spécifiques

- Promouvoir la RdR auprès du politique, de l'opinion publique et des médias
- Renforcer les compétences des professionnels de RdR

37. Budget hors frais de personnel et de fonctionnement, en supposant que le nombre d'injections reste stable en 2012. Le coût du dispositif actuel est de 72 673 euros, dont 30 000 euros sont financés par la FWB.

38. Selon le Carrefour Hépatites-Aide et Contact asbl, le coût du traitement médical de l'hépatite C par an et pour la communauté s'élève à 17 500 euros par patient/an. Source : http://www.chacasbl.be/htm/news_journee_collocvhc.html

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Elaborer un cadre légal permettant la mise en place d'actions de RdR et un financement structurel adéquat.
- Créer un volet RdR à l'INAMI permettant de dispenser des soins gratuits et anonymes aux usagers de la rue les plus marginalisés n'ayant pas de couverture sociale.
- Intégrer la RdR dans le cursus de base des futurs professionnels du secteur socio-sanitaire (médecins, infirmiers, pharmaciens, assistants sociaux, psychologues, éducateurs, etc.).

Actions attendues au niveau du secteur :

Information/Education/Communication (IEC)

- Renforcer les opérations de promotion de la RdR auprès de l'environnement direct des comptoirs d'échange de seringues (voisinage, commerçants).

Formation

- Développer l'offre de formation au sein du secteur.
- Multiplier les échanges de pratiques (savoir, savoir être et savoir-faire) entre intervenants via les réseaux existants, par exemple.

Partenaires privilégiés

Autorités politiques fédérales et communautaires, professionnels du secteur socio-sanitaire et du secteur des assuétudes.

AXE 2. AMÉLIORER L'ACCÈS DES USAGERS AU MATÉRIEL STÉRILE D'INJECTION

Constats

Les usagers de drogue de la rue sont très mobiles. Toutefois, ils ont tendance à évoluer dans un périmètre géographique réduit.

Leur accès au matériel stérile d'injection est actuellement limité, peu diversifié et discontinu en Fédération Wallonie-Bruxelles :

- Il y a trop peu de comptoirs d'échange de seringues dans certaines grandes villes, notamment à Bruxelles.
- De fortes disparités entre les villes et les campagnes persistent : les zones rurales sont trop peu desservies en services bas-seuil, alors qu'elles sont aussi concernées par la problématique d'usage de drogues par voie intraveineuse.
- Les comptoirs fixes d'échange de seringues sont établis dans les centres villes. Cela entrave l'accessibilité au matériel stérile d'injection des usagers vivant en périphérie.
- En ville après 23 heures, il est difficile d'obtenir du matériel stérile, ce qui augmente les risques liés à l'injection la nuit et le week-end.

L'implantation d'automates d'échange de seringues fait défaut en FWB. Ces automates fonctionnent dans plusieurs pays d'Europe dont la France, où la législation prévoit leur installation systématique dans les villes de plus de 40 000 habitants. Les automates assurent une disponibilité continue du matériel stérile d'injection. Ils peuvent être répartis sur un large territoire et sont peu coûteux. Ce dispositif offre également une alternative aux usagers (dont les jeunes injecteurs) qui ne se reconnaissent pas dans le public des comptoirs d'échange et ne fréquentent pas les services actifs en toxicomanie.

Quant aux dispositifs mobiles d'accès au matériel d'injection stérile, ils sont essentiels et insuffisamment soutenus en FWB. Les maraudes privilégient le contact de proximité avec les usagers de la rue. Elles permettent progressivement de les orienter vers les comptoirs d'échange de seringues et d'autres services en vue d'une meilleure prise en charge.

Les maraudes n'ont pas une portée suffisante, vu la taille réduite des équipes et la diversité des lieux de consommation à couvrir dans les centres urbains. De plus, le champ d'action des équipes de rue est parfois limité à certaines zones, selon le découpage des communes (ex : Liège et Seraing).

Un certain nombre de pharmacies collaborent à la diffusion du matériel stérile d'injection via la vente des pochettes Stérifix. Le développement de ce dispositif se heurte à plusieurs obstacles. Les faibles subsides alloués au projet ne permettent pas la mise en place d'activités de promotion, d'extension ni d'évaluation du projet.

Du côté des pharmaciens, des difficultés se font ressentir concernant la gestion des problématiques d'usage de drogues et de précarité. Certains d'entre eux manifestent une réticence éthique à promouvoir la RdR. La faible rentabilité du Stérifix³⁹ et la présence d'utilisateurs pouvant gêner une partie de la clientèle sont également des obstacles.

Une partie des utilisateurs de la rue ont également des réticences à fréquenter les officines. Le matériel stérile d'injection y est payant et ils craignent d'être mal accueillis, jugés ou identifiés.

Les contacts entre professionnels de RdR et pharmacies vendant le Stérifix ne sont pas assez fréquents : d'une part, la plupart des officines passent par des grossistes-répartiteurs et d'autre part, les équipes disposent de peu de ressources pour maintenir/étendre les activités de réseautage auprès des pharmaciens. L'absence d'échanges réguliers entre intervenants du secteur et pharmaciens a diverses implications :

- les pharmaciens ne bénéficient pas d'un encadrement de la part du réseau ;

- le profil des utilisateurs fréquentant les officines est peu documenté ;
- les utilisateurs fréquentant exclusivement les officines ne bénéficient pas des conseils de RdR et n'intègrent pas le réseau d'aide et de soins.

Le nombre de seringues stériles délivrées dans les comptoirs d'échange est en augmentation. En revanche, la demande de « petit matériel connexe d'injection »⁴⁰ est en stagnation. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette situation : pour les utilisateurs de rue en constante mobilité, le matériel connexe est encombrant et difficile à stocker. D'autre part, les risques de contamination aux hépatites et VIH liés au partage ou à la réutilisation du matériel connexe sont moins bien connus par les utilisateurs.

Du côté des intervenants, la promotion du matériel connexe se heurte à un manque de financement : fournir une cuillère, une fiole d'eau stérile et un tampon d'alcool pour chaque seringue stérile donnée s'avère irréalisable, compte tenu de l'insuffisance des budgets. De même, l'élaboration et la diffusion de brochures axées sur ces aspects ne sont pas financées.

Objectifs spécifiques

- Consolider le dispositif d'accès au matériel stérile d'injection
- Étendre le dispositif d'accès au matériel d'injection aux zones non-couvertes
- Stimuler la demande de matériel connexe auprès des utilisateurs injecteurs

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Soutenir financièrement les comptoirs fixes d'échange de seringues : renforcer les équipes et

39. Coût pour l'utilisateur : 0,5€.

40. Cuillères, filtres, tampons, eau.

les structures, compte tenu de la demande croissante des usagers.

- Soutenir financièrement et développer les dispositifs mobiles d'accès au matériel d'injection stérile (bus et maraudes en rue).
- Financer la mise en place d'automates de seringues, en associant l'ensemble des acteurs concernés.
- Fournir des autorisations légales permettant aux équipes d'éducateurs (maraudes de rue) de couvrir de plus grandes zones géographiques dans le cadre des contrats de quartier.

Actions attendues au niveau du secteur :

Couverture des actions

- Développer les actions de sensibilisation des pairs par les pairs (opérations « Boule de Neige ») dans les zones péri-urbaines et rurales.
- Impliquer de nouvelles pharmacies dans la promotion des pochettes Stérifix, en tenant compte de leur situation géographique (zones rurales/urbaines).

IEC

- Réactualiser/renforcer l'information (via une brochure, par exemple) sur le matériel connexe d'injection à usage unique auprès des usagers.
- Poursuivre la promotion d'alternatives à l'injection auprès des usagers, via les comptoirs d'échange de seringues et les maraudes en rue.
- Intensifier l'information auprès de l'Ordre des pharmaciens sur les dispositifs de RdR existants en vue d'une meilleure orientation des usagers.
- Mettre en place un dispositif d'encadrement (réunions, numéro vert, newsletters, etc.) des pharmacies participant à la diffusion des pochettes Stérifix.

Coordination/concertation

- Favoriser les rencontres au niveau local entre pharmaciens, professionnels de RdR et usagers afin de définir leurs attentes et besoins mutuels.
- Encourager les pharmaciens à prendre une part active aux stratégies de RdR en leur proposant, par exemple, d'être membres du Conseil d'administration des associations.

Formation

- Former les usagers et les impliquer activement dans la promotion des pochettes Stérifix.

Recherche/évaluation

- Réaliser des études exploratoires sur l'offre et la demande de services socio-sanitaires de bas-seuil dans les zones péri-urbaines et rurales, compte tenu du déficit de données existantes.
- Explorer la possibilité de diffuser les pochettes Stérifix par d'autres canaux que le réseau de pharmacies.

Partenaires privilégiés

Administrations et cabinets des entités fédérées, autorités communales, justice, police, pharmaciens, professionnels du secteur des assuétudes.

AXE 3. AMÉLIORER LES CONDITIONS D'USAGE PAR INJECTION ET LEURS CONSÉQUENCES SOCIO-SANITAIRES

Constats

Il existe un paradoxe entre une action qui vise à réduire les risques en fournissant du matériel stérile d'injection et l'usage à risque en rue qui se caractérise notamment par l'insalubrité, la consommation dans l'urgence, l'itinérance, la répression, et la stigmatisation.

A ce jour, aucun site de consommation supervisée n'existe en FWB. Le projet élaboré à Charleroi n'a pas bénéficié de financements. En 2005, le Collège d'experts recommandait déjà que des moyens soient alloués pour permettre le développement de projets pilotes, tels que les sites de consommation supervisée. Ce dispositif permet de réduire les risques sanitaires associés à l'usage de drogues en rue, de diminuer leur éventuel impact (abandon de matériel d'injection dans les lieux publics et visibilité de la consommation) et d'améliorer l'accès des usagers de la rue aux soins et à la prise en charge sociale.

Le taux de récupération des seringues usagées en FWB n'atteint pas 100%, en dépit de la sensibilisation menée par les intervenants auprès des usagers et des opérations de ramassage organisées en rue.

La crainte des contrôles de police, et la peur d'être stigmatisé encourage certains usagers à abandonner en rue leur matériel d'injection usagé.

Les « petits consommateurs » sont particulièrement difficiles à sensibiliser au sujet de la récupération du matériel usagé car ils se débarrassent facilement du peu de seringues qu'ils utilisent.

Certains usagers se fournissent essentiellement en pharmacie pour conserver un certain anonymat, ou pour éviter de côtoyer d'autres usagers dans les comptoirs d'échange. Ces usagers sont informés des risques de transmission du VIH/hépatites mais semblent peu attentifs à la nécessité de rapporter le matériel d'injection souillé.

Les acteurs de la rue⁴¹ et les acteurs généralistes du soin (dont les services d'urgence, pharmacies, et maisons médicales) ne bénéficient pas de suffisamment d'informations au sujet des pratiques de

récupération du matériel stérile d'injection souillé et de destruction à moindre risque (usage des containers et non des poubelles classiques).

Les polices locales récupèrent du matériel d'injection stérile à travers les saisies.

Les autorités politiques communales ont parfois tendance à se mobiliser lorsque du matériel d'injection souillé est abandonné dans l'espace public ou lorsqu'une scène de consommation/deal suscite des plaintes de la population.

Les récupérateurs extérieurs de seringues usagées (RESU) fixes installés en rue sont peu nombreux en FWB.

Les RESU sont parfois méconnus ou peu utilisés par les usagers.

Objectifs spécifiques

- Améliorer les conditions d'hygiène et de sécurité dans lesquelles s'effectue l'injection
- Renforcer la récupération de matériel d'injection usagé

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Financer les projets de salles de consommation supervisée en impliquant l'ensemble des secteurs concernés.

Actions attendues au niveau du secteur :

IEC

- Relancer la promotion des récupérateurs de seringues usagées (RESU) dans les grandes villes : les faire connaître aux usagers de la rue et aux professionnels du secteur.

41. Policiers, gardiens de parcs, éboueurs, travailleurs communaux et éducateurs.

- Développer des outils et mener des actions de sensibilisation (par exemple, opérations Boule-de-Neige ciblées) sur la récupération des seringues auprès des acteurs de la rue (y compris les polices locales) et des acteurs généralistes du soin.

Partenaires privilégiés

Police, communes, acteurs généralistes du soin, professionnels du secteur des assuétudes.

AXE 4. RENFORCER LE LIEN ENTRE LES INTERVENANTS ET LES PUBLICS SPÉCIFIQUES ET/OU DITS « CACHÉS »

Constats

Selon une partie des intervenants, la marginalité de certains consommateurs de la rue se renforce depuis cinq ans environ, en raison d'un contexte d'hyper contrôle social se traduisant par la présence de caméras et le concept de « ville propre ». En réaction, une partie des usagers de la rue ont tendance à fuir l'espace public et à s'inscrire dans des dynamiques de contacts rapides et limités à leur plus simple expression avec les professionnels. Il est plus difficile de nouer des liens avec eux.

Les usagers injecteurs se perçoivent comme étant stigmatisés par d'autres usagers, les intervenants ou la population générale. La stigmatisation a tendance à accentuer les mécanismes de marginalisation et à complexifier l'accès aux dispositifs socio-sanitaires.

Les « jeunes injecteurs » (moins de 25 ans) ou « primo-injecteurs » sont souvent défiant vis-à-vis des discours de prévention/RdR. Ils reçoivent des informations parfois erronées de leurs aînés via la pratique du « parrainage » (initiation des jeunes aux gestes de l'injection par les aînés).

Les mineurs injecteurs entretiennent de la méfiance à l'égard des services et ne se reconnaissent pas comme toxicomanes. La loi interdit de leur délivrer du matériel stérile d'injection. Dans ce contexte, il est difficile de les atteindre et de les prendre en charge, et leur nombre reste difficile à déterminer.

Les migrants consommateurs de drogues constituent un public difficile à appréhender compte tenu des obstacles liés à la langue et à la méconnaissance du réseau d'aide.

Les femmes usagères de drogues représentent seulement 10-20% du public fréquentant les dispositifs actifs en toxicomanie. Elles sont davantage exposées à la précarité, à l'exploitation, aux violences sexuelles et aux prises de risques. Elles ont des préoccupations différentes de celles des hommes (par ex, santé reproductive, contraception, maternité) et elles ont des besoins spécifiques en termes d'écoute, d'accueil et de conseil.

Les travailleuses du sexe sont particulièrement exposées aux risques. On constate un taux d'utilisation du préservatif lors de rapports vaginaux de 95% parmi les travailleuses du sexe et un taux d'utilisation nettement plus faible (60%) parmi les travailleuses du sexe usagères de drogues⁴².

Les étrangers illégaux usagers de drogues constituent un public que le cadre légal ne permet pas d'atteindre et de prendre en charge. La clandestinité et les difficultés liées à la langue constituent des obstacles majeurs en termes d'accessibilité aux services.

Les mineurs étrangers non-accompagnés usagers de drogues constituent un public que le cadre légal ne permet pas d'atteindre et de prendre en charge.

42. Données fournies par Espace P... Charleroi.

La spécificité de certains publics (migrants, travailleuses du sexe) est susceptible de générer une offre de services hyperspécialisée. Cela peut favoriser le cloisonnement et entraver la prise en charge globale des usagers.

On observe une saturation de l'ensemble des services actifs (logement, aide sociale) autour des usagers de drogues de la rue. Le secteur du logement social est particulièrement saturé, et les démarches administratives à suivre sont peu adaptées aux usagers. Nombre d'entre eux sont en quête d'un logement à bas prix et à proximité du périmètre qu'ils fréquentent. Or peu de logements correspondent à leurs critères et la demande est élevée. Certains usagers parviennent à accéder à des appartements mais ceux-ci sont souvent non conformes aux normes sanitaires et les inspections les contraignent à retourner à la rue.

Objectifs spécifiques

- Consolider la recherche sur les publics spécifiques et/ou dits « cachés »
- Étendre les actions de proximité (« outreach ») en rue
- Former les publics-relais concernés
- Renforcer la concertation avec les acteurs et réseaux axés sur l'action sociale, l'exclusion et la marginalité.
- Encourager la mise en place de structures d'hébergement de transition pour les usagers précarisés.

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Adapter le cadre légal en faveur de la prise en charge des publics difficiles à atteindre (les mineurs injecteurs, par exemple).
- Soutenir et développer l'offre de soins en rue.

- Au niveau communal, délivrer des autorisations permettant aux équipes de rue de se déployer dans les quartiers⁴³.
- Fournir des assurances et autorisations officielles pour mener des interventions dans les squats.
- Créer des centres de crise et « sleep-in » dans les zones urbaines.

Actions attendues au niveau du secteur :

Couverture des actions

- Développer les projets de prévention/RdR participatifs (dont les opérations « boule-de-neige ») auprès des femmes.
- Évaluer la pertinence/faisabilité de mettre en place des plages horaires spécifiquement dédiées aux femmes au sein des structures bas-seuil.

IEC

- Créer des supports d'information répertoriant les structures socio-sanitaires bas-seuil existantes et les diffuser auprès des services d'urgence et des maisons médicales afin de mieux orienter les usagers.

Coordination /concertation

- Développer des partenariats avec les intervenants travaillant sur la prostitution féminine et masculine.
- Multiplier les réunions de concertation avec les structures bas-seuil, maisons médicales et réseaux d'action sociale.

Formation

- Renforcer la formation en prévention/RdR des professionnels travaillant avec les migrants.
- Renforcer la formation des professionnels de la santé sur les usages de drogues et la prostitution.
- Renforcer la formation en prévention à destination des adultes-relais du secteur de la jeunesse

43. Dans le cadre des contrats de quartiers, les travailleurs sont contraints de travailler dans des périmètres clairement délimités.

(maisons de jeunes, centres d'hébergement, organisations de jeunesse), de l'aide à la jeunesse (services d'aide en milieu ouvert, institutions de protection de la Jeunesse) et en milieu scolaire (PMS, PSE).

Recherche/évaluation

- Analyser les stratégies d'approche adoptées dans le nord de la Belgique, et dans d'autres pays européens et identifier des recherches-actions prioritaires sur les publics difficiles à atteindre (migrants illégaux, primo-injecteurs, mineurs injecteurs, travailleurs du sexe).

Partenaires privilégiés

Professionnels du secteur socio-sanitaire, de la jeunesse, de l'aide à la jeunesse, de l'enseignement, de l'hébergement, autorités politiques fédérales, professionnels du secteur des assuétudes..

2.2.3. Milieu familial

Introduction

La famille et les parents sont des acteurs-clés de prévention des conduites à risque auprès de leurs enfants. En effet, pour être efficaces, les messages de prévention des usages abusifs doivent débuter avant que les jeunes « aient déjà acquis des habitudes de consommation » (Beauchesne, 2007). Or, bien souvent, les parents ne se sentent pas compétents à exercer un tel rôle et considèrent que cette responsabilité incombe aux enseignants, médecins, policiers, ou juges (Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, 2010).

Ainsi, par exemple, ils éprouvent bien souvent des difficultés à aborder avec leurs enfants le thème des psychotropes (par crainte ou par méconnaissance par exemple), alors que la communication

parents-enfants à ce sujet constitue un facteur de protection contre les abus de substances psychoactives (Mallick, 2007 ; Favresse et al, 2011). Ils n'ont pas toujours conscience que les attitudes, l'encadrement, et les relations entre les membres de la famille (déficit d'affection des parents, relations conflictuelles parents-enfants, etc.) influencent le développement de l'adolescent, et peuvent l'inciter à adopter des conduites à risque. La famille joue, par exemple, un rôle important dans l'initiation et le développement de la consommation d'alcool à l'adolescence (Bellis et al, 2007). D'autre part, les déficits et problèmes parentaux (dépression, troubles liés à l'usage de substances psychoactives, absence d'intérêt à l'égard des activités de l'enfant, etc.) peuvent inciter le jeune à fuir le cercle familial et à se rapprocher de ceux qui vivent des difficultés similaires. Dans cet univers plus ou moins en marge, les conduites à risques peuvent venir structurer et cimenter les relations entre les pairs (Pavis, 1999).

Les parents toxicodépendants font partie des groupes-cibles de la prévention des assuétudes en FWB (Ministère de la Communauté française, 2008). Leur accompagnement est multidimensionnel (Jamouille, 1998) et nécessite un travail interdisciplinaire en réseau impliquant notamment les secteurs de la petite enfance, de la santé, de la jeunesse, de l'aide à la jeunesse, de la justice, ou de l'hébergement.

La qualité de la prise en charge des parents usagers de drogues fait l'objet de plusieurs recommandations au niveau international. Par exemple, le Réseau Parentalité-Usage de Drogues plébiscite, depuis 1994, une offre de services à bas niveau d'exigence incluant la RdR, le travail de proximité, et la non-discrimination. Les préjugés peuvent en effet entraver l'accès aux structures des familles les plus précarisées. Les institutions peuvent être

amenées à associer toxicomanie et incapacité parentale et à se « prémunir systématiquement contre ce public » (Jamoulle, 1998). Du côté des parents usagers de drogues, il est également difficile de franchir la porte des structures d'aide car ils se sentent « étrangers à l'univers institutionnel » (Jamoulle, 2002).

Composition du groupe de travail

Le groupe de travail « milieu familial » s'est réuni à trois reprises à Bruxelles et à Liège. Cinq professionnels issus de cinq institutions différentes ont élaboré le plan d'action. Les sources de financement principales de ces institutions sont la FWB (promotion de la santé et éducation permanente), la Wallonie, la COCOF et la ville.

La démarche adoptée était exploratoire, en raison de l'étendue de la problématique et du nombre restreint de participants. L'expertise d'acteurs non spécialisés (gynécologues, sages-femmes, médecins, secteur de la petite enfance) aurait permis d'aboutir à une plus grande diversité de points de vue sur la parentalité, la famille et les assuétudes.

Plan d'action

Objectif général: Améliorer la cohérence et la continuité des actions de prévention/RdR en matière de drogues et de parentalité

Remarque introductive

Les bénéficiaires directs des actions de prévention/RdR en matière de drogues et de parentalité sont l'ensemble des parents (y compris les parents usagers de drogues et les parents d'usagers de drogues) ainsi que les professionnels de divers secteurs. Les enfants sont également des bénéficiaires directs ou indirects des actions de prévention.

AXE 1. PÉRENNISER LES ACTIONS

Constats

L'offre de services est fortement assujettie à la temporalité des subventions octroyées par les pouvoirs politiques: la durée limitée des financements et leur renouvellement incertain limitent les possibilités d'actions continues auprès des bénéficiaires, alors que l'approche à long terme devrait être la priorité.

Les projets axés sur le milieu familial sont souvent élaborés en réseau. Les partenaires bénéficient de subsides provenant de différents pouvoirs subsidiaires avec des échéances de financement décalées. Ce décalage fragilise la mise en place d'actions communes à long-terme et induit une incertitude quant à la continuité de la prise en charge des bénéficiaires.

Il existe un éclatement des compétences entre Etat fédéral et entités fédérées, ce qui complexifie la mise en place des actions.

Le dispositif actuel de financements de courte durée octroyés par la FWB s'oppose aux programmes à long terme, compte tenu des objectifs à poursuivre, des besoins et des spécificités des publics-cibles.

Le manque de moyens structurels ne permet pas d'atteindre les objectifs de travail ni de pérenniser les actions et les équipes. Il ne permet pas non plus d'assurer la promotion des outils élaborés par les intervenants.

Objectif spécifique

- Obtenir l'harmonisation des logiques de financement et l'agrément des services

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Agréer les services spécialisés en assuétudes.
- Allouer des moyens supplémentaires aux institutions afin d'assurer la continuité des actions auprès des bénéficiaires.
- Mettre en place un guichet pour faciliter les demandes de subsides et assurer la continuité des actions.

Actions attendues au niveau du secteur :

Coordination/concertation

- Assurer une participation continue des acteurs du secteur aux réunions de concertation.

Partenaires privilégiés

Administrations et cabinets des entités fédérées, professionnels du secteur des assuétudes..

AXE 2. AMÉLIORER L'ADÉQUATION ENTRE L'OFFRE DES INTERVENANTS ET LES BESOINS SPÉCIFIQUES DES BÉNÉFICIAIRES

Constats

L'analyse de la demande est un aspect fondamental du travail des intervenants spécialisés en assuétudes auprès des bénéficiaires. En effet, elle permet d'une part de déterminer les attentes et les besoins tout au long de l'intervention, et d'instaurer, d'autre part, le climat de confiance nécessaire. L'analyse de la demande nécessite un investissement continu en temps et en ressources humaines.

La demande d'aide initiale des familles ne concerne pas uniquement la consommation de psychotropes. Cela implique un processus d'ajustement mutuel entre bénéficiaires et intervenants, et de co-construction d'objectifs à atteindre. Il est fréquent

de constater un écart entre les représentations que se font initialement les bénéficiaires et l'intervention réellement effectuée ensuite par les services.

Concernant les parents usagers de drogues, la demande d'aide initiale est parfois recommandée ou contrainte par des tiers (institutions judiciaires, médicales et sociales). Cela induit soit un décalage entre la demande du bénéficiaire et celle du tiers demandeur, soit une faible motivation à entamer un travail sur la consommation de psychotropes.

Aboutir à une adéquation entre la demande et l'offre de service nécessite le respect du rythme des acteurs impliqués : parents, enfants, professionnels de divers secteurs, intervenants. Cela implique d'adopter une approche à moyen/long terme tenant compte de l'évolution possible des représentations, préoccupations et besoins des acteurs.

L'offre de services doit être « sur mesure » car les facteurs impliqués dans les usages problématiques sont nombreux et se combinent de manière différente selon les personnes. Il s'agit de favoriser la proximité avec les bénéficiaires et de travailler en réseau avec les partenaires, en adoptant une approche au « cas par cas ».

L'un des enjeux de la prévention/RdR auprès des parents est la capacité des professionnels à créer des opportunités d'action et/ou à réagir à des opportunités, d'où l'importance de maintenir la flexibilité des interventions.

Les interventions en milieu familial privilégient le travail en équipe multidisciplinaire, ce qui permet le regard croisé et éloigné, et la continuité du suivi.

La variété des actions mises en place ainsi que la diversité des acteurs impliqués constituent des

plus-values susceptibles de répondre aux préoccupations de publics hétérogènes.

La lutte contre la précarité est à l'origine de la demande d'aide de certains parents. Les demandes d'appui socio-administratif (recherche de logement, appui administratif, aide familiale, suivi judiciaire, etc.) sont fréquentes. Il s'agit en priorité pour les intervenants de proposer une aide sociale et/ou axée sur la parentalité. Dans ces situations, la « réhabilitation sociale » des parents est l'un des objectifs prioritaires visés. Le produit consommé (héroïne, alcool) occupe une place secondaire en début d'intervention.

Les familles précarisées se retrouvent souvent dans des situations d'isolement. En l'absence de lien social, les parents ont tendance à considérer les intervenants spécialisés comme uniques ressources. Le « suivi social de proximité » à effectuer est dès lors très consistant et, en conséquence, nécessite disponibilité, stabilité et continuité.

Objectifs spécifiques

- Plébisciter la participation des bénéficiaires aux actions proposées
- Intensifier la communication entre professionnels et bénéficiaires
- Renforcer la prise en charge de proximité des familles précarisées
- Promouvoir la formation continue des intervenants

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau du secteur :

Couverture des actions

- Accroître les visites à domicile auprès des familles précarisées.

Information/Education/Communication (IEC)

- Clarifier les demandes/besoins des bénéficiaires en s'appuyant sur leurs ressources (parcours, difficultés, savoirs, services fréquentés, etc.).
- Adapter les interventions aux besoins des bénéficiaires tout au long du processus d'accompagnement (respect du rythme).
- Informer/sensibiliser les familles et les professionnels sur les services de prévention/RdR existants, leurs approches et leurs activités (« points parents », lignes téléphoniques spécifiques).

Coordination/concertation

- Renforcer le travail en réseau autour des familles précarisées.

Formation

- Développer les interventions et promouvoir l'accès des professionnels à la formation continue.

Partenaires privilégiés

Secteurs des assuétudes, petite enfance, jeunesse, aide à la jeunesse, justice, hébergement, soins.

AXE 3. ACTUALISER LES CONNAISSANCES ET METTRE À JOUR LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES LIÉES AUX USAGES DE DROGUE ET À LA PARENTALITÉ DES PROFESSIONNELS DU SECTEUR PSYCHO-MÉDICO-SOCIAL

Constats

L'analyse des représentations sociales⁴⁴ fait partie intégrante du processus d'intervention. Elle est menée auprès des parents, des professionnels de divers secteurs et des intervenants eux-mêmes : il s'agit de faire émerger ces représentations, et de les expliciter.

Il existe différentes formes d'exercice de la parentalité, de configurations familiales, et de modèles éducatifs.

44. Les représentations sociales sont des systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres qui orientent et organisent les conduites et les communications sociales (Jodelet, 1989).

Des présupposés - souvent normatifs - ont tendance à s'imposer à l'égard de la parentalité. Ils varient notamment selon les secteurs et les institutions. Ces présupposés peuvent entraîner la stigmatisation des parents et entraver les actions de prévention/RdR.

D'autres présupposés existent sur les usages et les usagers de drogues, tant chez les intervenants qu'au sein des institutions.

Un travail de sensibilisation autour des représentations est déjà réalisé par les intervenants auprès de professionnels de divers secteurs. Cependant, le turn-over des équipes est très fréquent notamment en raison du manque de ressources, aussi bien au sein des institutions spécialisées en assuétudes que parmi leurs partenaires. Par conséquent, ce travail de sensibilisation doit sans cesse être renouvelé.

Pour garantir la cohérence des discours au niveau des intervenants, il est nécessaire de favoriser l'harmonisation et l'actualisation des connaissances en matière de toxicomanie et de parentalité.

Objectifs spécifiques

- Actualiser les connaissances des professionnels de divers secteurs sur la parentalité et l'usage de drogues
- Sensibiliser les professionnels et les bénéficiaires sur la question des représentations sociales

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Mettre en place un module de formation sur la parentalité et la toxicomanie dans le cursus de base des futurs professionnels de divers secteurs (petite enfance, assuétudes, jeunesse, aide à la jeunesse, justice, hébergement, soins, etc.)

Actions attendues au niveau du secteur :

IEC

- Organiser des colloques et séminaires sur les drogues et la parentalité à destination des (futurs) professionnels des secteurs concernés.

Partenaires privilégiés

Secteurs des assuétudes, petite enfance, jeunesse, aide à la jeunesse, justice, hébergement, soins.

AXE 4. PROMOUVOIR LA MOBILISATION ET LA PARTICIPATION DES PARENTS AUX ACTIONS DE PRÉVENTION/RDR

Constats

Le thème des assuétudes n'est pas spontanément fédérateur auprès des parents, parents usagers et parents d'usagers : soit ils le vivent comme étant stigmatisant (lorsqu'ils éprouvent des difficultés importantes liées aux consommations de drogues), soit ils ne se sentent pas concernés (car ils n'ont pas de problèmes actuels ou visibles liés aux usages de psychotropes). De ce fait, la participation des parents aux initiatives de prévention/RdR est fluctuante et imprévisible. Elle est parfois associée à l'irruption d'un « fait divers » et à la réactivité émotionnelle.

Diverses stratégies d'action sont mises en place par les intervenants du secteur pour informer les parents, solliciter leur présence ou aller à leur rencontre. L'une des stratégies adoptées lors des animations-débats consiste à explorer des thématiques plus larges, centrées par exemple sur les jeunes, l'éducation, ou la santé.

Il existe de nombreux facteurs de protection vis-à-vis des assuétudes mis en jeu dans le développement psychosocial des enfants et adolescents. Ces facteurs sont susceptibles d'être évoqués dans le cadre des

rencontres avec les parents (entretiens ou animations-débats) en vue d'aider ces derniers à mieux les intégrer dans leurs relations éducatives.

La prise en compte de ces facteurs par les parents tout au long de la relation éducative constitue un contexte favorable. Il s'agit d'aider les parents à mieux intégrer ces facteurs dans leur quotidien (dans une optique non dévalorisante pour la fonction de « parent ») et, ce, avant même que ne surviennent les problèmes liés aux usages de psychotropes. Ce qui n'est pas aisément mobilisateur.

Dans leur démarche auprès des parents, les intervenants visent notamment à « remettre le produit à sa juste place », à créer du lien, à questionner les comportements, les contextes et les modèles éducatifs. L'objectif est de renforcer tous les bénéficiaires, qu'ils soient parents, parents usagers ou parents d'usagers, dans leurs rôles d'acteurs de prévention et de les réassurer sur leurs ressources. Il s'agit aussi d'un travail global sur la personne, l'image de soi, et/ou le potentiel de reconstruction de soi.

Etant donné la complexité de ces facteurs, leur appropriation par les parents ne peut se faire que dans une certaine durée (mois, année). Il est donc essentiel que les services spécialisés puissent travailler à long terme afin de respecter le rythme naturel du déploiement personnel et social des parents.

A l'heure actuelle, il y a peu de moyens mis à disposition des intervenants pour réaliser des actions continues et suffisamment mobilisatrices. D'où la nécessité d'assurer une meilleure visibilité et promotion des actions auprès du grand public, notamment par le biais du réseautage, de la communication, du marketing social et de la formation.

Objectifs spécifiques

- Renforcer l'information sur l'offre de services existants
- Solliciter la présence des parents ou aller à leur rencontre

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau du secteur : IEC

- Faire connaître les activités, spécificités et complémentarités des services spécialisés aux parents.
- Développer l'offre d'animations centrées sur des thématiques générales (les jeunes, l'éducation, ou la santé) en vue de mobiliser les parents.
- Co-construire les projets avec les familles.

Partenaires privilégiés

Professionnels du secteur psycho-médico-social et du secteur des assuétudes..

AXE 5. OPTIMALISER LE TRAVAIL EN RÉSEAU

Constats

L'intervention en milieu familial mobilise un grand nombre de professionnels issus de divers secteurs : petite enfance, jeunesse, aide à la jeunesse, assuétudes, justice, soins, hébergement, par exemple.

Les familles font partie du réseau, ce qui ne se vérifie pas toujours dans la pratique. Or il est essentiel de veiller à la participation des familles.

Le travail en réseau et la mise en partenariat permettent notamment :

- la complémentarité et le partage de connaissances entre professionnels au sujet de la toxicomanie, de la parentalité, de la petite enfance ;
- la définition d'objectifs communs, cohérents et réalisables, pour autant qu'il y ait une clarification

des attentes institutionnelles et que les besoins des acteurs (familles, enfants, professionnels) soient pris en compte;

- l'implication des acteurs locaux dans les projets.

Bien que la concertation entre professionnels soit effective, il y a un manque d'échange concernant les opportunités d'action conjointe: certaines initiatives du secteur (spécialisé ou non) n'étant pas suffisamment connues, il est essentiel de maintenir/créer des espaces de rencontre pour éviter le cloisonnement.

Selon les contextes et les régions, la collaboration entre acteurs peut être freinée par des modes de fonctionnement et des mandats professionnels différents.

Le turn-over élevé des équipes constitue un frein majeur à la pérennisation des partenariats.

La complexité des mandats institutionnels (qui fait quoi ?) et la multiplicité des objectifs spécifiques à poursuivre sont sources de confusion pour les familles, en particulier pour les plus défavorisées.

Le morcellement des compétences des pouvoirs subsidiaires fragilise les dynamiques de collaboration existantes.

Les rôles et champs de compétences des acteurs nécessitent d'être clarifiés entre les acteurs afin d'optimiser la pertinence et la cohérence des actions.

Objectifs spécifiques

- Promouvoir la concertation et le travail multidisciplinaire
- Consolider les réseaux existants et accroître leur visibilité

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau du secteur : IEC

- Sensibiliser les professionnels de divers secteurs à la nécessité d'un travail en réseau.
- Renforcer l'information sur les activités des réseaux déjà existants sur le terrain.
- Attirer l'attention des autorités politiques sur la fragilisation des partenariats induite par le morcellement des compétences.

Coordination/concertation

- Multiplier les espaces de rencontre entre professionnels des secteurs concernés pour favoriser les échanges de pratiques.
- Mettre en place des dispositifs de transmission des pratiques et des savoirs pour assurer la continuité des partenariats malgré le turn-over élevé des équipes.
- Veiller à la participation des familles dans les réseaux.

Partenaires privilégiés

Autorités politiques, familles, professionnels du secteur des assuétudes.

2.2.4. Milieux festifs

Introduction

Les milieux festifs désignent les environnements où se déroulent des événements organisés, souvent autour de courants musicaux. Il s'agit par exemple des festivals, méga dancings, discothèques, et bals populaires. Les espaces festifs sont en mutation permanente (Cadet-Taiou, 2010) et regroupent un éventail de publics hétérogènes, constitués d'une majorité de jeunes.

Les pratiques festives tiennent une grande part dans la socialisation des jeunes et c'est souvent dans ce contexte que l'initiation à l'usage de psychotropes se produit (Petiau et al, 2009).

Les environnements festifs se caractérisent par la mise à disposition légale d'alcool et illégale d'autres psychotropes. Cette disponibilité peut encourager la consommation, entraîner une rechute (Stoicescu et al, 2011) et favoriser de nombreuses prises de risques: effets et combinaison de produits (malaises, surdoses, bad trips), modes d'usages (VIH et VHC), perte de contrôle des comportements (chutes, violences, accidents de la route). La baisse de vigilance induite par la consommation de produits et le manque de disponibilité de matériel de RdR dans certains lieux festifs multiplient les risques de rapports sexuels non-protégés (Martens et al, 2009c).

Au niveau européen, les interventions de prévention/RdR dans les espaces festifs comprennent divers services (OEDT, 2011b): diffusion d'informations et de conseils dans les lieux de vie nocturnes, prévention par les pairs, distribution de préservatifs, récolte de données par questionnaires, formation du personnel des lieux récréatifs («Safer Night life»), campagnes Bob, Responsible Young Drivers et autres systèmes de navettes, chartes de critères de qualité sur le plan sanitaire pour les lieux de sortie («Quality Nights»), ou encore analyses de produits psychotropes («testing»).

Le «testing» de produits en milieux festifs est pratiqué dans divers pays d'Europe mais il est rarement financé, même partiellement, par les gouvernements (Stoicescu et al, 2011). En FWB, le projet-pilote de testing mené par Modus Vivendi est subsidié depuis 2002 par le Ministère de la Santé. L'évaluation menée par l'ULB-Promes en 2008 a mis en évidence les

bénéfices de ce dispositif, notamment sa fonction «d'alerte» auprès d'une majorité d'usagers (Huberty et al, 2010).

Le dispositif de testing cristallise des champs de tensions entre prévention/RdR et répression des drogues, politique judiciaire et politique de santé. Le testing est encore bien souvent perçu comme un incitant à l'usage alors que les personnes utilisant ce dispositif ne sont habituellement pas des néophytes en matière d'usages (Huberty et al, 2010).

Pour les professionnels de prévention/RdR, il s'agit d'un outil de responsabilisation de l'utilisateur et une occasion privilégiée pour le conseil personnalisé. A l'issue du testing, certains usagers «se sentent devenir des vecteurs de prévention à l'égard des autres usagers» (Favresse, 2012). Cet effet «boule de neige» illustre l'importance de la dimension sociale rattachée à la consommation de certaines drogues de synthèse. L'absorption d'ecstasy est, par exemple, considérée comme «socialisante» parce qu'elle stimule et favorise les échanges sociaux (Hoareau, 2003; Mollet, 2003), comme l'alcool.

Diverses directives existent à l'échelle européenne pour renforcer la prévention/RdR dans les lieux festifs. Toutefois, leur mise en œuvre dépend fortement des politiques locales et des ressources allouées aux interventions de terrain. En 2010, le Conseil de l'Europe a plébiscité la mise en œuvre d'un certain nombre de mesures en faveur d'une politique des drogues globale et intégrée en milieux festifs (Casero et al, 2010). Il s'agit notamment de:

- Veiller à la collaboration entre milieux festifs nocturnes, services socio-sanitaires et de prévention, usagers de drogues et police;
- Promouvoir la formation de ces acteurs aux mesures de prévention/RdR;

- Renforcer la recherche scientifique européenne sur les usages récréatifs des drogues et les stratégies de prévention.

Au niveau européen, l'alcool est la substance psychoactive la plus fréquemment consommée en milieux festifs, suivi du tabac et du cannabis. Qu'elles soient occasionnelles ou régulières, les consommations impliquent souvent des mélanges de produits. Les polyconsommations de produits sont répandues. En termes de santé publique, c'est la consommation de stimulants du type amphétamines qui préoccupe le plus les autorités sanitaires : les espaces festifs, et particulièrement les scènes techno qui sont d'ailleurs majoritaires en Europe (Samtka et al, 2005), sont les principaux lieux de consommation de drogues de synthèse et de cocaïne. Les pratiques d'injection sont minoritaires en milieux festifs : elles semblent peu compatibles avec la fête. Toutefois, leur visibilité s'est accrue depuis une dizaine d'années, notamment dans les espaces alternatifs techno français (Girard et al, 2009).

En Fédération Wallonie-Bruxelles, des données indicatives sont recueillies en milieux festifs dans le cadre du projet «Drogues Risquez Moins», coordonné par l'asbl Modus Vivendi. Ces données ne sont pas représentatives puisqu'elles sont récoltées uniquement auprès des personnes en contact avec les acteurs de réduction de risques en milieu festif, sans méthode d'échantillonnage et sans standardisation des conditions de remplissage. Ces données indiquent que la consommation de tabac, de cannabis et d'ecstasy en milieux festifs a diminué depuis 2004. L'usage de cocaïne, de crack, d'amphétamines, et de LSD semble stable. En revanche, la pratique du sniff semble avoir augmenté depuis 2007. Quant aux pratiques d'injection, elles sont marginales et concernent moins de 1% des personnes interrogées⁴⁵

45. Hogge, M., Lonfils, C., et Bédoué, C., et al, « Interventions de réduction des risques liés à l'usage de drogues en milieux festifs : analyse des données récoltées dans le cadre du projet Drogues Risquez moins en FWB de 2005 à 2010 », 2012 (à paraître).

Composition du groupe de travail

Le groupe de travail « milieux festifs » a mobilisé onze intervenants issus de huit institutions de Charleroi, Verviers, Mons, Libramont, Louvain-la-Neuve, Tournai et Bruxelles (voir annexe). Ces institutions sont financées notamment par la FWB, la COCOF, la Wallonie, et les villes. Le groupe s'est réuni à deux reprises.

Plan d'action

Objectif général : Normaliser les interventions de prévention/RdR dans les milieux festifs

AXE 1. FAVORISER LA RECONNAISSANCE STRUCTURELLE (FINANCEMENTS, CADRE LÉGAL ET RECONNAISSANCE POLITIQUE) DE LA PRÉVENTION/RDR EN MILIEUX FESTIFS

Constats

Financements

Les intervenants en milieux festifs ont des difficultés à obtenir des financements. Nombre d'entre eux s'adressent donc à l'ensemble des pouvoirs subsidiaires (locaux, provinciaux, communautaires, etc.) et au secteur privé, ce qui entraîne une perte de temps considérable pour ne récolter parfois que des moyens dérisoires.

Certains pouvoirs politiques reconnaissent l'efficacité des actions de RdR et attendent des acteurs de terrain qu'ils soient présents sur les scènes festives. Toutefois, le renouvellement des subventions est incertain, ce qui entraîne l'instabilité des équipes et des projets.

L'absence de guichet unique et le manque d'harmonisation des canevas administratifs limitent la mise en place de projets à long-terme et entravent la pérennité, la qualité et l'évaluation des actions.

L'implication financière des pouvoirs politiques est trop souvent tributaire de l'opinion publique et ce, plus particulièrement, en ce qui concerne les psychotropes illicites.

La politique actuelle d'octroi des subsides et la complexité de la structure institutionnelle induisent des logiques de concurrence entre les acteurs de la prévention, de la RdR et de la promotion de la santé, au détriment des usagers et de la population générale.

Cadre légal

Il n'y a pas de cadre légal pour intervenir en milieux festifs.

L'analyse des produits (« testing ») est mal connue par les autorités politiques qui ont tendance à se positionner en sa défaveur. L'illégalité des substances testées est un obstacle majeur aux yeux de nombreux pouvoirs locaux et de la justice.

L'image négative du « testing » (parfois perçu comme un « incitant à l'usage ») ne facilite pas sa mise en place dans les lieux festifs, malgré les évaluations positives menées aux niveaux belges et européens et en dépit de la demande des intervenants et d'une partie des usagers.

Certains intervenants préconisent l'institutionnalisation des dispositifs de « testing » mais il n'y a pas de consensus ferme sur cette question.

Reconnaissance politique

Les Régions et Communautés ne connaissent pas suffisamment la RdR et n'ont pas assez d'informations sur les modalités d'action des équipes.

Lorsqu'ils sont invités sur le terrain par les associations, les responsables locaux se déplacent rarement. Dans la province du Hainaut, une brochure a été réalisée à destination des acteurs politiques afin de leur faire connaître l'approche de la réduction des risques liés à l'usage de drogues.

Il y a un manque de valorisation et de reconnaissance du travail effectué par les équipes en milieux festifs. Par méconnaissance de la RdR, certains organisateurs de soirées ou responsables politiques locaux considèrent les intervenants comme des « bénévoles » appréciant la fête, et non comme des professionnels.

La couverture des événements festifs est actuellement partielle en raison du manque de reconnaissance politique de la RdR et de l'absence d'un pouvoir public en charge de la RdR.

Objectifs spécifiques

- Plébisciter la mise en œuvre de politiques favorisant les contextes et les usages plus responsables et moins risqués
- Intensifier la promotion des actions menées en milieux festifs auprès des autorités locales, provinciales et communautaires via des actions d'information
- Renforcer le dispositif « d'alertes précoces » (« Early warning system »)

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Equilibrer les moyens financiers alloués à la promotion de la santé par rapport à la sécurité et aux soins.
- Favoriser les subsides par agrément plutôt que par projets.
- Mettre en place un cadre légal contraignant les organisateurs d'événements rassemblant plus

de 500 personnes à intégrer des dispositifs de prévention/RdR.

- Promouvoir l'allocation de budgets dédiés à la prévention dans les institutions d'enseignement car les premiers événements festifs ont souvent lieu dans les écoles.
- Faire figurer «l'analyse de produits» («testing») dans la mission «Early warning system» de l'Institut de Santé Publique.
- Délivrer aux intervenants un document officiel indiquant que le «testing» est un projet de santé publique financé par le gouvernement.
- Renforcer et étendre le monitoring des déterminants de la santé.

Actions attendues au niveau du secteur :

IEC

- Créer un guide de bonnes pratiques en matière d'organisation d'événements pour les institutions d'enseignement.
- Elaborer et diffuser des brochures sur les projets mis en œuvre et solliciter des entrevues auprès des cabinets.

Coordination/concertation

- Mettre en place, au niveau national, un groupe de travail «Early warning system» composé des points focaux, des sous-points focaux et des acteurs de terrain impliqués dans les collectes d'échantillon et dans la diffusion des messages d'alerte.
- Elaborer et proposer de nouvelles stratégies de diffusion des messages d'alerte via le groupe de travail «Early warning system».

Partenaires privilégiés

Autorités politiques (locales, provinciales, régionales et communautaires), professionnels du secteur des assuétudes.

AXE 2. ADAPTER L'OFFRE DE SERVICES À L'ÉVOLUTION CONSTANTE DES MILIEUX FESTIFS, DES USAGES ET DES PUBLICS

Constats

Il existe divers milieux festifs, types de consommation et «publics festifs» qui sont en constante évolution. Un même public peut consommer différemment en fonction des milieux.

Les événements festifs potentialisent certains risques : premières consommations, accès limité à l'eau, bruit, fatigue, espaces surchauffés, violences, rapports sexuels non-protégés, accidents de la route, etc.

La polyconsommation, qui concerne autant les jeunes que les adultes, est problématique car elle induit des risques d'interaction entre les substances. Elle a tendance à être banalisée par certains usagers qui n'en évaluent pas toujours bien les risques.

Les publics festifs sont notamment composés d'«expérimentateurs». Ceux-ci ne se perçoivent pas forcément comme étant des «usagers» et ne sont pas toujours reconnus comme tels par les professionnels. Les consommateurs «occasionnels» (consommant uniquement lors des événements festifs) ne se considèrent pas non plus comme des «usagers».

L'expérimentation de drogues illicites par les jeunes s'effectue plus aisément lors d'événements festifs qui permettent un certain anonymat (exemple : un festival), plutôt que dans les lieux de proximité (exemple : soirées de village).

Pour les intervenants, il est souvent plus facile d'agir dans des milieux «underground» où les usages de

psychotropes sont avérés et où la réduction des risques se normalise plutôt que dans des milieux «tout public» où les usages sont très diversifiés et peu visibles.

L'information est moins susceptible de toucher les (pré-)adolescents se situant dans une logique de transgression de l'interdit.

Les publics festifs se composent également d'usagers «expérimentés» qui ont plutôt tendance à banaliser leurs consommations, en partie parce qu'ils n'ont pas rencontré de problèmes majeurs liés à ces usages.

Une partie des usagers, bénéficiaires des actions de réduction des risques liés à l'usage de drogues, s'engage par la suite en tant que «jobistes» dans l'optique de devenir des acteurs de prévention/«prescripteurs» auprès de leurs pairs. Ce rôle actif consistant à sensibiliser des usagers implique au préalable une formation et donne lieu à un défraiement qui fait l'objet d'une convention.

Dans l'élaboration des interventions en milieux festifs, il est essentiel de définir des objectifs clairs, tout en visant la flexibilité, la cohérence et la complémentarité des actions (généralistes/spécialisées) mises en place. Les intervenants doivent sans cesse s'adapter aux demandes et aux attentes des organisateurs et des pouvoirs locaux. Il leur faut à la fois se montrer disponible pour les interventions récurrentes et les nouveaux événements festifs.

La plupart des événements festifs qui débutent ont un aspect informel. Au fil du temps, ils finissent par être structurés et «encadrés». L'institutionnalisation progressive des scènes festives peut motiver une partie des usagers à se tourner vers d'autres lieux plus «alternatifs», ce qui les rend difficiles à atteindre.

Objectifs spécifiques

- Promouvoir la flexibilité et la complémentarité des actions et des dispositifs
- Intensifier la recherche sur les milieux festifs, les publics, les usages et les stratégies d'intervention

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau du secteur :

Coordination/concertation

- Renforcer les dispositifs de concertation et de coordination entre acteurs concernés.

Formation

- Renforcer la formation des équipes de manière à mener des actions de qualité adaptées aux spécificités des bénéficiaires.

Recherche/évaluation

- Mener des recherches-actions, des focus groupes, des projets pilotes et les évaluer.

Partenaires privilégiés

Jobistes, organisateurs d'événements et leurs équipes, professionnels du secteur des assuétudes.

AXE 3. RENFORCER LES PARTENARIATS INTRA ET INTERSECTORIELS

Constats

Mise en place des partenariats

Les interventions en milieux festifs exigent souvent de travailler en concertation avec une multitude d'acteurs privés et publics : les organisateurs d'événements, les associations de terrain, les autorités locales, les éducateurs de rue, les directeurs d'école, etc.

Le choix des partenaires se fait en fonction du lieu d'intervention, du type de consommation et des publics concernés (population générale, adolescents, jeunes adultes, etc.).

L'un des principaux enjeux des interventions est de parvenir à créer un projet commun rassemblant des secteurs variés dont les approches, idéologies et objectifs sont souvent contrastés (réduire les nuisances, contrôler les infractions, promouvoir des conduites responsables, etc.). L'intervention en milieux festifs doit tenir compte à la fois du cadre politique et législatif, des publics, des organisateurs, des consommations, des milieux, des partenaires et des objectifs de prévention/RdR.

Il est souhaitable de collaborer dans une démarche de complémentarité, tout en évitant la confusion des rôles.

Certains partenaires potentiels n'adhèrent pas forcément aux principes de la RdR. Il est plus facile de tisser des liens entre partenaires associatifs car ils partagent des valeurs communes, en dépit des logiques de concurrence parfois instaurées en raison des faibles moyens mis à disposition.

Les intervenants doivent veiller à articuler leurs actions, tout en étant opérationnels sur le terrain. En termes de temps de travail, il s'agit d'un investissement important à valoriser auprès des pouvoirs subsidiaires.

Par manque de subventions, les intervenants doivent souvent faire des choix difficiles parmi plusieurs actions pertinentes. L'une des plus-values du travail en partenariat est qu'il permet de répartir les interventions, tout en sensibilisant des publics variés, issus de diverses régions linguistiques.

Une partie des professionnels observe une tendance à la « normalisation » de certains partenariats qui se traduit par des conventions et par la reconnaissance progressive des spécificités et difficultés de chacun.

Au niveau intrasectoriel, les espaces de concertation entre partenaires s'avèrent essentiels pour l'intervention, l'échange de pratiques, et la formation des équipes. Toutefois, il n'existe pas encore de dispositif de coordination de l'ensemble des interventions en milieux festifs en FWB.

Quant au niveau intersectoriel, il se caractérise davantage par un manque de vision partagée et de cohérence.

Souvent, lorsque les projets sont axés sur « les assuétudes » ou les « consommations problématiques », les partenariats sont plus difficiles à établir. Pour mobiliser des acteurs issus de secteurs variés, il est préférable de travailler sur des thématiques plus globales de promotion de la santé, intégrant par exemple la participation et la citoyenneté.

Sur le terrain, le cloisonnement entre les approches de prévention, de RdR et de sécurité est à éviter.

Dans certaines villes et communes, des plateformes de concertation locales pré et post-festives existent. Un partenariat est constitué entre services de prévention, acteurs scolaires et police, notamment. Les délégués d'étudiants y sont invités mais sont plus difficiles à mobiliser. Une page web a donc été créée sur un réseau social pour leur permettre de participer à l'organisation et à l'évaluation de l'événement (exemple de la « Saint-Nicolas des rhétos » à Verviers).

Dans d'autres contextes, l'organisation d'événements festifs mobilise un petit nombre d'acteurs de

manière ponctuelle. L'extension et la formalisation de ces partenariats permettraient de définir un cadre de prévention/RdR co-construit par les acteurs au niveau local.

Implication des organisateurs

La couverture des interventions en milieux festifs est en partie tributaire des organisateurs d'événements et de leur implication.

Certains organisateurs ne considèrent pas la promotion de la santé comme une priorité. D'autres craignent que les intervenants soient des « anti-fêtes », des porte-paroles de discours hygiénistes et moralisateurs. Cette réticence se manifeste également au niveau des publics festifs : ils viennent d'abord pour se divertir, pas pour prendre « soin de soi ».

Certains organisateurs montrent un intérêt sincère pour la promotion de la santé, ce qui permet la mise en place de collaborations fructueuses.

Implication des autorités politiques

Le rôle des pouvoirs publics est fondamental dans la mise en place des interventions. Le soutien des autorités, notamment au niveau local, n'est pourtant pas facile à obtenir. Convaincre les pouvoirs publics s'avère parfois épuisant et sans résultat. Régulièrement, des actions de RdR ne sont pas mises en place dans certains événements, vu l'opposition des autorités politiques locales.

Certains acteurs politiques ont des réticences à admettre la présence et la visibilité des drogues illégales et à promouvoir l'approche de RdR. Ils souhaitent « ne pas avoir de problème » ou ne pas mobiliser « trop d'intervenants », craignant une « incitation à l'usage » ou une image négative : adopter une

démarche de réduction des risques, c'est accepter l'existence de consommations de produits illicites et reconnaître les limites du dispositif répressif.

Le cloisonnement entre prévention et RdR se manifeste dans les choix politiques : certaines villes et communes optent uniquement pour la prévention primaire (« ne commencez jamais »), alors que la complémentarité entre prévention et RdR devrait être privilégiée.

Il est plus difficile d'obtenir le soutien des autorités pour des projets axés sur des produits illicites (drogues de synthèse). Dans certains lieux festifs, la présence des intervenants n'est pas autorisée, en raison du matériel diffusé dans les stands (« brochures héroïne », par exemple).

De même, les projets conçus pour le grand public bénéficient d'avantage de soutien politique que les actions destinées aux usagers précarisés et marginalisés.

Dans des contextes plus atypiques, le soutien politique local est assuré. Par exemple, à Louvain-la-Neuve, dans le cadre du projet « Délibère-toi ». Le projet visait à pallier le manque de prise en charge de 20 000 jeunes durant les « jours blancs ». Les spécificités du contexte du projet doivent être prises en compte : il s'agit d'une ville ayant une culture très ancrée de « gestion du festif » en raison de la présence des étudiants.

La mise en place et l'efficacité des interventions en milieux festifs dépendent fortement des politiques publiques locales, et de leurs aléas.

Certaines interventions sont sollicitées par les pouvoirs politiques, sans qu'il y ait nécessairement un besoin.

C'est le caractère « visible » des comportements qui est pris en compte, plutôt que le caractère « problématique » de ces comportements. Par exemple, certaines politiques locales visent à contrôler les conduites adolescentes, alors que les addictions et les dépendances concernent plutôt les adultes.

Les « obligations de résultats » ainsi que la vision à court terme des autorités politiques sont peu adaptées à des interventions qui nécessitent une logique à moyen et long termes de promotion de la santé (communication pour un changement de comportement).

La complexité institutionnelle belge freine la mise en place des partenariats intersectoriels sur le terrain et ne facilite pas les concertations interministérielles au niveau politique.

Par ailleurs, il existe des incohérences entre les discours politiques, les intentions et les actions menées : par exemple, un manque de communication entre les cabinets et leurs administrations, une vision parfois simpliste de la problématique des « assuétudes », ainsi qu'un décalage entre les décisions politiques appliquées et les situations prévalant sur le terrain.

Le monitoring des déterminants de la santé ne s'inscrit pas dans une approche transversale et cohérente : il y a un manque de données qualitatives et d'outils méthodologiques communs au niveau francophone. Cela empêche la comparaison et la diffusion des données et entrave l'adaptation de l'offre de services aux besoins des publics en constante évolution.

L'instabilité des financements crée un turn-over élevé au niveau des équipes. Ce turn-over ne permet pas de maintenir les partenariats existants, de les développer voire d'en initier.

Objectifs spécifiques

- Soutenir la formation des professionnels
- Renforcer les concertations intra et intersectorielles
- Accroître la visibilité des partenariats et des projets participatifs existants
- Promouvoir les bonnes pratiques en matière d'organisation d'événements

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Mettre en place des conférences interministérielles (CIM) en vue de renforcer la coordination entre les secteurs concernés par la prévention et la RdR : santé publique, secteur psycho-médico-social, jeunesse, enseignement, culture et loisirs, justice, commerce, etc.
- Intégrer un volet « promotion de la santé / assuétudes et RdR » dans le cursus de base des futurs professionnels du secteur psycho-médico-social.

Actions attendues au niveau du secteur :

Coordination/concertation

- Inciter les acteurs politiques locaux à inviter les acteurs de la RdR aux réunions de concertation organisées dans le cadre de la préparation d'événements festifs.
- Obtenir un soutien financier pour la mise en place d'un dispositif de coordination intrasectoriel.

Formation

- Augmenter les interventions et échanges de pratiques entre intervenants du secteur.

Information/Education/Communication (IEC)

- Mieux faire connaître l'approche et les principes de RdR au grand public et aux autorités locales et provinciales.

- Créer un guide de bonnes pratiques en matière d'organisation d'événements pour les acteurs politiques.
- Intensifier l'information sur les activités menées (rapports d'activités, articles de presse, etc.) à destination des acteurs politiques locaux.

Partenaires privilégiés

Professionnels du secteur des assuétudes et du secteur psycho-médico-social, cabinets et administrations, autorités locales et provinciales, médias, santé publique, jeunesse, enseignement, culture, justice.

AXE 4. RENFORCER LA PARTICIPATION ET LA RESPONSABILISATION DES PUBLICS-CIBLES ET DES PUBLICS-RELAIS DANS LES INTERVENTIONS

Constats

Participation des publics

La participation des publics-cibles est un enjeu majeur en réduction des risques. Il existe divers niveaux et degrés de participation qui peuvent être complémentaires. Pour les intervenants, il s'agit idéalement de tendre vers une participation effective des publics (« empowerment », « auteur/acteur ») plutôt que vers l'implication passive.

En milieux festif, les « publics-relais » sont les barmen, jobistes, portiers, ou personnel de sécurité. Il est essentiel de les impliquer dans le processus d'élaboration, de mise en place et d'évaluation des projets.

Induire la participation de jeunes adultes consommant des psychotropes est l'un des objectifs de la RdR, via le « jobisme ». S'engager en tant que « jobiste » permet aux usagers de réfléchir à leur consommation, d'être en contact régulier avec les structures d'aide, et de jouer un rôle de citoyen actif

et responsable. En raison du caractère illégal des produits, l'anonymat des jobistes doit être garanti.

Le maintien de l'anonymat est parfois un frein à la justification des financements.

Il semble moins aisé de faire participer les adultes aux projets de promotion de la santé, alors qu'ils ont davantage de problèmes d'addictions et de dépendances.

Relation de confiance entre intervenants et publics

La relation de confiance avec les publics s'établit à long-terme, ce qui exige de la présence, de la visibilité et un ensemble de compétences de la part des professionnels.

Une partie des usagers en milieux festifs craint le jugement moral des intervenants. Une approche neutre et non-jugeante est un facteur facilitant. Dans les lieux festifs où les consommations sont visibles, les usagers ont moins peur d'être jugés et les demandes d'information/matériel semblent plus fréquentes.

Au niveau des intervenants, savoir « de quoi on parle » instaure un certain degré de confiance car les usagers ont tendance à tester leur crédibilité. Être à la pointe des connaissances en matière de psychotropes est indispensable. Les informations sur les produits viennent à la fois des usagers, des jobistes et des réseaux professionnels : échanges informels, alertes précoces, échanges dans le cadre du réseau « Drogues risquer moins ». Ces canaux d'information semblent efficaces. Certains professionnels bénéficient également de séances d'information annuelles sur les produits.

Pour les intervenants, il est également essentiel de mettre en place des réponses adaptées à l'émergence

de nouveaux produits. L'irruption de « nouvelles drogues » sur le marché est parfois évoquée dans les médias, entraînant une certaine dramatisation ou la curiosité des publics. Une partie des intervenants ne sait pas s'il s'agit de légendes urbaines ou de produits réels (exemple du Krokodil en 2011), ce qui les empêche d'informer les publics.

Un autre frein majeur pour mieux connaître les produits est l'absence d'un réel dispositif de « testing » en FWB en raison des moyens très limités.

La relation de confiance s'instaure plus difficilement avec certains publics. Par exemple, les adultes consommateurs d'alcool qui fréquentent les fêtes populaires et qui considèrent que la prévention concerne surtout - voire uniquement - les jeunes. L'âge des intervenants peut être un frein ou un facilitant pour approcher ce public. Autre exemple : les jeunes parents (25-30 ans) consommateurs d'alcool et de cannabis en festival qui ont tendance à banaliser leurs usages et qui sont accompagnés de leurs enfants. Ils fréquentent les stands de prévention/RdR pour obtenir des bouchons d'oreilles destinés à leurs enfants et ne questionnent pas leurs consommations ou leur rôle éducatif.

Responsabilisation des usagers et de la collectivité

La participation des publics et l'instauration d'un lien de confiance concourent au processus de responsabilisation des usagers en matière d'usages à risque. Une dérive possible est « l'assistanat », ou la distribution de matériel sans interaction entre usagers et professionnels.

Certains intervenants estiment qu'il y a un manque de responsabilité collective en matière de prévention/RdR : les parents, les commerçants, les publics, les associations ont un rôle à jouer.

Par ailleurs, la législation n'est pas toujours respectée. Dans le cadre de la prévention alcool (exemples de Verviers et de Tournai), les intervenants sensibilisent les cafetiers à la vente d'alcool aux mineurs. Une partie d'entre eux continuent de servir de l'alcool aux mineurs pour augmenter leurs profits. Pour certains professionnels, il n'est pas cohérent de distribuer des bouchons d'oreille dans les concerts, alors que la loi interdit de dépasser un certain nombre de décibels.

Objectifs spécifiques

- Assurer la participation des « publics-relais » (barman, jobistes, personnel de sécurité)
- Promouvoir la reconnaissance de l'expertise des « jobistes » et renforcer leur participation
- Intensifier les actions de prévention/RdR auprès des adultes afin de contrebalancer la tendance à cibler uniquement les jeunes
- Consolider l'expertise des professionnels du secteur en matière de drogues émergentes

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Elaborer un document officiel, remis aux intervenants, indiquant que les intervenants travaillent de manière participative avec des usagers défrayés dans l'anonymat.

Actions attendues au niveau du secteur :

IEC

- Développer les initiatives de sensibilisation auprès des jeunes parents en milieux festifs et auprès des AMO, maisons maternelles et de l'ONE.
- Renforcer l'information sur les produits de synthèse, les drogues émergentes et les « rumeurs » médiatiques au sein du secteur.

Coordination/concertation

- Valoriser l'apport du processus participatif, tant au niveau du projet, que des partenaires et des bénéficiaires.

Partenaires privilégiés

Professionnels du secteur, jobistes, secteurs de la jeunesse, de l'aide à la jeunesse, et de la petite enfance.

AXE 5. RENFORCER L'ÉVALUATION DES INTERVENTIONS

Constats

Les professionnels du secteur sont de plus en plus confrontés à des demandes d'évaluation « d'impact » (données essentiellement quantitatives) de leurs interventions par les pouvoirs politiques.

Le coût des évaluations externes est élevé et il faut pouvoir démontrer une certaine efficacité pour obtenir de nouveaux financements.

La notion « d'impact des interventions » est rarement explicitée par les pouvoirs subsidiaires. D'autre part, l'impact des actions de prévention/RdR sur la santé est particulièrement difficile à démontrer à court-terme.

Aucun canevas d'évaluation harmonisé n'existe au niveau politique. Le choix des indicateurs est tantôt déterminé par les politiques locales ou régionales, tantôt laissé à l'appréciation des intervenants : par exemple, nombre d'événements festifs couverts par année; type/quantité de matériel distribué; nombre/type de nuisances ou « d'incidents » évités par soirée; nombre d'usagers référés aux structures de soins à l'issue de l'événement; nombre de contacts noués par soirée; degré de participation

des publics aux activités mises en place (jeux, concours); appréciation qualitative du déroulement de la soirée par les organisateurs; auto-évaluation menée par les intervenants (conditions de travail, qualité des partenariats, qualité des contacts avec les publics).

Donner la priorité aux données quantitatives risque de favoriser la mise en place d'actions de grande envergure, au détriment des actions menées auprès de publics spécifiques ou marginalisés avec lesquels il est nécessaire d'interagir à plus long-terme. Les intervenants constatent parfois qu'ils touchent peu d'usagers mais que leur présence permet de sensibiliser un type de public très spécifique qui n'aurait pas pu être atteint autrement (jeunes filles d'origine maghrébine, par exemple).

Dans le cadre des contrats de sécurité, des évaluations qualitatives post-festives sont menées en concertation avec divers acteurs de terrain (police, gardiens de la paix, secteur des logements sociaux, etc.), ce qui permet d'identifier les publics non-couverts par l'intervention et d'élaborer de nouvelles stratégies. Dans d'autres contextes, les post-évaluations se déroulent en interne.

La culture de l'autoévaluation est très répandue dans le secteur. Le partage d'outils d'évaluation entre associations n'est pas optimal et les réunions dédiées à l'évaluation sont encore trop peu fréquentes.

Objectifs spécifiques

- Co-construire une méthodologie commune d'évaluation des interventions
- Améliorer les capacités des intervenants en matière d'évaluation

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau du secteur :

Recherche/évaluation

- Promouvoir la co-construction de canevas d'évaluation par les intervenants, les partenaires et les pouvoirs subsidiaires.
- Elaborer un référentiel méthodologique proposant des indicateurs d'évaluation des interventions, des exemples d'outils et de démarches en vue de mieux valoriser le travail effectué.
- Solliciter les réseaux « Super festif » et « Drogues risquer moins » pour la mise en place de journées d'échange consacrées à l'évaluation.

Partenaires privilégiés

Professionnels du secteur des assuétudes, réseaux existants, experts en évaluation, pouvoirs subsidiaires.

2.2.5. Milieu scolaire

Introduction

L'école est un lieu de vie, d'apprentissage et d'intégration qui rassemble les acteurs scolaires, les jeunes et les familles, tout en interagissant avec l'environnement social plus large.

L'école est un espace privilégié de développement des aptitudes, y compris en matière de santé. La promotion de la santé a acquis une place importante dans les missions assignées au système éducatif. Au niveau international, l'initiative des « écoles promotrices de santé » de l'Organisation mondiale de la santé vise depuis 1995 à ce que le milieu scolaire soit un espace de vulgarisation et de promotion de la santé. Il s'agit de mettre en œuvre une série de pratiques, de politiques et de partenariats pour protéger et améliorer le bien-être et la santé de l'ensemble des

« usagers » de l'école (Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, 2010).

En Fédération Wallonie-Bruxelles, la prise en compte de la santé par l'école figure également dans plusieurs textes officiels. Le décret de 2001⁴⁶ a institué les services de promotion de la santé pour faire de l'école un lieu privilégié de promotion du bien-être et des comportements sains.

En avril 2006, le gouvernement de la FWB a adopté un « Programme d'actions relatives à la lutte contre les assuétudes en milieu scolaire ». La prévention y est définie comme une approche globale, pérenne et coordonnée. Elle s'inscrit dans une optique de promotion de la santé, et vise à renforcer les compétences des jeunes face aux consommations problématiques de produits licites et illicites.

Les actions de prévention en matière de conduites à risque sont d'autant plus efficaces qu'elles privilégient les méthodes interactives et expérientielles (jeux de rôle, mises en situation, travail pratique sur les ressentis et les émotions, etc.), qu'elles « s'inscrivent dans la durée et sont aussi précoces que possible » (Bantuelle et al, 2008). Cette dernière recommandation rejoint les résultats d'une enquête menée auprès des jeunes de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Celle-ci montre notamment que les caractéristiques des expérimentateurs de tabac et d'alcool en fin de cycle primaire (problèmes d'intégration scolaire, sensation fréquente de nervosité, etc.) sont les mêmes que celles des élèves de l'enseignement secondaire ayant un usage fréquent et abusif de psychotropes (Favresse et al, 2008).

Un certain nombre de critères de qualité de l'action préventive en milieu scolaire ont été définis dans la circulaire de 2006⁴⁷ :

46. Décret relatif à la promotion de la santé à l'école.

47. Circulaire no 1552 du 19/07/2006 : « Recommandations du Gouvernement de la Communauté française relative à la prévention des assuétudes en milieu scolaire ».

- L'approche globale des assuétudes (produit-jeune-contexte de vie), positive (axée sur les bienfaits) et continue et non l'approche négative (peur, menace), répressive et ponctuelle;
- L'approche active et participative tenant compte des préoccupations des jeunes;
- L'information aux parents et aux familles;
- La collaboration étroite entre acteurs scolaires et structures extérieures afin d'élaborer des projets adaptés aux spécificités des établissements.

Une partie de ces critères rejoignent les recommandations relatives aux bonnes pratiques en matière de prévention des comportements à risque. Plus spécifiquement, ces interventions de prévention sont « d'autant plus efficaces qu'elles s'intègrent dans une combinaison de stratégies visant à promouvoir la santé, le bien-être et la réussite éducative des enfants et des adolescents » telles que, par exemples, la « qualité des relations entre les élèves et les enseignants », la mise en place de « partenariats entre l'école, les parents, le secteur de la santé et la communauté », « le développement de compétences individuelles » des apprenants, « l'organisation des services de santé à l'intention des enfants et des adolescents », des politiques d'établissements favorables à la santé », ou encore « l'accompagnement des professionnels dans la réalisation de ces interventions » (Bantuelle et al, 2006).

Le programme d'actions de 2006 incluait la mise en œuvre de « Points d'appui aux écoles en matière de prévention des assuétudes » (PAA). Ceux-ci sont notamment chargés de réaliser un état des lieux des offres de prévention existantes (y compris outils et formations disponibles), d'identifier les besoins des écoles et de leurs partenaires, de diffuser l'information recueillie et de valoriser/créer des partenariats. La circulaire de novembre 2010⁴⁸ indique d'ailleurs aux acteurs scolaires les types de collaboration à

privilégier ainsi que les ressources utiles pour planifier, mettre en œuvre et évaluer leurs initiatives. Il leur est recommandé de faire appel aux services de prévention du secteur psycho-médico-social, aux services de promotion de la santé à l'école (PSE), aux Points d'appui, et aux centres de documentation existants.

Parmi les partenaires potentiels ou effectifs de l'école en matière de prévention des assuétudes figurent :

- les centres psycho-médico-sociaux (CPMS) dont les missions sont notamment la prévention et l'éducation à la santé;
- les services de promotion de la santé à l'école (PSE) dont 20% du temps de travail concerne la qualité de vie, le bien-être et l'environnement favorable;
- les Points d'Appui Assuétudes aux écoles (PAA), institués en 2007 au sein de chaque centre local de promotion de la santé;
- les associations chargées d'une mission de promotion de la santé, actives dans les secteurs de la santé, de l'aide aux personnes, ou de l'aide à la jeunesse (maisons médicales, services de santé mentale, centres de planning familial, et services d'aide en milieu ouvert⁴⁹);
- les organismes spécialisés en matière d'assuétudes subventionnés par la FWB dans le cadre de leur programme de promotion de la santé;
- les services de médiation scolaire en charge des problèmes relationnels à l'école, de la prévention du décrochage scolaire, de la violence et des assuétudes;
- les services subventionnés dans le cadre des Plans Stratégiques de Sécurité et de Prévention (PSSP) financés par l'Etat fédéral ayant élaboré un projet de prévention des assuétudes dans les écoles;
- Certains établissements font également appel à des médecins pour des séances d'information sur les psychotropes ou à la police, pour mener des actions

48. Circulaire no 3362 du 16/11/2010 : « Ressources à disposition des établissements scolaires en matière de prévention des assuétudes en milieu scolaire ».

49. Les services A.M.O. sont notamment chargés de l'aide préventive aux jeunes de moins de 18 ans dans leur milieu de vie (famille, quartier, communauté, école). Dans ce cadre, ils proposent un appui pour l'élaboration de projets de promotion de la santé et de prévention des assuétudes.

de prévention auprès des élèves. Les professionnels du secteur des assuétudes ont recommandé l'exclusion des interventions policières au sein des écoles (Collège d'experts en assuétudes, 2005.)

En septembre 2011, le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles a approuvé le projet-pilote de mise en place de « Cellules bien-être » dans un certain nombre d'écoles pour les années scolaires 2011-2012 et 2012-2013. Celles-ci ont pour missions d'articuler les actions menées à l'école en matière de promotion de la santé et d'éducation au bien-être, de développer des stratégies au sein de l'école, d'identifier des ressources internes et de déterminer les besoins en matière d'accompagnement. En instituant ces cellules, le projet vise à mobiliser la communauté éducative dans son ensemble et à instaurer ainsi une politique globale et durable de promotion du bien-être en milieu scolaire.

L'enfance et l'adolescence sont des périodes de questionnements et d'expérimentation de conduites à risques. La consommation de produits psychoactifs est souvent associée à la notion de plaisir, de partage, de fête, et à la construction d'une identité. Divers facteurs personnels, relationnels, situationnels ou sociaux accroissent (facteurs de prédisposition) ou diminuent (facteurs de protection) la vulnérabilité des jeunes face aux risques (Bantuelle et al, 2008). Les rapports familiaux et amicaux jouent un rôle important, tout autant que les liens tissés avec l'institution scolaire (Favresse et al, 2011). En occident, le tabac, l'alcool et le cannabis sont les substances les plus fréquemment consommées chez les jeunes en âge scolaire.

En FWB, les données les plus récentes (2010) montrent une baisse modérée des usages, parmi les jeunes de 12-20 ans de l'enseignement secondaire. Plus spécifiquement, alors que plus de 40% de ces jeunes

avaient une consommation au moins hebdomadaire d'alcool dans les années 1980, ils sont moins de 25% à avoir ce comportement actuellement. Cette diminution ne s'observe pas pour le « binge drinking » (ou biture express) qui, en touchant près de 20% des jeunes, a tendance à rester stable depuis 2002. Quant aux usages de tabac, cannabis ou ecstasy, après avoir augmenté à la fin des années 1990, ils sont actuellement en régression. Le tabagisme quotidien, qui touchait près de 20% des jeunes en 2002, est une conduite adoptée par près de 13% de ces jeunes depuis 2006. L'usage de cannabis au moins hebdomadaire concernait un peu moins de 10% des jeunes en 2002 et est d'environ 5% aujourd'hui. L'expérimentation d'ecstasy, qui était le fait des 7% des jeunes en 1998, est rapportée par moins de 3% des jeunes du même âge en 2010. Cette tendance à la régression des usages s'observe également chez les jeunes de 5^{ème} et 6^{ème} primaires: ils étaient près de 15% à boire de l'alcool chaque semaine en 1994 et sont moins de 3% à adopter une telle conduite en 2010. Cette diminution s'observe également sur le plan de l'expérimentation tabagique (13% en 1994 et 7% en 2010) »⁵⁰.

Composition du groupe de travail

Le groupe de travail « milieu scolaire » a mobilisé dix-neuf professionnels issus de seize institutions situées à Bruxelles, Charleroi, Liège, et Soignies (voir annexe). Ces institutions bénéficient notamment de financements de la FWB (promotion de la santé, éducation permanente), de la Wallonie, de la COCOF, de l'INAMI et des villes. Trois journées de concertation ont été organisées.

Plan d'action

Objectif général: Développer la promotion de la santé dans les institutions d'enseignement

50. Favresse, D., partie « Tabac, alcool, drogues » du chapitre sur la « Santé des adolescents » de la brochure « La Fédération Wallonie-Bruxelles en chiffres », Edition 2013 (proposée au Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles).

AXE 1. RENFORCER LA CONTINUITÉ DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LES INSTITUTIONS D'ENSEIGNEMENT⁵¹

Constats

En Belgique, environ 4,4 euros sont alloués par personne et par an à la promotion de la santé, tandis que 720 euros (personne/an) sont consacrés à la publicité, et 2240 euros aux soins⁵².

Le budget de la FWB destiné à la prévention des assuétudes est insuffisant, ce qui contraint les services spécialisés à solliciter des co-financements auprès des régions, provinces, et communes.

Les services spécialisés bénéficiant de co-financements ont plus souvent des équipes stables, ce qui permet d'assurer le suivi continu des projets.

Les divers pouvoirs subsidiaires ont des degrés d'existence variés et utilisent différents types de canevas, entraînant une charge administrative très importante pour les intervenants.

La logique de « saucissonnage par subsides » est peu cohérente avec la mission globale de promotion de la santé.

Les financements en « enveloppe fermée » et les subsides « par projets » (et non par services) précarisent fortement les équipes, les actions à long-terme, et donc les partenariats solides et constructifs établis entre les associations de terrain et les institutions d'enseignement.

Une partie des institutions d'enseignement ignore le coût des interventions de prévention ou pense qu'il est élevé, ce qui ne les motive pas à faire des demandes d'accompagnement.

Les institutions d'enseignement n'ont pas toujours le budget suffisant pour rémunérer les professionnels. La gratuité des interventions est donc perçue comme étant un incitant.

La question du coût des interventions (gratuit/payant) génère des logiques de concurrence entre intervenants.

Le ministre de l'Enseignement secondaire, Pierre Hazette, avait lancé en mars 2000 un appel aux projets de prévention des assuétudes dans les écoles. Des subsides étaient directement alloués aux établissements pour mener des activités. Cette initiative était perçue comme étant pertinente et efficace.

Le temps alloué à la prévention varie fortement selon les établissements.

La mise en place de projets participatifs à long-terme est difficile à concilier avec le calendrier scolaire (période d'examens, objectifs pédagogiques à atteindre, etc.).

La mission d'acquisition des connaissances a tendance à s'imposer dans l'enseignement au détriment des trois autres missions qui concernent le développement de la personne, l'appropriation des compétences, la citoyenneté et l'émancipation sociale⁵³.

L'enfance et l'adolescence sont des périodes d'expérimentation, associées à l'adoption ponctuelle (ou régulière) de conduites à risque. Divers facteurs personnels, relationnels, situationnels ou sociaux accroissent (facteurs de prédisposition) ou diminuent (facteurs de protection) la vulnérabilité des jeunes face aux risques. Or, les jeunes (y compris les étudiants) ne bénéficient pas d'une formation spécifique en promotion de la santé. Ils ne sont pas

51. Ecoles primaires, secondaires, écoles supérieures, Universités et internats.

52. Estimations fournies par Univers Santé.

53. Décret du 24/07/1997 définissant les missions prioritaires de l'enseignement fondamental et de l'enseignement secondaire et organisant les structures propres à les atteindre. Missions : 1) Promouvoir la confiance en soi et le développement de la personne de chacun des élèves. 2) Amener tous les élèves à s'approprier des savoirs et à acquérir des compétences qui les rendent aptes à apprendre toute leur vie et à prendre une place active dans la vie économique, sociale et culturelle. 3) Préparer tous les élèves à être des citoyens responsables, capables de contribuer au développement d'une société démocratique, solidaire, pluraliste et ouverte aux autres cultures. 4) Assurer à tous les élèves des chances égales d'émancipation sociale.

suffisamment formés/sensibilisés non plus aux compétences relationnelles, culturelles (citoyenneté), et artistiques qui renforceraient leurs facteurs de protection face aux conduites à risque.

Une partie des enseignants ne se sentent pas compétents en matière de prévention, ou estiment que la promotion de la santé ne fait pas partie de leurs missions.

La formation des enseignants en promotion de la santé est parfois le point de départ d'un projet de prévention à l'école. L'objectif est de renforcer leurs compétences relationnelles afin d'en faire des personnes-ressources et de maintenir le dialogue entre générations. Ou de répondre à leur besoin de mieux connaître les psychotropes pour pouvoir communiquer avec les jeunes.

La formation d'un petit nombre d'acteurs scolaires peut créer une dynamique au sein de l'établissement et générer de nouvelles demandes de formation. Ces formations leur permettent notamment de réaliser des animations auprès des élèves, centrées sur d'autres thèmes que celui des assuétudes (injustice, estime de soi, loi, etc.).

Les écoles dépendent du secteur de l'enseignement. Les services de promotion de la santé à l'école (PSE), eux, sont financés par le secteur de la santé. Ils ont hérité de nouvelles missions mais n'ont pas bénéficié d'une formation spécifique en promotion de la santé. Ils n'ont pas accès aux formations de l'Institut de formation en cours de carrière (IFC).

Certains services d'aide en milieu ouvert (AMO) et services de prévention communaux ont tendance à adopter une approche descendante du savoir sur les psychotropes. Les services d'Aide à la Jeunesse et le

personnel des centres fermés pour jeunes n'ont pas suffisamment accès aux formations sur la santé, les conduites à risque, et les assuétudes.

Depuis 2011, l'Université catholique de Louvain (Institut universitaire de formation continue) a mis en place une formation certifiante sur les « Pratiques de consommation et conduites de dépendances » qui s'adresse aux (futurs) professionnels des secteurs concernés par la problématique des dépendances (secteur psycho-médico-social, enseignement, justice, etc.). Le « décret formation » (2002) a institué l'obligation de formation continue pour les enseignants auprès de l'IFC⁵⁴. Ces formations permettent aux enseignants de faire des choix individuels mais favorisent peu la dynamique institutionnelle.

Les acteurs scolaires ont accès à un large éventail d'informations concernant les services de prévention existants (répertoires, par exemple). Les contacts directs avec les intervenants sont peu fréquents.

Objectifs spécifiques

- Pérenniser les équipes et les services actifs en promotion de la santé et prévention des assuétudes
- Allouer des moyens financiers de manière structurée aux institutions d'enseignement en vue d'augmenter le temps consacré à la promotion de la santé
- Optimiser les compétences en promotion de la santé des acteurs scolaires et des intervenants du secteur médico-psycho-social

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Mettre en place un guichet unique entre régions et communautés. Cela faciliterait l'introduction

54. Décret du 11/07/2002 relatif à la formation en cours de carrière dans l'enseignement spécialisé, l'enseignement secondaire ordinaire et les centres psycho-médico-sociaux et à la création d'un Institut de la formation en cours de carrière.

- des demandes de subsides et diminuerait les charges administratives pour les intervenants.
- Mettre en place un système d'agrément des services.
 - Harmoniser les canevas administratifs des régions et des communautés, en collaboration avec le secteur de la promotion de la santé pour qu'ils reflètent les besoins, préoccupations et réalités de terrain.
 - Constituer des équipes internes (« pool ») formées en promotion de la santé au sein des institutions d'enseignement. Cela permettrait la gestion collective de projets de prévention, ainsi que le transfert et le partage de compétences.
 - Ré-instituer des incitants financiers donnés directement aux écoles pour faciliter la mise en place d'actions de promotion de la santé en collaboration avec les structures spécialisées (par ex, centres spécialisés en assuétudes, plannings familiaux, etc.).
 - Intégrer un module de formation en promotion de la santé dans le cursus de base des enseignants de tous les niveaux (y compris agrégations) et des futurs professionnels du secteur médico-psychosocial (médecins, infirmiers, assistants sociaux, éducateurs, équipes PSE/PMS, services de prévention communaux, etc.). Cette formation élargira le module actuel consacré à l'éducation à la santé. Elle sensibilisera les futurs professionnels à l'approche globale de promotion de la santé et de prévention des assuétudes, et les encouragera, si nécessaire, à faire davantage appel aux services spécialisés.
 - Garantir l'accès de l'ensemble des institutions de première ligne (écoles, internats, universités, centres fermés, etc.) à un programme de formation complémentaire en promotion de la santé, tel que déjà recommandé en 2005 par divers professionnels du secteur (Collège d'experts en assuétudes, 2005).
 - Répertoire les intervenants spécialisés en assuétudes dans les catalogues de formation comme celui de l'IFC.
 - Obtenir une reconnaissance officielle de la formation proposée par les centres spécialisés en assuétudes, au même titre que les autres formations obligatoires.
 - Prévoir du temps au sein des institutions d'enseignement pour permettre la mise en place de projets de prévention (adapter le planning scolaire) et la formation de l'ensemble des adultes-relais (enseignants, éducateurs, directions, etc.).
 - Proposer des aménagements en termes de temps de travail aux enseignants afin de diminuer le volontariat concernant la participation aux projets de prévention.
 - Permettre aux enseignants de développer pleinement les quatre missions⁵⁵ qui leur sont confiées. Les encourager à renforcer les compétences relationnelles, culturelles et artistiques des élèves.
- AXE 2. RENFORCER LA PRISE EN COMPTE DES SPÉCIFICITÉS DES INSTITUTIONS D'ENSEIGNEMENT ET DES PUBLICS DANS L'OFFRE DES SERVICES SPÉCIALISÉS EN ASSUÉTUDES ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ**
- Constats**
- Le système scolaire est bureaucratisé. Ce cadre est susceptible de démotiver les acteurs scolaires et d'amoindrir la créativité.
- L'école est un espace formalisé et réglementé (discipline, règles) où il est parfois difficile de promouvoir l'idée d'un élève acteur de sa propre vie.
- Le secteur de la promotion de la santé plébiscite un modèle d'intervention participatif dans un milieu, l'école, qui est peu propice à la participation.

55. Développement de soi; acquisition des compétences; citoyenneté; émancipation sociale.

De nombreux outils d'intervention ne correspondent ni au rythme ni au cadre scolaires. Les directions et les enseignants souhaitent souvent que les outils de promotion de la santé s'appliquent en 50 minutes, s'appuient sur un carnet pédagogique, et aient un début et une fin.

Les services spécialisés en assuétudes font preuve de souplesse dans leur offre de services, en fonctionnant «à la carte». Ils proposent des formations ou de l'accompagnement, selon les besoins. Dans les faits, les interventions menées dans les écoles s'apparentent davantage à de l'accompagnement, qu'à de la formation.

L'absence d'une «situation de crise» au sein de l'établissement instaure un climat convivial, sans charge émotionnelle et permet de mobiliser la communauté éducative autour d'un projet de prévention.

Clarification de la demande

Une clarification de la demande est toujours menée par les intervenants spécialisés en assuétudes. Elle consiste à faire émerger, à clarifier voire déconstruire les représentations, valeurs, besoins et préoccupations des acteurs scolaires. Il s'agit d'un processus continu.

L'objectif de l'analyse de la demande est également d'évaluer le degré de motivation des directions d'école à déployer les moyens nécessaires à la mise en place d'un projet : par exemple, l'appui institutionnel (temps alloué) et logistique (locaux, transport) qu'elles sont prêtes à mobiliser.

La clarification de la demande passe forcément par la rencontre avec les acteurs scolaires. Elle induit généralement une redéfinition/ajustement des objectifs

initialement formulés : en effet, la peur peut motiver certaines demandes. Par exemple, les directions d'écoles secondaires craignent que la consommation ou le trafic de cannabis, alcool/tabac nuisent à la réputation de leur établissement et compromettent la sécurité des élèves. Ces préoccupations doivent être prises en compte.

Le travail sur la demande doit également intégrer les attentes des jeunes via des rencontres avec les délégués de classe, des enquêtes préliminaires auprès des élèves, ou d'autres outils. Il est essentiel d'élargir le champ des possibles, de disposer d'un éventail d'actions et d'outils à adapter selon les caractéristiques et les préoccupations des élèves.

L'analyse de la demande est optimale lorsque les PMS et les PSE sont impliqués car ils ont une place privilégiée auprès des directions et sont des interlocuteurs directs des élèves.

Un décalage apparaît parfois entre les attentes de l'école et l'offre des intervenants spécialisés. Il peut s'agir d'un décalage au niveau des résultats attendus du projet («faire peur aux élèves»), ou au niveau de l'approche de travail préconisée (court-terme/long-terme).

Acteurs scolaires et intervenants doivent s'accorder sur le contenu du projet. Or, le thème des «assuétudes» n'est pas forcément porteur. Selon les contextes, ne pas centrer l'intervention sur les drogues suscite une plus grande mobilisation des acteurs scolaires et des parents. Il est toutefois important d'éviter les intentions cachées.

Lorsque les besoins des acteurs sont identifiés et reconnus, et que le rythme de chacun est respecté, la mise en œuvre de projet fonctionne mieux. L'alchimie

se crée (ou non) en fonction du degré d'implication de l'ensemble des partenaires.

La réussite d'un projet ne requiert pas sa mise en place immédiate : certaines écoles font des demandes d'accompagnement qui n'aboutissent pas. Un certain nombre d'entre elles contactent d'autres structures, ou réitèrent leur demande des années plus tard.

Le rôle des intervenants spécialisés en assuétudes est de plébisciter l'approche globale de promotion de la santé. Cela implique parfois une phase proactive de contact avec les écoles (« marketing social ») voire de persuasion des directions, avec le soutien notamment des Points d'Appui Assuétudes.

Un projet de prévention adapté s'appuie sur l'identification et l'utilisation des ressources internes des institutions d'enseignement :

Les ressources internes existantes au sein des établissements font référence aux activités et projets en cours (« bien-être », « santé », « estime de soi »), aux valeurs collectives, aux outils pédagogiques, à l'implication de l'association de parents, etc. Identifier l'ensemble de ces ressources est fondamental car cela permet de bénéficier de toute une série d'opportunités pour réaliser d'éventuelles activités de prévention.

Les enseignants n'ont pas toujours conscience des ressources internes dont ils disposent. Par exemple, ils sont peu informés des leviers qui existent au sein de leur école pour la mise en place de projets (budgets, outils pédagogiques), ou des opportunités existant en FWB (appels à projets). Ce manque d'information est fréquent dans l'enseignement secondaire car la majorité des enseignants travaillent à temps partiel dans plusieurs écoles/sites à la fois.

Les acteurs scolaires semblent peu outillés en matière de méthodes d'intervention.

La démarche de prévention doit s'adapter à la diversité des contextes et des publics :

La FWB recommande aux intervenants spécialisés en assuétudes de former des adultes-relais⁵⁶. En dépit de l'application de cette recommandation, une partie des enseignants continue de solliciter les services spécialisés pour des animations en classe car ils ne se sentent pas capables de les réaliser eux-mêmes.

Le secteur des assuétudes répond quand même à la demande des écoles en intervenant dans les classes et en réalisant des co-animations avec les enseignants.

Les étudiants des écoles supérieures et des universités se situent dans une période charnière de rupture. Cette période est propice à l'adoption de comportements de santé positifs et négatifs qui peuvent perdurer, d'où la nécessité de mettre en place des actions de promotion de la santé adaptées à ces publics.

Les interventions sont moins nombreuses dans les internats et institutions accueillant des publics précarisés.

Objectifs spécifiques

- Favoriser la co-construction des programmes et des interventions de prévention/promotion de la santé dans les institutions d'enseignement
- Renforcer/adapter les programmes et actions de prévention/promotion de la santé auprès de publics spécifiques (élèves du niveau primaire et supérieur, et des internats)

56. Ministère de la Communauté française, Plan communautaire opérationnel de Promotion de la santé pour les années 2008-2009, p.37.

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Conserver la dimension «sur mesure» de l'offre des services spécialisés en assuétudes. L'homogénéisation de l'offre doit être évitée afin de respecter la diversité des publics, des cultures locales, et des usages.
- Promouvoir un travail d'accompagnement à long-terme des écoles, sans qu'il soit assujéti au calendrier scolaire annuel.

Actions attendues au niveau du secteur :

Couverture des actions

- Répondre aux demandes ponctuelles des écoles car il s'agit d'une porte d'entrée pour la mise en place d'actions à long-terme et pour le plaidoyer en faveur de la promotion de la santé.
- Mener un plaidoyer auprès des directions d'Universités et Hautes écoles pour qu'elles considèrent la santé des étudiants comme l'une de leurs priorités.
- Cibler davantage les étudiants, en tant que public cible et futurs promoteurs de la santé, professionnels, et décideurs.
- Cibler les internats et institutions accueillant des publics précarisés: leur faire connaître l'offre des services spécialisés, les mobiliser et mettre à disposition des responsables de ces structures des incitants à la formation du personnel.

Information/Education/Communication (IEC)

- Poursuivre la sensibilisation des écoles au sujet du type d'approche utilisée en promotion de la santé afin de diminuer les décalages entre les attentes initiales et l'offre proposée (approche globale en promotion de la santé).

Partenaires privilégiés

Directions, enseignants, élèves, PMS, PSE, autorités politiques, écoles supérieures et Universités, internats et professionnels du secteur de la promotion de la santé.

AXE 3. GÉNÉRER DES DYNAMIQUES PARTICIPATIVES AU SEIN DES INSTITUTIONS D'ENSEIGNEMENT

Constats

Les directions d'établissements semblent particulièrement seules pour gérer une quantité importante de problèmes. Elles doivent répondre aux demandes des enseignants et des élèves, et sont confrontées à la pression des parents.

L'appui de la direction est un levier majeur dans la création d'un projet de prévention. Ce soutien peut se traduire par la mise à disposition d'espace et de temps aux enseignants. Certains directeurs ont mis en place un dispositif de réduction de 5 minutes de cours, ou ont harmonisé les «heures de fourche» des enseignants. Ce type d'aménagement favorise l'appropriation collective d'un projet et la dynamique institutionnelle.

La désignation par la direction de personnes ressources susceptibles de coordonner le projet constitue une plus-value.

La gestion de projet est optimale lorsque les directions désignent un coordinateur et impliquent les adultes-relais (enseignants, éducateurs, équipes PSE/PMS, etc.).

Elèves

Les interventions à l'école devraient viser l'implication des élèves à toutes les étapes du projet. Or, les demandes des directions/enseignants ne correspondent pas toujours aux préoccupations des

jeunes. Certaines animations sont imposées aux élèves, ce qui place les intervenants dans des conditions peu favorables à la dynamique participative.

Certaines questions sont difficiles à aborder en classe. Les élèves s'expriment davantage sur des thèmes généraux que sur des questions liées à la sphère privée et à l'intimité. Discuter du thème des assuétudes en classe peut être vécu par une partie des jeunes comme symboliquement violent. Leur réaction consiste donc souvent à interroger les comportements des adultes.

La prégnance culturelle des jeunes n'est pas assez prise en considération dans les interventions. L'identité du jeune, son appartenance (quartier, communauté), ses préoccupations et ses modes d'expression devraient être au centre de la dynamique scolaire et des démarches d'intervention.

Plus le jeune est impliqué dans les projets («acteur» versus «auteur» du projet), plus on s'oriente vers une approche communautaire (citoyenneté et articulation avec l'environnement sociétal). Il s'agit de valoriser les jeunes, de les mettre au centre de la démarche de promotion de la santé. Les doper d'un «sain narcissisme», les amener à être porteurs de leur expertise, leur permettre d'être dans la prise de rôle plutôt que dans le jeu de rôle.

Les élèves de l'enseignement technique et professionnel ont une image souvent peu positive d'eux-mêmes. Leur besoin de valorisation est important.

La question du lien en milieu scolaire devrait être approfondie pour créer une réelle participation. Les écoles devraient être des lieux d'expression de soi afin que les actions menées répondent aux besoins des jeunes.

Enseignants

Les enseignants travaillent souvent seuls. Il existe peu d'espaces de concertation à l'école et le travail d'équipe est peu aisé à mettre en place.

Les rencontres entre enseignants, directions, PSE et PMS sont irrégulières, d'où la difficulté à articuler les projets de prévention avec l'ensemble des activités en cours.

Certains enseignants se sentent peu à l'aise avec l'animation-débat. Cette difficulté renvoie vraisemblablement à la question de la relation professeur-élèves (distribution des rôles) et à celle de l'expertise autour des psychotropes. Ils recourent donc aux structures spécialisées.

Il y a une multiplicité d'attentes à l'égard des enseignants, ce qui explique leur réticence à endosser à la fois le rôle de pédagogues, d'éducateurs, ou d'acteurs de prévention.

Les animations réalisées par les enseignants préalablement formés sont un réel espace d'expression pour les élèves.

Il est difficile de créer une véritable dynamique institutionnelle autour d'un projet lorsque la participation des enseignants est imposée par la direction.

Le turn-over des enseignants est un frein à la mise en place de projets.

Educateurs

Les élèves, les enseignants et les directions perçoivent souvent les éducateurs comme étant garants de la discipline. Leur fonction implique des tâches de surveillance dans les établissements mais aussi un rôle d'encadrement, de médiation et

d'accompagnement. Les éducateurs connaissent bien les élèves mais ce statut d'interlocuteur privilégié n'est pas toujours valorisé.

L'accès des éducateurs aux formations n'est pas optimal, il peut être freiné notamment par les contraintes liées au manque d'effectif en matière d'encadrement dans les écoles.

PSE/PMS

La fonction de coordination est nécessaire à la mise en place de projets. En théorie, ce sont les équipes PSE qui devraient assurer cette fonction mais le poids de leur mandat (plusieurs écoles et sites à couvrir) limite leur implication. Lorsque les PSE collaborent, c'est généralement à la demande des directions.

Les PMS ont un rôle de relais et de lien concret (« fil rouge ») dans l'élaboration des projets. Les activités participatives qu'ils mettent en place sont une base solide sur laquelle peuvent s'appuyer les actions menées par les services spécialisés.

La collaboration limitée des PSE/PMS réduit le potentiel de synergie autour des projets. À l'instar d'une partie des enseignants, certains PMS/PSE semblent moins à l'aise avec l'animation-débat.

Les intervenants spécialisés ont tout intérêt à pratiquer l'autocritique afin d'améliorer leur approche du milieu scolaire, d'approvoiser les publics, et de viser l'implication de l'école dans son ensemble. Ils ont un rôle à jouer en matière de collaboration avec les PMS.

Familles/association de parents

Les contacts entre écoles et familles se créent souvent autour d'un problème, alors qu'il est essentiel de créer/consolider des liens entre enseignants,

directions et parents. Ecoles et familles se renvoient parfois une image négative.

Objectifs spécifiques

- Soutenir les directions des institutions d'enseignement
- Renforcer les liens entre acteurs scolaires

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Augmenter le nombre d'éducateurs dans les écoles via des financements supplémentaires.
- Soutenir les directions des institutions d'enseignement dans la mise en place de projets de prévention.
- Renforcer les moyens alloués aux PMS et PSE afin de leur permettre de s'impliquer concrètement dans les projets.
- Promouvoir les groupes d'auto-support, espaces de parole, supervisions à l'attention des directions afin de traiter les problèmes qu'elles rencontrent.
- Intensifier la formation des enseignants à la dynamique de groupe, à l'animation et à la coordination de projet.
- Intégrer la promotion de la santé, le bien-être, la pratique citoyenne, l'expression des besoins, et le développement des compétences psychosociales dans le cursus scolaire.

Actions attendues au niveau du secteur :

Couverture des actions

- Diversifier les stratégies d'intervention dans les institutions d'enseignement.

IEC

- Viser la participation active de l'ensemble de la communauté scolaire aux projets de prévention

via des enquêtes préliminaires auprès des élèves et des enseignants, ou d'autres moyens.

- Promouvoir l'ensemble des modes d'expression (par ex: artistique) et tirer parti de la culture des jeunes pour favoriser leur appropriation des projets.
- Recueillir la parole des directions, des jeunes et des enseignants.
- Créer un site internet consacré aux bonnes pratiques en tant que ressources pour les directions pour améliorer la qualité des interventions dans les écoles.

Coordination/concertation

- Mettre en place des espaces d'échange entre intervenants, parents, acteurs scolaires et jeunes en vue de créer du lien.

Partenaires privilégiés

PSE et PMS, élèves, parents et professionnels du secteur de la promotion de la santé.

AXE 4. OPTIMALISER LE TRAVAIL EN PARTENARIAT

Constats

Les partenariats entre les institutions d'enseignement et les services spécialisés permettent la mise en place d'un projet global, réunissant un ensemble de compétences.

Le soutien externe de plusieurs partenaires permet de renforcer la cohérence d'un projet.

Toute intervention à l'école devrait pouvoir être menée en collaboration avec des structures externes, par exemple avec les centres de santé mentale, les centres de planning familial et les centres culturels.

La majorité des écoles éprouvent des difficultés à établir des partenariats.

Objectifs spécifiques

- Valoriser les partenariats existants
- Initier des partenariats

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Reconnaître les réseaux existants. Cette reconnaissance devrait notamment se manifester à travers l'appui financier et la sollicitation plus fréquente de ces réseaux.

Actions attendues au niveau du secteur :

IEC

- Promouvoir les plus-values du partenariat auprès des écoles.

Coordination/concertation

- Poursuivre/initier des collaborations entre services spécialisés en assuétudes et écoles.
- Poursuivre/initier les collaborations entre services spécialisés et d'autres services spécialisés dans tous les milieux de vie des jeunes.
- Encourager les partenariats entre les secteurs de la santé et de l'enseignement au sujet du décrochage scolaire.
- Etablir des passerelles entre la promotion de la santé et la culture en favorisant des projets qui allient santé, expression et art, en partenariat avec les opérateurs socio-culturels.

Partenaires privilégiés

PMS, PSE, éducateurs, directions, jeunes, enseignants et professionnels du secteur de la promotion de la santé.

AXE 5. CONSOLIDER L'ÉVALUATION DES ACTIONS DE PRÉVENTION MENÉES EN MILIEU SCOLAIRE

Constats

Les projets de prévention les plus efficaces sont ceux qui s'inscrivent dans un cadre de promotion de la santé, en agissant sur les déterminants de la santé et du bien-être, selon une démarche participative, à court, moyen ou à long terme. Ceci n'exclut pas la mise en place d'actions ponctuelles dans les institutions d'enseignement car elles offrent un certain nombre d'opportunités: diffusion d'outils, transmission d'une philosophie, partage d'informations, meilleure connaissance mutuelle.

Il n'y a pas « une » évaluation mais des évaluations en fonction des critères retenus (résultats, processus, satisfaction, etc.) et des objectifs poursuivis (changer un comportement, améliorer les compétences psychosociales, développer une attitude, renforcer les facteurs de protection, etc.).

L'évaluation est toujours partielle: elle ne permet pas de mesurer la totalité des effets d'un projet, notamment ses bénéfices secondaires (par exemple, le renforcement de l'estime de soi ou de la gestion du stress).

Il est fréquent que les intervenants mènent des évaluations de satisfaction. Les évaluations longitudinales sont rares, en raison notamment des difficultés ressenties par rapport à leur mise en place. Un autre obstacle est lié à l'insuffisance des financements.

Les services spécialisés se perçoivent comme étant davantage outillés pour mener des évaluations qualitatives de processus que des évaluations de résultats.

Le turn-over des équipes est élevé dans le secteur de la promotion de la santé/prévention: il est nécessaire

de mettre en place des dispositifs permettant de capitaliser les savoirs et les savoir-faire en matière d'évaluation.

Les intervenants ont tendance à mener des évaluations en fonction de leurs compétences et de leurs outils (grille d'évaluation, questionnaire de satisfaction, échelle d'attitude, etc.), sans toujours chercher à développer leurs capacités et à échanger les bonnes pratiques d'évaluation.

Trop peu d'institutions d'enseignement achèvent le cycle complet d'un projet de prévention. Une fois leurs propres objectifs atteints (une fois que « le feu est éteint »), elles ont tendance à mettre fin au projet, sans nécessairement se concerter avec les intervenants. L'évaluation du projet est donc rarement menée parce qu'il ne s'agit pas nécessairement d'un objectif partagé.

Un décalage existe dans la manière de concevoir le cycle de projet. Pour les acteurs scolaires, le projet s'arrête bien souvent à la fin des activités, alors que pour les intervenants, la fin des activités est l'occasion d'une évaluation destinée à planifier de nouvelles actions.

Il est difficile de mobiliser les acteurs scolaires dans un processus d'évaluation. Ils sont peu disponibles, et pas toujours convaincus de l'utilité de l'évaluation, surtout si le projet s'est bien déroulé.

L'évaluation est un processus qui ne doit théoriquement pas se calquer sur le rythme scolaire. Or, il est très difficile d'impliquer les établissements dans des évaluations à long-terme peu compatibles avec leurs calendriers. Les évaluations ponctuelles sont réalisables mais pas les évaluations globales qui exigent du temps et des ressources (par exemple,

les évaluations par pré et post test). L'évaluation crée des tensions parce qu'elle se conçoit à long terme, alors que l'école fonctionne davantage à court terme. D'autre part, les interventions sont souvent mises en place pour répondre à des situations jugées problématiques. Une fois les « situations de crise » réglées, les établissements sont peu motivés à évaluer les actions et à entamer un nouveau cycle de projets.

Il y a un manque d'évaluation du cadre législatif. Cela peut engendrer un décalage entre les besoins des écoles en matière de prévention et les moyens alloués aux intervenants pour répondre aux demandes. Un exemple : le Décret de 2006 relatif à l'interdiction du tabac dans les écoles peut laisser penser que la question du tabagisme à l'école a été réglée une fois pour toutes. Or, l'impact de ce décret n'a pas été évalué de façon approfondie et de nombreux établissements continuent à solliciter des interventions au sujet du tabac.

Objectifs

- Promouvoir des évaluations adaptées aux contextes spécifiques des interventions
- Favoriser les échanges entre institutions autour des méthodologies et des outils

Actions prioritaires

Actions attendues au niveau politique :

- Valoriser, renforcer et pérenniser les interventions existantes qui fonctionnent déjà (« bonnes pratiques »), plutôt que de viser l'innovation à tout prix.
- Procéder à l'évaluation des politiques de santé à moyen et à long-terme, en concertation avec les organismes concernés (Ecoles de santé publique, services spécialisés, observatoires, etc.).

- Financer la formation et l'accompagnement méthodologique en évaluation.
- Garantir que les services d'accompagnement en matière d'évaluation soient centrés sur la méthodologie et non sur le contrôle.
- Préconiser une approche souple de l'évaluation, adaptée aux contextes spécifiques des interventions.
- Assurer la continuité des données d'enquête sur les comportements des jeunes.

Actions attendues au niveau du secteur :

IEC

- Promouvoir les évaluations de type qualitatif auprès des autorités politiques.
- Sensibiliser les acteurs scolaires au fait que l'évaluation fait partie intégrante de tout projet d'intervention.
- Produire et diffuser des rapports d'évaluation de projets.

Formation

- Organiser des journées d'échanges de pratiques entre intervenants sur les méthodes d'évaluation et d'analyse de la demande.
- Mettre en place des interventions pour les équipes au sujet de l'évaluation.
- Renforcer les collaborations entre les intervenants de terrain et les services universitaires dans l'évaluation des projets.

Partenaires privilégiés

Autorités politiques, services universitaires, professionnels du secteur de la promotion de la santé.

Tableau synthétique

1. MILIEU CARCERAL	
Objectif général - Renforcer la prévention/RdR liés à l’usage de drogues en milieu carcéral	
AXE 1 - AMÉLIORER LE CADRE POLITIQUE, INSTITUTIONNEL ET LÉGISLATIF BELGE CONCERNANT LA SANTÉ EN PRISON	
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Centraliser les procédures de financement des soins de santé en prison au SPF Santé publique, et les simplifier	▪ Simplifier le dispositif actuel de financements via un transfert de compétences vers le SPF Santé Publique. ▪ Organiser une concertation continue entre le fédéral et les entités fédérées afin de favoriser l’élaboration conjointe de projets.
Diversifier les peines alternatives à l’emprisonnement et élargir les critères d’accessibilité	▪ Promouvoir la dépénalisation des usages de drogues ou plaider en faveur d’une clarification/harmonisation des procédures. ▪ Plaider en faveur d’une diversification des peines alternatives consistant à élargir les catégories de détenus éligibles, en y incluant les peines de moins de trois ans. ▪ Plaider en faveur d’une augmentation des moyens alloués au suivi et à l’encadrement des mesures alternatives. ▪ Sensibiliser les magistrats aux mesures judiciaires alternatives. ▪ Multiplier les concertations au sujet des peines alternatives entre les acteurs de terrain et le milieu judiciaire.
Disposer d’un outil de recueil standardisé de données sur la santé des personnes détenues	▪ Développer la recherche qualitative et quantitative sur les besoins des détenus en matière de santé, et l’offre de services en milieu carcéral. ▪ Contribuer à l’identification des bonnes pratiques en matière de santé en prison.
AXE 2 - RENFORCER L’ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE PRÉVENTION/RDR	
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Améliorer l’accessibilité de l’information sur les psychotropes et les usages à moindre risques	▪ Confier la mission de prévention à des équipes socio-sanitaires multidisciplinaires en nombre suffisant au sein des prisons, en leur donnant les moyens et les compétences nécessaires. ▪ Elaborer des supports d’information attractifs et innovants adaptés à l’ensemble des détenus. ▪ Placer les brochures et affiches dans les lieux les plus fréquentés par les détenus: près des téléphones, dans les préaux et salles d’attente des services médicaux et infirmiers. ▪ Etendre les actions de prévention des pairs par les pairs auprès des détenus et du personnel pénitentiaire. ▪ Impliquer le personnel administratif et les représentants du culte en tant que relais d’information auprès des détenus. ▪ Encourager les services psychosociaux de chaque prison à informer les détenus sur les ressources existantes en matière d’assuétudes. ▪ Mettre en place des séances d’information au sujet des overdoses à destination des directions, assistants de surveillance, personnel psycho-médico-social, détenus et intervenants extérieurs. ▪ Mettre en place une concertation entre intervenants au sujet des traitements prophylactiques post-exposition au VIH.

Tableau synthétique

Renforcer l'accessibilité des préservatifs et gel lubrifiant à base d'eau	▪ Etendre le projet de mise en place de distributeurs discrets de préservatifs dans des lieux stratégiques de passage des détenus.
Développer les programmes d'échange de seringues (PES) en prison	▪ Informer et sensibiliser le personnel pénitentiaire sur les pratiques d'injection et mettre à jour leurs représentations sociales. ▪ Mener des enquêtes qualitatives sur l'injection en prison. ▪ Présenter les bénéfices des PES aux Ministres compétents, aux Groupes de Pilotage Locaux Drogues et au Service des Soins de Santé Prisons.
Renforcer l'accessibilité aux traitements de substitution aux opiacés	▪ Faire respecter la circulaire « santé et accès au travail en prison ». ▪ Recueillir des données sur l'accès aux traitements de substitution en prison.
Prévenir les risques infectieux liés aux pratiques de sniff, piercing et tatouage	▪ Informer et sensibiliser les détenus et le personnel pénitentiaire sur les pratiques à moindre risque de sniff, piercing et tatouage. ▪ Former les détenus sur les pratiques de tatouage. ▪ Mener des enquêtes qualitatives sur les pratiques de tatouage et de piercing en prison.
Augmenter le nombre de dépistages volontaires IST/VIH/VHB/VHC et tuberculose	▪ Systématiser l'incitation aux dépistages volontaires IST/VIH/VHB/VHC. ▪ Mettre en place des équipes socio-sanitaires multidisciplinaires internes au sein des prisons, chargées de sensibiliser les détenus et le personnel sur les bénéfices et le déroulement des dépistages.
Augmenter la couverture vaccinale VHA/VHB	▪ Informer et sensibiliser les détenus et le personnel pénitentiaire sur les VHA/VHB et le combiné vaccinal.
AXE 3 - AMÉLIORER LA MISE EN PLACE DES INTERVENTIONS ET ASSURER LA CONTINUITÉ DES SOINS EN MILIEU CARCÉRAL	
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Renforcer l'accessibilité de la prison pour les intervenants extérieurs	▪ Plaider en faveur de l'instauration d'un « service minimum » en cas de grève pour assurer la continuité des interventions auprès des détenus.
Renforcer la visibilité des intervenants extérieurs et de leurs activités	▪ Promouvoir l'édition et la diffusion de matériel de promotion de la santé, en tenant compte de la nécessaire appropriation des projets par les administrations locales.
Renforcer la formation du personnel pénitentiaire	▪ Réunir les acteurs du secteur des assuétudes en vue de développer l'offre de formation. ▪ Multiplier les offres de formation, en ciblant les différentes catégories de personnel. ▪ Plaider en faveur de la formation obligatoire de 50% des équipes médicales sur l'accompagnement des usagers de drogues (traitements de substitution, type de produits, usages, etc.). ▪ Inclure des modules de formation consacrés à la prévention/RdR dans la formation certifiante actuelle.

Assurer la continuité des soins aux détenus

- Diminuer les transferts trop rapides et trop fréquents des détenus.
- Renforcer l'information au détenu sur ses droits en matière de santé.
- Assurer que les détenus conservent le droit à la sécurité sociale en prison.
- Veiller à ce que la transmission des données médicales soit soumise à l'accord signé du détenu (respect du secret professionnel).
- Garantir qu'à leur sortie de prison, les détenus sous TSO puissent poursuivre leur traitement.

AXE 4 - RENFORCER LA CONCERTATION ENTRE LES INTERVENANTS EXTÉRIEURS ET LA PRISON

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

ACTIONS

Encourager la prise en compte des besoins des détenus

- Organiser des focus groupes avec des détenus afin de mettre en place de nouveaux projets fondés sur leurs besoins.

Consolider les Groupes de Pilotage Locaux Drogues (GPLD)

- Elargir la composition des GPLD.
- Dispenser des formations de deux jours minimum sur les assuétudes aux membres des GPLD.

Renforcer la concertation avec le Groupe de Pilotage Central Drogues (GPCD)

- Assurer l'opérationnalisation du GPCD.
- Encourager le GPCD à informer les intervenants des enjeux et décisions stratégiques.

2. MILIEU DE LA RUE

Objectif général - Réduire les risques liés aux usages de drogues par injection

AXE 1 - ASSURER UNE MEILLEURE RECONNAISSANCE DES INTERVENTIONS DE RÉDUCTION DES RISQUES

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

ACTIONS

Promouvoir la RdR auprès du politique, de l'opinion publique et des médias

- Mettre en place un cadre légal facilitant la mise en place d'actions de RdR et qui garantit un financement structurel adéquat.
- Créer un volet RdR à l'INAMI permettant de dispenser des soins gratuits et anonymes aux usagers de la rue les plus marginalisés n'ayant pas de couverture sociale.
- Mettre en place des opérations de promotion de la RdR auprès de l'environnement direct des comptoirs d'échange de seringues (voisinage, commerçants).

Renforcer les compétences des professionnels

- Développer l'offre de formation au sein du secteur.
- Multiplier les échanges de pratiques entre intervenants via les réseaux existants, par exemple.
- Intégrer la RdR dans le cursus de base des futurs professionnels du secteur socio-sanitaire (médecins, infirmiers, pharmaciens, assistants sociaux, psychologues, éducateurs, etc.).

Tableau synthétique

AXE 2 - AMÉLIORER L'ACCÈS DES USAGERS AU MATÉRIEL STÉRILE D'INJECTION	
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Consolider le dispositif d'accès au matériel stérile d'injection	- Obtenir un soutien politique et financier des comptoirs fixes d'échange de seringues : renforcer les équipes et les structures, compte tenu de la demande croissante des usagers. - Obtenir un financement pour la mise en place d'automates de seringues, en associant l'ensemble des acteurs concernés.
Étendre le dispositif d'accès au matériel stérile d'injection aux publics et zones non-couverts	- Bénéficier d'un soutien financier pour développer les dispositifs mobiles (bus et maraudes) d'accès au matériel stérile d'injection. - Mettre en place des actions de sensibilisation des pairs par les pairs (opérations « Boule de Neige ») dans les zones péri-urbaines et rurales. - Obtenir des autorisations légales permettant aux équipes d'éducateurs de rue (maraudes) de couvrir de plus grandes zones géographiques dans le cadre des contrats de quartier. - Impliquer de nouvelles pharmacies dans la promotion des pochettes Stérifix, en tenant compte de leur situation géographique (zones rurales/urbaines). - Former les usagers et les impliquer activement dans la promotion des pochettes Stérifix. - Explorer la possibilité de diffuser les pochettes Stérifix par d'autres canaux que le réseau de pharmacies. - Réaliser des études exploratoires sur l'offre et la demande de services socio-sanitaires bas-seuil dans les zones péri-urbaines et rurales.
Stimuler la demande de matériel connexe auprès des usagers injecteurs	- Réactualiser/renforcer l'information (via une brochure, par exemple) sur le matériel connexe d'injection à usage unique auprès des usagers. - Poursuivre la promotion d'alternatives à l'injection auprès des usagers, via les comptoirs d'échange de seringues et les maraudes en rue.
AXE 3 - AMÉLIORER LES CONDITIONS D'USAGE PAR INJECTION ET LEURS CONSÉQUENCES SOCIO-SANITAIRES	
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Améliorer les conditions d'hygiène et de sécurité dans lesquelles s'effectue l'injection	Obtenir un financement pour la mise en place de salles de consommation supervisée en impliquant l'ensemble des acteurs concernés.
Renforcer la récupération de matériel d'injection usagé	- Relancer la promotion des récupérateurs de seringues usagées (RESU) dans les grandes villes. - Développer des outils et mener des actions de sensibilisation (par exemple, opérations Boule-de-neige ciblées) sur la récupération des seringues usagées auprès des acteurs de la rue (y compris les polices locales) et des acteurs généralistes du soin.
AXE 4 - RENFORCER LE LIEN ENTRE LES INTERVENANTS ET LES PUBLICS SPÉCIFIQUES ET/OU DITS « CACHÉS »	
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Développer la recherche	Analyser les stratégies d'approche adoptées dans le nord de la Belgique et dans d'autres pays européens et identifier des recherches-prioritaires sur les publics difficiles à atteindre.
Étendre les actions de proximité (« outreach ») en rue	- Mener des projets de prévention/RdR participatifs (dont les opérations « boule-de-neige ») auprès des femmes. - Obtenir un soutien financier pour étendre l'offre de soins en rue. - Au niveau communal, obtenir des autorisations permettant aux équipes de rue de se déployer dans les quartiers. - Obtenir les assurances et autorisations officielles pour mener des interventions dans les squats.

Former les publics-relais concernés	▪ Renforcer la formation en prévention/RdR des professionnels travaillant avec les migrants. ▪ Renforcer la formation des professionnels de la santé sur les usages de drogues et la prostitution. ▪ Renforcer la formation des adultes-relais du secteur de la jeunesse, et de l'aide à la jeunesse.
Renforcer la concertation avec les réseaux d'action sociale impliqués dans la lutte contre l'exclusion et la marginalité	▪ Créer des supports d'information répertoriant les structures socio-sanitaires bas-seuil existantes et les diffuser auprès des services d'urgence et des maisons médicales afin de mieux orienter les usagers. ▪ Mettre en place des partenariats avec les intervenants travaillant sur la prostitution féminine et masculine. ▪ Multiplier les réunions de concertation avec les structures bas-seuil et réseaux d'action sociale.
Encourager la mise en place de structures d'hébergement de transition pour les usagers précarisés	▪ Créer des centres de crise et « sleep-in » dans les zones urbaines.

3. MILIEU FAMILIAL

Objectif général - Améliorer la cohérence et la continuité des actions de prévention/RdR en matière de drogues et de parentalité

AXE 1 - PÉRENNISER LES ACTIONS

OBJECTIF SPÉCIFIQUE	ACTIONS
Obtenir l'harmonisation des logiques de financement et l'agrément des services	▪ Obtenir l'agrément des services. ▪ Obtenir des moyens supplémentaires afin d'assurer la continuité des actions auprès des bénéficiaires. ▪ Obtenir la création d'un guichet pour faciliter les demandes de subsides. ▪ Assurer une participation continue des intervenants du secteur aux réunions de concertation.

AXE 2 - AMÉLIORER L'ADÉQUATION ENTRE L'OFFRE DES INTERVENANTS ET LES BESOINS SPÉCIFIQUES DES BÉNÉFICIAIRES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE	ACTIONS
Plébisciter la participation des bénéficiaires aux actions proposées	▪ Clarifier les demandes des bénéficiaires en s'appuyant sur leurs ressources (parcours, difficultés, savoirs, etc.). ▪ Adapter les interventions aux besoins des bénéficiaires tout au long du processus d'accompagnement (respect du rythme).
Intensifier la communication entre professionnels et bénéficiaires	▪ Informer/sensibiliser les familles et les professionnels sur les services de prévention/RdR existants, leurs approches et leurs activités (« points parents », lignes téléphoniques spécifiques).

Tableau synthétique

Renforcer la prise en charge de proximité des familles précarisées	▪ Accroître les visites à domicile auprès des familles précarisées. ▪ Renforcer le travail en réseau autour des familles précarisées.
Promouvoir la formation continue des intervenants	▪ Développer les interventions et promouvoir l'accès des professionnels à la formation continue.
AXE 3 - ACTUALISER LES CONNAISSANCES ET METTRE À JOUR LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES LIÉES AUX USAGES DE DROGUE ET À LA PARENTALITÉ DES PROFESSIONNELS DU SECTEUR PSYCHO-MÉDICO-SOCIAL	
OBJECTIF SPÉCIFIQUE	ACTIONS
Actualiser les connaissances des professionnels sur la parentalité et l'usage de drogues	▪ Intégrer un module de formation sur la parentalité et la toxicomanie dans le cursus de base des futurs professionnels de divers secteurs (petite enfance, assuétudes, jeunesse, aide à la jeunesse, justice, hébergement, soins, etc.).
Sensibiliser les professionnels et les bénéficiaires sur la question des représentations sociales	▪ Organiser des colloques et séminaires sur les drogues et la parentalité à destination des (futurs) professionnels des secteurs concernés.
AXE 4 - PROMOUVOIR LA MOBILISATION ET LA PARTICIPATION DES PARENTS AUX ACTIONS DE PRÉVENTION/RDR	
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Renforcer l'information sur l'offre de services existants	▪ Faire connaître les activités, spécificités et complémentarités des services spécialisés aux parents
Solliciter la présence des parents ou aller à leur rencontre	▪ Développer l'offre d'animations centrées sur des thématiques générales (les jeunes, l'éducation, ou la santé) en vue de mobiliser les parents.
AXE 5 - OPTIMALISER LE TRAVAIL EN RÉSEAU	
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Promouvoir la concertation et le travail multidisciplinaire	▪ Multiplier les espaces de rencontre entre professionnels des secteurs concernés pour favoriser les échanges de pratiques. ▪ Mettre en place des dispositifs de transmission des pratiques et des savoirs pour assurer la continuité des partenariats malgré le turn-over élevé des équipes.
Consolider les réseaux existants et accroître leur visibilité	▪ Attirer l'attention des autorités politiques sur la fragilisation des partenariats induite par le morcellement des compétences. ▪ Sensibiliser les professionnels de divers secteurs à la nécessité d'un travail en réseau. ▪ Renforcer l'information sur les activités des réseaux déjà existants sur le terrain. ▪ Veiller à la participation des familles dans les réseaux.

4. MILIEUX FESTIFS

Objectif général - Normaliser les interventions de prévention/RdR dans les milieux festifs

AXE 1 - FAVORISER LA RECONNAISSANCE STRUCTURELLE (FINANCEMENTS, CADRE LÉGAL ET RECONNAISSANCE POLITIQUE) DE LA PRÉVENTION/ RDR EN MILIEUX FESTIFS

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Plébisciter la mise en œuvre de politiques favorisant les contextes et les usages plus responsables et moins risqués	▪ Equilibrer les moyens financiers alloués à la promotion de la santé par rapport à la sécurité et aux soins. ▪ Favoriser les subsides par agrément plutôt que par projets. ▪ Mettre en place un cadre légal contraignant les organisateurs d'événements rassemblant plus de 500 personnes à intégrer des dispositifs de prévention/RdR.
Intensifier la promotion des actions menées en milieux festifs auprès des autorités locales, provinciales et communautaires via des actions d'information	▪ Créer un guide de bonnes pratiques en matière d'organisation d'événements pour les acteurs politiques locaux. ▪ Elaborer et diffuser des brochures sur les projets mis en œuvre et solliciter des entrevues auprès des cabinets.
Renforcer le dispositif « d'alertes précoces » (« Early warning system »)	▪ Faire figurer « l'analyse de produits » dans la mission « Early warning system » de l'Institut de Santé Publique. ▪ Mettre en place, au niveau national, un groupe de travail « Early warning system » composé des points focaux, des sous-points focaux et des acteurs de terrain impliqués dans les collectes d'échantillon et dans la diffusion des messages d'alerte. ▪ Elaborer et proposer de nouvelles stratégies de diffusion des messages d'alerte via le groupe de travail « Early warning system ». ▪ Obtenir un document officiel des ministres concernés indiquant que l'analyse de substances illégales (« testing ») est un projet de santé publique financé par le gouvernement.

AXE 2 - ADAPTER L'OFFRE DE SERVICES À L'ÉVOLUTION CONSTANTE DES MILIEUX FESTIFS, DES USAGES ET DES PUBLICS

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Promouvoir la flexibilité et la complémentarité des actions et des dispositifs	▪ Renforcer les dispositifs de concertation et de coordination entre acteurs concernés. ▪ Renforcer la formation des équipes.
Intensifier la recherche sur les milieux festifs, les publics, les usages et les stratégies d'intervention	▪ Mener des recherches-actions et mettre en place des focus groupes, des projets pilotes et les évaluer.

Tableau synthétique

AXE 3 - RENFORCER LES PARTENARIATS INTRA ET INTERSECTORIELS	
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Soutenir la formation des professionnels	▪ Augmenter les interventions et échanges de pratiques entre intervenants du secteur. ▪ Intégrer un volet « promotion de la santé/assuétudes et RdR » dans le cursus de base des futurs professionnels du secteur psycho-médico-social.
Renforcer les concertations intersectorielles	▪ Inciter les acteurs politiques locaux à inviter les acteurs de la RdR aux réunions de concertation organisées dans le cadre de la préparation d'événements festifs. ▪ Mettre en place des conférences interministérielles en vue de renforcer la coordination entre les secteurs concernés par la prévention/RdR: santé publique, secteur psycho-médico-social, jeunesse, enseignement, culture, justice, commerce, etc.
Développer les concertations intrasectorielles	▪ Obtenir un soutien financier pour la mise en place d'un dispositif de coordination intrasectoriel.
Accroître la visibilité des partenariats et des projets participatifs existants	▪ Mieux faire connaître les principes de RdR au grand public et aux autorités locales et provinciales. ▪ Intensifier l'information sur les activités menées auprès des acteurs politiques locaux.
Promouvoir les bonnes pratiques en matière d'organisation d'événements	▪ Créer un guide de bonnes pratiques en matière d'organisation d'événements pour les acteurs politiques locaux.
AXE 4 - RENFORCER LA PARTICIPATION ET LA RESPONSABILISATION DES PUBLICS-CIBLES ET DES PUBLICS-RELAIS DANS LES INTERVENTIONS	
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Assurer la participation des « publics-relais » (barmen, jobistes, personnel de sécurité)	▪ Valoriser l'apport du processus participatif, tant au niveau du projet, que des partenaires et des bénéficiaires.
Promouvoir la reconnaissance de l'expertise des « jobistes » et renforcer leur participation	▪ Obtenir un document des pouvoirs subsidants indiquant que les intervenants travaillent de manière participative avec des usagers défrayés dans l'anonymat.
Intensifier les actions de prévention/RdR auprès des adultes	▪ Mener des initiatives de sensibilisation auprès des adultes en milieux festifs et auprès des maisons maternelles, des AMO et de l'ONE.
Consolider l'expertise des professionnels du secteur en matière de drogues émergentes	▪ Renforcer l'information sur les produits de synthèse, les drogues émergentes et les « rumeurs » médiatiques au sein du secteur.

AXE 5 - RENFORCER L'ÉVALUATION DES INTERVENTIONS

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Co-construire une méthodologie commune d'évaluation des interventions	- Promouvoir la co-construction de canevas d'évaluation par les intervenants, leurs partenaires et les pouvoirs subsidiaires. - Au niveau du secteur, élaborer un référentiel méthodologique proposant des indicateurs d'évaluation des interventions, des exemples d'outils et de démarches en vue de mieux valoriser le travail effectué. - Renforcer et étendre le monitoring des déterminants de la santé.
Améliorer les capacités des intervenants en matière d'évaluation	Solliciter les réseaux existants pour la mise en place de journées d'échange consacrées à l'évaluation.

5. MILIEU SCOLAIRE

Objectif général - Développer la promotion de la santé dans les institutions d'enseignement

AXE 1 - RENFORCER LA CONTINUITÉ DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LES INSTITUTIONS D'ENSEIGNEMENT

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Optimaliser les compétences en promotion de la santé des acteurs scolaires et des intervenants du secteur médico-psycho-social	- Obtenir une reconnaissance officielle des formations en promotion de la santé d'équipes pédagogiques d'une même institution scolaire en tant que formations continues à part entière. - Répertorier les intervenants spécialisés en assuétudes dans les catalogues de formation comme celui de l'IFC. - Intégrer un module de formation en promotion de la santé dans le cursus de base des enseignants de tous les niveaux (y compris agrégations) et dans celui des futurs professionnels du secteur médico-psycho-social. - Garantir l'accès de l'ensemble des institutions de première ligne (écoles, internats, universités, centres fermés, etc.) à un programme de formation complémentaire en promotion de la santé. - Proposer des aménagements en termes de temps de travail aux enseignants afin de diminuer le volontariat concernant la participation aux projets de prévention. - Constituer des équipes internes (« pool ») formées en promotion de la santé au sein des institutions d'enseignement.
Pérenniser les équipes et les services actifs en promotion de la santé et prévention des assuétudes	- Mettre en place un guichet unique entre régions et communautés. - Mettre en place un système d'agrément des services. - Harmoniser les canevas administratifs des régions et des communautés, en collaboration avec le secteur de la promotion de la santé.
Allouer des moyens financiers de manière structurelle aux institutions d'enseignement en vue d'augmenter le temps consacré à la promotion de la santé	Ré-instituer des incitants financiers donnés directement aux écoles pour faciliter la mise en place d'actions de promotion de la santé.

Tableau synthétique

AXE 2 - RENFORCER LA PRISE EN COMPTE DES SPÉCIFICITÉS DES INSTITUTIONS D'ENSEIGNEMENT ET DES PUBLICS DANS L'OFFRE DE SERVICES	
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Favoriser la co-construction des programmes et des interventions de prévention/promotion de la santé dans les institutions d'enseignement	▪ Diversifier les stratégies d'intervention dans les institutions d'enseignement. ▪ Répondre aux demandes ponctuelles des écoles. ▪ Conserver la dimension « sur mesure » de l'offre des services spécialisés en assuétudes. Garantir un travail d'accompagnement à long-terme des écoles, sans qu'il soit assujéti au calendrier scolaire annuel. ▪ Poursuivre la sensibilisation des écoles au sujet du type d'approche utilisée en promotion de la santé.
Renforcer les programmes et actions de prévention/promotion de la santé auprès de publics spécifiques	▪ Mener un plaidoyer auprès des directions d'Universités et Hautes écoles pour que la santé des étudiants soit une priorité. ▪ Cibler les étudiants, en tant que public-cible et futurs promoteurs de la santé, professionnels, et décideurs. ▪ Cibler les internats et institutions accueillant des publics précarisés: leur faire connaître l'offre des services spécialisés, et les mobiliser.
AXE 3 - GÉNÉRER DES DYNAMIQUES PARTICIPATIVES AU SEIN DES INSTITUTIONS D'ENSEIGNEMENT	
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Soutenir les directions des institutions d'enseignement	▪ Sensibiliser les politiques/administrations à la nécessité d'un soutien aux directions des institutions d'enseignement pour la mise en place de projets de prévention. ▪ Créer des groupes d'auto-support, des espaces de parole, de supervision, et d'entraide à l'attention des directions afin de traiter les problèmes qu'elles rencontrent. ▪ Créer un site internet consacré aux bonnes pratiques en tant que ressources pour les directions pour améliorer la qualité des interventions dans les écoles.
Renforcer les liens entre acteurs scolaires	▪ Recueillir la parole des directions, des jeunes et des enseignants. ▪ Impliquer concrètement les PSE et PMS dans les projets, en leur donnant du temps et des moyens, et viser à optimiser leurs compétences. ▪ Mettre en place des espaces d'échange entre intervenants, parents, acteurs scolaires et jeunes en vue de créer du lien. ▪ Augmenter le nombre d'éducateurs dans les écoles via des financements supplémentaires. ▪ Viser la participation active de l'ensemble de la communauté scolaire aux projets de prévention via des enquêtes préliminaires auprès des élèves et des enseignants, ou d'autres moyens. ▪ Promouvoir l'ensemble des modes d'expression (par ex : artistique) et tirer parti de la culture des jeunes pour favoriser leur appropriation des projets. ▪ Intensifier la formation des enseignants à la dynamique de groupe, à l'animation et à la coordination de projet. ▪ Intégrer la promotion de la santé, le bien-être, la pratique citoyenne, l'expression des besoins, et le développement des compétences psychosociales dans le cursus scolaire.

AXE 4 - OPTIMALISER LE TRAVAIL EN PARTENARIAT

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Valoriser les partenariats existants	▪ Faire reconnaître les réseaux existants. Cette reconnaissance devrait se manifester au niveau politique à travers l'appui financier et la sollicitation plus fréquente de ces réseaux. ▪ Promouvoir les plus-values du partenariat auprès des écoles.
Initier des partenariats	▪ Poursuivre/initier des collaborations entre écoles et services spécialisés. ▪ Poursuivre/initier les collaborations entre services spécialisés en assuétudes et d'autres services spécialisés dans tous les milieux de vie des jeunes. ▪ Encourager les partenariats entre les secteurs de la santé et de l'enseignement au sujet du décrochage scolaire. ▪ Etablir des passerelles entre la promotion de la santé et la culture.

AXE 5 - CONSOLIDER L'ÉVALUATION DES ACTIONS DE PRÉVENTION MENÉES EN MILIEU SCOLAIRE

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIONS
Promouvoir des évaluations adaptées aux contextes spécifiques des interventions	▪ Valoriser, renforcer et pérenniser les interventions existantes qui fonctionnent déjà (« bonnes pratiques »). ▪ Mesurer l'impact des politiques de santé à moyen et à long-terme. ▪ Garantir que les services d'accompagnement en matière d'évaluation soient centrés sur la méthodologie et non sur le contrôle. ▪ Préconiser une approche souple de l'évaluation, adaptée aux contextes spécifiques des interventions. ▪ Renforcer les procédures d'évaluation continue dans les projets d'intervention. ▪ Promouvoir les évaluations de type qualitatif. ▪ Sensibiliser les acteurs scolaires au fait que l'évaluation fait partie intégrante de tout projet d'intervention. ▪ Produire et diffuser des rapports d'évaluation de projets. ▪ Favoriser le partage des outils d'évaluation entre intervenants. ▪ Renforcer les procédures d'analyse de la demande et d'évaluation dans la méthodologie des projets. ▪ Assurer la continuité des données d'enquête sur les comportements des jeunes.
Favoriser les échanges entre institutions autour des méthodologies et des outils	▪ Organiser des journées d'échanges de pratiques entre intervenants sur les méthodes d'évaluation et d'analyse de la demande. ▪ Mettre en place des interventions pour les équipes au sujet de l'évaluation. ▪ Renforcer les collaborations entre les intervenants de terrain et les services universitaires dans l'évaluation des projets.

Conclusions

La concertation mise en place dans le cadre de ce projet est la première étape d'un processus qui devrait être envisagé à long-terme. Elle a permis aux intervenants de terrain de partager leurs préoccupations, sur la base de leurs pratiques respectives et devrait s'inscrire dans une logique continue de renforcement de la cohérence des actions de prévention/RdR en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Au cours de la concertation, les intervenants ont formulé une série de constats, d'objectifs et d'actions susceptibles d'améliorer le contexte d'intervention, d'optimiser la participation des publics-cibles et des publics-relais, et de promouvoir l'acquisition des compétences de ces derniers.

Un grand nombre de ces constats et propositions d'action ont déjà été formulés à plusieurs reprises au sein du secteur par le passé. Cela peut donc laisser penser aux intervenants que leurs constats n'ont pas été suivis de mesures concrètes.

Il est donc attendu que **les résultats présentés dans ce document soient l'une des sources privilégiées** pour orienter l'élaboration de la future politique des assuétudes en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Un constat majeur issu du travail collectif est que les acteurs de terrain **se sentent peu reconnus et peu compris** dans leurs approches et pratiques d'intervention. Un profond décalage persiste entre

les attentes politiques et celles du secteur. Il s'avère donc indispensable de construire un pont entre les acteurs politiques et ceux du terrain. Ce pont pourrait, par exemple, prendre la forme d'un espace de dialogue permanent regroupant l'ensemble des instances politiques concernées et les professionnels de la prévention et de la réduction des risques. Cet espace de concertation multilatérale permettra aux acteurs politiques et aux intervenants de terrain de co-construire de façon continue des stratégies cohérentes au profit des bénéficiaires.

Les institutions de terrain se voient confrontées à de sévères contraintes dues au **morcellement actuel des compétences exercées par les différents niveaux de pouvoir**. Le découpage administratif des compétences ne correspond ni aux réalités des interventions ni à celles des usages. Cela se traduit par des logiques d'intervention diversifiées et des difficultés opérationnelles au niveau du terrain. Les accords de coopération actuels entre entités fédérées semblent insuffisants à pallier ce cloisonnement. La création d'un guichet unique ou la mise en place de comités d'accompagnement conjoints aux entités sont préconisées par les intervenants pour atténuer les effets de ce cloisonnement.

La **pérennisation des actions** est actuellement entravée par un sous-financement chronique du secteur. L'insuffisance des budgets alloués aux démarches de prévention et de réduction des risques est d'autant plus manifeste que les ressources dévolues aux mesures répressives augmentent. Le sous-financement des structures entraîne la précarisation et le turn-over élevé des équipes: incertitude liée à l'instabilité des contrats, peu de garantie concernant l'indexation des salaires, non prise en compte de l'ancienneté, etc. La mise en place **d'un système d'agrément des institutions spécialisées** en assuétudes est une mesure fortement

plébiscitée par le terrain pour assurer la pérennité des actions existantes ayant fait leurs preuves.

L'une des priorités est de **consolider** les dispositifs existants, en visant la continuité, la complémentarité et l'adaptabilité: l'offre de service doit être adaptée à l'évolution constante des pratiques, des besoins, des publics et des contextes d'intervention. Cela implique une analyse continue des attentes des bénéficiaires et une offre «sur mesure». Multiplier les échanges de pratiques relatifs à la gestion des demandes est l'une des pistes d'action formulées par les intervenants pour assurer cette dynamique d'adaptabilité continue aux besoins des usagers. En milieu scolaire, par exemple, tenir compte de la «culture» propre à chaque école permet d'élaborer des projets créatifs et pérennes, et de réduire d'éventuels décalages entre l'offre de prévention et la demande formulée (CLPS de Bruxelles, 2011).

Promouvoir la participation, et la **prise en compte des besoins des publics-cibles et des publics-relais** restent des objectifs essentiels et des principes d'action en prévention et réduction des risques. En milieu familial, par exemple, recueillir la parole des parents permet de mieux cerner leurs attentes et de créer une dynamique d'appropriation. Dans les milieux carcéral, festif ou de la rue, il s'agit de s'appuyer sur l'expertise des «jobistes» et d'assurer leur participation à l'élaboration, la mise en place et le suivi des projets, en garantissant le maintien de leur anonymat et leur défraiement.

L'amélioration des compétences des professionnels des assuétudes, et des publics-relais, est également promue, à travers un accès renforcé **aux formations** en promotion de la santé.

Il convient également, dans une perspective de réduction des inégalités sociales, de renforcer l'**accessibilité des dispositifs** pour les bénéficiaires. Par exemple, renforcer et étendre la couverture des actions de proximité auprès des usagers de la rue.

Les bénéfices du **travail en partenariat** ont été évoqués par l'ensemble des intervenants. Les collaborations existantes constituent à la fois une plus-value pour les bénéficiaires et une ressource essentielle en termes d'acquisition de compétences pour les professionnels. La mise en place et le maintien des partenariats occupent une part importante du travail des intervenants. Assurer la continuité des collaborations demande un investissement considérable qui n'est pas toujours pris en compte par les pouvoirs publics, alors qu'il s'agit d'un garant de la qualité des interventions. La visibilité des partenariats et la mise en valeur de leurs bénéfices devraient être renforcées.

D'autre part, et en lien avec ce travail en partenariat, les **concertations intersectorielles** pourraient être développées : par exemple, des collaborations plus étroites entre les actions menées en rue auprès de publics précarisés et les réseaux d'action sociale. Cette articulation permettrait que la RdR liée aux usages de drogues fasse partie intégrante d'une stratégie plus vaste de réduction des inégalités en matière de santé (Bello et al, 2010). De même, la prévention des assuétudes en milieu scolaire pourrait s'enrichir d'alliances avec les institutions actives dans l'ensemble des milieux de vie des jeunes (y compris les opérateurs socio-culturels), afin de favoriser l'adéquation de l'offre aux spécificités des jeunes.

Un certain nombre de **publics spécifiques** devraient bénéficier d'interventions ciblées. En

milieu de la rue, une attention particulière devrait être portée aux publics «cachés» ou difficiles à atteindre en raison de leur mobilité constante, de la stigmatisation, de l'isolement et de la précarisation. Il s'agit, par exemple, des mineurs injecteurs et primo-injecteurs, souvent initiés par des aînés et peu informés, et des femmes usagères de drogue.

Perspectives

Ce document est le résultat d'une concertation menée avec les acteurs de terrain depuis 2011. Les intervenants ont démontré une forte implication dans le processus d'élaboration collective. Le projet a permis des échanges de pratiques et la formulation de propositions d'actions. Celles-ci devraient être intégrées dans un processus de concertation continu qui aboutirait à leur opérationnalisation.

Cela implique d'une part, la **mise à jour régulière** des constats et actions proposées. Et d'autre part, l'inclusion des points de vue des professionnels qui n'ont pas participé au projet. En effet, les cinq groupes de travail mis en place ont essentiellement mobilisé les acteurs du secteur de la promotion de la santé et des assuétudes. Les constats et recommandations issus du travail collectif devraient donc être **complétés** par une concertation des professionnels de la petite enfance, de la jeunesse, de l'aide à la jeunesse, des soins, de l'enseignement, de l'hébergement, et de la culture, par exemple. Par ailleurs, l'état des lieux présenté dans ce rapport pourrait être confronté aux points de vue des usagers de drogues à travers des focus groupes et des entretiens qualitatifs. Enfin, ces constats devraient être également consolidés par des données quantitatives sur la couverture des actions, les besoins des publics non-couverts, ou l'accessibilité aux services.

Les objectifs et actions proposés devraient être **prioritisés** par les professionnels du secteur au moyen de critères sélectifs: par exemple, la pertinence des actions (valeur ajoutée, complémentarité), leur opportunité (contexte favorable), leur faisabilité à court et moyen terme (moyens à mobiliser), et leur mesurabilité (évaluation de l'impact).

Le contenu de la concertation devrait également faire l'objet **d'une mise en commun** avec les autres plans stratégiques qui sont basés sur un processus participatif: par exemple, avec les Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA en Fédération Wallonie-Bruxelles et le Plan de réduction des risques liés à l'usage de drogues en Région de Bruxelles-capitale.

Des **indicateurs de suivi** devraient être identifiés en concertation avec les intervenants, selon une logique «de négociation permanente» (Bantuelle et al, 2001), afin de garantir leur adéquation avec les besoins des acteurs de terrain.

Enfin, le **coût des actions** prioritaires devrait également être établi et confronté aux bénéfices attendus.

Bibliographie

BANTUELLE, M., DEMEULEMEESTER, R.

Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. INPES. Saint-Denis, 2008. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf>

BANTUELLE, M., MOREL, J., DARGENT, D. *L'évaluation, un outil au service du processus.* Santé Communauté Participation asbl. Bruxelles, 2001. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.sacopar.be/files/documents/santecom5.pdf>

BEAUCHESNE, L. « Les drogues, en parler avec nos enfants ». In : Les Cahiers de Prospective Jeunesse, no 44, septembre 2007.

BÉDUWÉ, C., COPPIETERS, Y., COLLIGNON, JL., HUBENS, V., LEVÊQUE A. *Proposition de Plan de promotion de la santé cardiovasculaire en Communauté française.* Vol. 1. Programmation générale. CAP Cœur. Bruxelles, 2009.

BELLIS, M.A., HUGHES, K., MORLEO, M., TOCQUE, K., HUGHES, S., ALLEN T., HARRIS, D., RODRIGUES, E. « Predictors of risky alcohol consumption in schoolchildren and their implications for preventing alcohol-related harm ». In : Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 2:15. 2007.

BELLO, P., BEN LAKHDAR, C., CARRIERI, M.P., et al. *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues.* Expertise collective. INSERM. Paris, 2010.

BEURET, J-E. **De la négociation conflictuelle à la négociation concertative: un « Point de Passage Transactionnel »**. In : Négociations, no 13, 2010.

BOULANGER, N. **Parentalité et toxicomanie**. Fonds Houtman. Bruxelles, 1996.

BRUXELLES SANTÉ. **Abus d'alcool : prévenir sans stigmatiser**. Actes du Colloque organisé le 16 novembre 2004 par les Asbl Infor-Drogues et Question Santé avec le soutien de la Commission Communautaire Française. No spécial. Bruxelles, 2005. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.questionsante.org/03publications/charger/bxlsante2005.pdf>

CADET-TAÏROU A., REYNAUD-MAURUPT C., COSTES J.-M., PALLE C. « **Enquêtes quantitatives auprès des populations difficiles à joindre : l'expérience de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies** ». In : Methodological Innovations Online 5 (2). Paris, 2010. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir [http://www.pbs.plym.ac.uk/mi/pdf/05-08-10/8.%20Cadet-Tairou%20French%20\(formatted\).pdf](http://www.pbs.plym.ac.uk/mi/pdf/05-08-10/8.%20Cadet-Tairou%20French%20(formatted).pdf)

CASERO, L., HOGGE, M., RWUBU, M., BASTIN, P., DAL, M., VANHUYCK, C. **L'usage de drogues en Communauté française. Rapport Communauté française 2010**. Eurotox asbl. Bruxelles, 2011.

CENTRE LOCAL DE PROMOTION DE LA SANTÉ DE BRUXELLES. **Assu-études. Une enquête menée auprès des acteurs de l'enseignement secondaire de la Région de Bruxelles-Capitale**. Bruxelles, avril 2011. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.clps-bxl.org/pdf/clps_assuetudes_light.pdf

CENTRE LOCAL DE PROMOTION DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DU LUXEMBOURG. **Actes du colloque Prévention des assuétudes en milieu scolaire** (dans

le cadre du Point d'Appui aux écoles en matière de prévention des assuétudes du CLPS Luxembourg). Libramont, le 18 avril 2008.

CENTRE LOCAL DE PROMOTION DE LA SANTÉ DE LA PROVINCE DU LUXEMBOURG. **La prévention des assuétudes en milieu scolaire. Evolution des pratiques et des besoins sur la Province du Luxembourg**. Travail réalisé par le comité de pilotage du « Point d'appui aux écoles en matière de prévention des assuétudes ». Projet pilote confié au CLPS Lux.

CHERBONNIER, A., DEGRAEN, M. **Assises de la réduction des risques liés à l'usage de drogues », Actes du colloque organisé à Bruxelles les 4 et 5 décembre 2003**. Organisé par Modus Vivendi asbl en collaboration avec Question Santé asbl. Bruxelles, 2004. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/colloque_rdr_ud.pdf

COLLEGE D'EXPERTS EN ASSUETUDES. **Constats et recommandations en vue d'un plan concerté en matière de prévention, d'aide et de soins en matière d'assuétudes (RW/CF/CCF)**. Bruxelles, 2005. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/Assuetudes/assuetudes_rapport_06_2005.pdf

CONFÉRENCE MINISTÉRIELLE EUROPÉENNE DE L'OMS SUR LES JEUNES ET L'ALCOOL. **Déclaration sur les jeunes et l'alcool** (Adoptée à Stockholm le 21 février 2001).

CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE. **Plan d'action drogue de l'Union européenne (2009-2012)**. Journal officiel de l'Union européenne (2008/C 326/09), 20.12.2008. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_drugs/jl0019_fr.htm

CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE. **Stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012). 22.11.2004.** En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://register.consilium.europa.eu/pdf/fr/04/st15/st15074.fr04.pdf>

COORDINATION PERMANENTE CELLULE GÉNÉRALE DE POLITIQUE DROGUES. **Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique.** Déclaration Conjointe de la Conférence Interministérielle Drogues. 25 janvier 2010. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.feditobxl.be/files/D%C3%A9claration%20commune%20de%20politique%20globale%20drogues_25janvier2010.pdf

DE COMMER, B. « **L'école face aux assuétudes : entre répression, prévention et inaction** ». In : Drogues, Santé, Prévention, no 57. Prospective Jeunesse. Bruxelles, 2010. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.prospective-jeunesse.be/IMG/pdf/PJ57DECOMMER.pdf>

DECORTE, T., STOFFELS, I., LEURIDAN, E., et al. **Prostitution et drogues. Une étude quantitative et qualitative concernant l'usage de drogues chez les travailleurs du sexe en Belgique.** Résumé. 2011.

DE CROMBRUGGHE, G., DUPUIS, M., KAUFFMAN, D., NÈVE, J. « **Comment organiser la prévention des assuétudes à l'école : promouvoir plutôt que prévenir** ». In : Drogues, Santé, Prévention, no 57. Prospective Jeunesse. Bruxelles, 2010. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.prospective-jeunesse.be/IMG/pdf/PJ57DECOMBRUGGHE_ET_CO.pdf

DE MAERE, W., HARIGA, F., BARTHOLEYNS, F., VANDERVEKEN, M. **Santé et usage de drogues en milieu carcéral, Développement d'un instrument de recherche épidémiologique.** Free Clinic VZW, Modus Vivendi ASBL, Université libre Bruxelles, École des sciences criminologiques Léon Cornil, Université Catholique de

Louvain, Département de criminologie et de droit pénal. Mars 2000.

DIAZ GOMEZ, C. **Les salles de consommation en Europe. Synthèse de la revue de littérature internationale.** Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Saint-Denis, 20 mai 2009. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcdp5.pdf>

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. **Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants. Résultat d'une réflexion commune.** Québec. Mars 2010. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-202-02.pdf>

DOLAN, K., MERGHATIKHOEI, E., BRENTARI, C., STEVENS, A. **Prison and Drugs : A global review of incarceration, drug use and drug services.** The Beckley Foundation Drug Policy Programme. Report 12.2007. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.beckleyfoundation.org/pdf/Beckley_RPT12_Prisons_Drugs_EN.pdf

DOUMONT D., VERSTRAETEN K., FAVRESSE, D., ET AL. « **La santé des 12-18 ans : alcool, tabac, drogues multimédias ... du frisson à l'addiction** ». In : Santé en Communauté française, no 4, pp. 2-19. Février 2010.

DUNE ASBL. **Récits d'une jeunesse dans l'injection de drogues.** Rapport de recherche. Bruxelles, 2011a. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.dune-asbl.be/pdf/Rapport_recherche_2011_rjdi.pdf

DUNE ASBL. **Bornes de prévention en région de Bruxelles-capitale : un outil au service de tous.** Projet

réalisé grâce au soutien du Fonds assuétudes SPF Santé publique. Bruxelles, 2011b.

EDUCATION SANTÉ, UNIVERS SANTÉ, JEUNES ET ALCOOL.
L'alcool chez les jeunes : qu'en est-il et qu'en faisons-nous? Actes de la table ronde bruxelloise du 5 novembre 2008. Editions d'Education santé/Univers Santé/Jeunes et alcool. Bruxelles, 2008.

EMMANUELLI, J. ***Usage de drogues, sexualité, transmission du virus VIH, hépatites B et C et réduction des risques en prison à travers le monde. Etat des lieux et mise en perspective.*** Réseau national de santé publique. Septembre 1997. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.invs.sante.fr/publications/drogues/index.html>

FAVRESSE D., « Regards d'usagers sur le testing des nouvelles drogues de synthèse », Prospective Jeunesse, n°62: 9-16. Bruxelles, 2012.

FAVRESSE D., DE SMET P. ***L'adolescence et le risque, 1ère partie. Quelques considérations générales***». In : Education Santé, no 265. Bruxelles, mars 2011.

FAVRESSE D. ***« L'alcool adolescent : évolutions et spécificités »***. In : Dossier Les jeunes et l'alcool...Un vrai problème? In : Eduquer, no 74. Bruxelles, mai 2010.

FAVRESSE D., DE SMET P. ***Tabac, alcool, drogues et multimédias chez les jeunes en Communauté française de Belgique.*** Résultats de l'enquête HBSC 2006. Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES), ESP-ULB. Bruxelles, 2008.

FÉDÉRATION BRUXELLOISE FRANCOPHONE DES INSTITUTIONS POUR TOXICOMANES (Fédito). ***L'abécédaire des secteurs - Vers une terminologie commune pour le secteur assuétudes.*** Bruxelles, 2012. En ligne (consulté

le 18/09/2012), voir <http://www.feditobxl.be/files/vers%20une%20terminologie%20commune%20secteur%20assuétudes%202012%20-%20web.pdf>

FÉDITOS WALLONNE ET BRUXELLOISE, VAD, VVBV et FSPST.
Pour une politique de santé drogues cohérente. Mémoire 2007-2011. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.feditobxl.be/files/documents/2011/doc_24.pdf?CFID=1397993&CFTOKEN=7269f236238fcd05-E1182828-D9FE-BC96-F6EE7AAAFD8A8D3D&jsessionid=8430b0353f8a118abfe875513613c7e3b566

FLETCHER, A., CALAFAT, A., PIRONA, A., et al. ***« Young people, recreational drug use and harm reduction »***. In : « EMCDDA Monographs Harm reduction : evidence, impacts and challenges ». En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101257_EN_EMCCDA-monograph10-harm%20reduction_final.pdf

FONDS DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES. ***Paroles d'ados, paroles d'acteurs de terrain au sujet du tabac.*** Bruxelles, 2005.

FRÈRE, P., COLLIN, J., HOGGE, M. ***Evaluation de l'accessibilité à la pochette Stérifix en province de Namur : Enquête menée auprès des pharmaciens d'officine et des usagers de drogues par injection.*** Coordination Provinciale Sida Assuétudes (CPSA), Réseau Assuétudes Namurois (RAN). Août 2010.

GIRARD, G., BOSCHER, G. ***Les pratiques d'injection en milieu festif. Etat des lieux en 2008.*** Données issues du dispositif TREND de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Saint-Denis, 2009. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxgpgpc.pdf>

GLIBERT, P. « *Vers une politique de gestion des drogues en milieu pénitentiaire cohérente, globale et intégrée* ». In : Quand la prison s'ouvre aux partenariats. Les cahiers de Prospective jeunesse, no 40, septembre 2006. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.prospective-jeunesse.be/IMG/pdf/Cah40-sept2007.pdf>

GOVERNEMENT DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE. *Projet de déclaration de politique communautaire 2009-2014. Une énergie partagée pour une société durable, humaine et solidaire*. Bruxelles, décembre 2009. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.cfwb.be/fileadmin/sites/portail/upload/portail_super_editor/Docs/declarationpolitique_communaute.pdf

GROUPE PORTEUR « JEUNES ALCOOL & SOCIÉTÉ ». « *La pub alcool devient imbuvable : la publicité doit être régulée* ». In : Education Santé, no 268. Bruxelles, juin 2011.

GUÉRIN, G. « *La santé en prison* ». In : Actualité et Dossier en Santé Publique, no 44. Haut conseil de la santé publique. Paris, 2003. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-44/ad441754.pdf>

HALSBERGHE Q., LUISETTO, S. « *De la réflexion à l'action, genèse d'un colloque autour de la cyberdépendance : un projet du CLPS Mons-Soignies* ». In : Les cahiers de prospective Jeunesse, no 47. Juin 2008.

HARIGA, F., VAN LIERDE, J. « *Dispositif d'échange de seringues à Charleroi : deuxième année d'activités* », Modus Vivendi asbl. In : Carnet du Risque n° 43. Octobre 2003. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/carnet43.pdf>

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

HOAREAU E., « *L'usage de psychotropes en free-party : désordre ou critique ?* ». In : Psychotropes, 9 (3-4) :79-94. 2003.

HUBERTY, C., FAVRESSE, D., GODIN, I. *Evaluation des actions de réduction des risques dans le cadre des activités de testing menées par l'asbl Modus Vivendi*. Rapport de recherche. ESP ULB-SIPES. Bruxelles, 2010. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.safernightlife.org/pdfs/digital_library/Testingexternalevaluation.pdf

INFOR-DROGUES. *Cannabis : permis ou interdit ? Des questions citoyennes*. Bruxelles, 2010. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.infor-droques.be/pdf/educ_perm/2010/CannabisEP.pdf

JAMOULLE, P. « *Familles et conduites à risques des jeunes* ». In : La revue nouvelle, no 10. Octobre 2002.

JAMOULLE, P. *Drogues de rue. Récits et styles de vie*. Deboeck Université. Coll. « Oxalis ». Bruxelles, 2000.

KORF, D., RIPER, H., FREEMAN, M., LEWIS, R., GRANT, I., JACOB, E., MOUGIN, C., NILSON, M. *Le Travail de Proximité auprès des Usagers de Drogues en Europe : Concepts, pratiques et terminologie*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction (EMCDDA). 2000. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/58/93/29/PDF/Le_travail_de_proximiteA.pdf

LA TEIGNOUSE AMO. *Ce soir on sort, chacun sa fête ! Consommation, Dépendances et Bien-être : de la recherche de sens à l'élaboration de projet*. Ministère de la communauté française Wallonie-Bruxelles. Bruxelles, 2007. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.lateignouseamo.be/chacun%20sa%20fete.pdf>

MALLICK, J. « *Parent drug education/ A Participatory Action Research study into effective communication about drugs between parents and unrelated young people* ». In : Drugs : education, prevention and policy, 14(3) : 247-260. 2007.

MARTENS, V., PARENT, F. ET LES ACTEURS DE LA PRÉVENTION DES IST/SIDA EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE. *Une analyse commune pour l'action*. Observatoire du sida et des sexualités (FUSL). Bruxelles, 2009a. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.strategiesconcertees.be/publications>

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

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

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

MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE (MILDT). *Assises parentalité et prévention*. Espace Reuilly. 6 & 7 mai

2010. Actes des assises. Paris, 2010. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.reaap89.org/doc_rub/1_1278417877.pdf

MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE. *Plan communautaire Opérationnel de Promotion de la Santé pour les années 2008-2009*. Bruxelles, 2008. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/Promotion_de_la_sante_-_prevention/PCO-web.pdf

MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE/DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ. *Programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008*. Bruxelles, 2005. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/Promotion_de_la_sante_-_prevention/PQ2004.pdf

MINOTTE P., DONNAY JY. *Les usages problématiques d'Internet et des jeux vidéo. Synthèse, regard critique et recommandations*. Une recherche de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, réalisée en partenariat avec l'asbl NADJA à Liège et le GRIGI, FUNDP, Namur. In : Les Cahiers de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, n° 6. 2010.

MODUS VIVENDI ASBL. *Quality Nights Région wallonne. Rapport d'activités, 31 décembre 2009-30 octobre 2010*. Modus Vivendi asbl. Bruxelles, Juin 2011.

MODUS VIVENDI ASBL. « *Projet seringues* ». In : Accessibilité à l'information et au matériel de prévention et d'injection. Rapport d'activité de Modus Vivendi pour la Communauté française (mars 2011- février 2012). Bruxelles, 2012.

MOLLET E. « *Réflexion sur le milieu festif et clandestin des « raves-parties », au travers de deux populations*

caractéristiques en France et à Détroit, aux Etats-Unis». In : Psychotropes, 9 (3-4) :135-151. 2003.

MOLLER, L.F., VAN DEN BERGH, B., GATHERER, A. « L'usage de drogues en prison : une grave menace pour la santé publique. Projet sur la santé dans les prisons ». Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe. In : Dépendances no 35, Septembre 2008. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/dep_35_moller_al.pdf

NORRO, M., VLAEMINCK, N. « L'alcool et les jeunes. Etude contextuelle et axes pratiques ». Recherche commanditée par Monsieur Benoît CEREXHE, membre du Collège de la Commission Communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale en charge de la santé. Infor-drogues asbl. Bruxelles, décembre 2008-novembre 2009. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.infordrogues.be/pdf/educ_perm/2009/Alcool_Et_Jeunes_Etude_Nov_2009.pdf

OBRADOVIC, I. Addictions en milieu carcéral - Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Paris, 2004. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000004/0000.pdf>

OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OEDT). Rapport annuel 2011. Etat du phénomène de la drogue en Europe. Lisbonne, 2011a. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143743_FR_EMCDDE_AR2011_FR.pdf

OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OEDT). « Interventions dans les espaces récréatifs ». In : Rapport annuel 2011 - Etat du phénomène de la drogue en Europe. Lisbonne, 2011b. En ligne (consulté le 18/09/2012). En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143743_FR_EMCDDE_AR2011_FR.pdf

OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OEDT). « Réponses sanitaires et sociales en milieu carcéral », in Rapport annuel 2011. Etat du phénomène de la drogue en Europe, pp.41-42. Lisbonne, 2011c. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143743_FR_EMCDDE_AR2011_FR.pdf

OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OEDT). « Amphétamines et ecstasy dans les lieux récréatifs : consommation et interventions ». In Rapport annuel 2010. Etat du phénomène de la drogue en Europe, pp. 65-66. Lisbonne, 2010. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120104_FR_EMCDDE_AR2010_FR.pdf

OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OEDT). Résumé. Rapport 2007 sur l'enquête ESPAD : Utilisation de substances parmi les jeunes scolarisés de 35 pays d'Europe. Lisbonne, 2009. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_77168_FR_ESPAD_summary_FR.pdf

OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OEDT). Rapport annuel 2008. Etat du phénomène de la drogue en Europe. OEDT. Lisbonne, 2008. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_64227_FR EMCDDA_AR08_fr.pdf

OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (OEDT). « *Les usagers de drogue et la prison* ». In : Rapport annuel 2005. Etat du phénomène de la drogue en Europe. Lisbonne, 2005. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://ar2005.emcdda.europa.eu/fr/page082-fr.html>

OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE SUISSE. « *Politique des quatre piliers* », Confédération suisse. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/06044/index.html?lang=fr>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ EUROPE (OMS). *La Recommandation de Madrid : La protection de la santé pénitentiaire comme composante essentielle de la sante publique.* 2010. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/The_madrid_recommendation.pdf

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ EUROPE (OMS)/ OFFICE CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME DES NATIONS UNIES (UNODC). *La santé des femmes en milieu carcéral. Éliminer les disparités entre les sexes en matière de santé dans les prisons.* OMS, 2009. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/WHO_EURO_UNODC_2009_Womens_health_in_prison_correcting_gender_inequity-FR.pdf

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ EUROPE. *Santé en prison – VIH, drogues et tuberculose.* Aide-mémoire. Copenhague et Madrid, 29 octobre 2009. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/103506/92295F_FS_Prison.pdf

PAVIS S., CUNNINGHAM-BURLEY, S. « *Male youth street culture : understanding the context of health-related behaviours* ». In : Health Education Research, 14(5):583-596. 1999.

PETIAU, A., POURTAU, L., GALAND, C. « *De la découverte des substances psychoactives en milieu festif techno à l'usage maîtrisé* ». In : Drogues, santé et société, volume 8, n° 1. 2009. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.erudit.org/revue/dss/2009/v8/n1/038919ar.pdf>

PIETTE D., DE SMET P., FAVRESSE D., PARENT F., COPPIETERS Y., BAZELMAN C., LONFILS C., RENARD K., KOHN L. ET DA COSTA MAYA N. (2004). « *La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Quoi de neuf depuis 1994?* ». In : Education Santé, 189:2-5. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=104>

PIRARD, A.M. *Promotion de la santé à l'école*, Editions LABOR. Bruxelles, 2003.

PLATE-FORME NAMUROISE DE CONCERTATION EN SANTÉ MENTALE (PFNCMS). « *Jeunes et assuétudes. Synthèse des tables rondes de décembre 2010* ». Saint-Servais, 2011.

POTVIN, L., MOQUET, MJ., JONES, C. *Réduire les inégalités sociales en santé. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INSP).* Saint-Denis, 2011. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1333.pdf>

PYTHOUD, N. « *Situation de la réduction des risques en milieu festif en Europe... et en Suisse* » ; In : Revue Dépendances/GREAT no 22, pp. 2-5. 2004. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/dep_22_pythoud.pdf

RÉGION WALLONNE. *Actes de la table ronde « Assuétudes » du 28 mai 2010 du parlement wallon.*

RÉGION WALLONNE. **Table ronde « Assuétudes » du 28 mai 2010 du parlement wallon.** Erratum des actes de la journée. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.iwsm.be/pdf_dir/erratum.pdf

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. **Plan d'actions stratégiques 2010-2014, Politique de santé pour les personnes placées sous-main de justice**, Ministère de la santé et des sports. Paris, 2009. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf

RWUBUSISI, M., HOGGE, M., CASERO, L., VANHUYCK, C., DAL, M., BASTIN, P. **L'usage de drogues en Communauté française. Rapport Communauté française 2009.** Eurotox asbl. Bruxelles, 2010. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.eurotox.org/images/stories/docs/eurotox_rapport2009_v4_coul_def_hd.pdf

SACRÉ, C., DAUMAS, C., HOGGE, M. **Recherche-action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection en Région wallonne.** Eurotox et Modus Vivendi. Bruxelles, novembre 2010. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.eurotox.org/images/stories/docs/etude_seringues_besoin_offre.pdf

SALIEZ, V. « **Prévention participative et réduction des risques en prison, Etat des lieux des activités de Modus Vivendi** ». In : Rapport d'activités RdR en prison. Modus Vivendi 2010/février 2011.

SAMITCA, S., ARNAUD, S., ZOBEL, F., DUBOIS-ARBER, F. « **Usage de drogues de synthèse et de cocaïne en milieu festif : état des lieux dans le canton de Vaud** ». Institut universitaire de médecine sociale et préventive, In : Raisons de santé, no 108. Lausanne, 2005. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds108_fr.pdf

SIEGEL, S. « **Pavlovian conditioning and drug overdose : when tolerance fails** ». In : Addiction Research and Theory, no 9, 503-513. 2001.

STOICESCU, C., COOK, C. **Harm Reduction in Europe : mapping coverage and civil society advocacy.** European Harm Reduction Network. 2011. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.eurohrn.eu/images/stories/pdf/publications/EuroHRN_CivilSociety.pdf

TODTS, S., GLIBERT, P., VAN MALDEREN, S., SALIEZ, V., HOGGE, M., VAN HUYCK, C. **Usage de drogues dans les prisons belges : Monitoring des risques sanitaires.** Service Public Fédéral Justice. Bruxelles, 2009. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/Rapport_usage_drogues_2008_version_fr_defin.pdf

UNION INTERNATIONALE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (IUHPE). **Promouvoir la santé à l'école. Des preuves à l'action.** Saint-Denis, 2010. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Scientific_Affairs/CDC/School%20Health/PHiS_EtA_FR_WEB.pdf

VAN CAMPENHOUDT, L., CHAUMONT, J.-M., FRANSSSEN, A. **La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux.** Dunod. Paris, 2005.

VANDOORNE, C., CHERBONNIER, A., TAEYMANS, B., FEULIEN, C., ROUSSEL, S., FAVRESSE, D. **Actes des tables rondes « Assuétudes » du 21 mai 2010 au Parlement de la Communauté française.** Bruxelles, 2010. En ligne (consulté le 18/09/2012), voir <http://www.prospective-jeunesse.be/IMG/pdf/56-2-Vandoorne-et-co.pdf>

VERSELE M. « **Les pratiques des jeunes face à l'alcool... Jeunes, alcool et société** ». In : Dossier Les jeunes et l'alcool...Un vrai problème? Eduquer, no 74. Mai 2010.

Annexe

Professionnels rencontrés dans le cadre des entretiens préliminaires

- **Pascale Anceaux et Fabienne Giguandet**, *Infor-drogues, Bruxelles*
- **Magaly Crollard**, *Centre Alfa, Liège*
- **Martine Dal et Damien Kauffman**, *Prospective Jeunesse, Bruxelles*
- **Dominique David et Mélody Maiquez**, *Service de prévention de la Ville de Mons*
- **Emmanuelle Doye et Julie Faucon**, *Citadelle, Tournai*
- **Martin de Duve**, *Univers santé, Louvain-la-Neuve*
- **Jérôme Gherroucha**, *Aide Verviétoise aux Alcooliques et Toxicomanes, Verviers*
- **Philippe Glibert**, *Service public Fédéral Justice, Bruxelles*
- **Mira Goldwicht**, *Modus Vivendi, Bruxelles*
- **Dominique Humblet**, *Nadja asbl, Liège*
- **David Leclercq**, *Modus Vivendi, Bruxelles*
- **Ingrid Lempereur**, *Sésame asbl, Namur*
- **Vladimir Martens**, *Observatoire du sida et des sexualités, Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles*
- **Michel Pettiaux**, *FARES asbl, Bruxelles*
- **Anne-Françoise Raedemaeker**, *Dune asbl, Bruxelles*
- **Vinciane Saliez**, *Modus Vivendi, Bruxelles*
- **Ludivine Thibaut**, *Service de santé mentale du CPAS de Charleroi, prévention et promotion de la santé, Charleroi*
- **Catherine Van Huyck**, *Modus Vivendi, Bruxelles*
- **Catherine Végaïrginsky et Bégonia Montilla**, *CLPS de Bruxelles*

Participants au groupe de travail « Milieu carcéral »

- Emmanuelle Bury, *Service Laïque d'Aide aux Justiciables, Tournai*
- Françoise De Vos, *L'Ambulatoire-Forest, Bruxelles*
- Aurélie Dormal, *Service Education pour la Santé asbl, Huy*
- Philippe Glibert, *Service public Fédéral Justice, Bruxelles*
- Ludovic Louissaint, *Trempline asbl, Châtelet*
- Dorothée Melnik, *Trempline asbl, Châtelet*
- Julien Nève, *Prospective Jeunesse, Bruxelles*
- Laurence Noël, *Modus Vivendi, Bruxelles*
- Vinciane Saliez, *Modus Vivendi, Bruxelles*
- William Sbrugnera, *L'Ambulatoire-Forest, Bruxelles*
- Agnès Tihon, *L'Ambulatoire-Forest, Bruxelles*
- Mélina Torraille, *CAL Luxembourg, Libramont*
- Marie Vanoverberghe, *Service Education pour la Santé asbl, Huy*

Participants au groupe de travail « Milieu de la rue »

- Frédérique Bartholeyns, *Dune asbl, Bruxelles*
- Sergio Carboni, *Carolo rue - Division Prévention Drogues, Charleroi*
- Delphine Carpet, *Le comptoir asbl, Charleroi*
- Cécile Chéront, *Espace P..., Charleroi*
- Isabelle Demaret, *Université de Liège - Evaluation du projet TADAM*
- Gianni di Toro, *Le comptoir asbl, Charleroi*
- Mahdiya El-Ouali, *Mass de Bruxelles*
- Julien Fanelli, *Transit, Bruxelles*
- Sihame Fattah, *Prospective Jeunesse, Bruxelles*
- Anne-Lise Gardin, *Centre Alfa, Liège*
- Charlotte Lonfils, *Modus Vivendi, Bruxelles*
- Isabelle Porreweck, *Service Cap Jeunes, Soignies*
- Fabien Teissier, *Mass de Bruxelles/Projet Lama*

Participants au groupe de travail « Milieu familial »

- Christine Barras, *Infor-drogues, Bruxelles*
- Magaly Crollard, *Centre Alfa, Liège*
- Dominique Humblet, *Nadja asbl, Liège*
- Damien Kauffman, *Prospective Jeunesse, Bruxelles*
- Melody Maiquez, *Service de prévention de la Ville de Mons*

Participants au groupe de travail « Milieux festifs »

- Martin De Duve, *Univers santé, Louvain-la-Neuve*
- Julie Faucon, *Citadelle asbl/Equipe périscope, Tournai*
- Maurizio Ferrara, *Infor-Drogues, Bruxelles*
- Ingrid Glusmann, *CAL-Luxembourg, Libramont*
- Philippe Lebacqz, *Service de prévention de la Ville de Mons*
- David Leclercq, *Modus Vivendi, Bruxelles*
- Jérôme Monami, *Service de prévention de la Ville de Verviers*
- Laurence Noël, *Modus Vivendi, Bruxelles*
- Aïcha Reners, *Service de prévention de la Ville de Verviers*
- Magali Thibaut, *Carolo Contact-drogues, Charleroi*
- Sylvie Van Huffel, *Carolo Contact-drogues, Charleroi*

Participants au groupe de travail « Milieu scolaire »

- Pascale Anceaux, *Infor-drogues, Bruxelles*
- Mélissa Chiebieb, *CLPS Bruxelles*
- Françoise Cousin, *FARES asbl, Bruxelles*
- Martin De Duve, *Univers santé, Louvain-la-Neuve*
- François Dekeyser, *Sept asbl, Mons*
- Emmanuelle Doye, *Citadelle asbl/Equipe périscope, Tournai*

- Catherine Dunglehoff, *Centre Alfa, Liège*
- Julie Faucon, *Citadelle asbl/périscopes, Tournai*
- Jessica Jadot, *CLPS Huy-Waremme*
- Damien Kauffman, *Prospective Jeunesse, Bruxelles*
- Violette Leclercq, *CLPS Mons-Soignies*
- Natacha Linotte, *CLPS Liège*
- Melody Maiquez, *Service de prévention de la Ville de Mons*
- Bégonia Montilla, *CLPS Bruxelles*
- Hernando Rebolledo, *FARES asbl, Bruxelles*
- Vincianne Schul, *Centre Nadja, Liège*
- Magali Thibaut, *Carolo Contact-drogues, Charleroi*
- Elise Verhelle, *CLPS Hainaut Occidental Tournai*
- Pauline Wyeme, *CLPS Namur*
- Ingrid Glusmann, *CAL Luxembourg, Libramont*
- Ludovic Henrard, *Fédito bruxelloise asbl*
- Tatiana Pereira, *Direction générale de la santé, Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles, Bruxelles*
- Patrick Trefois, *Question santé asbl, Bruxelles*
- Jacques Van Russelt, *Centre Alfa et Fédito wallonne asbl, Liège*
- Coralie Vantomme/Eléonore de Villers, *Citadelle asbl, Tournai*

Participants à la réunion de concertation « politique »

- Martine Dal, *Prospective Jeunesse, Bruxelles*
- Marie-Paule Giot, *Modus Vivendi, Bruxelles*
- Muriel Goessens, *Transit, Bruxelles*
- Ludovic Henrard, *Fédito bruxelloise asbl*
- Laurence Noël, *Modus Vivendi, Bruxelles*
- Karin Van der Straeten, *Délégué général aux droits de l'enfant, Bruxelles*
- Catherine Van Huyck, *Modus Vivendi, Bruxelles*
- Jacques Van Russelt, *Fédito wallonne asbl, Liège*
- Catherine Végaïrinsky, *CLPS de Bruxelles*

Membres du comité d'accompagnement

- Philippe Bastin, *Bruxelles*
- Cécile Béduwé, *Modus Vivendi, Bruxelles*
- Jérôme Boonen, *Cellule Recherche et concertation, Plan drogues de Charleroi*
- Emmanuelle Caspers, *SIPES-ULB, Bruxelles*



Pour plus d'information:

Eurotox asbl

Observatoire socio-épidémiologique Alcool-Drogues
de la Fédération Wallonie-Bruxelles

151 rue Jourdan – 1060 Bruxelles

Tél: + 32 2 539 48 29

Email: info@eurotox.org, lucia.casero@eurotox.org

Web: www.eurotox.org

Ce document est disponible en version PDF sur le site Web:

<http://www.eurotox.org/>

En collaboration avec le Service d'Information Promotion Education Santé
Avec le soutien du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles

