

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

Carnet 4

**MILIEU DE VIE « SOINS - RUE » :
ACTIONS PRIORITAIRES À MENER**

Cécile Béduwé
Catherine Van Huyck
François Baufay

Modus vivendi ASBL



Avec le soutien de



Janvier 2014

TABLE DES MATIERES

I. Eléments du diagnostic	5
II. Les actions prioritaires pour le milieu « Soins-Rue »	8
A. Accès/accessibilité à de l'information	10
Activité N° 1.....	10
Création et diffusion d'outils d'information et de sensibilisation à la RdR notamment adaptés aux populations migrantes peu en contact avec le dispositif RdR existant (originaires des pays de l'Est, du Maghreb).....	10
B. Accessibilité aux outils de RdR	13
Activité N° 2.....	13
Sensibilisation des centres de soin, comptoirs d'échange de seringues, services sociaux, hôpitaux, services de santé mentale, médecins généralistes pour la diffusion du (nouveau) matériel de RdR auprès des usagers qu'ils rencontrent et la mise à disposition du matériel de RdR et d'outils démedicalisés (auto-test, Naloxone...).....	13
Activité N°3.....	15
Renforcement du Dispositif d'accès au matériel d'injection (DAMSI): augmentation de la couverture horaire et géographique des comptoirs d'échange de seringues et financements adéquats (personnel, matériel, fonctionnement), en consultant les usagers sur leurs besoins.	15
C. Accessibilité aux traitements et au dépistage	18
Activité N°4.....	18
Travail de sensibilisation des médecins et pharmaciens au traitement de substitution aux opiacés (TSO).....	18
D. Prévention de proximité (outreach)	20
Activité N°5.....	20
Développement et financement d'actions d'outreach, c-à-d rencontre des usagers sur leurs lieux de vie ou de consommation (Exemples : bus soins de santé primaire et comptoir d'échange de seringues, etc., renforcement des d'éducateurs de rue, etc.)	20
E. Participation/prévention par les pairs	23
Activité N°6.....	23
Projet d'information et de sensibilisation à la RdR des pairs par les pairs, dans leurs lieux de vie (actions d'outreach) ou dans les services professionnels, y compris formation des pairs/jobistes. (Pour retrouver un rythme de vie, l'amélioration des connaissances/compétences, création de liens sociaux...)	23
F. Actions liées à un environnement et des lieux favorables à la santé	26
Activité N°7.....	26
Maintien/développement des structures de centres d'hébergement (de crise et de transition) ou de logement pour les populations précarisées et amélioration de l'accès aux usagers de drogues.	26
G. Actions liées à l'orientation, au travail en réseau et à l'accompagnement de l'utilisateur	29

Action n°8.....	29
<i>Afin de désengorger les services de crise, amélioration de l'orientation des usagers, avant l'entrée, pendant le séjour et après, par une meilleure connaissance des acteurs relais et par la réinsertion des patients dans la société.</i>	29
Action n°9.....	33
<i>Création d'initiatives pour l'échange entre travailleurs/institutions pour favoriser le partage des principes/pratiques de RdR auprès d'acteurs du secteur assuétudes et d'autres secteurs en contact avec des usagers, pour une meilleure connaissance des différents acteurs relais et une diminution de la charge psycho-sociale des équipes.</i>	33
Action n°10.....	36
<i>Elargissement de la Cellule francophone Santé-Assuétudes aux Affaires sociales- pour une meilleure prise en charge, suivi et réinsertion sociale (accès au logement/travail/formation) des consommateurs en situation précaire à Bruxelles.</i>	36
Action n°11.....	38
<i>Augmentation de l'enveloppe budgétaire dédiée à la prise en charge des patients pour pouvoir faire face aux besoins actuels toujours croissants, avec des situations humaines et socio-sanitaires de plus en plus dégradées</i>	38
Action n°12.....	40
<i>Organisation de modules de formation de base, de formations continues sur les produits, les modes de consommation et les risques liés, les dispositifs en place, les images véhiculées sur les usagers, destinés aux (futurs) professionnels en contact avec des usagers de drogues (RdR, urgence des hôpitaux, médecins généralistes, personnel de maisons médicales....).</i>	40
H. Recherche, évaluation et nouvelles initiatives.....	42
Action n°13.....	42
<i>Afin de compléter les données TDI, développer un système de récolte de données harmonisées au niveau des institutions en contact avec des usagers de drogues et qui font de la RdR, afin d'améliorer la connaissance du public cible et de leurs pratiques de consommation (produits, comportements à risques, etc.).....</i>	42
Action n°14.....	45
<i>Sur base de l'étude de faisabilité réalisée, expérimentation et développement de projets de salles de consommation à moindres risques et de projets d'éducation à la réduction des risques et des dommages liés à l'injection. Travail avec les riverains et les usagers pour leur implantation.....</i>	45
I. Actions de plaidoyer, lobbying.....	50
Action n°15.....	50
<i>Création et diffusion d'outils visant à déstigmatiser les usagers aux yeux des professionnels, des politiques et du grand public : témoignages d'usagers, de professionnels, dossiers d'information, campagne de sensibilisation, reportages, films... ..</i>	50
Action n°16.....	53
<i>Lobbying pour obtenir le soutien par les politiques des structures de bas-seuil afin de pouvoir répondre aux besoins de plus en plus importants d'une population de plus en plus marginalisée.</i>	53
III. Lexique.....	55
IV. Annexes	56
A. Les objectifs identifiés pour le milieu « Soins-rue ».....	56

A. Les Actions identifiés pour le milieu « Soins-rue »	62
1. <i>Actions visant l'accessibilité à de l'information</i>	63
2. <i>Actions visant l'accès/accessibilité aux outils de RdR</i>	64
3. <i>Actions visant une meilleure accessibilité aux traitements et au dépistage</i>	65
4. <i>Actions visant la prévention de proximité (outreach)</i>	66
5. <i>Actions visant la participation/prévention par les pairs</i>	67
6. <i>Actions visant un environnement et des lieux favorables à la santé</i>	69
7. <i>Actions visant l'orientation, au travail en/et du réseau et à l'accompagnement de l'utilisateur</i>	70
8. <i>Actions visant le travail sur les compétences et connaissances des relais (non)professionnels</i>	72
9. <i>Actions visant la recherche, l'évaluation et les nouvelles initiatives</i>	73
10. <i>Actions visant le plaidoyer et le lobbying</i>	74
B. L'outil de catégorisation des résultats (OCR)	76

I. ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

Lors de la phase de conception méthodologique du Plan bruxellois de Réduction des Risques, il avait été prévu de traiter les milieux de vie « Rue »¹ et « Soins »² de manière séparée. Il est vrai que de nombreux consommateurs de produits psychotropes en « traitement » chez des médecins généralistes ou dans des services de seconde ligne ne vivent pas à la rue ou dans des conditions de grande précarité. Ils sont pourtant exposés aux risques sanitaires que la consommation engendre ou a engendrés. Il semble donc important, dans une logique de santé publique, de renforcer l'accès au dépistage, à l'information et au matériel de Réduction des Risques auprès de ces publics via, entre autres, ces relais essentiels du soin.

Au vu des entretiens préalables, de la revue de la littérature et de la réalité sociale bruxelloise, il s'est avéré pertinent de grouper les milieux de vie « Soins » et « Rue » en un seul. Le diagnostic réalisé montre en effet que tant les usagers que les intervenants de ces deux milieux de vie sont souvent fortement liés bien qu'ils aient souvent peu de contact entre eux, voire qu'ils se connaissent très peu. Il y a bien sûr des spécificités propres à chacun, même si notre enquête bruxelloise montre un fort degré d'intégration entre ces espaces d'intervention et ces espaces de consommation. Il semble également que le clivage rue-soins soit en partie porté par les acteurs professionnels de ces milieux en raison des circonstances de création des divers services et de leurs publics-cibles de départ et pas toujours en lien avec une réalité de terrain.

Ainsi, dans la réalité sociale d'une ville comme Bruxelles et de ses évolutions actuelles, les professionnels du social et de la santé et les divers publics sont de plus en plus confrontés à des situations où les urgences clinique et sociale s'entrecroisent. C'est en majorité un public désinscrit qui fait appel aux services socio-sanitaires de première ligne, qu'ils soient résidentiels ou ambulatoires, thérapeutique ou non, proposant des traitements de substitution, du matériel de consommation et des conseils en Réduction des Risques, ou juste un logement et une aide. Il semble également que ces publics « naviguent » parmi les différentes offres de soins ou de soutien³, faisant appel en fonction du contexte à l'une ou l'autre ressource. Nombre d'entre eux en utilisent plusieurs à la fois (services spécialisés en toxicomanie⁴, dispositifs de RdR⁵, services de « santé »⁶, services de « santé mentale »⁷, dispositifs sociaux d'urgence⁸). D'autres, de plus en plus nombreux, en sont également fort éloignés. Il existe effectivement à

¹ Comprend tant l'ensemble des intervenants travaillant avec des publics précarisés vivant uniquement ou en grande partie de leur temps dans la rue que ce public précarisé, usagers de drogues licites et illicites. L'environnement physique et social en fait également partie.

² Comprend les divers publics consommateurs de drogues (il)licites ainsi que l'ensemble des intervenants travaillant dans le but d'améliorer leur statut psychique, médical et/ou social. Cette définition comprend l'offre de soins dispensée par certaines structures dont l'objectif premier est la désintoxication ou le maintien de l'abstinence, mais elle inclut également l'intervention de structures qui dispensent un soutien psycho-social ainsi que certaines activités de Réduction des Risques. La notion de traitement est donc entendue ici dans une conception assez large. L'environnement physique et psycho-social est également compris.

³ Qui ne se connaissent pas bien l'un l'autre !

⁴ Sur Bruxelles : 12 ambulatoires (Projet Lama 4 sites, RAT 3 sites, La MASS, Enaden, Ambu Forest, CAP-ITI, Interstices, Addiction, Unité assuétudes, Pélican, Réseau Hépatite C, Babel), 4 résidentiels (La Pièce, Enaden crise, Enaden Court Séjour, le CATS), 3 Centres de Jour (La Trace, Enaden, L'Orée), 7 Services communaux (Ex-SepSud, SAT Jette, SCAT, Le Pont, SAS, RePr, Services prévention assuétudes Forest).

⁵ Sur Bruxelles : 4 types de services sont avant tout des dispositifs de RdR : hébergement (Transit), comptoirs d'échange de seringues (CLIP de DUNE, LAIRR, Latitude Nord), pochettes Sterifix disponibles dans certaines pharmacies (Modus Vivendi), Testing (Modus Fiesta) et des actions de maraude/outreach (Dune, Transit, etc)

⁶ Maisons médicales, hôpitaux,...

⁷ Centres de Santé Mentale, Hôpitaux psychiatriques, Centres de jour (CRIT, Code, Canevas, Hélix, Imago, Wops de jour, Le Gué,...), Communauté thérapeutique (Wolvendael, Le Foyer, Wops de Nuit)

⁸ Maisons d'accueil, CPAS, CASU, Restaurants sociaux, services de douches, lavoirs, consignes...

Bruxelles un public très désinscrit, ni affilié⁹, ni affiliable (illégal), qui vit dans des conditions socio-sanitaires¹⁰ déplorables et pour lequel les dispositifs classiques de réponses de prise en charge¹¹ et/ou de réinscription sociale fonctionnent peu voire pas du tout. Cette réalité de terrain conduit d'ailleurs les professionnels du secteur à se mobiliser autour de la mise sur pied de nouveaux dispositifs, comme les salles de consommation à moindre risque par exemple.

L'accompagnement des personnes consommatrices de substances psychoactives est un accompagnement difficile, fragile, fait de contacts, d'écoute, de nombreuses impasses et souvent de long terme. Il n'y a pas une réponse simple et adéquate à toutes les situations particulières que les professionnels sont amenés à rencontrer dans leur pratique. Ce travail particulier est d'ailleurs peu compris par le grand public qui reçoit une information parcellaire sur ces questions et par les politiques qui y voient un thème dangereux en terme de popularité.

Qu'en est-il de la réalité de terrain ? Les données disponibles sur la situation socio-sanitaire des usagers de drogues sont généralement indicatives et proviennent principalement de projets menés sur le terrain¹². Ainsi, ces données issues des rapports d'activités des divers acteurs, du TDI¹³ ou recueillies lors d'Opérations Boule de Neige¹⁴ donnent néanmoins les grandes lignes de la situation.

Il y a quelques années, on notait plus ou moins entre 2500 à 3000¹⁵ personnes en traitement de substitution à Bruxelles. Ceci ne représente ni le nombre total de personnes qui consomment des substances (il)licites à Bruxelles, ni celui de ceux qui font appel à des services spécialisés ou qui arpentent les institutions sociales de la capitale. Il y a plus ou moins 1000 nouvelles demandes de traitement par an dont 250 sont faites par de nouvelles personnes¹⁶. Au niveau des sources de revenus, on note que seulement une petite part des usagers qui font une demande de traitement¹⁷ travaille (13.9%). La plupart des revenus provient des CPAS, mutuelles, handicap (33%), du chômage (9.5%). Plus de 21.4% des usagers de drogues répertoriés dans les enquêtes TDI sont sans ressources.

Les comptoirs d'échanges de seringues, le CLIP, LAIRR et Latitude Nord accueillent environ 1500 personnes différentes par an (certaines d'entre elles sont également en traitement de substitution). En 2012, 117.553 seringues¹⁸ ont été distribuées par les trois comptoirs d'échange de seringues bruxellois. Par ailleurs, les chiffres des ventes en pharmacies des pochettes Stérifix¹⁹ ne sont pas connus. Seuls les chiffres du nombre de pochettes produites sont disponibles. En 2012, 23 225 pochettes ont été produites et diffusées par Modus Vivendi et ses partenaires (le Comptoir de Charleroi, le SASER de Namur) en Fédération Wallonie-Bruxelles.

⁹ Droit à l'aide sociale, assurance maladie-invalidité, logement,...

¹⁰ Husson E., Kirzin M., Mimouni H., « Concertation Bas Seuil- Projet Riboutique », Rapport des actions et des recherches réalisées dans le quartier Ribaucourt, Décembre 2012

¹¹ Majoritairement par le « Bas-seuil », aujourd'hui « saturé »

¹² Il n'existe pas d'enquête de prévalence spécifique sur l'usage de drogues à Bruxelles. Il y a un manque criant de données sur Bruxelles.

¹³ TDI 2005-2011. Treatment Demand Indicator (TDI) est l'un des cinq « indicateurs clés » de l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA) qui contribuent à une collecte d'informations effective, objective, fiable et comparable relative aux drogues et à la toxicomanie au niveau européen.

¹⁴ Opérations de prévention et de Réduction des Risques par les pairs coordonnées par Modus Vivendi et menés par divers intervenants (Dune, Projet Lama, Transit, par exemple).

¹⁵ Ledoux Y., Evaluation de la Délivrance de Méthadone en Belgique, Politique Scientifique fédérale, Bruxelles, 2007

¹⁶ TDI idem.

¹⁷ Chiffres sans doute différents pour des publics plus cachés

¹⁸ Récolte des données des comptoirs d'échanges de seringues en Fédération Wallonie Bruxelles, 2012, Modus Vivendi.

¹⁹ Modus Vivendi, asbl, 2012 Une pochette Stérifix comprend au minimum: 2 tampons alcoolisés, 2 fioles d'eau stérile, 2 récipients stériles pour la préparation de solution injectable, 2 filtres, 2 tampons secs post-injection, des conseils de RdR et des adresses utiles. Ces pochettes sont fournies gratuitement aux pharmaciens qui y mettent 2 seringues et les vendent au prix conseillé de 50 cents.

Bruxelles compte environ 2000 sans-abris²⁰, même s'il est extrêmement délicat de fournir des chiffres précis, tant le phénomène peut aussi être souterrain. Plus ou moins 1000 lits sont disponibles dans les diverses maisons d'accueil. Dans le rapport d'activités 2012 du CASU²¹ on peut lire que ce n'est pas moins de 7309 personnes différentes qui ont été hébergées pendant l'année 2012. Transit²² a accueilli 632 personnes différentes dans le courant de l'année 2012²³.

Un certain nombre d'usagers de drogues vivent à la rue, dans des squats, et consomment dans l'espace public. Différents types de consommation sont pratiqués : fumette, sniff, injection. Il ressort des opérations « Boule de Neige » mises en place par les associations de terrain que les injecteurs de drogues vivent souvent dans des conditions socio-sanitaires plus précaires et constituent un groupe plus difficile à atteindre dans le cadre d'actions de Réduction des Risques. Parmi ce groupe, on retrouve également des sous-groupes (femmes, jeunes, migrants,...). Or ce sont justement les groupes où les pratiques liées à l'injection sont les plus susceptibles d'avoir des effets délétères sur la santé (partage de seringues, réutilisation de matériel, consommation dans des espaces publics souillés, sans eau, à la va-vite...).

Au niveau sanitaire, on note une diminution des overdoses ces dernières années ainsi que de la contamination au VIH²⁴. Effet évident des politiques de Réduction des Risques²⁵ (échange de seringues, traitement de substitution,...) qu'il est important de maintenir. Néanmoins, le public consommateur de produits psychotropes reste un public particulièrement exposé. L'un des risques majeurs est celui de l'Hépatite C, virus plus résistant que le VIH et se transmettant plus facilement (via entre autre le partage de matériel d'injection y compris le matériel connexe : cuiller, eau, tampon...), mais également le matériel de sniff. Au sein de certains publics, surtout le public d'injecteurs de substances, on note des taux d'infection de 47 à 85%²⁶. Ce constat est d'autant plus alarmant que les moyens, tant humains, logistiques que structurels, alloués au dispositif de RdR, en particulier aux dispositifs d'accès au matériel stérile d'injection, ne permettent pas de faire face aux exigences spécifiques de cette infection.

A ces réalités de terrain s'ajoute également la difficulté de travailler avec des publics migrants, dont certains originaires des Pays de l'Est, qui ne parlent pas les langues usuelles du pays, très cachés, peu accessibles et qui ont été très peu en contact avec les conseils de RdR dans leurs pays d'origine. Les jeunes consommateurs qui passent une grande partie de leur temps en rue et qui ont une consommation abusive de cannabis ou de médicaments, est également un public souvent caché en rupture avec leur entourage ou avec le système scolaire. Ils ne sont pas touchés par les différents dispositifs de RdR mis en place. Indépendamment des difficultés inhérentes²⁷ au travail de première ligne avec les plus exclus, les intervenants de terrain doivent composer avec certaines réalités institutionnelles structurelles (subsides par projet, fragilité financière, équipes réduites, projet-pilote pendant des années,...) qui fragilisent encore plus la pérennité de ce travail essentiel.

Au vu de ces réalités de terrain et des enjeux majeurs en termes de santé publique, la coordination et la concertation des divers services et « secteurs » qui « travaillent » parfois avec les mêmes publics, mais souvent avec une vision ou une approche différente²⁸ semble de plus en plus nécessaires pour aborder de manière plus globale de ces diverses problématiques qui se chevauchent.

²⁰ La Strada, asbl, « Deuxième Dénombrement des personnes sans abri, sans logement et en logement inadéquat en Région de Bruxelles-Capitale », novembre 2010.

²¹ Samu social, asbl, Rapport annuel, activités 2012.

²² Centre d'hébergement de crise pour toxicomanes.

²³ Transit, asbl, Rapport d'activité 2012.

²⁴ SASSE A., VERBRUGGE R., VAN BECKHOVEN D., « Épidémiologie du Sida et de l'infection VIH en Belgique, Santé publique & Surveillance », Novembre 2012, Bruxelles, Belgique

²⁵ INSERM 2010. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Expertise collective, Paris, Editions INSERM.

²⁶ Husson E., Kirzin M., Mimouni H., « Concertation Bas Seuil- Projet Riboutique », Rapport des actions et des recherches réalisées dans le quartier Ribaucourt, Décembre 2012

²⁷ Charge psycho-sociale importante, surmenage, incertitude sur la pérennité des contrats, non indexation des salaires, non prise en compte de l'ancienneté, turn-over des équipes...

²⁸ Abstinence, Réduction des Risques, Traitement de substitution, ambulatoire, résidentiel, travail de rue, services sociaux, services de prévention,...

II. LES ACTIONS PRIORITAIRES POUR LE MILIEU « SOINS-RUE »

Une cinquantaine d'actions à mener, réparties en une dizaine de catégories présentées dans le carnet consacré au cadre méthodologique²⁹, ont été identifiées sur base du diagnostic préalablement réalisé. Elles ont ensuite été priorisées, parfois reformulées, et spécifiées par des professionnels issus de différents secteurs d'activité (soin, prévention, RdR, social, aide d'urgence) lors de groupes de travail qui réunissaient une quinzaine de personnes par milieu de vie étudié³⁰.

Toutes ces actions sont en lien avec les objectifs généraux, spécifiques et opérationnels formulés à l'aide de l'Outil de Catégorisation des Résultats (OCR)³¹, un modèle de Promotion de la Santé utilisé par le Service de Promotion de la Santé en Suisse (cf. Annexe). Nous avons privilégié cet outil car nous souhaitons adopter une approche la plus systémique possible, de façon à tenir compte de l'ensemble des facteurs et déterminants de la santé. L'ensemble des objectifs ainsi que la liste complète des actions sont présentés en annexe. La démarche méthodologique, quant à elle, est développée dans le carnet sur la méthodologie.

Remarque : l'absence d'actions visant le public des jeunes qui ont une consommation abusive de cannabis et/ou de médicaments, en rupture avec leur entourage et le système scolaire, (cf. la note introductive), s'explique par le faible intérêt marqué par le secteur de l'Aide à la Jeunesse à la construction de ce Plan malgré plusieurs sollicitations auprès de divers intervenants (tant de 1^{ère} ligne que de deuxième ligne). Cette situation est d'autant plus regrettable que les besoins en la matière sont pourtant bien réels. Cela démontre également que les actions visant la formation et la sensibilisation des acteurs qui comptent des usagers de drogues au sein de leur public ont effectivement leur place dans les priorités du Plan bruxellois.

Nous présentons ci-après les actions prioritaires ainsi que les pistes pour les mettre en œuvre sur le terrain par axe de travail.

Pour chaque action prioritaire sont notamment spécifiés les éléments suivants :

- l'opérateur : quel type d'intervenant(s) doit/vent mener l'action ;
- les partenaires qui pourraient être associés;
- le(s) public(s)-cible(s) : public final visé par l'action ;
- le(s) public(s) relais : public intermédiaire à toucher pour atteindre le public cible;
- la couverture et les zones géographiques à couvrir par cette action;
- les stratégies, les outils, les modalités de mise en place de l'action ;
- les freins, risques et obstacles à l'action ;
- les leviers et facteurs de réussite à essayer de rassembler pour faciliter la mise en œuvre l'action ;
- des indicateurs (quantitatifs ou qualitatifs) qui permettront d'évaluer la réalisation de l'action et de ses objectifs

Il est important d'insister ici sur le fait que les actions qui n'ont pas été retenues comme prioritaires par les différents acteurs (cf. annexes), ne sont pas pour autant à négliger. Elles ont été identifiées sur base des diagnostics. L'ensemble des actions, qu'elles soient prioritaires ou non, trouvent leur place dans le Plan bruxellois et contribuent à sa cohérence.

²⁹ Plan bruxellois de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues. Carnet N°1 : Présentation et cadre méthodologique »

³⁰ Cf. La liste des participants et des personnes ayant contribué à la construction du Plan bruxellois de RdR dans le carnet consacré au « Cadre méthodologique ».

³¹ Auteur(e)s: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broeskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahrni, Adrian, « Guide pour la catégorisation des résultats », www.promotionsante.ch

ACTIVITÉ N° 1

Création et diffusion d'outils d'information et de sensibilisation à la RdR notamment adaptés aux **populations migrantes peu en contact avec le dispositif RdR** existant (originaires des pays de l'Est, du Maghreb).

Action qui existe déjà et à "étendre"/à développer. En lien avec les objectifs opérationnels 1 et 7³².

Public(s) cible(s)

Les usagers de drogues, particulièrement les groupes venant des pays de l'Est (Roms, Slovaques, Bulgares, Polonais, Russes...)

Public(s) relais

Les professionnels (spécialisés en assuétudes, prévention, RdR ou non) en contact avec ces publics : comptoirs d'échange de seringues, institutions de bas seuil, éducateurs de rue, gardiens de la paix, personnels des AMO, hôpitaux, pharmacies, maisons d'accueil, centres de dépistage, CPAS...

Opérateurs

Une institution « faitière » comme la FEDITO bruxelloise, par exemple,

Un groupe d'acteurs coordonnés par une association

Le VAD (Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen vzw)

Partenaires

Les associations travaillant avec des publics migrants (qu'ils soient usagers de drogues ou non),

Une association médicale (exemple Croix-Rouge),

Les institutions de Bas seuil,

Les institutions actives dans l'alphabétisation/éducation permanente,

Les usagers de drogues.

Lieu(x) et couverture géographique

Brochures disponibles pour le territoire de la FWB/

Diffusion sur Bruxelles : ciblée dans des endroits plus fréquentés par les usagers de drogues comme par exemple les environs de la station de métro Ribaucourt ou le centre-ville (actuellement de nombreux nouveaux injecteurs) et via des travailleurs de rue pour faire du lien.

Exemple de ce qui existe déjà

-Semainier sur les comptoirs d'échange de seringues comprenant : les coordonnées et localisation des comptoirs en fédération Wallonie-Bruxelles, ainsi que les services qu'ils offrent ; des numéros d'appels utiles, et différents conseils de RdR (uniquement en français et en anglais).

- Shooter Propre : brochure de Réduction des Risques destinée aux usagers de drogues par injection (uniquement disponible en français).

- Brochure de RdR sur différents produits traduites en polonais, folder illustré (avec schémas sur les points d'injection) adapté pour les usagers parlant le polonais.

- Poste de médiateur culturel parlant le polonais pour jouer le rôle de relais de l'information (poste qui n'est plus subsidié à ce jour).

³² Les objectifs opérationnels sont présentés en annexe.

Identification et connaissance des publics à qui destiner le matériel :

Dans un premier temps, les différentes populations pour lesquelles il faut créer des outils doivent être clairement identifiées. Ce premier travail doit aussi comprendre des informations sur leurs modes de consommation, leurs connaissances, les risques qu'ils prennent. Ce qui aiderait à créer les outils adéquats d'une part mais aussi faciliterait l'évaluation de ces outils (changements de comportement, amélioration des connaissances, etc.).

Contenu et conception des messages

Messages plus généraux, « plus légers » moins axés sur des types d'usages précis car ils seront diffusés dans des endroits fréquentés par des usagers de drogues mais également par d'autres types de publics :

- les relais (réseau assuétude, comptoirs etc. et aussi où jeter son matériel) ;
- la confidentialité, la gratuité des services ;
- les modes de contamination généraux des IST (dont le partage de matériel mais il faut faire très attention à la manière de le dire) ;
- les mélanges et familles de produits avec une attention particulière à l'alcool et les médicaments.

Messages plus spécifiques et pointus (qui visent plus l'usage de drogues et les risques liés aux modes d'usage) diffusés via des lieux principalement fréquentés par des usagers de drogues (cf. plus loin la diffusion) :

- le partage du matériel de consommation dans son ensemble et plus détaillé par rapport aux risques de transmission des hépatites ;
- les points d'injection et comment en pratique réduire les risques liés à l'injection
- les effets des produits et des mélanges de ces produits
- explication qu'il existe d'autres modes de consommation que l'injection (comment « chasser le dragon »...), comment faire de la base avec du bicarbonate
- risques liés à la perte de conscience
- comment réagir en cas d'overdose
- etc...

Constitution d'un **comité de rédaction** réunissant des usagers de drogues, des experts de terrain et des experts scientifiques, des institutions actives dans l'alphabétisation/éducation permanente. Il faut absolument **impliquer, consulter les usagers** lors du processus de création (tant sur le fond que sur la forme des messages) afin de partir de leur réalité. Il faut tenir compte des aspects culturels, (pas uniquement de la langue) et des tabous propres à chaque culture des drogues et de la consommation. C'est pourquoi passer par une personne physique pour relayer des informations aux publics-cibles est également très important.

Outils à développer

Pour les professionnels : il leur faut des outils qui les aident à transmettre l'information dans leur travail via un interprète. Un réseau d'interprète est également indispensable pour bien transmettre l'information ? (outil de type jeu etc...)

Pour les usagers eux-mêmes : vu le nombre de langues différentes, il est difficile et trop coûteux de multiplier les outils. Il faut donc créer des outils très visuels de type : photos, pictos, posters, clip, court métrage avec un message très clair

Diffusion du matériel et des informations

Les outils porteurs de messages moins pointus sont à diffuser dans les salles d'attente des CPAS, les douches de jours, dans des centres de dépistage, aux urgences, dans les hôpitaux, des pharmacies, des AMO, des Maisons d'accueil, ainsi que dans les institutions qui sont le premier contact des personnes qui arrivent en Belgique. La diffusion peut également se faire dans des lieux publics (rues, parcs...) via des gardiens de la paix ou des éducateurs de rue (qui auront bien été briefés sur ces outils, cf plus loin).

Les messages et outils plus axés sur les usagers de drogues seront diffusés dans des lieux plus spécifiques : les comptoirs d'échange de seringues, les institutions de bas seuil par exemple.

Les outils (brochures ou autres) ne doivent pas simplement être déposés là où ils seront diffusés. Il est nécessaire **de former les travailleurs** qui vont les déposer afin qu'ils les présentent aux professionnels (public relais). Exemple : par l'organisation d'une séance d'information/formation sur le contenu et la manière de le diffuser afin que les travailleurs se l'approprient, ou au minimum une prise de rendez-vous pour bien présenter les outils (cf. l'action sur la « Sensibilisation des centres de soin, comptoirs

d'échange de seringues, services sociaux, hôpitaux, services de santé mentale, médecins généralistes pour la diffusion du (nouveau) matériel de RdR auprès des usagers qu'ils rencontrent et la mise à disposition du matériel de RdR et d'outils... ».

Autre exemple d'outil pour la formation des travailleurs : la formation de Réduction des Risques liés à l'injection, via cette formation les professionnels **pourront à leur tour dispenser aux usagers** pratiquant l'injection des informations et conseils pratiques de RdR spécifiquement liés à ce mode de consommation (en lien avec le projet « AERLI » : projet d'accompagnement et d'éducation aux risques liés à l'injection).

Facteurs de réussite

Formation et sensibilisation préalables des travailleurs aux aspects culturels des différents publics concernés

Participation des usagers au processus de conception des messages et outils

Risques/obstacles

Attention à l'envie de consommer que peut susciter certains outils ;

Apriori des travailleurs par rapport à la RdR, il n'y a pas unanimité même dans le bas seuil du secteur ;

Tabous potentiels liés à la culture ;

Manque de travailleurs de rue et gardiens de la paix formés/sensibilisés à la RdR travaillant dans certains quartiers ciblés.

Indicateurs

Formations organisées pour les professionnels

Différents outils produits, nombre diffusé, réimpressions, nombre de langues ou outils conçus pour y faire face à la diversité des langues parlées par les usagers

Retour des usagers sur les outils produits, demandes de ces outils par les usagers ;

Indicateurs de processus : implication effective des usagers dans le processus, existence d'informations sur les différents publics

Indicateurs d'impacts : meilleures présences des populations visées dans les centres (via infos sur réseau).

ACTIVITÉ N° 2

Sensibilisation des centres de soin, comptoirs d'échange de seringues, services sociaux, hôpitaux, services de santé mentale, médecins généralistes pour la diffusion du (nouveau) matériel de RdR auprès des usagers qu'ils rencontrent et la mise à disposition du matériel de RdR et d'outils démedicalisés (auto-test, Naloxone...).

Action qui existe déjà mais à "étendre"/développer. En lien avec l'objectif opérationnel 4.

Public(s) cible(s)

Les acteurs spécifiques RdR (comptoirs d'échange de seringues...)

Les acteurs du soin : les centres de traitements assuétude, services médicaux, les maisons médicales, les services d'urgences, les centres de santé mentale...

Les services d'aide aux plus démunis : les services d'urgence, le dispositif hiver, les abris de nuit, réseau médical pour sans-abris...

Public(s) relais

Les structures/organes de concertation, fédérations de différents secteurs (santé, social, assuétude...)

Les institutions de bas seuil de différents secteurs (social, santé, santé mentale, assuétude/RdR, migrants, sans abris...)

Les structures de soins

Opérateurs

Les acteurs spécifiques de RdR.

Partenaires

Les institutions de bas seuil d'accès (que ce soit de soins/traitement, d'aide aux démunis) via des permanences des acteurs de RdR dans le bas seuil

Lieu(x) et couverture géographique

Région de Bruxelles-Capitale

Exemple de ce qui existe déjà

Contacts informels et moins informels entre les différentes institutions, envoi des outils pour une diffusion et un échange d'informations sur le (nouveau) matériel de RdR

DESCRIPTION DE L'ACTION (COMMENT, STRATÉGIES ET OUTILS UTILISÉS)

Organisation de permanences ou simple présentation des outils

La sensibilisation peut se faire via des prises de contact, des formations destinées aux professionnels, la diffusion de référentiels, etc.

Des « représentants » en matériel de réduction des risques feraient le tour des services pour présenter le matériel de RdR et récolter également des commentaires en retour sur ce matériel.

Les acteurs spécifiques de RdR bruxellois tiendraient des **permanences** dans les différents services de bas seuil (qu'ils soient destinés spécifiquement aux usagers ou non) avec le matériel afin de sensibiliser les intervenants de la structure, mais également leurs publics.

Lorsque le personnel se sera suffisamment approprié les outils, les permanences seraient amenées à disparaître.

Si une permanence ne se justifie pas (ou n'est pas réalisable), une sensibilisation via une présentation des outils aux équipes serait organisée.

L'organisation des permanences peut être pensée et réfléchi au sein d'un groupe de travail comprenant les acteurs spécifiques de RdR de différentes institutions.

Matériel et diffusion

- Stérifix (kit d'injection);
- matériel d'injection comprenant : dose stérile d'acide citrique ou ascorbique, plusieurs types de seringues, champs stériles, eau en flapule unidose, Stéricup, information qui accompagne le matériel, garrot mais uniquement en salle de consommation ou injection accompagnée, tampons alcoolisés et secs, désinfectants pour les mains, petits containers, containers pour mettre le matériel propre ;
- paille et kit de snif ;
- aluminium ;
- NALOXONE, kit overdose ;
- dépistage rapide VIH/HEP/Syphilis ;
- préservatif, Femidom, lubrifiant, contraceptifs.

Remarque : tout le matériel ne doit pas être partout. Une évaluation préalable des besoins au sein des institutions sera organisée pour définir si une permanence de ce type est nécessaire et si oui, avec quel matériel, sous quelle forme et dans quelle mesure.

Facteurs de réussite

Disponibilité du matériel ; adhésion des institutions visées

Risques/obstacles

Manque d'appropriation par les usagers du matériel par crainte de se faire interpellé par la police en le transportant

Manque d'intérêt des professionnels ne travaillant pas spécifiquement avec des usagers

Indicateurs

Nombre d'institutions qui ont accepté ce type de permanences, nombre de permanences ;

Maintien/abandon des permanences au fil du temps (signe ou non de l'appropriation du matériel par les professionnels)

Existence des relais entre acteurs de RdR

Appropriation du matériel par les structures internes

Diffusion du matériel

Commandes de matériel passées (quel matériel et par quels types d'acteurs)

ACTIVITÉ N°3

Renforcement du Dispositif d'accès au matériel d'injection (DAMSI): augmentation de la couverture horaire et géographique des comptoirs d'échange de seringues et financements adéquats (personnel, matériel, fonctionnement), en consultant les usagers sur leurs besoins.

Action qui existe déjà, à maintenir et si possible à "étendre"/développer. En lien avec l'objectif opérationnel 16.

Public(s) cible(s)

Les usagers de drogues par injection

Public(s) relais

Les acteurs du secteur médical et paramédical

Les acteurs du secteur social (équipe d'éducateurs de rue...)

Les acteurs spécialisés en assuétude (RdR, soins, bas seuil...)

Les professionnels ayant des usagers de drogues dans leurs publics

Opérateurs

La centrale d'achat du matériel d'injection

L'organisme de coordination communautaire et régional du DAMSI

Les membres du DAMSI

Partenaires

Les travailleurs et institutions qui ont des UDI dans leurs publics et qui font de la RdR (en ce compris le monde médical et les pharmaciens, l'Association Pharmaceutique Belge)

Les Usagers de drogues par injection

Les acteurs politiques (y compris au niveau local)

Et cf. également le publics relais

Lieu(x) et couverture géographique

En ce qui concerne la maintenance de ce qui existe déjà à Bruxelles, les comptoirs doivent être maintenus à Schaarbeek et à Saint-Gilles.

Pour l'extension du dispositif à Bruxelles : des comptoirs doivent être établis en priorité à 1000 Bruxelles, à Molenbeek et à Anderlecht. Des bornes de distribution/échange de seringues et des pharmacies disposant de Stérifix (pochette contenant du matériel d'injection) doivent se retrouver dans toutes les communes.

De manière générale et afin d'optimiser le dispositif, celui-ci devrait être pensé de manière nationale (au minimum pour le Stérifix).

Exemple de ce qui se fait déjà

A Bruxelles, début 2014, trois comptoirs fixes d'échange de seringues, des travailleurs de rue et un bus organisent l'accès au matériel stérile d'injection. Ces comptoirs d'échange de seringues sont tous rattachés à des institutions et associations qui proposent d'autres services socio-sanitaires. Par ailleurs, d'autres structures n'étant pas des comptoirs peuvent - de manière informelle – aussi donner accès au matériel à du matériel stérile d'injection.

Maintenir l'existant

Il convient au minimum :

- de permettre aux structures qui pratiquent déjà l'échange de seringues de pouvoir continuer à le faire en maintenant tant les équipes en place que le matériel distribué : (matériel stérile d'injection (seringue, tampons, alcool, eau, acide ascorbique, Stéricup...), aluminium,
- d'assurer l'approvisionnement en Stérifix des pharmaciens sans rupture de stock

A développer

Réalisation d'un cadastre des besoins (lieux et matériel)

Sur base de la consultation des usagers, identifier les besoins :

- identification des quartiers où il serait intéressant de développer une accessibilité au matériel (lieux de deal, de consommation...);
- identification des types de produits consommés afin de pouvoir offrir un matériel adéquat en lien avec la consommation (type de seringues et d'aiguilles différentes suivant les produits injectés etc...) et tester le matériel auprès des usagers
- identification des moments où la mise à disposition de matériel est la plus pertinente

Amélioration de l'accès au matériel

Décentralisation, multiplication des intervenants et des modalités d'accès, augmentation de la couverture horaire :

- distribution en rue via les éducateurs de rue des différentes communes et les maraudes organisées par le secteur couplées aux comptoirs. Des travailleurs doivent également faire le tour des squats ;
- distribution du matériel par les centres de traitement bas seuil à leurs bénéficiaires ;
- développement de salles de consommation supervisée ³³(pour également renforcer les compétences des usagers et l'approche globale de la problématique) ;
- la création d'un réseau de bornes de distribution/échange de seringues (en s'assurant que les services d'urgence, comptoirs, travailleurs de rue disposent de jetons - permettant d'obtenir les seringues via les bornes- pour faciliter l'accès en soirée, la nuit et le week-end.

Renforcement des compétences

Renforcement et homogénéisation des compétences des professionnels (cf. public cible et relais) pour promouvoir l'utilisation du matériel et l'accompagner d'informations adéquates par le biais de formation, de réunions rassemblant des acteurs de différentes institutions/services.

Augmentation de la quantité et amélioration de la qualité du matériel distribué

Via un financement adéquat de la centrale d'achat et des comptoirs ;

Via des évaluations constantes de la qualité du matériel en partenariat avec des usagers

Via un système d'enregistrement informatisé commun du dispositif afin d'avoir un monitoring des publics, des besoins et demandes³⁴.

³³ Cf. action n°14 : « Sur base de l'étude de faisabilité réalisée, expérimentation et développement de projets de salles de consommation à moindres risques et de projets d'éducation à la réduction des risques et des dommages liés à l'injection. Travail avec les riverains et les usagers pour leur implantation

³⁴ Cf. action n°13 « Afin de compléter les données TDI34, développer un système de récolte de données harmonisées au niveau des institutions en contact avec des usagers de drogues et qui font de la RdR, afin d'améliorer la connaissance du public cible et de leurs pratiques de consommation (produits, comportements à risques, etc.). »

Facteurs de réussite :

Existence de projets tels que les comptoirs ;
Soutien du Stérifix ;
Disponibilité de RESU ;
Formations des professionnels.

Risques/obstacles

Différences de cultures et de philosophie des intervenants ;
Manque de formation des travailleurs ;
Manque de sensibilité du politique à cette question ;
Idéologie et représentation très stigmatisante de l'injection ;
Sujet peu « sexy » politiquement ;
Manque de réglementation en faveur d'une accessibilité du matériel en pharmacie ;
Manque de soutien financier ;
Difficulté de communiquer l'approche RdR et de traitement pour les centres de prises ne charge

Indicateurs :

Diminution des infections
Diminution de la morbidité
Augmentation du matériel donné et récupéré
Augmentation des files actives et de la proportion des publics « cachés » (qui ne sont pas en contact avec les centres spécialisés) dans ces files
Nombre de centre de prise en charge qui pratiquent l'échange
Diversité du matériel distribué
Satisfaction des usagers
Augmentation du nombre de pharmaciens qui participent au Stérifix
Couverture horaire et géographique des comptoirs
Présence de bornes
Présence d'une salle de consommation

ACTIVITÉ N°4

Travail de sensibilisation des médecins et pharmaciens au traitement de substitution aux opiacés (TSO).

Action qui existe déjà et à "étendre"/à développer. En lien avec l'objectif opérationnel 20.

Public(s) cible(s)

Les médecins et les pharmaciens.

Public(s) relais

Les facultés de médecine et de pharmacie et les institutions « faïtières » de ces deux professions comme par exemple la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), la Fédération des maisons médicales, l'Ordre des médecins, le réseau Alto, les associations de pharmaciens (APB, etc.).

Opérateurs

Le secteur spécialisé déjà impliqué dans les formations en RdR et les associations de médecins et les pharmaciens déjà partenaires d'actions de RdR.

Partenaires

Le secteur spécialisé déjà impliqué dans les formations de RdR ou des formations à destinations de ces publics.

Les associations de médecins et les pharmaciens déjà partenaires d'actions de RdR.

Les usagers de drogues.

Lieu(x) et couverture géographique

Région de Bruxelles-Capitale

Exemple de ce qui existe déjà

Pour les médecins généralistes, une cellule spéciale de la SSMG travaille les questions d'assuétude, via le réseau ALTO. Un module sur la RdR est en cours de réalisation. A l'heure actuelle, ces formations s'adressent aux acteurs de la région Wallonne mais cela pourrait se faire sur Bruxelles également, moyennant des subsides.

Le RAT met en place des supervisions pour les médecins généralistes qui prescrivent des TSO.

DESCRIPTION DE L'ACTION (COMMENT, STRATÉGIES ET OUTILS UTILISÉS)

Il faut prendre contact avec les différentes associations et mettre sur pied, avec eux, des programmes de formations spécifiques. Pour cela un dossier informatif doit être constitué
Il faut également travailler sur la déstigmatisation des usagers auprès des pharmaciens et médecins³⁵

1. Avec les pharmaciens et médecins qui ne sont pas encore impliqués dans des traitements de substitutions

- Intégrer dans les modules de formations des contenus spécifiques liés à la gestion de la consommation à côté de la prise de TSO et via ces modules les stimuler à s'engager dans ces pratiques.

Contenu des modules de formations

Les différents traitements existants

Les différents modes de consommation et produits consommés

Les conseils de RdR liés à la consommation de ces produits et aux modes de consommation

Les outils de RdR

Les modes d'approche et de dialogue avec les patients autour de la consommation

2. Avec les pharmaciens et médecins qui sont déjà impliqués dans des traitements de substitutions, il faut renforcer des collaborations avec le secteur spécialisé en toxicomanie, en RdR et les associations de médecins et de pharmaciens. Pour cela, un dossier informatif sur les TSO, la RdR et l'offre de formations spécifiques et de colloques doit être réalisé³⁶

Contenu des formations et accompagnements

- le renforcement des compétences des médecins généralistes sur le travail avec des patients en substitution et qui continuent par ailleurs à consommer. Par exemple, les médecins se sentent parfois démunis, ou dans une situation inconfortable quand ils doivent en même temps prescrire une substitution et délivrer du matériel d'injection. Il conviendrait de soutenir ces acteurs dans ces situations spécifiques.

- le travail d'accompagnement de ces publics spécifiques dans le cadre du travail d'un médecin ou d'un pharmacien.

Facteurs de réussite

Richesse du secteur spécialisé et des acteurs relais plus spécifiques.

Existences de compétence et d'expertises déjà actives et repérables.

Risques/obstacles

Difficulté de trouver une communication adéquate et partagée par les différents professionnels venant de secteurs différents avec des philosophies de travail et valeurs différentes.

Grandes différences de définitions, cultures et philosophies des acteurs en présence.

Stigmatisation du sujet, des produits, des usagers.

Moralisation, jugement.

Indicateurs

Augmentation des prises en charges hors secteur spécialisé.

Augmentation des collaborations et contacts.

Existence des formations, mise en place des formations et des accompagnements.

Augmentation du nombre de médecins participants aux formations et Intervention.

Augmentation du nombre de formations en prescriptions de TSO et de prescription.

Augmentation du taux de rétention des patients et de la mobilité des patients dans le circuit de soins.

³⁵ Cf. Action n°15 : « Création et diffusion d'outils visant à déstigmatiser les usagers aux yeux des professionnels, des politiques et du grand public : témoignages d'usagers, de professionnels, dossiers d'information, campagne de sensibilisation, reportages, films... »

³⁶ Cf. Action n°6 : « Organisation de journées d'étude sur la RdR, des Assises de la RdR (cf. en France), colloques pour professionnels du secteur assuétudes et autres secteurs » dans « Carnet n° 8. Plan de Réduction des risques liés à l'usage de drogues bruxellois. Groupe « transversal » aux différents milieux de vie : actions prioritaires à mener »

ACTIVITÉ N°5

Développement et financement d'actions d'outreach, c-à-d rencontre des usagers sur leurs lieux de vie ou de consommation (Exemples : bus soins de santé primaire et comptoir d'échange de seringues, etc., renforcement des éducateurs de rue, etc.).

Action qui existe déjà et à "étendre"/à développer En lien avec les objectifs opérationnels 1, 7, 17 et 18)

Public(s) cible(s)

Tous types de consommateurs de drogues licites ou illicites (qui vivent une partie de leur temps/tout leur temps en rue), les habitants des squats, les personnes vivant dans la rue

Public(s) relais

Les gardiens de la paix, de parcs et les éducateurs de rue des services communaux,

Opérateurs

Les acteurs de RdR (comptoirs d'échange de seringues, etc.)

Les acteurs socio-médicaux : organisations médicales (exemple : Médecins du Monde...), sociales (exemple : SAMU Social), services communaux de prévention...

Partenaires

Les usagers de drogues

Lieu(x) et couverture géographique

Les Communes de la région de Bruxelles-Capitale, les rues, les lieux de rassemblement des usagers vivant ou occupant la rue (bouches/stations de métro, gares, lieux désaffectés, squats/cabanes dans les bois, parcs...)

Exemple de ce qui existe déjà

Le médibus (DUNE/MDM) : Depuis le mois de novembre 2013, Médecins du Monde Belgique en partenariat avec DUNE (Dépannage d'Urgence de Nuit & Echange) a lancé un nouveau projet mobile sur Bruxelles, le Médibus qui entend toucher des publics qui vivent en rue et/ou qui sont usagers de produits psychotropes mais qui ne connaissent pas les structures de soins ou structures de réduction des risques. L'objectif est d'aller à la rencontre des personnes en rue ou qui vivent dans des occupations précaires telles que les squats, gares, entrées de métro, etc. ainsi que faire une accroche avec ces publics vulnérables (donner des informations et leur redonner confiance dans les structures de soins ou de réduction des risques). Ce projet combine actuellement 2 volets : un volet de soins curatifs et préventifs en proposant des soins infirmiers et un travail sur l'accès aux soins (soins de plaies, hygiène, référence) ; un comptoir d'information et d'échange de seringues pour les usagers injecteurs.

Les Opérations Boule-de-Neige : projet de sensibilisation à la RdR et de prévention des pairs pour les pairs consistant à aller à la rencontre dans leurs lieux de vie (rue, par exemple) des usagers marginalisés.

De manière générale : tout le travail des éducateurs de rue et les maraudes réalisé par des acteurs de RdR et sociaux vise à aller à la rencontre des personnes vivant en rue.

DESCRIPTION DE L'ACTION (COMMENT, STRATÉGIES ET OUTILS UTILISÉS)

L'esprit des actions d'outreach est vraiment d'aller à la rencontre des usagers que l'on ne rencontre pas dans les « institutions ».

Identification des lieux où mener les actions

- observations des travailleurs de rue lors des maraudes, observer l'évolution de certains lieux, repérer les signes de vie... (Certaines personnes habitent des endroits pendant des mois, voire des années avant que l'on puisse s'en rendre compte)... - bouche-à-oreilles (de la part des usagers, d'autres travailleurs...).
- actions de ramassage de seringues avec des usagers dans les espaces publics,
- questionnaires diffusés auprès d'usagers
- contact avec des travailleurs de rue d'autres quartiers

Un outil utile pourrait être la création d'une fiche à utiliser et à mettre à jour par l'ensemble des intervenants et qui pourrait être partagée

Articulation du travail des éducateurs de rue, maraudes :

Il est important qu'il y ait une articulation entre les travailleurs de rue des différents quartiers pour couvrir Bruxelles, sans qu'il n'y ait trop de chevauchements (trop d'intervenants travaillant sur les mêmes quartiers). Une coordination ou une centralisation des informations pourrait être assurée par un acteur tel que le CLDB pour les éducateurs de rue des communes. Elle pourrait également faire lien avec les autres intervenants de la rue.

Méthode de travail

- Les « sorties » des travailleurs de rue peuvent se faire à différents moments de la journée ou de la nuit : l'état des personnes sera alors différents (plus de consommation le soir que le matin). Le choix du moment dépend du type d'action menée et de ce que l'on vise comme interventions.
- Du matériel de RdR doit être mis à disposition
- Les sorties ne se font pas seul, il faut au moins être deux travailleurs.
- L'entrée en contact avec les usagers doit se faire au cas par cas. Elle se fait souvent de manière informelle, c'est-à-dire en n'abordant pas d'emblée le problème de consommation éventuelle. Il ne faut pas s'imposer, réussir à se faire inviter. Avoir un outil d'information à donner (exemple « le Bon Plan », reprenant les coordonnées des différentes associations « bas seuil » et leurs services pour personnes précarisées), offrir du café/des sandwiches, avoir quelque chose à offrir, etc. Ce sont des « facilitateurs » de contact, ou encore discuter, prendre des nouvelles... se mettre « au niveau » des personnes : si elles sont accroupies, s'accroupir, tendre la main pour saluer, dire bonjour, s'habiller en civil et non en « uniforme », tout pour diminuer les barrières... C'est la construction du lien qui prime.

Travail avec les relais

- Quand le lien est établi, parfois après plusieurs rencontres, on peut orienter la personne vers des services, lui donner des informations...

Un soin médical presté en rue débouche plus facilement sur un dialogue concernant la consommation (s'il s'agit effectivement d'un usager de drogues). Le passage par la suite de l'utilisateur au service/institution se fait également plus facilement si il a été soigné en « rue ».

- Le travailleur de rue peut ainsi être accompagné d'un infirmier pour des soins et peut aussi donner du matériel en dépannage tout en faisant le relais vers les comptoirs d'échange de seringues.
- Une action en rue est également un relais vers une action en institution (pour des actions à plus long terme).

Facteurs de réussite

Interprètes de rue (beaucoup de personnes parlant une autre langue que le français).

Bonne connaissance des endroits où les personnes se retrouvent en rue.

Articulation avec les autres acteurs et secteurs (logement, social...), ce qui implique une connaissance des autres intervenants et le fait d'être connus des autres.

Risques/obstacles

Milieux de vie qui bougent beaucoup.

Barrière linguistique (augmentation du nombre de langues étrangères auxquels sont confrontés les travailleurs, beaucoup de langues des pays de l'Est...).

Indicateurs

Quantité de matériel de RdR diffusés.

Nombre de personnes « nouvelles » et « connues » (notamment d'usagers) rencontrées

Nombre de soins médicaux prodigués.

Passage au service des personnes rencontrées en rue.

« Réceptivité » des personnes en rue au dialogue avec les travailleurs de rue, à leurs conseils de RdR

Nombre de matériel distribué.

Nombre d'accompagnements et de relais effectués.

Type de demandes formulées par les usagers aux travailleurs.

ACTIVITÉ N°6

Projet d'information et de sensibilisation à la RdR des pairs par les pairs, dans leurs lieux de vie (actions d'outreach) ou dans les services professionnels, y compris formation des pairs/jobistes. (Pour retrouver un rythme de vie, l'amélioration des connaissances/compétences, création de liens sociaux...)

Action qui existe déjà et à "étendre"/à développer. En lien avec les objectifs opérationnels 1, 3, 6, 7 & 26)

Public(s) cible(s)

Deux types d'usagers de drogues :

Ceux qui ne fréquentent pas le réseau car soit ne le connaissent pas soit ne veulent pas

Les usagers qui fréquentent les institutions

Public(s) relais

Les professionnels du secteur toxicomanie.

Opérateurs : 2 possibilités :

Pour les projets existants et à étendre : les acteurs RdR et bas seuil

Pour les nouveaux projets : soit une association RdR porteuse du projet (comme soutien méthodologique d'une institution qui mène le projet) et des partenaires, soit plusieurs institutions RdR et traitements, toutes porteuses du projet ensemble.

Partenaires

Les acteurs de RdR, les acteurs du secteur assuétudes, les gardiens de parc, les travailleurs sociaux en contact avec des usagers de drogues

Lieu(x) et couverture géographique

Lieux de vie des usagers marginalisés et lieux de consommation (lieux désaffectés, bosquet, parkings, garages, squats, rue...), les centres de traitements des assuétudes à Bruxelles

Exemple de ce qui existe déjà

- Projet d'information et de sensibilisation des pairs par les pairs Boule-de-Neige :

Des usagers de drogues transmettent un message de prévention du Sida, des hépatites et autres risques associés à la consommation de drogues **marginalisés** qui n'ont, en général, que peu ou pas de contacts avec les structures de soins, et qui sont peu touchés par les campagnes de prévention destinées au grand public. Ce type d'opération permet également de recueillir des informations sur les comportements et pratiques des usagers. Les pairs reçoivent une formation préalable sur les risques de transmission du VIH/sida, des hépatites, des conseils de RdR en lien avec l'usage de drogues...

- Projets de récupération de matériel de consommation usagé.

Projets participatifs menés en collaboration avec des usagers qui, dans le cadre de tournées organisées, vont ramasser le matériel usagé abandonné dans des lieux de consommation (bosquet, parkings, garages, lieux désaffectés). Cette action permet également de sensibiliser les usagers participant aux risques que représente le matériel abandonné tant pour eux que pour les autres. A leur tour, ces usagers peuvent en sensibiliser d'autres. Les participants reçoivent également une formation préalable. Ce projet est à étendre. Il faudrait y associer notamment les gardiens de parcs qui sont en contact avec des seringues usagées.

DESCRIPTION DE L'ACTION (COMMENT, STRATÉGIES ET OUTILS UTILISÉS)

Les opérations par les pairs permettent de/d' :

- améliorer et partager les connaissances par rapport aux problèmes rencontrés ;
- faciliter le contact avec le public cible et faire passer les messages autrement ;
- dépasser les peurs de stigmatisation ;
- respecter l'anonymat ;
- renforcer la confiance en soi et le savoir-faire des pairs, de les valoriser, de développer leurs liens sociaux

Projet Boule-de-Neige

Ce type de projet doit être étendu en organisant également avec des publics et des thématiques spécifiques (exemples : overdose, spécial femmes...), le faire en tournante dans différentes institutions pour impliquer plus d'acteurs et de publics différents. Si des usagers fréquentent les institutions spécialisées en assuétudes et ne vont pas en rue, d'autres au contraire, n'y entrent pas et restent en rue. Ces usagers n'ont alors souvent pas d'informations de RdR. Il est donc important d'étendre les actions de sensibilisation, comme les Opérations Type Boule-de-Neige par exemple.

Projet de récupération de matériel de consommation usagé

Ce projet est à étendre. Il faudrait y associer notamment les gardiens de parcs qui sont en contact avec des seringues usagées.

Les pairs accompagnateurs

Il s'agirait d'usagers qui fréquentent les services et qui pourraient accompagner d'autres usagers de ces mêmes services dans leurs démarches administratives ou de réorientation. Il faut veiller à ce que les « pair-accompagnateurs » ne remplacent pas les travailleurs mais soient une possibilité de plus offerte au public

Une mise en commun entre institution permettra de travailler différents aspects de l'accompagnement proposé : la question de voir jusqu'où va l'accompagnement, quel est l'objectif in fine : connaître le réseau et savoir où référer ? Accompagner physiquement jusqu'à l'institution ? Défendre la situation des usagers pour avoir accès à ces droits ? Autant de points et d'aspects à aborder et à construire au fur-et-à-mesure.

Mise en place du projet

Il faut informer l'ensemble du secteur sur le projet et identifier les acteurs qui sont intéressés par le projet dans chaque institution et qui pourront le porter.

Recrutement des pairs accompagnateurs

Une plage horaire par semaine où un travailleur de l'institution partenaire du projet identifierait, rassemblerait les usagers du service qui pourraient jouer le rôle de relais. Le projet doit être porté par quelqu'un de réellement intéressé par ce rôle.

Il faut une diversité des « pair-accompagnateurs » mais une continuité des personnes

Formation des pairs accompagnateurs et accompagnement

Il faut former les pairs accompagnateurs à l'accompagnement. Une partie de cette formation serait commune pour les différents pairs des différentes institutions. Cela doit être porté par les institutions qui participent au projet et par les usagers.

Tout en reconnaissant et valorisant les compétences et connaissances des uns et des autres, la formation de base commune porterait sur :

- la confidentialité, les principes du secret professionnel, la relation de confiance ;
- comment se présenter dans les différentes structures
- connaissance du réseau de RDR, de suivi et de prise en charge

Il est nécessaire de présenter les différentes institutions aux pairs accompagnateurs en en faisant le tour avec eux.

Un débriefing et un encadrement des « pair-accompagnateurs » sont à organiser régulièrement.

Il faut également être prudent et travailler de manière particulière dans chaque institution sur la proximité différente que cela va générer entre les professionnels et les « pair-accompagnateurs ». Il faudra rester vigilant à l'influence que cela aura sur le cadre

thérapeutique. Certains patients cherchent tout le temps à « passer de l'autre côté du comptoir », à sortir des limites du cadre thérapeutique... Cela peut avoir des effets tant positifs que négatifs. Le cadre doit être bien pensé.

Du matériel et les locaux de l'institution doivent être accessibles aux pairs accompagnateurs pour leur permettre de travailler. Par ailleurs, un défraiement doit être prévu pour leurs déplacements, leurs communications téléphoniques... de façon à ce que leur rôle d'accompagnateur n'engendre pas de frais pour eux.

Néanmoins, la question du paiement est compliquée, cela peut varier aussi selon que cela rentre dans un projet plus global, coordonné par une institution tierce qui effectuerait alors les paiements, ce qui serait plus facile pour les institutions participantes par rapport à l'ensemble de leurs patients.

Facteurs de réussite

Boule de Neige

Qualité de la formation des pairs.

Plusieurs institutions partenaires du projet afin de ne pas surcharger les travailleurs.

Récupération de matériel usagé :

Bonne préparation des tournées de récupération (contact police, gardien de parc...).

Pairs accompagnateurs:

Meilleure acceptation du message s'il vient du pair.

L'accompagnement comme possibilité et non une obligation.

Non substitution du professionnel par le pair.

Bonne communication et prise de contact avec les différentes institutions vers lesquels orienter les usagers.

Bonne formation et encadrement des pairs accompagnateurs.

Risques/obstacles

Boule de Neige

Difficulté de recruter des pairs correspondant au profil de certains publics ciblés (usagers migrants, femmes).

Difficulté de réaliser une formation complète.

Récupération de matériel usagé :

Turnover des pairs.

Pairs accompagnateurs:

Non acceptation des pairs accompagnateurs par des travailleurs, turnover important du public/patients au sein des institutions.

Indicateurs

Boule de Neige

Nombre de pairs recrutés, formés et qui ont été jusqu'au bout du projet.

Profils des pairs recrutés et des personnes sensibilisées par eux (rentrent bien dans les critères du projet ?).

Nombre de personnes qu'ils ont touchées.

Nombre d'opérations menées, sur quels thèmes, auprès de quels publics.

Récupération de matériel usagé :

Nombre de participants et à combien de tournées.

Quantité de matériel ramassé.

Lieux de ramassage couverts (nombre et types).

Pairs accompagnateurs:

Nombre de personnes bien orientées par les pairs, nombre d'accompagnement effectués.

Existence de ce projet/ dispositif.

Nombre d'institutions qui y participent.

Nombre de « pair-accompagnateurs ».

Est-ce que le message est bien passé auprès des institutions visitées.

Accueil positif des institutions vers qui il y a des relais et accompagnements effectués.

Bonne relation entre accompagnant et accompagné.

Satisfaction des personnes accompagnées.

Satisfaction des accompagnateurs.

ACTIVITÉ N°7

Maintien/développement des structures de centres d'hébergement (de crise et de transition) ou de logement pour les populations précarisées et amélioration de l'accès aux usagers de drogues.³⁷

Action qui existe déjà mais qui est à développer/améliorer. En lien avec les objectifs opérationnels 21 et 22.

Public(s) cible(s)

Les usagers de drogues en situation de précarité (manque de logement, problèmes de santé/santé mentale, difficultés financières, isolement, etc.)

Public(s) relais

Les professionnels du secteur toxicomanie
Les travailleurs de rue
Les assistants sociaux
Le personnel médical (infirmiers, médecins, etc.)
Les gardiens de la paix
Les acteurs politiques
Etc.

Type d'opérateurs

Des centres d'hébergement, maisons d'accueil, association des maisons d'accueil et des Services d'Aide aux Sans-abris(AMA), etc.

Partenaires

Les services sociaux, CPAS, services communaux
Les agences Immobilières Sociale
Les hôpitaux, maisons médicales,
Une fédération d'acteurs (exemple : FEDITO bruxelloise)

Lieu(x) et couverture géographique

Région de Bruxelles-Capitale

Exemple de ce qui existe déjà

Maisons d'accueil, maisons de vie communautaire, abris/asiles de nuit, services d'accueil de jour, travailleurs de rue... pour l'accueil et l'accompagnement de personnes et de familles en précarité.

En région de Bruxelles-Capitale, il faut distinguer :

-les institutions agréées par la COCOF, qui prévoient 3 catégories : accueil pour adultes isolés, les institutions pour adultes isolés avec enfants et les institutions pour familles. Certaines maisons sont agréées pour de l'accueil 24h/24.

-les institutions agréées par la COCOM réparties en 5 catégories : 24h/24 aide sociale urgente ; hébergement de nuit inconditionnel avec accompagnement psychosocial de base gratuit de 20H à 8H ; adultes et mineurs accompagnement psychosocial ; guidance psychosociale ; budgétaire ou administrative à domicile – guidance gratuite ; accompagnement personnes vivant en rue

En matière de toxicomanie, il existe à Bruxelles : un centre d'hébergement de crise pour usagers de drogues, des centres résidentiels, centres de postcures.

Malheureusement, l'offre ne permet pas de couvrir les besoins en matière de logement ou d'accueil, dans une situation économique et humaine de plus en plus détériorée.

³⁷ Cette action a été reformulée par les participants aux groupes de travail.

A) DESCRIPTION DE L'ACTION (STRATÉGIE, OUTILS...)

Il est nécessaire de maintenir ce qui existe et de développer le nombre de place disponibles et de structures de centres d'hébergement, de crise et de transition, ainsi que l'hébergement pour les usagers de drogues.

Il faut développer une réactivité selon les besoins de plus en plus importants en matière de logement pour personnes précarisées et pour usagers en particulier. Ainsi, il est important de développer un travail avec les acteurs politiques et de pérenniser les subventions.

Actions pour développer le dispositif d'hébergement

Interpellation et sensibilisation des décideurs et sensibilisation de la société civile

Le travail de lobbying doit tenir compte du fait que l'augmentation de moyens ne doit pas se faire exclusivement durant la période hivernale. Ce lobbying peut se réaliser via des partenaires institutionnels ou fédérateurs tels que la FEDITO bruxelloise, par exemple.

Cette interpellation doit aller de pair avec un travail de déstigmatisation des usagers tant vis-à-vis des décideurs que de la société civile³⁸.

Remarque : la qualité des services offerts par les structures d'hébergement doit se maintenir lors de l'augmentation du nombre de personnes accueillies. Il est nécessaire d'augmenter les moyens quantitatifs (ex. nourriture, nombre de personnel, nombre de places) mais aussi de veiller à garantir un service « qualitatif » (ex. temps accordé par le personnel aux personnes en détresse).

Actions pour améliorer l'accès des usagers aux structures d'accueil

Travail de décroisement des secteurs et d'amélioration des relations entre le secteur assuétudes et d'hébergement

Pour ce faire, il faut développer la coordination du travail en réseau entre les intervenants du secteur social, santé et assuétudes/RDR et hébergement :

- création de moments d'échange, de rencontres (de type : Apéro-réseaux, Petits déjeuners de la RdR) en étendant ses initiatives au secteur social au sens large ;
- organisation **d'interventions /formations** entre travailleurs des différents secteurs afin qu'ils soient au courant de l'évolution du dispositif social existant et pour qu'ils puissent mieux comprendre le vécu de chacun ;
- création de partenariats pour développer le pont entre la 1^{ère} ligne et la 2^{ème} ligne (appartements supervisés, Agences Immobilières Sociales, etc.) ;
- action de sensibilisation et d'échange pour l'amélioration de la connaissance des institutions de Bas-seuil par les autres acteurs : trop souvent les acteurs de la 2^{ème} ligne ne connaissent pas suffisamment les structures de Bas seuil d'accès. Il faut mettre en place des actions de sensibilisations afin de créer des passerelles entre les intervenants dans les deux sens.

Travail de déstigmatisation des usagers de drogues³⁹

A l'heure actuelle les usagers ont de réelles difficultés pour accéder à un logement comme les appartements supervisés, les Agences Immobilières Sociales, etc. Il est donc nécessaire de mettre en place des actions de sensibilisation des professionnels (du secteur social, logement ...) visant à « accepter » de travailler avec un public « toxicomane ».

Remarque : il faut continuer à garantir une correcte orientation des usagers et réaliser un suivi du travail psycho-médicosocial.

Il faut continuer à développer la différenciation des services (service médical, service social, service psy, etc.) pour pouvoir répondre aux besoins spécifiques des usagers.

³⁸ Cf. Action n°15 : « Création et diffusion d'outils visant à déstigmatiser les usagers aux yeux des professionnels, des politiques et du grand public : témoignages d'usagers, de professionnels, dossiers d'information, campagne de sensibilisation, reportages, films... »

³⁹ Op.cit

Facteurs de réussite

Soutien et volonté politique

Travail en réseau - volonté institutionnelle

Risques/obstacles

Manque de financement

Désintérêt politique

Vision à court terme de la problématique

Diminution de la qualité des services en fonction de l'augmentation du nombre de places

Indicateurs

Nombre de lits disponibles

Temps disponible par personne accueillie

Nombre d'orientations réalisées

Nombre de rencontres entre institutions de 1^{ère} et 2^{ème} ligne

Nombre de mesures (décisions) prises lors de rencontres

Nombre d'interpellations aux politiques

Nombre de nouveaux centres ouverts

Satisfaction de personnes accueillies

G. ACTIONS LIEES A L'ORIENTATION, AU TRAVAIL EN RESEAU ET A L'ACCOMPAGNEMENT DE L'USAGER

ACTION N°8

Afin de désengorger les services de crise, amélioration de l'orientation des usagers, avant l'entrée, pendant le séjour et après, par une meilleure connaissance des acteurs relais et par la réinsertion des patients dans la société.

Action qui existe déjà et à "étendre"/à développer. En lien avec les objectifs opérationnels 20, 22 et 13.

Public(s) cible(s)

Les professionnels de terrain en contact direct avec les usagers de drogues dans le cadre de leur travail. Il s'agit des professionnels non seulement du secteur « toxicomanie », mais aussi des secteurs « social-santé » (maison médicale, 1^{ère} ligne de l'hôpital (urgences), CPAS, logement social, services juridiques, médiation de dettes, les communautés thérapeutiques (Psychiatrie extrahospitalière), les services de Santé Mentale, les appartements supervisés,... Il s'agit également des acteurs soins indépendants (exemple : les médecins généralistes).

Les responsables des CPAS concernant des changements administratifs importants en vue d'un meilleur accès au soin et d'une (ré)insertion

Les responsables Actiris : formation, recherche emploi, ...

Les politiques : nécessité de créer une dynamique transversale sur ces questions au croisé du social et de la santé

Public(s) relais

Les responsables de diverses institutions (+3000 sur Bruxelles)

Les réseaux de formation déjà existant : Infor-Drogues, RAT, Intervision du SMES,...

Opérateurs

La FEDITO, la CLDB.

Partenaires

A construire avec les différentes fédérations et réseaux :

-Les réseaux déjà existant : Hépatite C, Réseau Santé Diabète, SMES (Santé Mentale et Exclusion Sociale), Coordination santé Marolles, Psy 107, RAT (Réseau d'Aide aux Toxicomanes), Prisme, Réseau ABC, Réseau 2, Plate-forme de Concertation en Santé Mentale, FSPST (Fédération des Structures Psycho-Socio Thérapeutiques), FEIAT (Fédération des Employeurs des Institutions Ambulatoires pour Toxicomanes),...

-Les Fédérations des divers secteurs (FdSS (Fédération des Services Sociaux), Fédérations des Maisons Médicales,...), Fédérations Hospitalières (Santhéo, Iris,...), FNdAMS (Fédération Nationale des Associations Médico-Sociales, CBI, FIS,...)

Lieu(x) et couverture géographique

Région de Bruxelles-Capitale

Exemple de ce qui existe déjà

En vue d'amélioration de la connaissance du secteur spécialisé et généraliste, les réseaux suivants sont mis en place : Apéro réseaux, colloques, formations, concertations diverses, Petits déjeuners de la RdR, Echange de personnel, Concertation Bas Seuil, Concertation RDR, Concertation CLDB...) et sont à maintenir, voire à développer.

DESCRIPTION DE L'ACTION (COMMENT, STRATÉGIES ET OUTILS UTILISÉS)

Pour mieux orienter les usagers à travers le secteur de soins ou de RdR ou dans la réinscription sociale, il faut travailler plusieurs axes :

- les professionnels confrontés à ces usagers doivent connaître correctement le secteur spécialisé, ses spécificités, mais aussi le secteur généraliste et ses potentialités⁴⁰ ;
- les relais entre le spécialisé et le généraliste doivent être améliorés ;
- les possibilités de réinsertion sociale doivent être développées

1. Amélioration de la connaissance du secteur spécialisé et généraliste⁴¹

Une partie de la qualité du travail d'accueil et d'orientation est liée à la connaissance du réseau, de ses composantes humaines et à la possibilité de réorienter. Cette connaissance passe évidemment par l'expérience (à valoriser) mais pourrait également se renforcer par la formation, la rencontre et la participation des travailleurs à des réseaux :

- Relance d'une journée de formation-rencontre pour les nouveaux travailleurs du secteur toxicomanie.
- Création et diffusion d'un recueil des divers services existants reprenant quelques éléments importants du dispositif proposé : publics accueillis ; conditions d'accès; offre et spécificité du service (Santé mentale, RdR : accès à du matériel de consommation, testing...), sa composition...
- Réalisation d'un inventaire de l'offre de formation des membres de la FEDITO et mener une réflexion collective sur la question de la formation (Pour qui ? Quel but ? Quel contenu ? Quel partenariat ? Qui la donne ?). Mobilisation des réseaux existants : des institutions du secteur assuétude organisent déjà des interventions ou des formations alcool-drogues pour des intervenants de première ligne d'autres secteurs : CPAS, Maison d'accueil, AMO, services de santé ambulatoires... Il pourrait être utile de repartir de ces réseaux pour créer des relais vers les autres secteurs (social, santé généraliste...).
- Réalisation d'un inventaire de ce qu'il existe aujourd'hui en matière d'orientation : qui oriente ; comment ?...
- Impulsion de débats au sein de la FEDITO
- La question de « qui oriente et comment et via quels réseaux » doit être débattue. De même, l'offre de formation des membres de la FEDITO devrait être collectivisée.
- Déterminer la nécessité ou non de créer une consultation-pôle orientation de professionnels au sein du secteur.
- Déterminer la nécessité ou non de créer un portail d'orientation de première ligne de type ambulatoire spécialisé pour les usagers et les professionnels.

2. Actions de lobbying⁴²

Lobbying par la FEDITO auprès des autres fédérations pour élargir les collaborations/échanges/interventions intrasectorielles et développer des journées-rencontres intra-sectorielles.

Interpellations par la FEDITO des différents réseaux existants sur l'importance de créer des « collaborations », via éventuellement une journée/colloque/festival sur le travail de première ligne ou avec les plus exclus.

Auprès des politiques pour augmenter le budget attribué aux postes réseau, formation et échange

Augmentation du cadre en termes de personnel de la FEDITO pour exploration, contacts, échanges/intervention.

⁴⁰ Cf. Action n°9 : « *Création d'initiatives pour l'échange entre travailleurs/institutions pour favoriser le partage des principes/pratiques de RdR auprès d'acteurs du secteur assuétudes et d'autres secteurs en contact avec des usagers, pour une meilleure connaissance des différents acteurs relais et une diminution de la charge psycho-sociale des équipes.* »

⁴¹ Op. cit.

⁴² Op.cit.

Diffusion par la FEDITO et la CLDB dans les pôles plus politiques et sociaux des préoccupations de terrain concernant l'accès aux soins (mutuelle, réquisitoire, AMU,...) et le financement de celui-ci, l'accès à l'aide sociale (exemple : la compétence territoriale des CPAS concernant les sans-abris, ou sans domicile).

3. Améliorer le relais entre le spécialisé et le généraliste ⁴³

- Important travail de Lobbying pour créer des partenariats avec les autres secteurs (cf. Lobbying point précédent)
- Amélioration de la circulation des usagers via la levée entre autres de la territorialisation des CPAS et octroi d'une adresse de référence (favorisant l'obtention de droits sociaux et donc la réinsertion) pour « sans-abris » non conditionnée à la présence effective sur la commune.
- Amélioration des contacts avec les opérateurs de formations : Bruxelles-formations, Carrefour-formation, Missions locales, Actiris,...

4. Améliorer les possibilités de réinscription sociale, de réinsertion

- Harmonisation des statuts « valides » sans emploi et « invalides ».
- Maintien des centres de jour existant.
- Développement d'un centre de jour à seuil adapté.
- Réévaluation de l'offre et de la demande de l'hébergement thérapeutique, d'urgence et de crise.
- Réévaluation de l'offre et de la demande d'hébergement médico-social de crise ou à plus long terme. S'il est nécessaire d'augmenter l'offre : soit donner plus de moyens au CASU en terme de places disponibles à des durées de séjours plus longues et pour donner plus de soins médicaux/infirmiers ; soit accepter des patients plus jeunes dans les maisons de retraite pour personnes âgées).
- Aide financière pour payer la garantie locative, augmentation des minima sociaux, code du logement pour maîtrise des prix des loyers, aide à l'aménagement , prime au logement, cohabitation, mise à l'emploi, création d'un statut social hybride pour « sans-papiers ».
- Rénovation et mise à disposition des logements sociaux actuellement inoccupés.
- Soutien du développement du « Housing First », offre d'un logement individuel durable (partenariat créé avec Agence Immobilière Sociale) à des « sans-abris » avec accompagnement par une équipe pluridisciplinaire.
- Développement des appartements supervisés avec possibilité de glissement vers logement classique.

⁴³ Cf. Action n°10 : «Elargissement de la Cellule francophone Santé-Assuétudes aux Affaires sociales- pour une meilleure prise en charge, suivi et réinsertion sociale (accès au logement/travail/formation) des consommateurs en situation précaire à Bruxelles»

Facteurs de réussite

Plus-value dans le travail.

Régionalisation des compétences (proximité plus grande entre les décideurs et le terrain).

Nécessité de créer de nouvelles perspectives de travail et d'orientation

Souhait partagé par les professionnels de différents horizons.

Risques/obstacles

Réalité de terrain vraiment bouchée et peu enthousiasmante.

Clivage structurel des secteurs.

Mode de financements différents.

Rivalité budgétaire.

Transfert actuel des compétences (et des subsides).

Redéfinition d'un nouveau paysage associatif plus régionalisé.

Transfert des compétences vers des entités plus politisées.

Temps de réseau pris sur le travail de terrain des professionnels.

Indicateurs :

Amélioration du temps d'attente pour entrer dans les services de crise, à l'hôpital, communauté thérapeutique...

Amélioration de la couverture sociale et mutualiste du public accueilli, réaffiliation.

Amélioration de la reprise de logement (augmentation des garanties locatives demandées,...).

Nombre d'activités intersectoriel organisées.

Présence de formation commune pour les nouveaux travailleurs du secteur.

Temps spécifique dévolu au réseau.

Diversité des travailleurs participants aux activités de réseau.

ACTION N°9

Création d'initiatives pour l'échange entre travailleurs/institutions pour favoriser le partage des principes/pratiques de RdR auprès d'acteurs du secteur assuétudés et d'autres secteurs en contact avec des usagers, pour une meilleure connaissance des différents acteurs relais et une diminution de la charge psycho-sociale des équipes.

Action qui existe déjà et à "étendre"/à développer. En lien avec les objectifs opérationnels 12, 13,15 & 23.

Public(s) cible(s)

Les travailleurs de terrain des institutions bas seuil, RdR, soin, hébergement, social, santé mentale...

Public(s) relais

Les responsables/directeurs d'institutions/service.

Opérateurs

La FEDITO Bruxelles, les acteurs RdR, soins, assuétudés, bas seuil...

Les fédérations patronales et les syndicats afin d'impulser au sein de la COCOF, une réflexion autour de la mise en place d'un plan « concertation/intervention » pour le secteur du type du plan de formation

Partenaires

cf. publics relais

Lieu(x) et couverture géographique

Région de Bruxelles-Capitale

Exemple de ce qui existe déjà

Il existe déjà des initiatives de ce type (exemple : Concertation bas seuil, Concertation RdR, Concertation CLDB, interventions, Apéros réseaux, Petits déjeuners de la RdR, réunions « super BdN », réunion « seringues », « festif », Newsletters (brèves de comptoir, de la FEDITO bruxelloise...)...

(Nb : la concertation Bas Seuil est partie d'une réelle demande du terrain et a été conçue en concertation avec celui-ci pour répondre à ses besoins. Elle ne s'est pas imposée à eux. Cet aspect est très important comme facteur de réussite).

DESCRIPTION DE L'ACTION (COMMENT, STRATÉGIES ET OUTILS UTILISÉS)

Il s'agirait donc notamment de **renforcer ce qui existe déjà**, et de les ouvrir éventuellement à d'autres acteurs⁴⁴ :

- Soutien de la dynamique des apéros-réseaux déjà organisés par la FEDITO et développement des journées-rencontres intra-sectorielles, des échanges de personnel entre institutions déjà initiés par la FEDITO bruxelloise.
- Participation des membres de différentes institutions à des projets communs. Exemple : participation aux Relaxe Zones organisées lors des festivals par Modus Vivendi en collaboration avec des partenaires... Ce type de projet commun, permet un échange des pratiques, une meilleure connaissance du réseau pour la prise en charge, le suivi, etc. des usagers...
- Relance d'une journée de formation-rencontre pour les nouveaux travailleurs du secteur toxicomanie. Exemple, mise en place par la FEDITO bruxelloise - en partenariat avec ses divers membres - d'une journée d'accueil des nouveaux travailleurs avec présentations des différents acteurs/services du réseau, de leurs cadres d'accueil, de leurs actions et de leurs publics-cibles. - - Démarches proactives de la FEDITO Bruxelles auprès des autres fédérations et réseaux (Ligue santé mentale, fédération des plannings, fédération des maisons médicales, fédération des services sociaux, services d'aide aux justiciables...) pour l'élargissement des collaborations/échanges/intervisions ou encore des journées/colloques/festivals sur le travail de première ligne ou avec les plus exclus.
- Démarche de la FEDITO Bruxelles auprès des politiques pour une augmentation du budget pour stimuler les activités de réseau/formation/échange mais également pour permettre aux diverses institutions de mandater du personnel pour participer à ces réseaux ainsi que l'ouverture de ces échanges à d'autres secteurs.
- Le partage de pratiques, thèmes, etc. peut également se faire par newsletters (il en existe déjà, donc ne pas en recréer) mais elles devraient davantage exploiter le côté visuel (exemple : témoignage avec du visuel car il y a déjà beaucoup de documents/rapports à lire...) et être conçues comme un outil pour les travailleurs de terrain.

Travailler sur la visibilité des actions

Il est important de travailler sur la visibilité de ces actions (y compris celles qui existent déjà), car certains acteurs (les nouveaux travailleurs, acteurs d'autres secteurs...) ne les connaissent pas nécessairement, tout en accentuant les ponts entre les différents secteurs (santé mentale, social, hébergement...). Pour cela il faut par exemple organiser des journées d'études intersectorielles ou les associations se présentent, réaliser une plaquette par Fédération qui représente les différentes institutions et les projets qu'elles mettent en place.

Stimuler, dynamiser la participation des acteurs

Il faut **sensibiliser** les institutions et leurs responsables à l'importance d'y envoyer leurs travailleurs de terrain, de l'intérêt que ceux-ci ont d'y participer en permettant à tous ouverture de la participation à ces échanges à tous les membres des institutions et non pas « toujours » aux mêmes représentants mandatés pour cela.

Pistes pour y remédier :

- création d'un « **Plan d'intervision/concertation** » comme il existe un plan de formation qui prévoit que les employeurs prévoient un certain nombre d'heures) chaque employé pour se former ;
- organisation de rencontres avec les institutions pour valoriser ce type d'échanges et en souligner les avantages et recueillir les besoins du terrain pour les mettre en place ;
- augmentation du cadre des équipes pour participer à divers réseaux (sinon risque de déforcer le travail d'accueil du public de ces institutions, cf. plus haut)

⁴⁴ Cf. Action n° 8: "Afin de désengorger les services de crise, amélioration de l'orientation des usagers, avant l'entrée, pendant le séjour et après, par une meilleure connaissance des acteurs relais et par la réinsertion des patients dans la société. »

Facteurs de réussite

Une certaine ouverture à la RdR.

Institutions valorisant l'échange entre travailleurs de terrain et de secteurs différents.

Partir d'une réelle demande des acteurs de terrain.

Construire la concertation avec les intervenants demandeurs.

Risques/obstacles

Réticence des directions.

Surcharge de travail.

Indicateurs

Nombre de concertations, interventions organisés.

Nombre de participants.

Variété des institutions participantes.

Existence du plan « Plan intervention/concertation ».

ACTION N°10

Elargissement de la Cellule francophone Santé-Assuétudes aux Affaires sociales- pour une meilleure prise en charge, suivi et réinsertion sociale (accès au logement/travail/formation) des consommateurs en situation précaire à Bruxelles.

Action à créer. En lien avec les objectifs opérationnels 21,23 & 31.

Public(s) cible(s)

Les ministres de la santé et du social (COCOF et COCOM pour Bruxelles).

Public(s) relais

Les parlementaires.

Opérateurs

Une institution qui centralise les infos de type « Ligue des droits de l’homme », « Centre pour l’égalité des chances » et qui peut porter le dossier de manière large.

Partenaires

Les membres de la FEDITO bruxelloise,
Les acteurs d'urgence sociale, de lutte contre l'exclusion et la pauvreté et du logement (-par exemple les CPAS)
Les acteurs d'aide médicale,
Les hôpitaux...
Les acteurs de l'Aide en Milieu Ouvert (AMO),
Les services des droits des étrangers

Lieu(x) et couverture géographique

Région de Bruxelles-Capitale

Exemple de ce qui existe déjà

La cellule interministérielle francophone « santé assuétude » : cette cellule est destinée à coordonner les politiques « santé-assuétudes » de la Région Wallonne, la COCOF et la Fédération Wallonie-Bruxelles.
Cette cellule est en phase d’opérationnalisation ⁴⁵

⁴⁵ Cf. Action N°4 : « Opérationnalisation de la Cellule Santé Assuétudes (RW-RB-FWB) et concertation de celle-ci avec les autres secteurs concernés : éducation, jeunesse, logement, emploi... (En tenant compte du transfert des compétences en cours). » dans « Plan de Réduction des risques liés à l’usage de drogues bruxellois. Actions transversales à tous les milieux de vie . »

DESCRIPTION DE L'ACTION (COMMENT, STRATÉGIES ET OUTILS UTILISÉS)

Le secteur « assuétudes », en collaboration avec le Coordinateur de la Cellule Santé -Assuétudes, devrait mener un travail préalable qui servirait de base concrète à cette cellule.

Constats des manques en termes de justice sociale

Ainsi dans un premier temps, toute une série de constats sont à rassembler dans un **livre blanc**. Ces constats portent sur des manques en termes de justice sociale pour les usagers de drogues et ceci par rapport à trois axes : logement – travail – formation.

Ces injustices ont un impact direct sur la santé de ces usagers. A côté de cela, ils n'ont pas accès à toute une série de services auxquels pourtant ils pourraient accéder.

Ces constats s'appuieraient en outre sur un argumentaire montrant à quel point les déterminants de type sociaux ont un impact sur la santé.

Quelques exemples des types de manques à recenser :

Pas d'espace postcure et donc retour à la rue, ce qui fait que la cure ne sert à rien

Pas d'accès aux académies des beaux-arts pour le public « malade » (vierge noire etc...),

Refus des « hospitalisations sociales »

Pas d'accès au travail ALE pour les usagers...

Ce recensement via un **livre blanc** se ferait en interrogeant l'ensemble des associations citées dans le poste « partenaire » plus haut dans ce document.

Un questionnaire/ grille serait rédigé et leur serait envoyé, les usagers seraient également consultés. Ce recensement doit également être partagé avec les acteurs de la formation, de la remise à l'emploi et du logement. En effet il ne faut pas qu'ils voient ce livre blanc comme une dénonciation d'un secteur par rapport à d'autres mais comme un constat partagé.

Ensuite il faut faire une **liste de recommandations** très concrètes et réalisables qui permettraient de pallier à une série de manques énoncés. Il faut ensuite les envoyer aux deux cabinets et solliciter une rencontre conjointe afin de dégager des pistes d'actions concrètes

Facteurs de réussite

Un maximum d'associations qui s'investissent de manière unie.

Un consensus entre les différents acteurs sur les constats et recommandations.

Risques/obstacles

La crise économique et le manque d'argent.

Le clivage social de plus en plus marqué et clivages entre les différents acteurs.

Désaccord politique entre les différents ministères.

Manque d'ouverture de la Cellule à des acteurs de terrain.

Indicateurs

Réaction première des institutions approchées.

Taux de participation des institutions.

Consultation des usagers.

Consensus sur la présentation.

Présence de recommandations pratiques et réalistes.

Nombre de recommandations réellement mise en place.

Mise en place de réunion conjointe entre les deux cabinets.

Action n°11

Augmentation de l'enveloppe budgétaire dédiée à la prise en charge des patients pour pouvoir faire face aux besoins actuels toujours croissants, avec des situations humaines et socio-sanitaires de plus en plus dégradées.

Action à créer. En lien avec l'objectif opérationnel 33.

Public(s) cible(s)

Les pouvoirs publics

Public(s) relais

Les parlementaires et les médias

Opérateurs

Le secteur associatif

Les observatoires

Les fédérations

Les usagers de drogues

Partenaires

Le secteur associatif

Les observatoires

Les fédérations

Les usagers de drogues

Les acteurs politiques « favorables » à cette thématique

Les médias

Tous les acteurs liés aux grandes problématiques de paupérisation

Lieu(x) et couverture géographique

Région de Bruxelles-Capitale

Exemple de ce qui existe déjà

Campagne de lobbying par Médecins du Monde sur l'accès aux soins de santé pour les plus vulnérables.

DESCRIPTION DE L'ACTION (COMMENT, STRATÉGIES ET OUTILS UTILISÉS)

1. Fédérer les acteurs pour porter ensemble des messages ainsi que des actions collectives et communes : prise de contacts, constitution d'un groupe de travail « tiré » par un petit nombre d'acteurs...
2. Stimuler la militance (du grand public comme des acteurs associatifs): campagne et actions de sensibilisation (témoignages de personnes sans accès aux soins de santé, récits de vie...), actions symboliques, pétition...
3. Communiquer mieux sur les enjeux (sans abris, paix social, diminution des épidémies, bien-être social, santé publique,...carte blanche dans la presse, interviews dans les médias (profiter de la période hivernale plus propice à aborder les problèmes de précarité, d'accès aux soins...), parrainage de la campagne par des personnes connues, constitution d'un dossier reprenant les différents arguments, utilisation des réseaux sociaux...
4. Visibiliser les pratiques et les enjeux: de manière générale le secteur fait peu parler de lui, le travail se fait dans l'ombre et ses bons résultats entraîne parfois une non visibilité des publics et donc des actions (des lits sont trouvés pour les sans-abris, moins de morts dans la rue, moins de visibilités des consommateurs de substances, ... Ainsi le secteur devrait travailler à monter par ailleurs son efficacité.
5. Baser les argumentaires sur :
 - Les risques liés au sous-financement en termes de santé publique et de paupérisation
 - Développement des possibilités de prise en charge en fonction de réaffectation des budgets disponibles

Facteurs de réussite

Questions de santé publique.

Tissu associatif dense à socialité forte.

Risques/obstacles

Publique bénéficiaire qui est peu « sexy » pour les politiciens.

Mise en concurrence actuelle des associations (par manque de budgets et par les logiques d'appels à projets).

Indicateurs :

Le refinancement effectif.

La création d'espaces de fédération d'acteurs.

La mise en œuvre d'actions communes.

Campagnes de sensibilisation, information.

Retombées dans la presse.

8. Travail sur les compétences et connaissances des relais (non)professionnels

ACTION N°12

Organisation de modules de formation de base, de formations continues sur les produits, les modes de consommation et les risques liés, les dispositifs en place, les images véhiculées sur les usagers, destinés aux (futurs) professionnels en contact avec des usagers de drogues (RdR, urgence des hôpitaux, médecins généralistes, personnel de maisons médicales....).

Action qui existe déjà et à "étendre"/à développer. En lien avec l'objectif opérationnel 8.

Public(s) cible(s)

Les (futurs) professionnels du secteur psycho-médical, social et scolaire.

Public(s) relais

Les professionnels du secteur RdR et de la santé en général
Les formateurs spécialisés, institutions de formation
Les usagers de drogues

Opérateurs

Les institutions avec une expertise en RdR et en formation
Les professionnels du secteur RdR et de la santé en général
Les formateurs spécialisés, institutions de formation dans divers secteurs

Partenaires

Les universités (faculté de médecine, sections paramédicales, etc.), Hautes Ecoles (sections paramédicales, sociales...),
Les organismes de formation continue (pour médecins, acteurs du champ social ...)
Les acteurs RdR et assuétudes
Les hôpitaux
Les fédérations de professionnels (médecins généralistes, pharmaciens, santé mentale, assuétude...) etc.
Les pouvoirs subsidants (COCOF, FWB)

Lieu(x) et couverture géographique:

Les universités, Hautes écoles, organismes de formations de la Région de Bruxelles-Capitale (voire FWB en fonction des pouvoirs subsidant ces acteurs).

Exemple de ce qui existe déjà

Il existe des modules de formation à la RdR pour tout professionnel susceptible de rencontrer des usagers de drogues dans le cadre de sa pratique. Ces formations sont le plus souvent de courte durée (une dizaine d'heures).

Dans le cadre de la formation continue, il existe notamment un certificat en assuétude (UCL). Malheureusement, une seule journée est destinée à la RdR.

Des formations pour professionnels de divers secteurs non spécialisés ou pour professionnels médicaux ou paramédicaux sont organisées notamment par des institutions actives dans le secteur assuétudes, ou encore par des associations regroupant notamment des professionnels de la santé.

Malheureusement les moyens alloués limitent le nombre de ces formations ce qui ne permet pas de répondre à toutes les demandes et besoins.

DESCRIPTION DE L'ACTION (COMMENT, STRATÉGIES ET OUTILS UTILISÉS)

Etat des lieux préalable

Il est nécessaire de réaliser un travail préalable sur les besoins en formation des professionnels en contact avec les usagers. Besoins au sens large, pas uniquement basés sur le produit mais également sur les modes de consommation, le dispositif de RdR existant, l'image des usagers, etc.

Il est par ailleurs nécessaire de répertorier les personnes/institutions susceptibles de donner la formation ainsi que de les lieux (institutions, associations, hôpitaux, etc.) où organiser la formation (identifiés via l'étude de besoins réalisé préalablement). Il ne faut pas se limiter aux institutions qui sont manifestement intéressées. Il faut adopter une démarche proactive.

Contenu

Les **grands principes de la charte de la RdR** sont à inclure dans les modules de formation (continue ou de base). Par ailleurs, différents modules adaptés aux profils des participants (module général, ciblé sur les produits, modules sur l'implémentation de certaines pratiques, en fonction du secteur d'activité des participants, des publics avec lesquels ils sont en contact, etc.) doivent également être prévus. Il est nécessaire que les connaissent le (futur) secteur d'activité et la réalité de terrain des participants. Il est important que les formations soient dispensées par des équipes pluridisciplinaires.

Mise en œuvre et promotion des formations

Il faut sensibiliser le public relais pour faire la promotion de la formation. Ceci est spécialement important quand il n'existe pas de demande explicite de la part de (futurs) professionnels (professions paramédical, hôpitaux, médecins, etc). La promotion de la formation doit être envisagée comme une activité à part entière. Afin d'assurer une promotion efficace, il faudrait envisager de faire appel à des spécialistes en communication.

Il faudrait inclure un module sur la RdR dans le cursus de base de futurs professionnels (médecins, paramédical, social, etc) en sensibilisant le cadre académique et les fédérations de professionnels (médecins généralistes, santé mentale...) par exemple.

Il est nécessaire d'augmenter le financement afin de former plus de formateurs et mettre en place un système de « Training of trainers ».

Une voie à explorer : créer un cadre légal permettant **aux usagers** de donner des formations liées à la consommation (voir exemple français)

Facteurs de réussite

Financement adéquat
Sensibilisation/ communication optimale
Bonne identification des besoins

Risques/obstacles

Manque de financement
Manque de temps
Manque de participation (manque d'intérêt des potentiels participants)
Résistance des différents secteurs (médical, paramédical, enseignement, jeunesse, aide à la jeunesse...)
Manque de formateurs

Indicateurs

Nombre de personnes formées
Nombre de formations réalisées
Nombre de formation de RdR incluses dans la liste de formations PEF
Nombre de module de formation créés
Adéquation du module aux besoins
Satisfaction/ accueil du public après formation
Satisfaction du formateur
Modification des pratiques/ représentations

ACTION N°13

Afin de compléter les données TDI⁴⁶, développer un système de récolte de données harmonisées au niveau des institutions en contact avec des usagers de drogues et qui font de la RdR, afin d'améliorer la connaissance du public cible et de leurs pratiques de consommation (produits, comportements à risques, etc.).⁴⁷

Action qui existe déjà mais à "étendre"/ à améliorer. En lien avec les objectifs opérationnels 8 et 9.

Public(s) cible(s)

Les travailleurs et institutions en contact avec des usagers de drogues et qui proposent des activités de RdR

Type d'opérateurs

Les travailleurs et institutions en contact avec des usagers de drogues et qui proposent des activités de RdR

Partenaires

Les travailleurs et institutions en contact avec des usagers de drogues et qui proposent des activités de RdR

Un partenaire scientifique pour l'aide à la définition des items et à la construction de l'outil de récolte

Un acteur type « observatoire » (Eurotox, par exemple) pour la valorisation des données (analyses globales et spécifiques)

Les institutions en contact avec les usagers de drogues (mais pas spécifiquement) pour leur expertise

Les usagers de drogues

Lieu(x) et couverture géographique

La Région de Bruxelles-Capitale dans un 1^{er} temps, ensuite étendre aux autres régions

Exemples de ce qui existe déjà

Les différentes institutions récoltent une série de données sur leurs publics, notamment pour évaluer leur file active.

Malheureusement, ces récoltes sont hétérogènes et ne peuvent être rassemblées en une base de données bruxelloise unique qui permettrait d'avoir une vision globale. Les données TDI sont précieuses, mais elles ne fournissent des informations que sur les personnes en traitement.

⁴⁶ qui ne fournissent des informations que sur les personnes en traitement

⁴⁷ Cette action a été reformulée par les participants aux groupes de travail.

DESCRIPTION DE L'ACTION (COMMENT, STRATÉGIES ET OUTILS UTILISÉS)

Il s'agirait d'un outil qui permette d'avoir une vision quantitative globale du public touché par les acteurs de terrain qui font de la RdR (profils sociodémographique, pratiques de consommation, prises de risques, etc.).

Un inventaire préalable

La mise en place de ce système harmonisé de collecte et d'analyse de données doit être précédée par un inventaire précis des données existantes, desquelles il faudra repartir afin de déterminer le contenu du nouveau protocole de récolte.

Contenu

En termes de contenu, on pourrait envisager de développer un tronc commun ainsi que des modules complémentaires en fonction des spécificités des différentes structures impliquées dans la récolte : comptoirs d'échange, autres services de RDR, etc.

Afin de pouvoir suivre les usagers dans le temps et à travers le réseau de RdR, il faudrait utiliser un identifiant unique mais anonyme.

Les items à inclure et à définir pourraient fournir des informations sur :

- Le profil sociodémographique des usagers
- Le profil de consommation des usagers
- Les problèmes de santé liés à l'usage de drogues
- Les problématiques associées à l'usage de drogues (logement, précarité, prostitution, etc.)
- Les prises de risque associées à la consommation ainsi que les connaissances en la matière

Récolte des informations

Il conviendrait aussi de déterminer un protocole de passation commun (questionnaire complété par qui, quand et comment) articulé sur certaines règles éthiques.

Appropriation de l'outil

Un travail de valorisation de l'outil et de sensibilisation des travailleurs de terrain devra être réalisé au préalable afin de garantir son utilisation correcte et systématique. L'adhésion au projet devra être envisagée dans une perspective bottom-up, impliquant ces acteurs dans les différentes étapes (définition du contenu, du mode de passation, du plan d'analyse, etc.).

Un groupe de travail, composé de membres des différentes associations impliquées, devra être constitué afin de réaliser et baliser l'ensemble du travail, sous la supervision de l'observatoire qui se chargerait de la valorisation de ces données.

Facteurs de réussite

Partenariats existants

Sensibilités communes

Proximité géographique

Public commun

Expertise complémentaire

Motivation des travailleurs des institutions, qui ont besoin de ces données pour ajuster/améliorer leurs actions

Risques/obstacles

Culture et philosophie différentes entre institutions impliquées

Le temps que cette récolte exigerait pour les travailleurs

Le développement d'un outil harmonisé et d'un identifiant unique anonyme

Indicateurs

Nombre d'institutions qui adhèrent à la collecte et la réalisent (couverture externe)

Nombre de personnes effectivement encodées par rapport au nombre de personnes qui devraient être encodées (couverture interne)

Existence d'un protocole de collecte harmonisé

Existence et nombre de rapports présentant les analyses détaillées par structure

Effectivité de retours vers les partenaires

ACTION N°14

Sur base de l'étude de faisabilité réalisée, expérimentation et développement de projets de salles de consommation à moindres risques et de projets d'éducation à la réduction des risques et des dommages liés à l'injection. Travail avec les riverains et les usagers pour leur implantation.⁴⁸

Action à développer. En lien avec l'objectif opérationnel 17.

Public(s) cible(s)

Les usagers de drogues qui cherchent un espace sécurisé pour consommer.

Les usagers de drogues par voie intraveineuse.

Les usagers en situation de grande précarité sociale.

Public(s) relais

Les travailleurs de rue, équipes mobiles de RdR

Les institutions spécialisées

La police

Les hôpitaux

Les services de soins généralistes

Les médias

Opérateurs

Les institutions spécialisées en assuétudes, en accès bas seuil, traitement ou RdR.

Partenaires

Au niveau local : Service communaux, police, habitants du quartier, parquet, bourgmestre, législateur, échevins, institutions spécialisées, dispositif socio-sanitaire.

Au niveau national : les partis politiques, les parlementaires, les villes

Lieu(x) et couverture géographique

Au niveau bruxellois : les lieux de mise en place de la salle de consommation : lieu à haute densité d'usagers de drogues (axe Ribaucourt, Simonis- Yser). Les lieux de mise en place d'éducation à l'injection : dans les services bas-seuil et RdR qui ont des usagers qui injectent dans leur public.

Le changement de la loi de 1921 doit se faire au niveau fédéral.

Exemple de ce qui existe déjà

Au niveau international :

Existence de plus de 90 salles de consommations.

7 pays Européen en disposent.

Nombreux travaux scientifiques mettant en avant l'approche « evidence-based » de ces dispositifs.

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) reprend les SCMR dans les bonnes pratiques à développer dans les stratégies d'intervention en matière d'assuétudes.

Le Forum Européen de Sécurité Urbaine (FESU), reprend dans le manifeste d'Aubervilliers et Saint-Denis la nécessité de développer de nouveaux outils fondés sur une approche pragmatique.

⁴⁸ Cette action a été reformulée par les participants aux groupes de travail.

Au niveau fédéral

Regroupement de plusieurs villes (Anvers, Gand, Liège, Charleroi et Bruxelles) dans le cadre de la Plateforme de Concertation Locale Drogue afin d'avancer en front commun sur cette thématique

Dépôt d'un projet de loi au Sénat de Belgique sur les SCMR

Dépôt d'un projet de loi

Existence d'un plan VIH national qui préconise l'ouverture d'une salle de consommation

Mise en place d'une journée sur les projets d'AERLI organisée par le Belspo en partenariat avec la FEDITO Bruxelloise: organisation d'un transmis de protocole de l'expérience AERLI pilotée par Médecin du Monde et Gaïa à Paris encadrée scientifiquement et validée par l'ANRS.

Au niveau bruxellois

Un premier diagnostic de situation sur les scènes ouvertes de consommation dans la Zone Ribaucourt ainsi qu'une étude de faisabilité d'une salle de consommation supervisée ont été réalisées et sont disponibles.

Un travail de sensibilisation sur l'utilité et l'importance de ce genre de salle en termes d'intérêt et de santé publiques a été entamé auprès :

- des acteurs politiques
- des intervenants spécialisés en assuétudes (FEDITO-CLDB)
- de la société civile (via les médias et un appel à soutien à la mise en place d'une SCMR)

DESCRIPTION DE L'ACTION (COMMENT, STRATÉGIES ET OUTILS UTILISÉS)

1. Poursuite de la sensibilisation :

A ce stade, il s'agit de poursuivre le travail de lobbying et de sensibilisation auprès :

- des parlementaires fédéraux et des groupes politiques au Sénat afin qu'ils soutiennent la proposition de loi déposée ;
- du monde politique au niveau local à travers, entre autres, des rencontres régulières avec les autorités communales (communes de Molenbeek et de Bruxelles, notamment) : les institutions spécialisées en RdR jouent un rôle d'expert dans les rencontres avec les communes; des rencontres avec des élus locaux de pays européens qui ont ce type de salles sur leur territoire ;
- du monde politique en général : maintenir le sujet de l'ouverture des salles de consommation à l'agenda politique (via, par exemple, un travail d'information auprès de parlementaires sur les conditions socio-sanitaires des usagers de drogues) et sensibiliser à la nécessité de modifier la législation pour permettre l'ouverture de salle de consommation;
- des pouvoirs subsidiaires (idem) ;
- de la police afin de l'inclure dans le processus ;
- des médias (La manière dont le sujet est abordé par les medias est très importante car il a une influence sur la perception des salles de consommation par le grand public.) ;
- des riverains (sensibilisation par l'échevin de la cohésion sociale).

2. Salle de consommation à moindre risque (SCMR)

Une étude d'implantation

Deuxième phase de l'étude de faisabilité : une étude d'implantation de type recherche-action via des questionnaires et des focus group :

- directement sur les lieux de consommation afin de rentrer en contact avec des usagers qui ne fréquentent pas les centres de traitement afin de recueillir leur besoins mais aussi les raisons qu'ils auraient de fréquenter la salles, les heures d'ouverture, le type de personnel ,nécessaire ainsi que le type de services à y mettre en place...
- auprès des riverains afin de recueillir leur besoins et crainte par rapport à ce type de dispositif ainsi que les conditions qui favoriseraient l'acceptabilité de celui-ci.

Définition précise du projet

Ensuite, une phase d'écriture détaillée du dispositif de salle de consommation à moindre risques qui comprend les points suivants :

- Articulation avec le dispositif RdR et de prise en charge existant afin de favoriser l'accès vers les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement (centres de soins et de prise en charge, services d'urgence, parquets, police, comptoirs d'échange de seringues, acteurs de RdR).
- Description détaillée du dispositif (quels types de consommation, quels types d'espace, quels type de personnel, quels services, quels publics...).
- Budget détaillé ; définition préalable d'indicateurs pour une évaluation ultérieure du projet.
- Actuellement, différents opérateurs spécialisés sont prêts à s'engager dans la mise en place d'une SCMR ou la mise en place d'espaces de consommations sécurisés adossés à des structures existantes. Les projets sont déjà estimés sur le plan de l'encadrement, des frais de fonctionnement, et des objectifs opérationnels. A la demande des pouvoirs subsidiaires, ces projets pourront être présentés et exposés au besoin et ajustés aux réalités des terrains.

Obtention de financement

Pour cela il est important que le secteur soutienne le projet (via l'appel mis en ligne par la FEDITO Bruxelloise et la Plateforme de Réduction des Risques ou encore un travail de lobbying des fédérations) et que les décideurs soient informés des rapports coûts-bénéfices en termes de santé publique d'un tel projet. Etant donné le coût qui peut être variable en fonction des dispositifs, il serait intéressant de trouver des mécanismes de co-financement, c'est-à-dire financement par différents secteurs subsidiaires, cela sans grever les dispositifs existants qui sont liés à l'efficacité de la SCMR. Le facteur clé de succès d'une SCMR c'est l'articulation dans le réseau existant. Sans lui, elle est inopérante.

Tout au long du processus, il est indispensable de bien informer les riverains et les autorités communales et de rester en contact avec eux, afin qu'ils soient partie prenante du projet.

3. Projets d'éducation à la réduction des risques et des dommages liés à l'injection

- Formation du personnel des services qui désirent mettre en place un protocole d'éducation à l'injection
- Focus group avec des UDI fréquentant ces services afin de déterminer les produits consommés (médicaments, héroïne, méthadone, cocaïne...) et les modes de consommations spécifiques (type d'endroit injectés etc...)
- Recherche de l'ensemble du matériel adéquat lié aux modes de consommation spécifiques
- Adaptation du protocole
- Phase test dans plusieurs services
- Création d'un espace d'intervision et de formation continue entre travailleurs
- Evaluation de la phase test et réorientation de l'action si nécessaire.

Le projet d'éducation à l'injection est un outil qui pourra être mobilisé tant dans les SCMR que dans les lieux d'accueil et de prise en charge des usagers. Le développement de ce projet est marqué par un vif intérêt tant chez les acteurs de la Réduction des Risques et de la Santé.

Facteurs de réussite

Appui politique.

Acceptation des riverains.

Maintien du réseau existant.

Communication optimale autour du projet.

Mise en réseau et transversalité.

Risques/obstacles

Manque de soutien politique/ absence d'autorisation.

Manque de financement.

Déforçement du réseau de prise en charge existant.

Non-respect par la police d'une « zone de tolérance » autour de la salle.

Indicateurs

Généraux :

Influence de la presse -> Retombées dans la presse, articles favorables dans la presse

Nombre de colloques organisés autour du sujet

Débat existant dans la société civile

Nombre de partis politiques qui reprennent le sujet dans leur programme politique

Nombre de contacts réalisés avec le politique

Nombre de villes en Belgique qui s'engagent dans le dispositif

Projet de loi adopté

Salle de consommation

Mise en place de réunions avec les riverains

Adhésion des riverains

Consultation des usagers

Qualité du projet écrit

Mise en place de réunions avec plusieurs pouvoirs subsidiaires

Existence du projet

Nombre de personnes fréquentant la salle

Amélioration de la qualité de vie des personnes qui fréquentent la salle

Nombre de relais vers le secteur socio-sanitaire effectué

Absence de problème avec les riverains

Amélioration de la situation socio-sanitaire des personnes qui fréquentent la salle

Diminution des pratiques à risques

Impacts de santé publique

Evaluation de l'amélioration de l'état de santé des usagers

Diminution des troubles de l'ordre public dans les alentours

Education à la réduction des risques et des dommages liés à l'injection

Qualité des formations

Amélioration des connaissances et savoir-faire des professionnels

Existence d'un protocole adapté

Consultation des usagers

Mise en place du projet

Nombre de personnes y participant

Amélioration des connaissances des usagers

Diminution des conduites à risques

Nombre d'interventions

I. ACTIONS DE PLAIDOYER, LOBBYING

ACTION N°15

Création et diffusion d'outils visant à déstigmatiser les usagers aux yeux des professionnels, des politiques et du grand public : témoignages d'usagers, de professionnels, dossiers d'information, campagne de sensibilisation, reportages, films...

Action qui existe déjà et à "étendre"/à développer. En lien avec les objectifs opérationnels 11 et 22.

Public(s) cible(s)

Les professionnels de l'enseignement, les professionnels santé-social, les politiques, le grand public.

Public(s) relais

Les professionnels du terrain en contact avec des usagers de drogues.

Opérateurs

La Plate-forme RdR, les Acteurs de prévention et de RdR, la FEDITO bruxelloise.

Partenaires

Les médias, la Cellule politique francophone santé-assuétudes de la Fédération Wallonie-Bruxelles⁴⁹, la Commission santé COCOF, les Fédérations diverses (maisons médicales, Plate-forme de concertation en santé mentale, l'Association des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abris, des Plannings familiaux, FdSS, FFIHP, Ligue bruxelloise francophone de Santé Mentale/Psy'mages...), les Hôpitaux,

Lieu(x) et couverture géographique

La Région de Bruxelles-Capitale et Territoire de langue française (FWB).

Exemple de ce qui existe déjà

Des outils de communication spécifique de RDR sur les produits, les modes de consommation... existent déjà (brochures, informations disponibles sur différents sites internet...

Des formations à destination des professionnels visent une déstigmatisation des usagers et un meilleur accueil de ceux-ci dans des institutions et services de santé, du social, de la jeunesse, hébergement... Certaines formations sont données par des services de première ligne qui se basent alors sur leur expérience et leur travail avec les usagers. Malheureusement, les moyens alloués pour ce type de formation ne permettent pas toujours de répondre aux demandes du terrain.

⁴⁹ Cf. Action n°10 : «Elargissement de la Cellule francophone Santé-Assuétudes aux Affaires sociales- pour une meilleure prise en charge, suivi et réinsertion sociale (accès au logement/travail/formation) des consommateurs en situation précaire à Bruxelles»

DESCRIPTION DE L'ACTION (COMMENT, STRATÉGIES ET OUTILS UTILISÉS)

La première étape consiste à faire l'inventaire des outils existants déjà au niveau des brochures, de documents audio-visuels, via la diffusion de messages sur internet, par des recherches dans les archives audio-visuelles belges sur la question des toxicomanies et des initiatives associatives en Belgique.

- **Si l'inventaire révèle que c'est nécessaire, des outils de communications** centrés sur la problématique des drogues en général doivent être davantage créés et diffusés.

Types d'outil

- Un canal important d'information est **internet**

- Pour soutenir un discours déstigmatisant, il est souvent nécessaire de pouvoir **s'appuyer sur un groupe de pairs**, un groupe d'auto-support⁵⁰ qui peut produire une réflexion plus générale et constructive sur la question de ce que pourrait être la diversité des consommateurs de substances illicites. Il serait intéressant d'aller voir ce qui se fait dans les pays où les groupes d'auto-supports ont un rôle important (Hollande, France). Les jobistes des actions de RdR pourraient également jouer un rôle important.

- Travailler sur le changement des mentalités peut se faire également via les **formations de base** pour les nouveaux travailleurs du secteur⁵¹)

- **Des documents audio-visuels** doivent également être créés de type documentaires/témoignages, reportages sur les différentes associations actives dans le champ, film-fiction qui remet en question les stéréotypes habituels sur la consommation de drogues (via éventuellement des propositions de scénarios aux écoles de cinéma).

- Mise sur pied d'un **événement culturel** : comme le festival des Libertés ou « images mentales » où les débats/reportages, concerts, expos pourraient se juxtaposer.

Contenu des messages :

Déconstruire les stéréotypes en « **humanisant** » **l'image des usagers** par le biais de témoignages de consommateurs qui apparaîtraient alors autre que consommateurs de drogues, mais comme des hommes et des femmes, menant leur vie, faisant face à des responsabilités, présentant les différentes facettes et profils des consommateurs... Ces témoignages pourraient être repris sous forme d'article, sur différents sites, être intégrés dans des campagnes de sensibilisation...

- Un aspect important est le travail du contenu des messages de déstigmatisation à créer et travailler avec les usagers-mêmes, les premières « victimes » de la stigmatisation, voire même également de leur entourage.

Les témoignages peuvent également émaner de professionnels qui connaissent les usagers et les côtoient au quotidien. Cela peut prendre la forme d'articles et de carte blanche dans la presse (la capitale, le Soir, La Libre..), la presse spécialisée (Journal du Médecin, Alter-échos,...) par des professionnels.

Afin de changer les mentalités, par ailleurs, il semble important de créer le lien référentiel, ou **comparatif avec la consommation d'alcool**.

⁵⁰ Cf. Action n°6 : « *Projet d'information et de sensibilisation à la RdR des pairs par les pairs, dans leurs lieux de vie (actions d'outreach) ou dans les services professionnels, y compris formation des pairs/jobistes. (Pour retrouver un rythme de vie, l'amélioration des connaissances/compétences, création de liens sociaux...)* »

⁵¹ Cf. Action n°8 : « *Afin de désengorger les services de crise, amélioration de l'orientation des usagers, avant l'entrée, pendant le séjour et après, par une meilleure connaissance des acteurs relais et par la réinsertion des patients dans la société.* »

Facteurs de réussite

Mise sur pied d'un pôle « communication » au sein du secteur. Création d'une cellule communication avec représentativité paritaire du secteur (prévention, soins, RdR, résidentiel, ambulatoire, bas seuil).

Compréhension par le secteur de l'importance pour la qualité et les perspectives de travail de reconnecter le travail de terrain à la vie sociale via l'exposition médiatique.

Risques/obstacles

Manque de consensus sur les messages à faire passer.

Prosélytisme.

Confusion sur les messages de RdR.

Manque de temps des professionnels pour participer à ce travail de témoignage.

Indicateurs

Commande d'outils.

Nombre d'articles présentant les usagers de manière plus humaine.

Création de messages audiovisuels.

Qualité du partenariat.

Diversité du partenariat (intégration d'acteurs militants de la société civile).

Intégration des pairs dans la création de messages.

ACTION N°16

Lobbying pour obtenir le soutien par les politiques des structures de bas-seuil afin de pouvoir répondre aux besoins de plus en plus importants d'une population de plus en plus marginalisée.

Action à créer. En lien avec les objectifs opérationnels 12 et 13)

Public(s) cible(s)

Les acteurs politiques :

- Etant donné le transfert de compétences en cours les autorités politiques à contacter ne sont pas encore très claires.
- Au niveau « toxicomanie » : l'INAMI, la COCOF (santé), les CPAS (et plus exactement l'Union de la ville et des communes de Bruxelles)
- Au niveau social : CPAS, les Affaires sociales (COCOF)...

Public(s) relais

La presse, le groupe de parlementaires santé –social bruxellois.

Opérateurs

La FEDITO Bxl

Partenaires

Les CPAS, les Centres d'actions sociales, les services de lutte contre la précarité et l'exclusion

Lieu(x) et couverture géographique

La Région de Bruxelles-Capitale

DESCRIPTION DE L'ACTION (COMMENT, STRATÉGIES ET OUTILS UTILISÉS)

Les différentes structures de bas seuil (de traitement, RdR et hébergement) doivent se regrouper au sein d'un groupe de travail pour définir une stratégie d'action : qui contacter quand, dans quel ordre, par qui, etc... Ainsi, le groupe identifiera les acteurs politiques « leviers » dans le contexte du transfert de compétences de la « promotion de la santé et prévention » de la FWB vers les Régions.

Il identifiera également les médias à contacter afin d'obtenir des articles ou des reportages relatant la problématique et les enjeux en termes humains, sociaux et de santé publique que le soutien des structures bas seuils représente.

Les structures de bas seuil rédigent ensemble un argumentaire et un dossier fournissant des données et des témoignages d'usagers et de professionnels pour éclairer les politiques sur la situation de plus en plus difficile de ce public et du travail à réaliser. Il s'agit de faire le point de manière « objective » sur les demandes, les besoins actuels et les moyens, mais également de sensibiliser aux vies/hommes/patients concernés. Il faut mettre en avant le travail réalisé et son importance en termes de santé publique et humains spécifiquement dans le contexte bruxellois. Le groupe propose un texte, un appel au soutien des structures bas seuil et le fait circuler via la FEDITO pour avoir le soutien d'un maximum d'institutions.

Dans un deuxième temps, il sera nécessaire de prendre contact avec les parlementaires des différents groupes santé et de leur demander des auditions sur le sujet pour faire ensuite voter des résolutions

Facteurs de réussite

Action coordonnée.
Bon contact avec la presse

Risques/obstacles

Difficulté de trouver un discours commun

Indicateurs

Existence du groupe de travail.
Existence d'un dossier/texte/appel à soutien commun.
Démarches réalisées auprès des publics-cibles et rencontre de ces derniers.
Résultats des rencontres.
Retombées dans la presse/médias...

III. LEXIQUE

BdN : Boule de Neige

CLDB : Concertation Locale Drogues Bruxelles.

FEDITO : Fédération des institutions pour toxicomanes.

GLEM : Groupes locaux d'évaluation médicale

HSH : homme ayant des relations homosexuelles.

Outreach : de proximité

RAT : réseau d'aide aux toxicomanes

TDI : Treatment demand indicator

TSO : traitement de substitution aux opiacés

UD : usager de drogue(s)

UDI : usager de drogue(s) par voie intraveineuse

A. LES OBJECTIFS IDENTIFIES POUR LE MILIEU « SOINS-RUE »

Les objectifs du Milieu « Soins-rue » ont été formulés sur base du diagnostic réalisé préalablement, à l'aide de l'Outil de Catégorisation des Résultats (OCR)⁵², modèle de Promotion de la Santé utilisé par le Service de Promotion de la Santé en Suisse.

- **Cinq objectifs généraux** pour le milieu de vie « Sois-Rue » ont été identifiés. Ces objectifs visent avant tout l'amélioration de la santé -c'est-à-dire « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*⁵³ » - des usagers de drogues licites et illicites, ainsi que la réduction des prises de risques liés à cette consommation. (NB : Ils correspondent à la case D du modèle OCR.)

Objectif général n°1

Améliorer la santé globale, le bien-être, la qualité de vie et l'insertion sociale des consommateurs de produits psychotropes il/licites, avec une attention particulière aux consommateurs en situation de précarité ou d'illégalité.

Objectif général n°2

Diminuer la mortalité liée directement (overdose) et indirectement (Sida, hépatites, violences, suicides, problèmes chroniques de santé ...) à la consommation de produits psychotropes licites et illicites.

Objectif général n° 3

Diminuer la prévalence des maladies infectieuses (VIH/sida, VHB, VH, autres infections sexuellement transmissibles...) et particulièrement de l'hépatite C chez les consommateurs de drogues et en particulier des injecteurs par voie intraveineuse.

Objectif général n°4

Diminuer la polyconsommation et la surconsommation de produits psychotropes il/licites et les risques psycho-médicosociaux liés, avec une attention particulière aux consommateurs en situation de précarité ou d'illégalité.

Objectif général n°5

Diminuer les risques liés à une consommation de produits psychotropes il/licites dans les espaces publics (gare, métro, toilettes publiques...).

⁵² Auteur(e)s: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahrni, Adrian, « Guide pour la catégorisation des résultats », www.promotionsante.ch

⁵³ Définition de la santé selon l'OMS, Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948, <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html> (consultation janvier 2014)

- A partir de ces 5 Objectifs généraux, une dizaine d'Objectifs spécifiques ont été identifiés. Ils ont été répartis en 6 catégories et se centrent avant tout sur les environnements physiques, sociaux et les comportements des publics-cibles définis (cf. colonne C du modèle OCR).

i. Travail sur la disponibilité de matériels/outils favorables à la santé/de RdR (C1)

Objectif spécifique 1

Augmenter la disponibilité du matériel de réduction des risques liés à la consommation de produits psychotropes et aux prises de risques sexuels dans les milieux de vie des usagers et dans les services qu'ils fréquentent, avec une attention particulière aux publics précarisés et "cachés".

ii. Travail sur l'environnement physique (C1)

Objectif spécifique 2

Créer un cadre sécurisé pour des pratiques de consommation à moindre risques.

Objectif spécifique 3

Diminuer la présence de matériel de consommation usagé dans l'espace public.

iii. Amélioration de l'accès aux ressources psycho-médicosociales (C2)

Objectif spécifique 4

Augmenter le recours au dépistage HIV/VHB/VHC de tous les consommateurs, avec une priorité aux consommateurs par injection.

Objectif spécifique 5

Augmenter le recours aux traitements de substitution et/ou à un suivi psycho-médicosocial, en particulier pour les consommateurs en situation de précarité et d'illégalité.

Objectif spécifique 6

Diminuer le temps de latence entre le début d'une consommation problématique et la première demande de traitement

Objectif spécifique 7

Diminuer le temps d'attente entre une demande de traitement et l'entrée du patient dans une structure résidentielle.

Objectif spécifique 8

Favoriser l'accès aux institutions de soins en résidentiel, avec une attention particulière aux usagers précarisés.

Objectif spécifique 9

Favoriser la construction de liens sociaux (hors ou en dehors de la consommation) des consommateurs socio-économiquement précarisés, notamment par l'accès au monde du travail, à la formation, à une couverture des soins de santé, aux revenus, à un logement, etc.

Objectif spécifique 10

Diminuer l'impact de la précarité, et notamment de l'accès au logement à Bruxelles, sur le bien-être et la santé des consommateurs.

iv. Suivi et prise en charge psycho-médicosocial (C2)

Objectif spécifique 11

Améliorer la prise en charge et le suivi, tant sociaux que sanitaires des consommateurs, par les structures adaptées à leur situation, en dépit des cloisonnements géographiques/territoriaux.

v. Environnement psycho-social/soutien psycho-social (C2)**Objectif spécifique 12**

Renforcer le soutien psycho-social et familial des consommateurs de drogues et des patients.

vi. Travail sur les ressources personnelles et comportements favorables à la santé (C3)**Objectif spécifique 13**

Considérer les usagers comme des citoyens à part entière et améliorer les représentations sociales négatives véhiculées à leur sujet tant auprès de la population en général, que des professionnels des secteurs de santé mentale, médical, social, des politiques, des consommateurs eux-mêmes et de leur famille.

Objectif spécifique 14

Encourager les prises de responsabilités (par rapport à eux-mêmes et aux autres) des usagers de produits psychotropes illicites et leur donner les moyens pour y parvenir.

Pour atteindre ces Objectifs spécifiques, **une série d'Objectifs opérationnels** (davantage en lien avec le terrain) ont été définis (colonne B de l'OCR). Ils sont également répartis en 6 catégories :

i. Travail sur les connaissances, aptitudes et attitudes du public cible

1. Améliorer les connaissances, le savoir-être, le savoir-faire et les comportements des consommateurs concernant les risques liés à la consommation de produits psychotrope et les moyens de les réduire, avec une attention particulière aux personnes jusqu'alors peu touchées par les messages de RdR (personnes originaires des pays de l'Est, femmes, personnes précarisées, en situation d'illégalité, jeunes en décrochage scolaire...).
2. Améliorer les connaissances des consommateurs sur les dispositifs RdR (comptoirs échange de seringues, RESU, délivrance de traitements de substitution, Stérifix, lieux de dépistage VIH/VHN/VHC...), avec une attention particulière aux personnes jusqu'alors peu touchées par les messages de RdR (personnes originaires des pays de l'Est, femmes, personnes précarisées, en situation d'illégalité).
3. Améliorer de manière spécifique les connaissances des consommateurs sur les risques de transmission de l'hépatite C liés à l'échange de matériel de consommation, et particulièrement le matériel connexe d'injection, ainsi que les pailles de sniff.
4. Assurer la diffusion du matériel d'information de RdR auprès des usagers.
5. Sensibiliser les consommateurs de psychotropes, en particulier les usagers de drogues par injection, à l'importance de se faire dépister (VIH/VHB/VHC) et les informer sur les lieux où le faire.
6. Améliorer la confiance en soi et augmenter l'autonomie des consommateurs de façon à ce qu'ils deviennent acteurs de leur santé (gestion des situations de crise, d'overdoses, des prises de risques) et de leur bien-être, avec une attention particulière aux publics cachés/précarisés.
7. Informer et responsabiliser les usagers par rapport à leur consommation et aux risques socio-sanitaires liés, avec une attention particulière aux publics cachés/précarisés/squats et à leurs risques spécifiques.

ii. Travail sur les compétences et connaissances des relais, professionnels ou non, sur les conditions de travail

8. Augmenter, mettre à jour et harmoniser les connaissances des professionnels issus de divers secteurs en contact avec des usagers de drogues (RdR, urgence des hôpitaux, médecins généralistes, pharmaciens, personnel de maisons médicales....) sur les produits, les modes de consommation, les risques liés, les principes de la RdR et les dispositifs de RdR existants.
9. Améliorer les connaissances des professionnels et des décideurs sur les publics consommateurs et leurs contextes de vie afin d'adapter constamment l'offre aux besoins.
10. Augmenter les connaissances des familles des consommateurs sur les produits, les modes de consommation, les risques liés, la RdR et les dispositifs existants.
11. Travailler auprès des relais professionnels et non professionnels (famille, entourage des usagers de drogues...) sur les représentations et les idées reçues sur les usagers de drogues.
12. Mieux faire connaître les principes, les acteurs, les actions et les dispositifs de la RdR auprès des professionnels en contact avec des usagers de drogues (afin que ceux-ci assurent une orientation adéquate des usagers).
13. Sensibiliser les intervenants du secteur spécialisé en toxicomanie et de l'ambulatoire soin à la nécessité d'intégrer des objectifs et des principes de réduction des risques et de promotion de la santé dans le cadre de leurs pratiques (exemples :

conseils et info de RdR, dépistage VIH/VHB/VHC, distribution de matériel de consommation, de préservatifs, orientation vers des acteurs de RdR).

14. Améliorer les connaissances des professionnels sur des publics spécifiques, cachés : migrants, jeunes en décrochage scolaire...

15. Diminuer la charge psychosociale des travailleurs en offrant des possibilités de supervision, de réflexion sur le travail, des échanges de pratiques...

iii. Travail sur l'offre de services

16. Développer le dispositif de matériel d'échanges de seringues et du matériel connexe d'injection existant.

17. Diversifier et coordonner les modalités d'accès au matériel de consommation en quantité et qualité (comptoirs d'échange de seringues, salles de consommation, kits, pharmacies, services spécialisés pour les femmes, bornes, approches combinées...).

18. Augmenter la couverture des actions de RdR de façon à toucher un public plus large, non atteint par les actions de RdR en place : femmes, migrants, personnes en situation d'illégalité, consommateurs originaires des Pays de l'Est dont les connaissances en RdR sont lacunaires, jeunes en décrochage, etc.

19. Améliorer la disponibilité et l'accès au dépistage VIH/VHB/VHC pour les usagers de drogues, en particulier pour les publics précarisés, marginalisés.

20. Améliorer l'accès aux traitements de substitution et à la prise en charge/suivi psycho-médicosocial(e) des usagers, avec une attention particulière aux publics précarisés et "cachés".

21. Améliorer l'accès au logement ou à un hébergement de crise pour les usagers précarisés.

22. Améliorer l'accès aux services et la prise en charge des usagers par les hôpitaux, le secteur résidentiel et l'ambulatoire de manière adaptée à leur situation.

23. Désengorger les services de soins (ambulatoire et résidentiel) par une orientation adaptée aux besoins des patients et en favorisant leur réinsertion sociale (accès au logement, la formation, le travail...).

24. Assurer un travail avec les familles des UD pour qu'elles puissent jouer un véritable rôle de soutien.

iv. La participation des publics-cibles

26. Reconnaître et mettre en valeur l'expertise des UD(I)⁵⁴ en matière de réduction des risques liés à l'usage de drogues, les inclure dans des projets les concernant et favoriser leur participation.

v. Travail sur les partenariats, échanges et coopération entre acteurs

27. Promouvoir les échanges d'expériences et de savoirs entre institutions, intervenants de terrain et usagers de drogues.

28. Renforcer l'articulation et la concertation entre les acteurs de la RdR, du soin et de la prévention pour améliorer et faciliter l'orientation des consommateurs/patients vers des relais adaptés à leur situation (soin, ambulatoire...).

29. Décloisonner et favoriser l'échange entre les secteurs et structures de santé mentale, toxicomanie/assuétude et du social afin d'améliorer l'orientation et/ou le suivi des consommateurs.

⁵⁴ Usagers de drogues et usagers de drogues par voie intraveineuse

30. Favoriser l'articulation, l'échange et la concertation du secteur assuétudes (prévention, RdR, soin) avec d'autres secteurs (éducation, jeunesse, affaires sociales, logement, etc.) afin d'améliorer l'orientation et/ou le suivi des consommateurs.

31. Améliorer les échanges entre les Ministères/Cabinets des Affaires sociales, Santé et Logement pour une approche globale de la problématique.

vi. Engagement des décideurs

32. Sensibiliser les décideurs, ainsi que l'opinion publique, à l'intérêt /valeur ajoutée de mettre en place des salles de consommation supervisée.

33. Accorder davantage de moyens aux institutions de bas seuil pour accueillir et assurer un suivi correct des patients.

A. LES ACTIONS IDENTIFIES POUR LE MILIEU « SOIN - RUE »

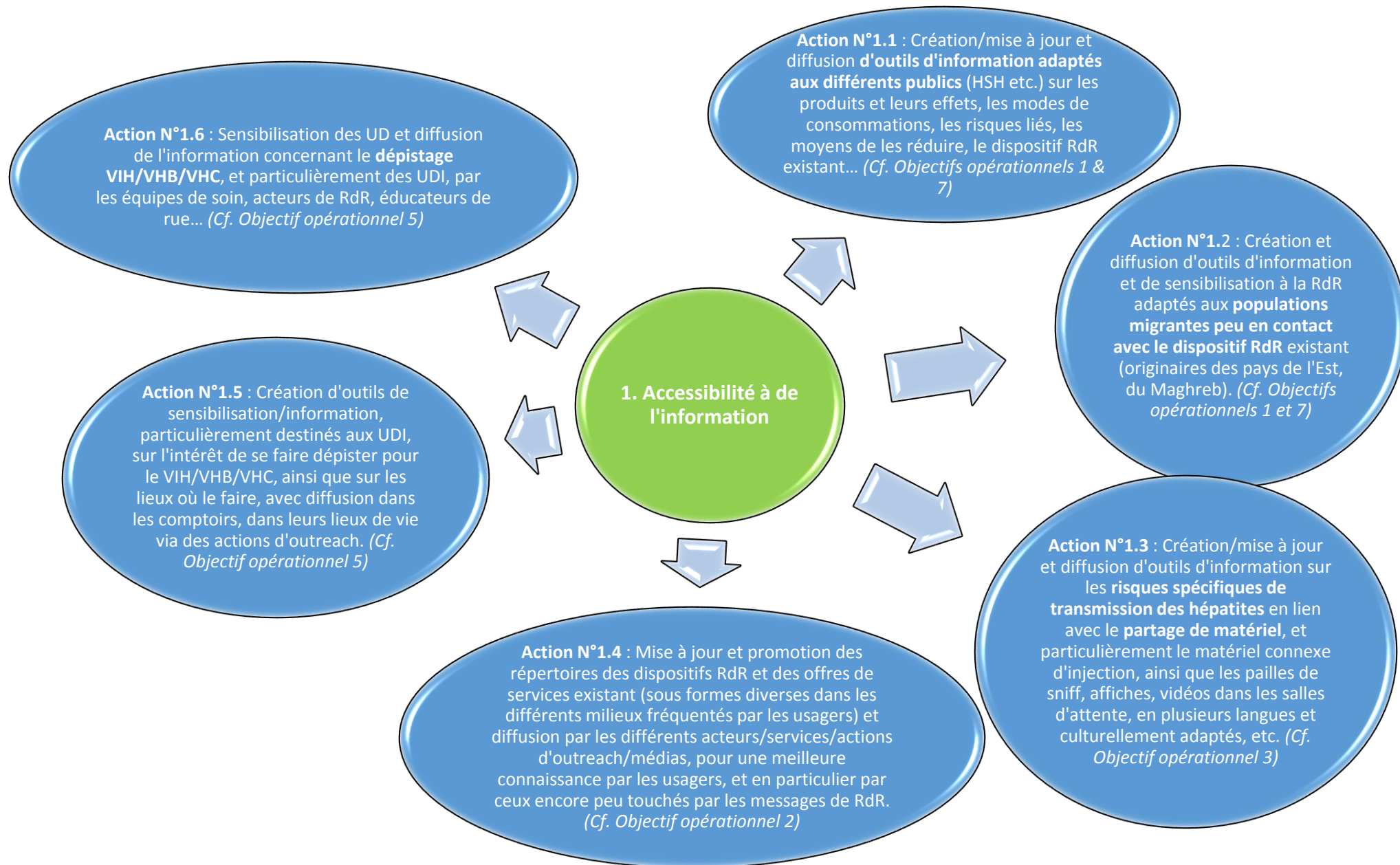
A partir de ces objectifs opérationnels, nous avons pointé toute une série **d'actions** (colonne A de l'OCR).

Toutes ces actions, présentées ci-après, ont été soumises à différents acteurs et intervenants⁵⁵ afin qu'ils procèdent à une priorisation.

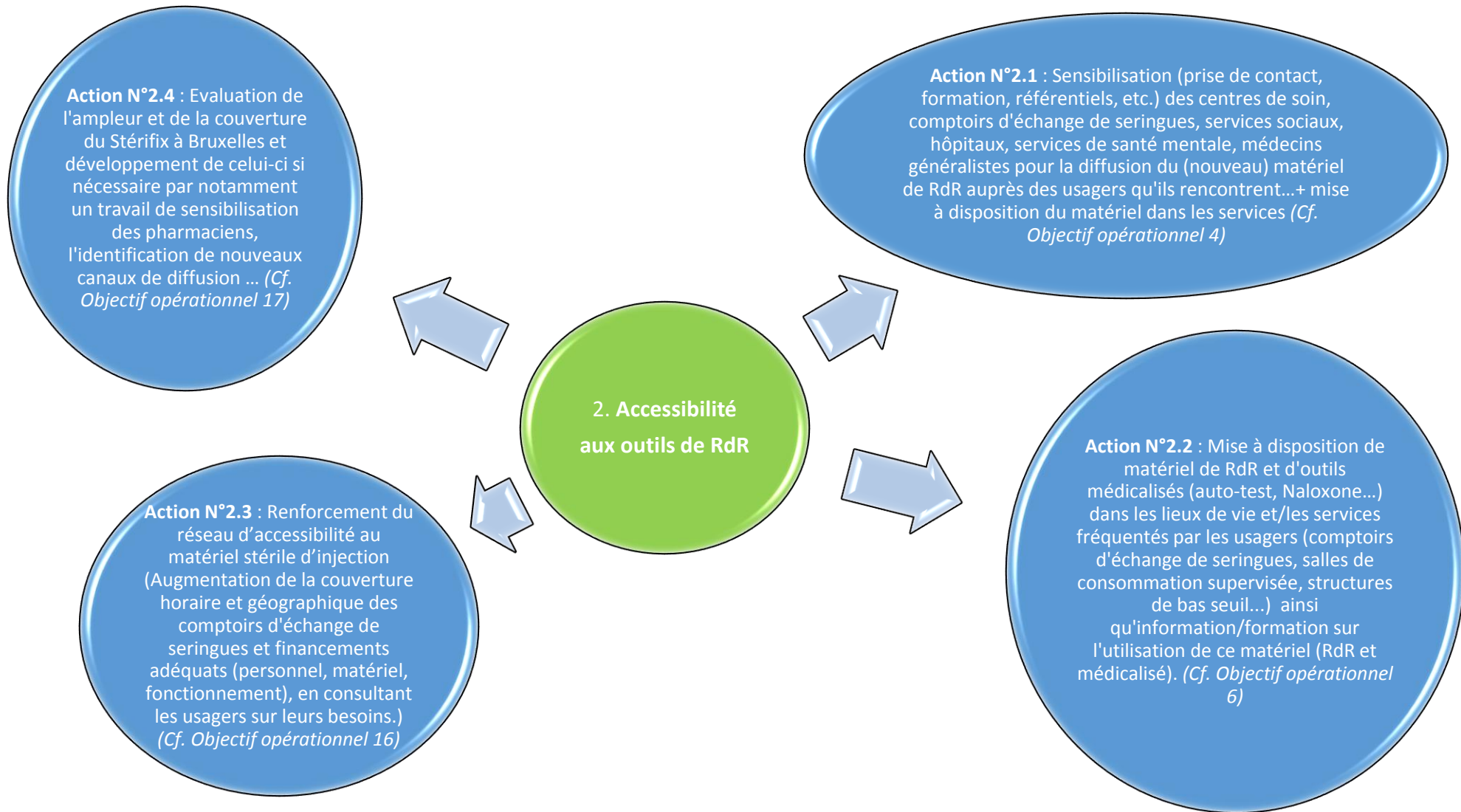
Les actions prioritaires (voir Chapitre II de ce Carnet) ont ensuite été spécifiées le plus possibles lors de groupes de travail. Rappelons, à nouveau, que les actions qui n'ont pas été retenues comme prioritaires ne sont pas à négliger et font partie intégrante du Plan bruxellois de Réduction des Risques lié à l'usage de Drogues.

⁵⁵ L'ensemble des institutions ayant participé au processus de diagnostic et de planification sont reprises dans le « Carnet 1 : présentation et cadre méthodologique ».

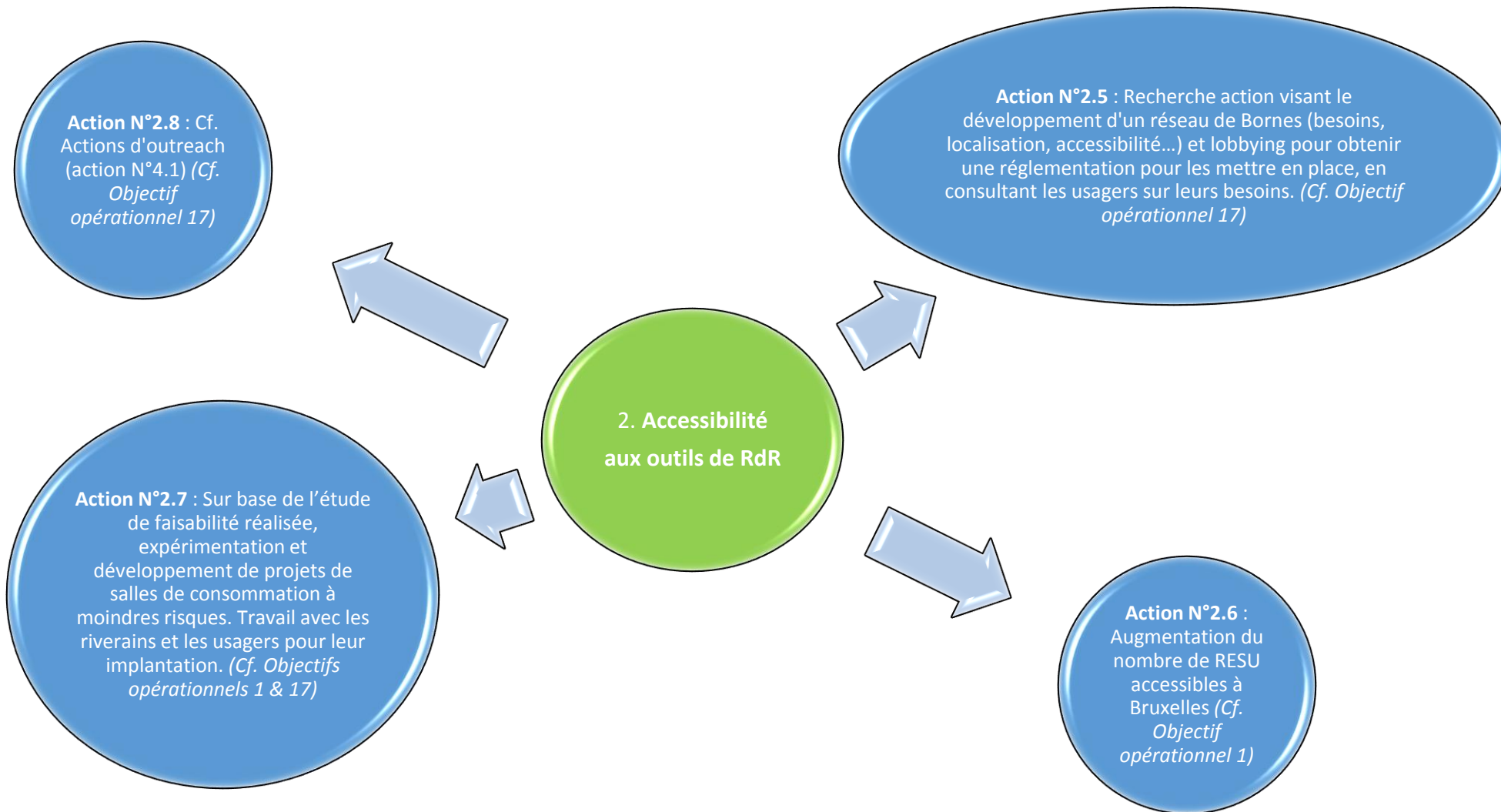
1. ACTIONS VISANT L'ACCESSIBILITÉ À DE L'INFORMATION



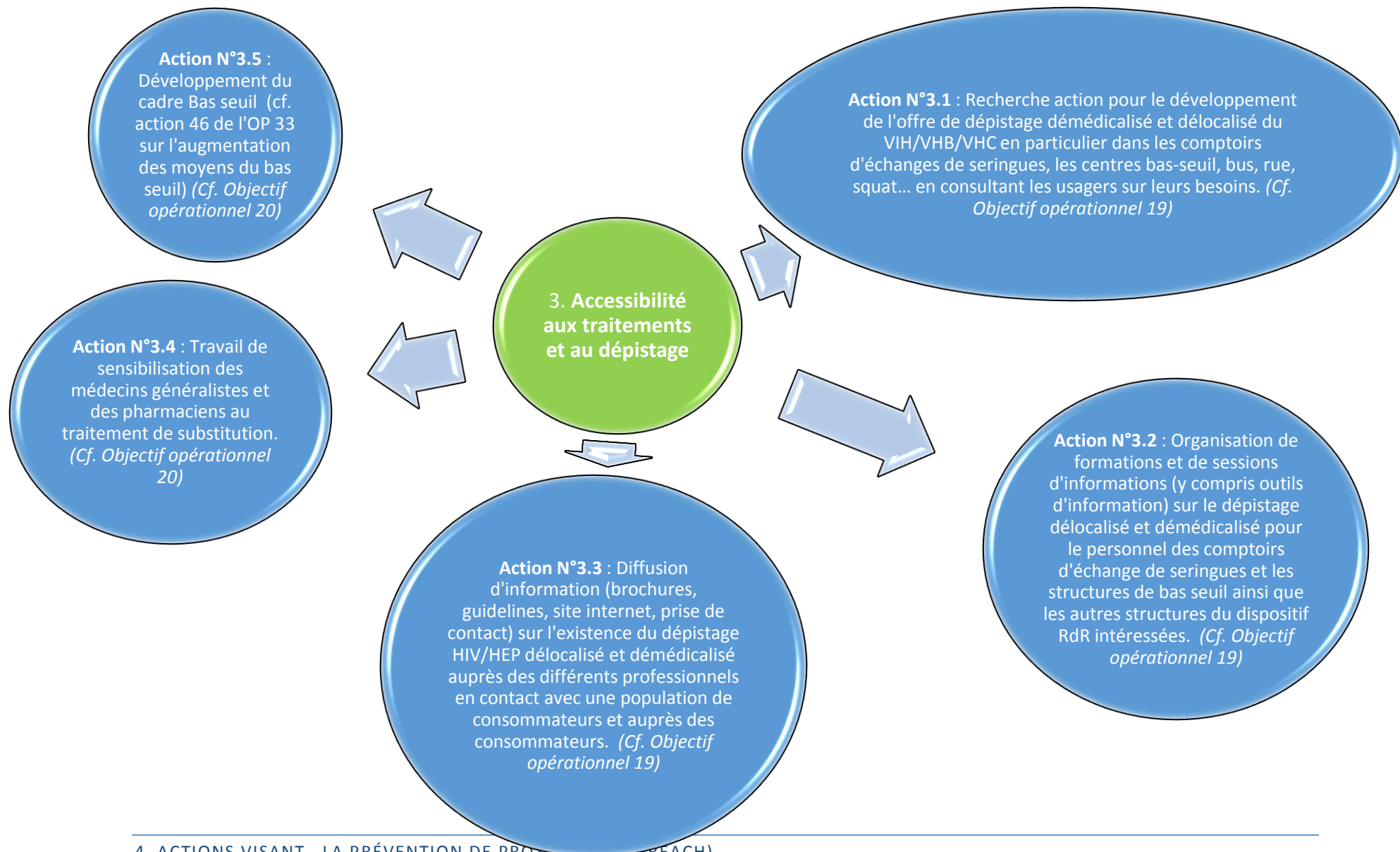
2. ACTIONS VISANT L'ACCÈS/ACCESSIBILITÉ AUX OUTILS DE RdR (1)



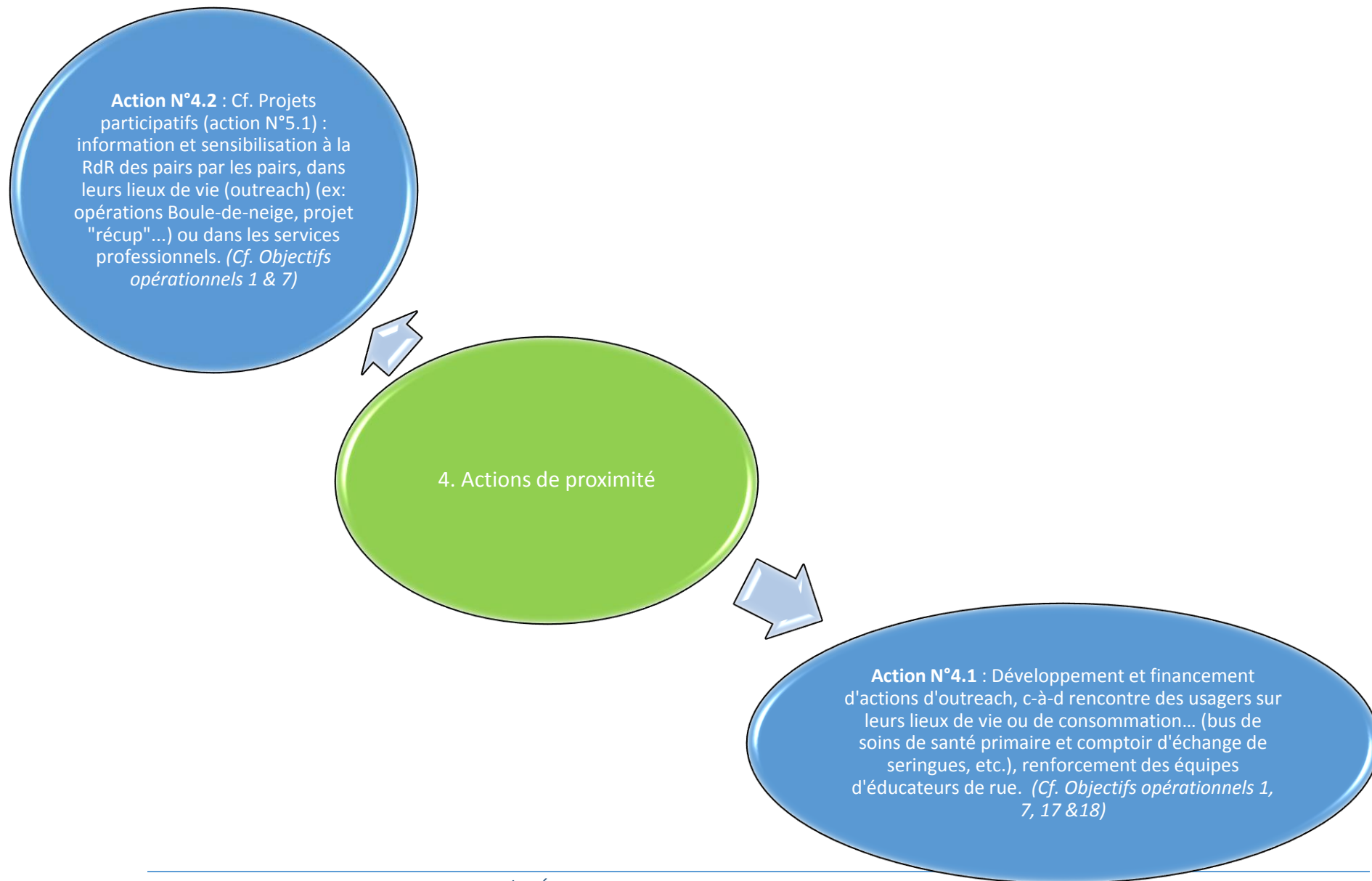
2. ACTIONS VISANT L'ACCÈS/ACCESSIBILITÉ AUX OUTILS DE RDR (2)



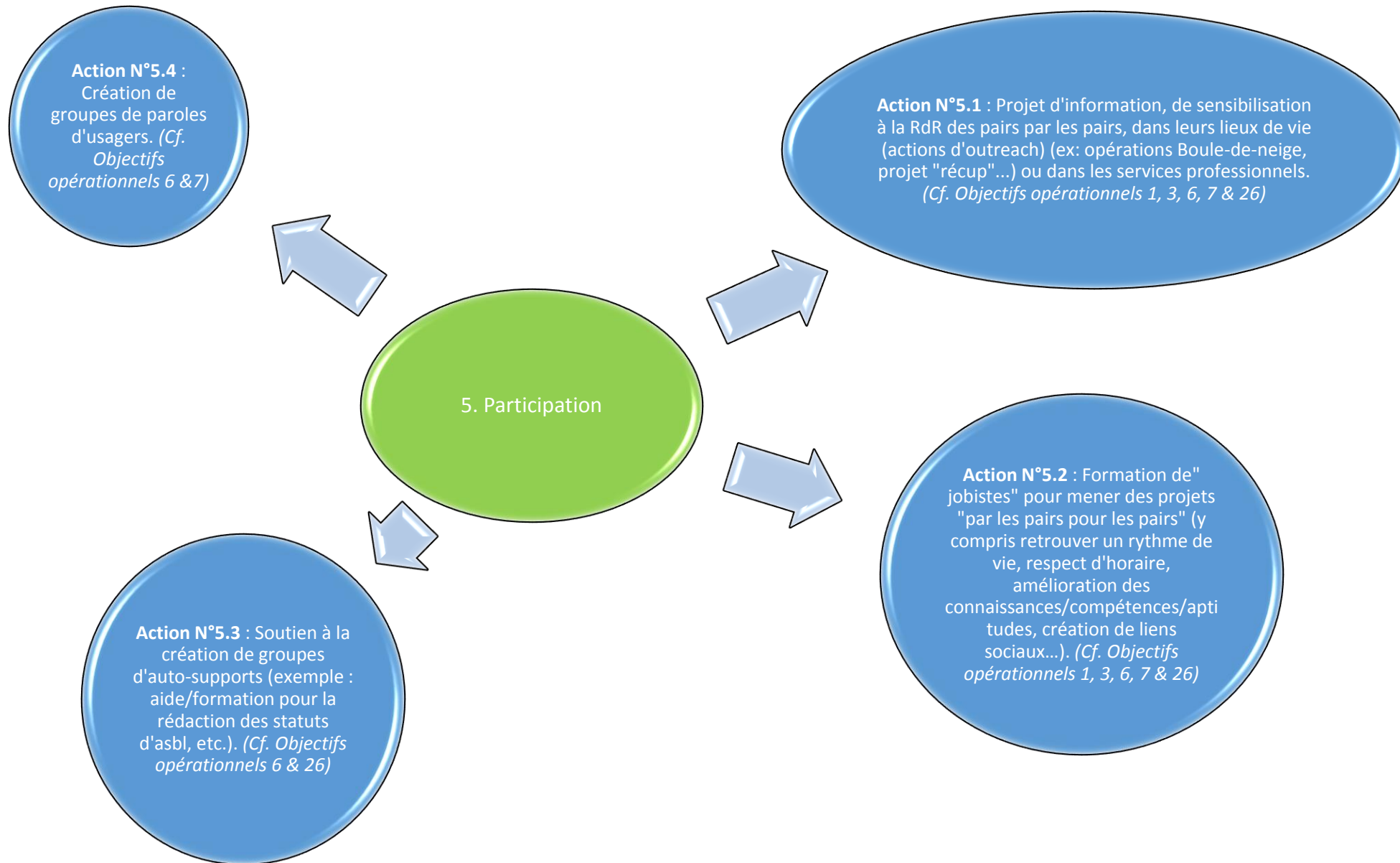
3. ACTIONS VISANT UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ AUX TRAITEMENTS ET AU DÉPISTAGE



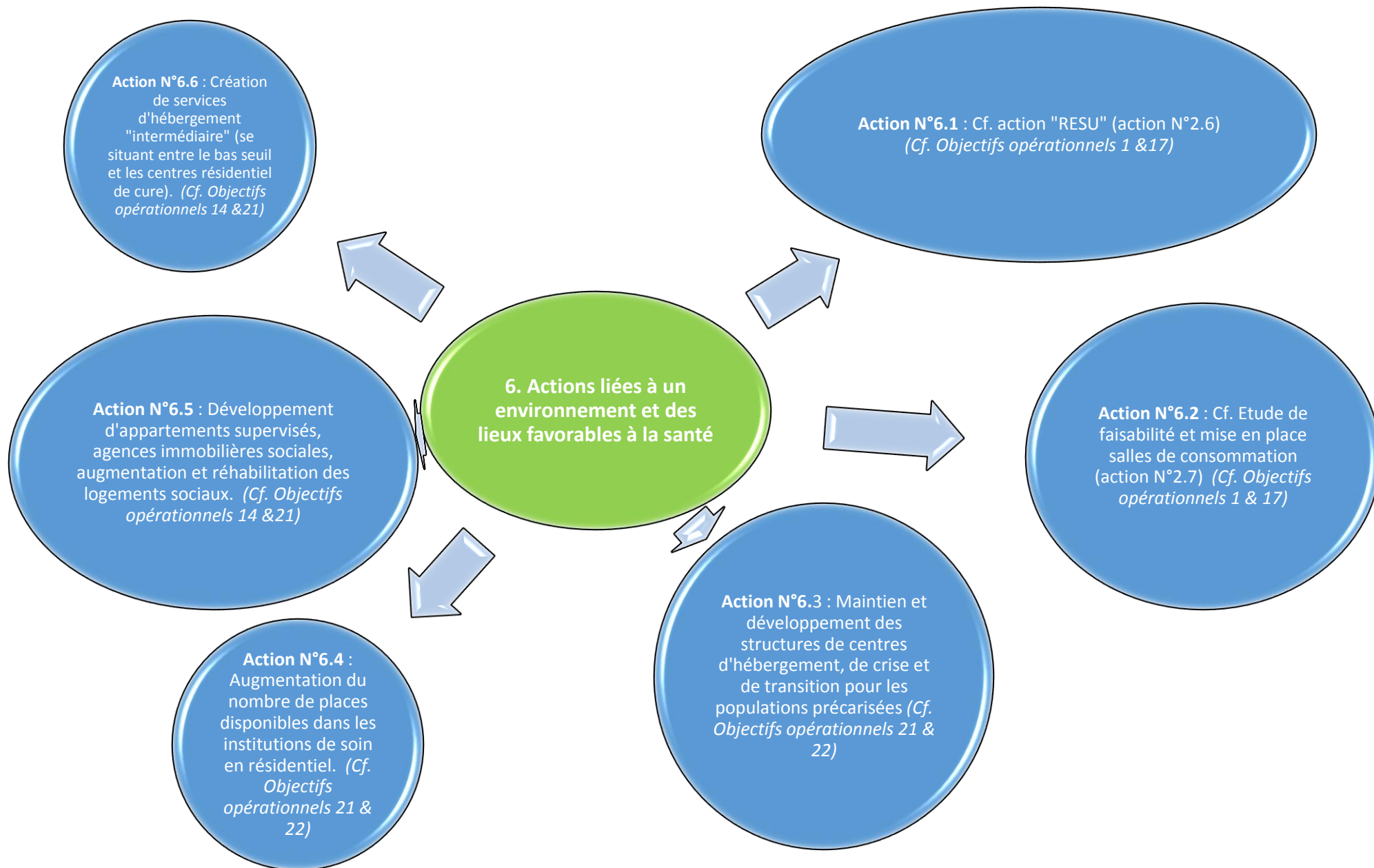
4. ACTIONS VISANT LA PRÉVENTION DE PROXIMITÉ (OUTREACH)



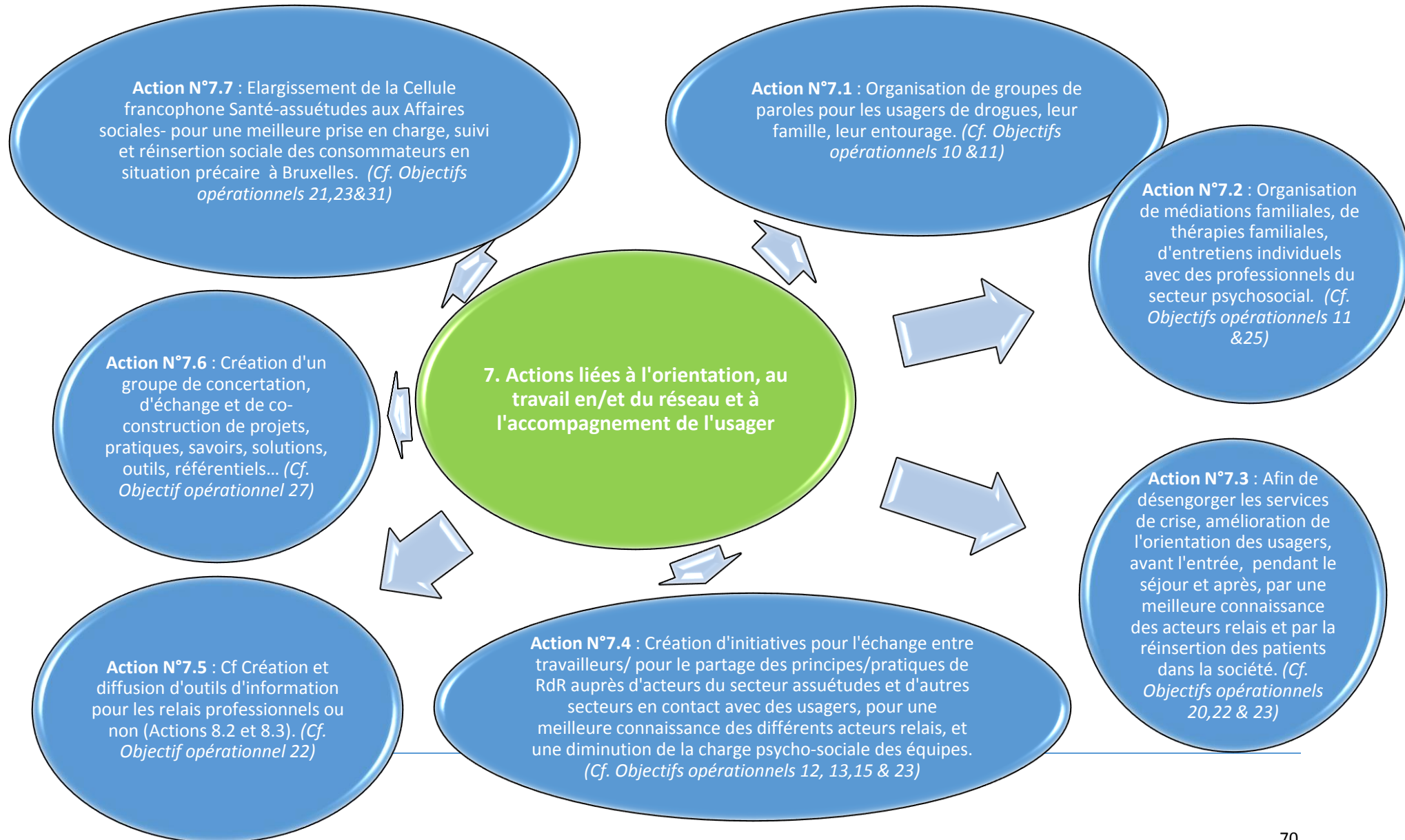
5. ACTIONS VISANT LA PARTICIPATION/PRÉVENTION PAR LES PAIRS



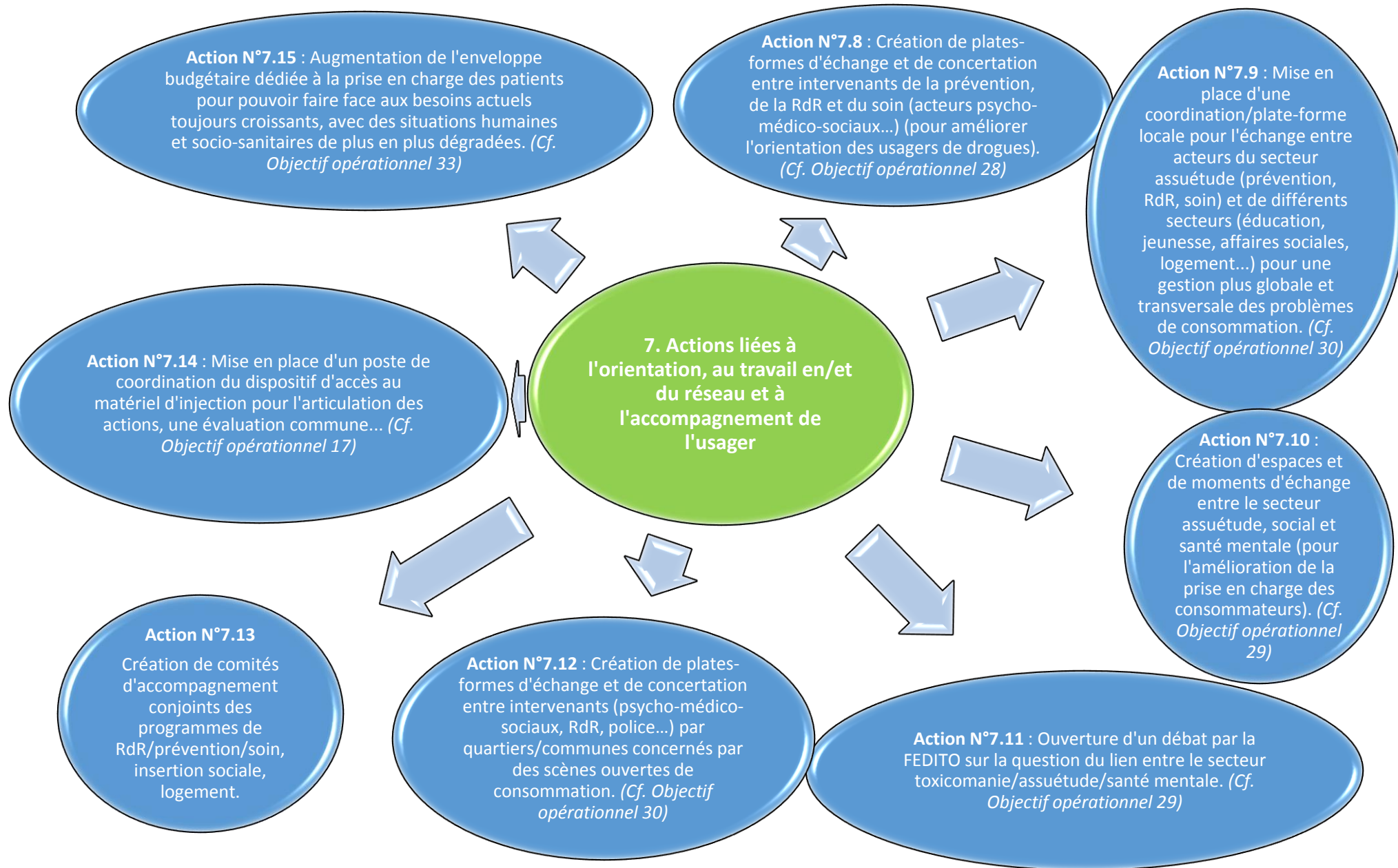
6. ACTIONS VISANT UN ENVIRONNEMENT ET DES LIEUX FAVORABLES À LA SANTÉ



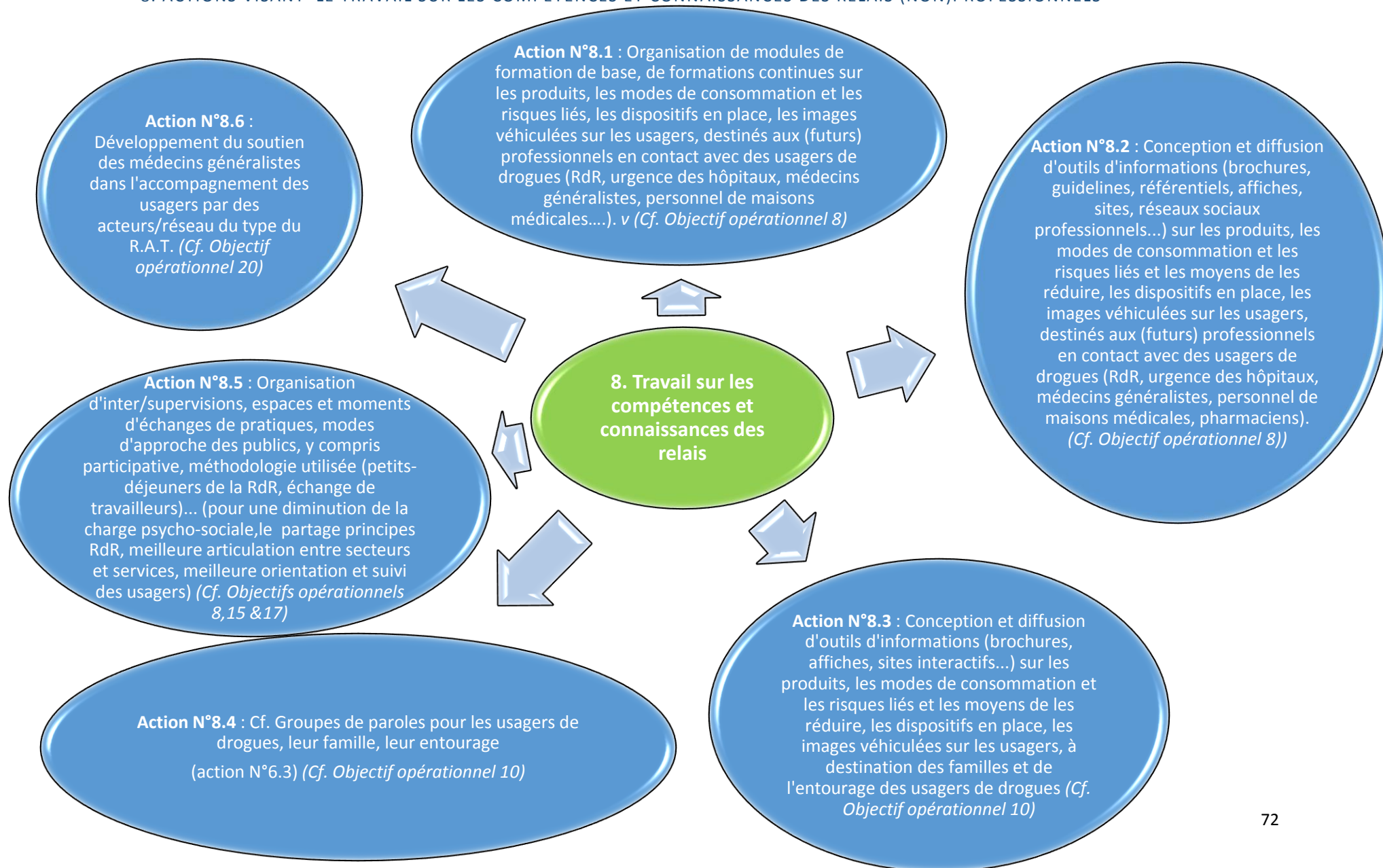
7. ACTIONS VISANT L'ORIENTATION, AU TRAVAIL EN/ET DU RÉSEAU ET À L'ACCOMPAGNEMENT DE L'USAGER (1)

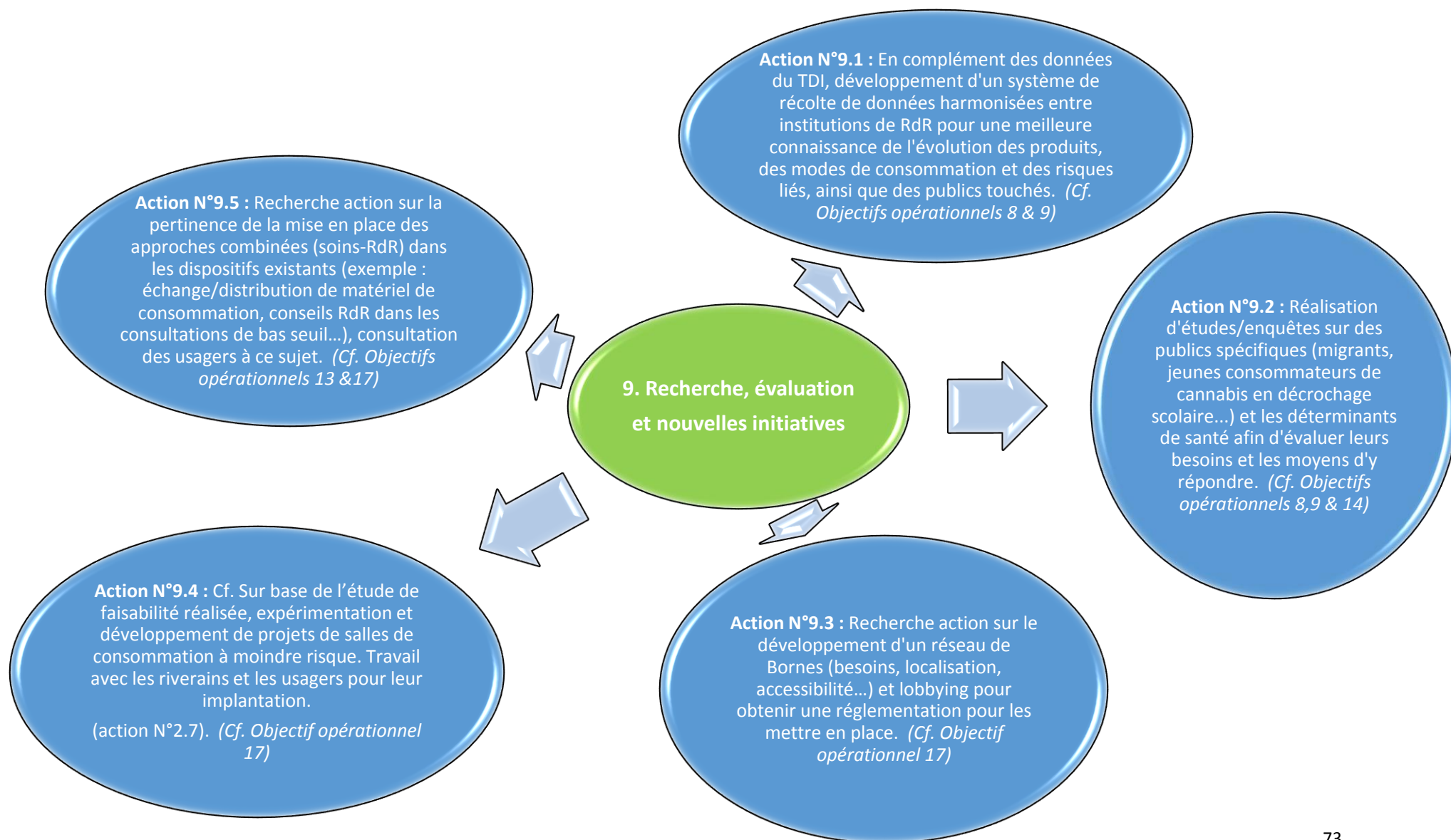


7. ACTIONS VISANT L'ORIENTATION, AU TRAVAIL EN/ET DU RÉSEAU ET À L'ACCOMPAGNEMENT DE L'USAGER (2)

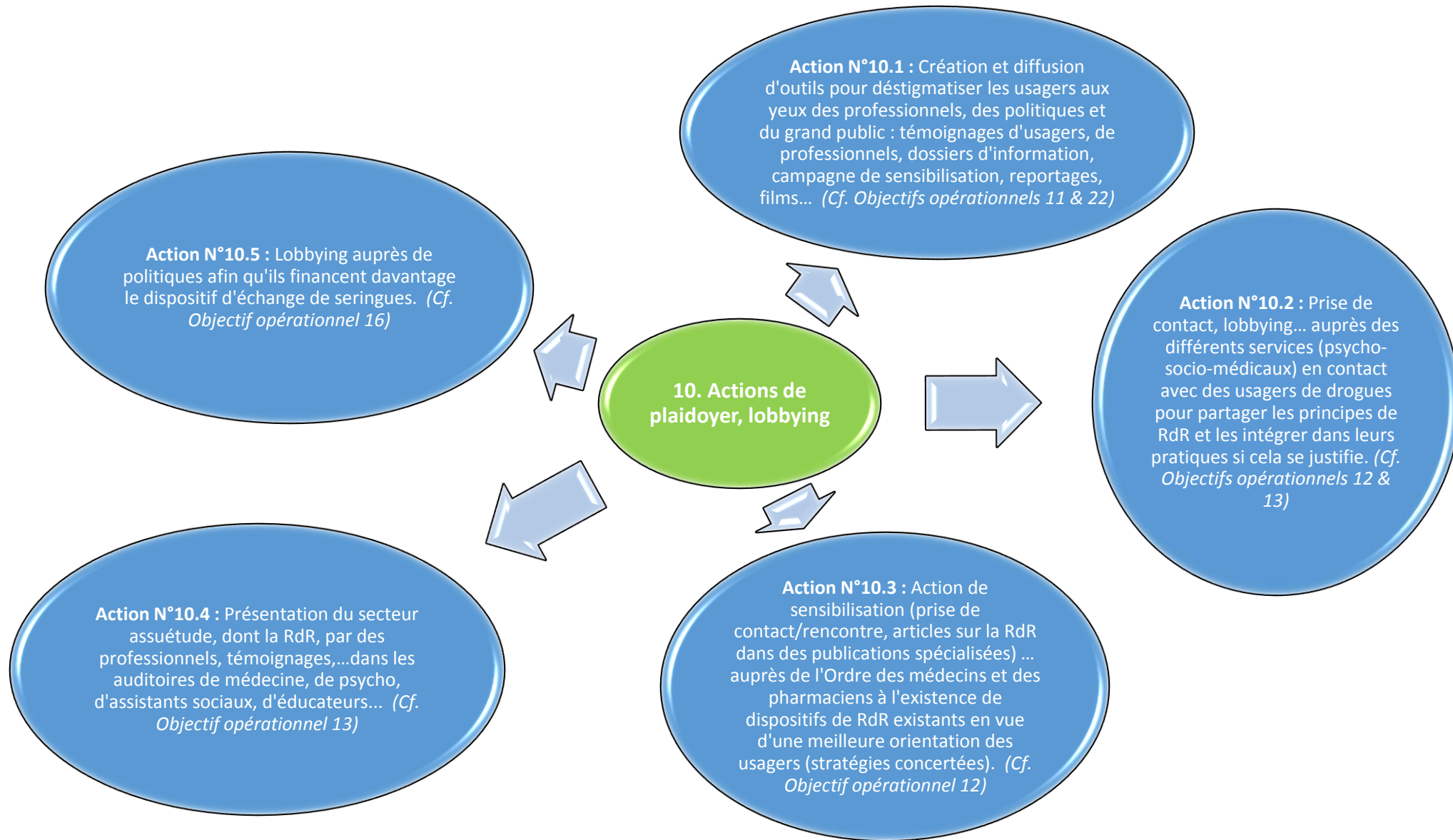


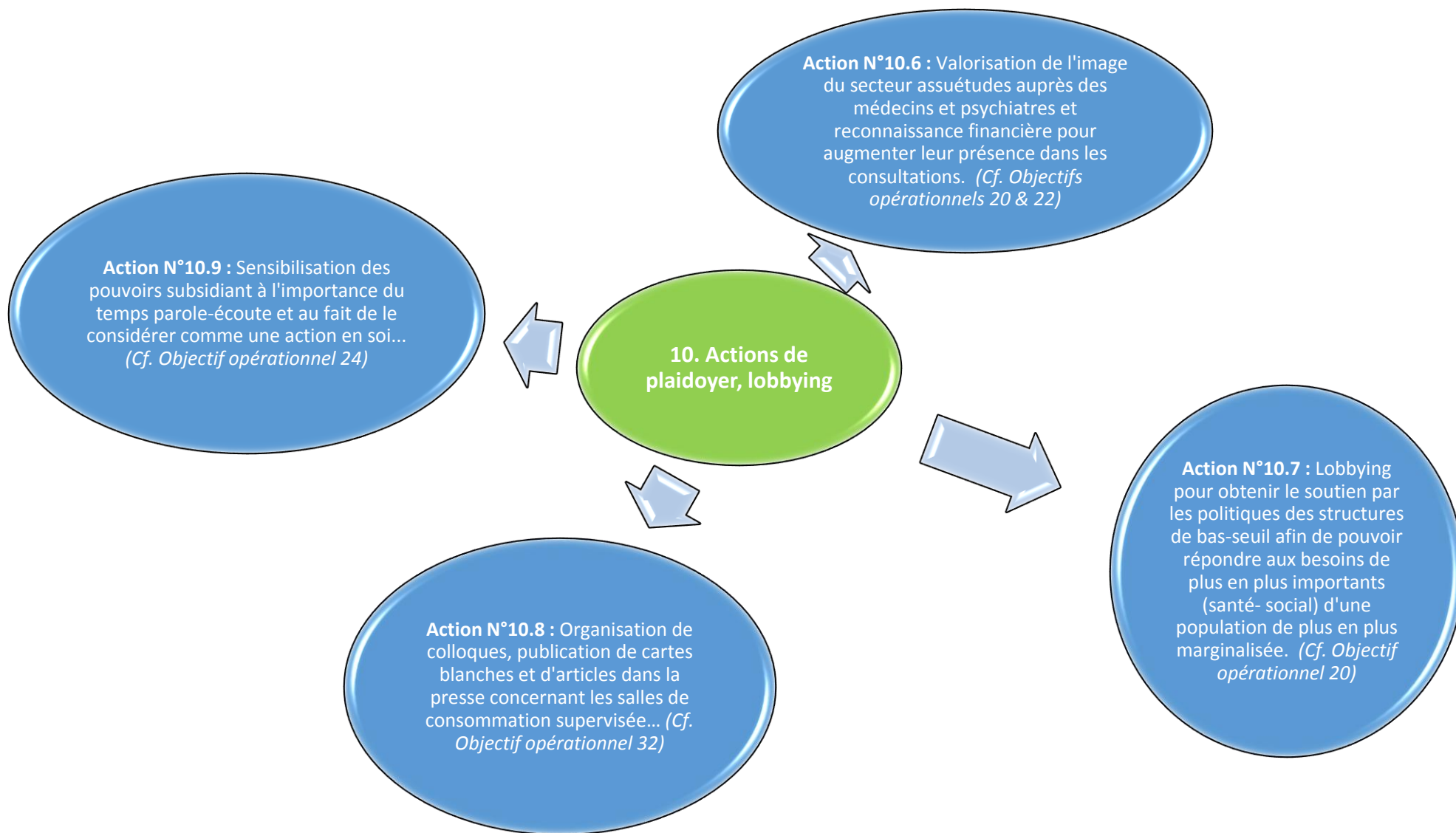
8. ACTIONS VISANT LE TRAVAIL SUR LES COMPÉTENCES ET CONNAISSANCES DES RELAIS (NON)PROFESSIONNELS

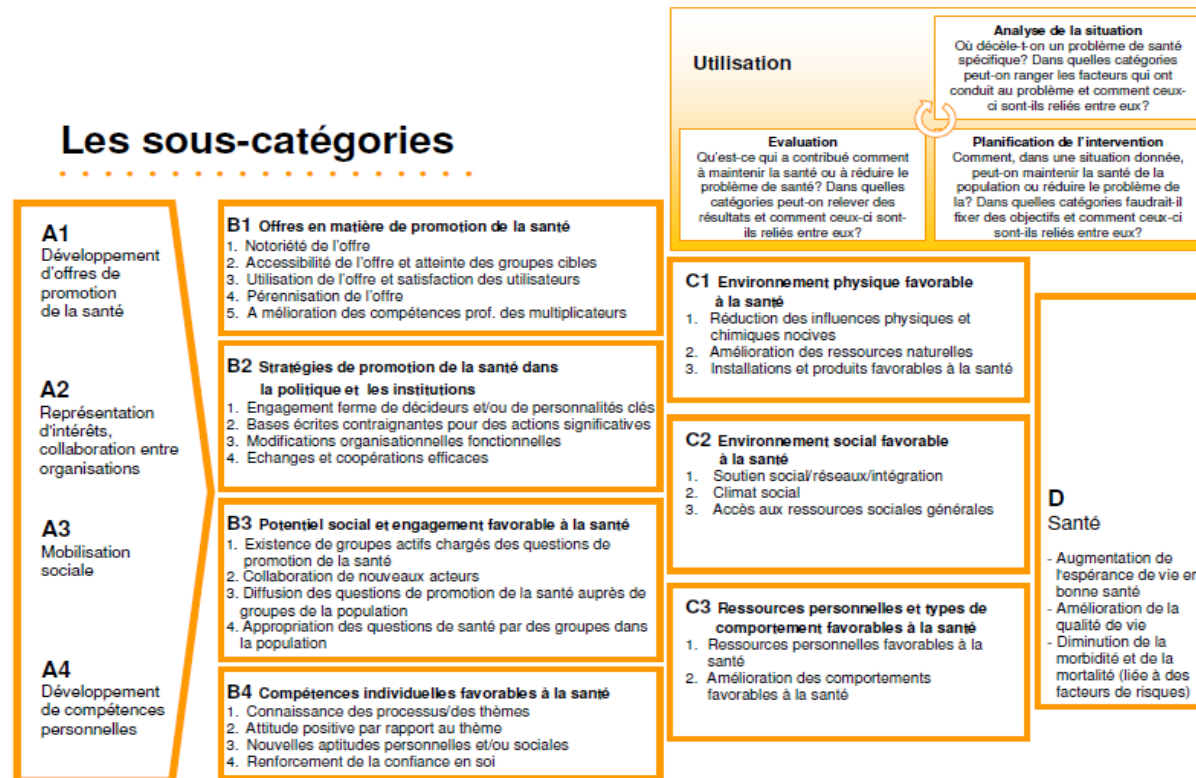




10. ACTIONS VISANT LE PLAIDOYER ET LE LOBBYING (1)







Auteur(e)s: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahmi, Adrian
 © Promotion Santé Suisse. Guide pour la catégorisation des résultats: www.promotionsante.ch