

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

Carnet 2

**DIAGNOSTIC QUALITATIF SUR LES DISPOSITIFS DE
RDR LIÉS À L'USAGE DE DROGUES À BRUXELLES**

Auteur : Laurence Noël
Coordination : Catherine Van Huyck

Modus vivendi ASBL



Avec le soutien de



Jun 2013

Nos plus chaleureux remerciements vont avant tout à tou.t.e.s les répondant.e.s pour leur temps, leur confiance et leur collaboration. Merci donc à tous les usagers, à tous les professionnels intervenants et aux autres acteurs rencontrés ainsi qu'à toutes les personnes dont l'aide précieuse a facilité les entretiens et les observations ...

Merci au Cabinet de la Santé de la Région Bruxelles-Capitale d'avoir permis l'existence de ce projet

Merci à Cécile Beduwé, de Modus Vivendi, pour sa vigilance et ses remarques pertinentes.

Merci à ma directrice, Catherine Van Huyck (Modus Vivendi), mais aussi à Muriel Goessens (Transit, CLDB) et à Ludovic Henrard (FEDITO) pour leur confiance au cours de cette mission passionnante.

Merci enfin à Monsieur P.S., Madame S.J. et Madame V.W. pour leurs retranscriptions.

Ce rapport est une production intermédiaire et n'est qu'un des éléments constitutifs au diagnostic général sur la RdR à Bruxelles, étape préalable à un Plan. Ce rapport ne présage donc en rien le futur contenu du Plan de RdR bruxellois et s'adresse aux professionnels spécialisés et non spécialisés à la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues.

TABLE DES MATIERES

1. Quelles actions de RdR ?	6
2. Quels acteurs de RdR ?.....	13
3. Quels besoins ?.....	15
4. Quelques pistes pour renforcer la cohérence ?	18
5. Quelques pistes pour hiérarchiser les actions ?	23
6. Annexes	26
ANNEXE n°1 : METHODOLOGIE	26
ANNEXE 2 : RdR et missions de service public	28
ANNEXE 3 : LA PLACE MOUVANTE DE LA RDR SUR 2 AXES	29
ANNEXE 4 : BESOINS > OFFRE > DEMANDE	30
ANNEXE 5 : MICRO BIBLIOGRAPHIE	31

INTRODUCTION : UN PROJET DE PLAN DE RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS À L'USAGE DE DROGUE À BRUXELLES

Ce projet de recherche-action a vu le jour grâce au cofinancement de deux Cabinets ministériels et suite à la mention d'un futur Plan de RdR bruxellois dans la déclaration de politique générale COCOF¹. Il vise à dresser une analyse de la situation du contexte de la RdR à Bruxelles et à proposer un Plan formulé par les acteurs, à partir de cet état des lieux. Il porte sur **5 milieux de vie (MV)** préalablement sélectionnés². Ces cinq milieux de vie sont : la rue, les institutions de soin, le carcéral, mais aussi, le festif et le sport.

- **Le projet de Plan de RdR comporte quatre objectifs fixés³ :**

- | | |
|--------------------------------------|---|
| O1. Identifier les acteurs | O2. Identifier les besoins non couverts |
| O3. Hiérarchiser les actions à mener | O4. Renforcer la cohérence |

- **Le projet comprend deux phases, qui se superposent :**

→ Phase 1 : phase du diagnostic ⁴(O1, O2) → Phase 2 : phase de planification ⁵(O3, O4)

Notre mission a principalement contribué à la première phase.

Pour la première phase (diagnostic), nous avons opté pour une méthode qui permet de saisir la RdR de manière globale à Bruxelles. Mais l'approche par milieux de vie est reprise pour la phase 2 (de planification).

Les opérateurs du projet sont : la **FEDITO** (Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes), la **CLDB** (Coordination Locale Drogues Bruxelles) en tant que structures faitières sectorielles et **Modus Vivendi asbl** (en tant qu'acteur de liaison et opérateur méthodologique).

Initialement une partie du travail était déléguée à Modus Vivendi en tant qu'opérateur méthodologique. Des remaniements internes afin de faciliter le cadre de travail ont été apportés de manière à ce que Modus Vivendi soit l'opérateur principal du plan, soutenu par la FEDITO et la CLDB.

La réalisation de ce vaste projet a nécessité plusieurs travaux conjoints. Ce rapport intermédiaire n'est qu'une synthèse d'un des éléments qui composent le diagnostic général⁶.

Il s'agit d'un premier diagnostic, purement qualitatif, se basant sur des données empiriques recueillies à Bruxelles. En annexe (1) se retrouvent les grandes étapes de la méthodologie et de ce qui a été concrètement réalisé.

¹ « Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique », Déclaration conjointe de la Conférence Interministérielle Drogues (CIM), Document : IMCDRUGS.2010.V.A.0

² Les recherches et les études de Modus Vivendi², d'hier et d'aujourd'hui, s'appuient régulièrement sur cette approche par milieux de vie. Dans le cadre d'un travail centré sur l'*outreach* et la participation, cette tendance s'est consolidée et avérée pertinente au cours du temps, tant au niveau des études en santé publique qu'au niveau du travail de terrain. Notons également que bien d'autres milieux de vie auraient pu être sélectionnés (par exemple, le milieu familial, le milieu professionnel, etc. ...). Tout dépend certainement de la focale (centrée sur l'individu, un groupe d'individus spécifiques, des espaces d'interventions, ...).

³ Préalablement.

⁴ De mars 2012 à juin 2013

⁵ De février 2013 à janvier 2014

⁶ Diagnostic qualitatif, Diagnostic quantitatif, Rapport sur le milieu sportif, Intégration à l'Outil de Catégorisation des résultats (OCR). L'intégration de toutes les données relatives aux éléments susmentionnés sont extraites et appliquées aux divers milieux de vie ont été intégrées à l'OCR afin d'en dégager des objectifs soumis aux acteurs intervenants pour une autre et nouvelle priorisation des actions afin - de dégager les principaux axes finaux de planification et - de renforcer la cohérence ; c'est-à-dire, répondre de manière complète et adaptée aux objectifs 3 et 4 du projet.

Ce diagnostic qualitatif a pour objectif de saisir les formes de la RdR à Bruxelles à partir d'entretiens (individuels et collectifs) et de l'observation des trois logiques d'actions **des 3 principaux acteurs concernés par la RdR⁷, ceux qui** en tracent les contours de la RdR dans la sphère publique :

(1) des usagers consommateurs de drogues,

(2) des intervenants professionnels,

(3) des responsables politiques et/ou membres d'administrations compétentes

C'est-à-dire les acteurs qui sont **à la base du fonctionnement, de l'évolution et des reconfigurations des dispositifs de RdR bruxellois**. Nous présentons dans ce rapport quelques propositions et questions relatives aux objectifs grâce à la voix de ces acteurs. Ce travail se veut au plus près des acteurs, indicatif de ce qu'ils font et de ce qu'ils disent qu'ils font.

Il s'agit donc d'une courte synthèse⁸ d'un des éléments du diagnostic général, c'est-à-dire, **l'une des parties qui compose l'ensemble des données du diagnostic général, sur lequel le Plan se basera⁹**.

Partie 1 : Quelles actions ? (objectif caché du projet : identifier des actions et dispositifs de RdR à Bruxelles¹⁰)

Partie 2 : Quels acteurs ? (objectif 1 : l'identification des acteurs)

Partie 3 : Quels besoins ? (objectif 2 : l'identification des besoins)

Partie 4 : Quelques premiers jalons pour renforcer la cohérence des actions et des dispositifs

Partie 5 : Quelques premières pises à la hiérarchisation des actions

Bien d'autres et nouveaux acteurs auraient dû être inclus aux rencontres et entretiens¹¹. Aussi, les résultats de cette recherche qualitative sont indicatifs de la réalité de la RdR bruxelloise, ici et maintenant, mais en devenir et en changement. À travers une « photographie » actuelle **des dispositifs, de ce qui se fait** en RdR à Bruxelles via la transposition des usages pratiques de la RdR par les intervenants, nous proposons de visibiliser cette complexité.

⁷ La tendance est à se focaliser sur la voix des intervenants et professionnels, or les discours des usagers et des politiques sont indispensables à la réflexion sur le futur des politiques drogues dans notre Région.

⁸ Une version longue existe également.

⁹ Au-delà du présent diagnostic qualitatif **d'autres éléments composent le diagnostic général pour le futur Plan** : - **diagnostic quantitatif** est en cours et sera intégré au diagnostic général ; - **rapport de milieu sportif** est traité séparément au vu de ses particularités et du paysage extrêmement complexe qui le compose (fédération/hors fédération, collectif/individuel, disciplines variées, amateurs/professionnels, etc.), mais aussi en raison du fait que des actions de RdR sont inexistantes actuellement à Bruxelles et que nous disposons de très peu d'informations disponibles à ce stade et à ces différents échelons. La FEDITO rendra donc *in fine* un rapport exploratoire sur ce milieu de vie ; - **intégration des données générales et relatives aux divers milieux de vie intégrées à l'OCR** afin d'en dégager des objectifs soumis aux acteurs intervenants pour une autre et nouvelle priorisation des actions afin -de dégager les principaux axes finaux de planification et -de renforcer la cohérence ; c'est-à-dire, répondre aux objectifs 3 et 4 du projet.

¹⁰ Identifier les actions de RdR s'est avéré être une condition nécessaire pour pouvoir répondre aux deux derniers objectifs.

¹¹ Par exemple : des acteurs privés, des pharmaciens, la police, d'autres acteurs publics, ...

- **La RdR ?**

Il existe une définition commune et sectorielle au niveau francophone bruxellois¹² dans l'abécédaire de la FEDITO : « *La réduction des risques (RdR) constitue à l'origine une stratégie de santé publique dont les différents programmes visent à prévenir ou limiter les dommages liés à l'utilisation de produits psychoactifs. Actuellement cette approche s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé, de la santé physique, mentale et sociale¹³.* ».

Mais la RdR, c'est aussi le fait que des services, des citoyens et les pouvoirs publics donnent une légitimité aux capacités de l'utilisateur à prendre soin de lui. En effet, comme le rappelle Anne Coppel¹⁴, c'est aussi **la relation à l'utilisateur** qui est au cœur des débats sur les modèles de santé publique quant aux questions liées aux addictions (ou à la prévention, ou à la toxicomanie) : « *C'est, pourtant, en faisant appel à la responsabilité de l'utilisateur de drogues que la réduction des risques a obtenu des résultats remarquables. La relation à l'utilisateur est ainsi au cœur du débat ; en tant qu'utilisateur de drogues illicites, le débat renvoie à l'interdit de l'usage, mais en tant qu'utilisateur des services, le débat renvoie à la définition des missions de services publics, qui ne doivent pas oublier qu'ils sont au service de leurs usagers¹⁵.* ». Ce double sens, déterminant pour notre enquête, a donné lieu à un schéma, à voir en annexe (2).

¹² La démarche de collecte des informations retenues pour élaborer le contenu de l'abécédaire s'est voulue participative.

¹³ *Abécédaire de la Fedito vers une terminologie commune pour le secteur assuétudes*, 2012. Ajoutons cet élément de définition provenant de la même source : « **Les programmes de RdR concernent tous les usages**, qu'ils soient expérimentaux, modérés, abusifs ou inscrits dans une dépendance. Les risques principalement associés aux drogues sont les risques de dépendance, de lésions somatiques et les risques psychosociaux. Ils peuvent avoir pour conséquences une morbidité, une mortalité et une exclusion sociale que ces stratégies visent à réduire. **La RdR se distingue de la prévention de l'usage et des traitements, dont elle se veut complémentaire.** Les stratégies de RdR ne peuvent avoir toute leur efficacité que si elles **s'articulent avec les stratégies de soins et de resocialisation.** ».

¹⁴ COPPEL, Anne (2005) « De l'utilisateur de drogues à l'utilisateur des services socio-sanitaires : l'action de proximité face aux logiques de services », commentaire in *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 23, n°1.

¹⁵ Elle ajoute : « *Il aura fallu dix ans années de catastrophe sanitaire, avec ses milliers de morts et ses dizaines de milliers de malades pour faire émerger ces nouvelles pratiques qui font de l'utilisateur le premier acteur de sa santé. Espérons que nous saurons tirer les enseignements et agir avec intelligence un peu plus rapidement.* ».

1. QUELLES ACTIONS DE RDR ?

Les entretiens et les questionnaires ont permis d'identifier, à travers les réponses des professionnels, des groupes d'actions RdR. Deux critères ont été donnés aux intervenants pour qu'ils classent les actions par ordre d'importance. Il fallait donc qu'ils citent 3 actions de type RdR (dans le questionnaire) puisqu'ils expliquent une action RdR (dans l'entretien).

Les actions devaient : (1) constituer des actions-types, proches de « ce qu'est », de « ce qui caractérise » la RdR, et/ou (2) être classées suivant leur fréquence (actions RdR le plus souvent pratiquées).

Les actions du tableau ci-dessous sont donc déjà partiellement hiérarchisées¹⁶. Il s'agit à la fois d' « actions **de** RdR » et d' « actions RdR **le plus souvent menées** » pour les professionnels intervenants. Donc : les actions en lien avec le matériel de RdR (et donc l'usage/la consommation) sont donc plus importantes¹⁷ aux yeux des professionnels intervenants, que les actions du groupe relatif à l'information, que celui qui concerne l'établissement/le maintien d'une relation à l'usager, que le groupe des actions liées aux soins de RdR, qu'à l'orientation vers d'autres services, puis qu'au travail en réseau et enfin que les actions d'accompagnement de l'usager. Il s'agit de groupes idéaux.

Groupe 1 : Actions liées au matériel spécifique de RdR (aux risques associés, à la consommation)

- matériel d'injection ;
- actions autour de ce matériel spécifique (distribuer et/ou échanger du matériel)
- lieux et services qui fournissent ce matériel (comptoirs, RESU ...)
- d'autres actions autour de ces comptoirs (ramassage de seringues)
- autre matériel de prévention ou d'information lié à la consommation ou aux risques sexuels (préservatifs, gel lubrifiant, brochures sur les risques et les comportements à risques, brochure sur d'autres services socio-sanitaires ...)
- utiliser des outils (TDR, Boule-de-Neige, ...)
- organiser, « faire », appliquer des dispositifs mobiles (*testing*, stands, ...).

Groupe 2 : Actions liées à l'information

- donner de l'information/des informations¹⁸ ;
- donner de l'information générale ou spécifique : - sur les produits, sur un produit (brochures), - sur la loi, - sur des situations,
- sur des contextes
- agir autour des dispositifs d'information : -affichage (de campagnes, affiches d'événements, affiches de réflexion/prévention, ...),
- diffusion d'alerte précoce, -installer un stand, etc.

¹⁶ Nous avons synthétisé les réponses selon leur ordre d'importance et leur fréquence (les réponses qui apparaissent le plus souvent).

¹⁷ En termes de définition et de fréquence RdR

¹⁸ Soulignons que les formules « information » ou « informations » sont extrêmement fréquentes et ont été beaucoup plus souvent utilisées que le verbe « informer » qui implique davantage le professionnel dans l'action mais qui n'a été mentionné qu'une seule fois.

Groupe 3 : Actions liées à la relation à l'utilisateur (établissement/renforcement)

- parler¹⁹
- écouter²⁰
- entretiens individuels
- stimuler la discussion de groupe (groupe de parole, ...)
- discussion sur le risque/les risques comme point central de discussion²¹
- expliquer, proposer, conseiller (de comportements à moindre risque)

Groupe 4 : Actions liées au soin

- actes de **prestations globales** (soins de santé, soins somatiques)
- actes de **prestations spécifiquement liées à la toxicomanie** (prescription et délivrance de TSO, conserver les médicaments pour une administration quotidienne/contrôle du respect de la prescription, ...)
- droit (donner rapidement un accès à ces soins),

Groupe 5 : Actions liées à l'orientation/la réorientation de l'utilisateur (« bonne orientation »)

- vers les **services spécifiques**, adaptés et spécialisés (souvent ambulatoires)
- vers le **secteur hospitalier** ou des centres de cure
- vers des **centres d'accueil de jour**

Groupe 6 : Actions liées au travail en/du réseau

- **agir et travailler** en réseau
- **se concerter** en réseau
- créer et solliciter de **nouveaux partenariats** publics et privés (avec d'autres acteurs intervenants, services/associations)

Groupe 7 : Actions liées à l'accompagnement de l'utilisateur

- dans ses **démarches administratives ou/et de soin** (et où il s'agit aussi bien d'aider à la mise en œuvre et au suivi de ces démarches, qu'à leur finalisation pour l'obtention de droits à l'aide sociale, à la santé etc.).
- dans son **milieu de vie** : visites à domicile, en prison, maraudes, ...

¹⁹ Par exemple, les expressions suivantes : «mettre des mots sur le vécu de la consommation, - parler des dangers : échanges de pailles, de seringues etc., - parler des effets néfastes du cannabis souvent sous-estimés »

²⁰ Catégorie « écouter » avec par exemple des actions du type : - « écouter les usagers, qu'ils se sentent entendus → sont plus enclins à écouter les risques », - « écoute/soutien », ...

²¹ « Danger des consommations dans le cadre de certaines pathologies somatiques, risque consommation : somatique et psychologique, Identifier ce qui fait que le patient prend des risques, ... »

D'autres d'actions figurent dans les réponses aux questionnaires et entretiens mais ne constituent pas une catégorie d'actions en tant que telle²².

Suite à l'analyse et **pour mieux comprendre toutes ces actions, nous les avons décomposées via 2 modalités**, qui semblaient caractériser de la manière la plus évidente les actions de RdR : **des objets et des relations humaines**. Voici un tableau qui isole 4 types d'actions, qui toutes, se retrouvent dans la réalité des dispositifs de RdR :

	Avec interaction RdR	Sans interaction RdR
Avec matériel RdR	<p><u>Avec</u> échange d'objet <u>et avec</u> interaction</p> <p>ex. brochure/support d'information/matériel et discussion/échange avec un professionnel, réception d'une paille stérile après discussion sur la consommation de cocaïne, ...</p>	<p><u>Avec</u> échange d'objet <u>sans</u> interaction</p> <p>ex. brochure/support/matériel pris ou demandé par l'utilisateur, distribué par un professionnel sans discussion/ échange avec un professionnel, ou réception d'un kit Sterifix²³ sur simple demande dans un comptoir, remise de seringues usagées dans un RESU extérieur, brochure prise sur un présentoir, ...</p>
Sans matériel RdR	<p><u>Sans</u> échange d'objet <u>avec</u> interaction</p> <p>ex. écoute/discussion/ conseils donnés sans matériel, objet à emporter ou à utiliser par l'utilisateur après, entretien individuel, conseil de RdR fourni durant une maraude, ...</p>	<p><u>Sans</u> échange d'objet <u>et sans</u> interaction</p> <p>ex. information sans support mobile ou sans demande/distribution/réception de matériel/support : une affiche regardée, une brochure feuilletée et non emportée sur un stand de festival, ...</p>

- **Ces modalités, ça sert à quoi ?**

Cette distinction (avec/sans + objet/interaction) est importante parce qu'elle permet sans doute de classer pour mieux repenser la pratique professionnelle, l'objectif des actions posées. Ces différences pratiques induisent **des compétences individuelles et des actions différentes envers l'utilisateur. Elles induisent donc, de fait, d'autres rapports ou types d'interventions de RdR pour les professionnels**. Ces « interventions types » n'ont donc **pas les mêmes implications ou conséquences sur le parcours des usagers et ne leur donnent pas les mêmes moyens de réduire les risques dans leur milieu de vie ou espace de consommation**.

A cela, s'ajoutent le temps, donc un « degré d'exposition de l'utilisateur à la RdR », et le contexte de l'espace de consommation/d'intervention :

²² Reviennent de manière épisodique des actions ou expressions telles que : -**sensibiliser** : « sensibilisation à l'hépatite C, sensibilisation à l'utilisation préservatif, sensibilisation par rapport à la notion de risque », - **évaluer/analyser/mettre au point/appliquer des méthodes** : « évaluation des actions/projets, analyse de données (quantitatif et qualitatif), mise au point de brochures et d'outils d'information, focus groupe », -**développer des outils** : « développement de kits d'injection », - **trouver et former des groupes d'auto-support** : « trouver et former des jobistes « pairs », formation des professionnels clubs et soirées, soutien et assistance de consommateurs et d'utilisateurs, actions communautaires » ; - **fournir une aide d'accès à des besoins primaires** : « accès au logement et à un revenu, accès aux douches et soins de 1ère ligne » ; -**prévention** : « mise en garde, prévoyance, prévention » ; - **éduquer** : « éducation à la santé, éducation à la santé et à l'hygiène » ; - **accueillir** : « permanence d'accueil ».

²³ Kit complet d'injection à moindre risque disponible dans les comptoirs d'échange de seringues et dans certaines pharmacies.

Par rapport à **l'interaction**, c'est-à-dire à l'action réciproque entre l'utilisateur et le professionnel, le **degré de l'interaction** peut varier d'un simple échange (simple échange, simple question réponse, question sur un produit, un comportement, ...) à une relation déjà construite qui a déjà permis quelques premiers changements dans la vie et la situation de l'utilisateur, ou à une relation tissée depuis des années, complice entre un usager et un professionnel (entretien répétés, suivi social ou santé, ...).

De la même manière, par rapport **au matériel ou objets échangés**, supports de l'action **la nature et le volume des objets échangés** sont très variables. Distribuer et donner des brochures sur l'alcool et la cocaïne aux usagers demandeurs se distingue d'une action de distribution, à la demande de l'utilisateur, de 50 « pompes » (seringues). Laisser un usager se servir de quelques brochures sur les amphétamines et d'une bonne douzaine de préservatifs, contraste avec la prescription de traitements de substitution ou enfin, la distribution ou la vente d'un Stérifix (kit d'injection).

C'est en fonction des services et des définitions de leurs missions, mais aussi, des lieux et des espaces d'intervention que ces modalités varieront plus ou moins fortement. Les professionnels n'ont pas toujours les mêmes possibilités d'actions. Au sein d'un service de jour, de nuit, de crise, en prison, en journée festive /festival en ville, en boîte de nuit, dans un lieu de délivrance de traitements de substitutions, un comptoir d'échange de seringues, etc., le *modus operandi* varie.

Notons que les modalités d'interventions des professionnels et des services apparaissent peu souvent comme précisément définies ou formalisées²⁴.

Notons également que les échanges d'objet ou l'échange humain ne sont pas toujours :

- acceptés ou désirés par l'utilisateur qui n'a pas l'envie de réduire les risques ;
- autorisés ou possibles dans certains contextes (ex : milieu carcéral).

Suite à ce constat et à l'analyse des entretiens, il apparaît que les intervenants pourraient poser **l'hypothèse selon laquelle une action de RdR suppose toujours une combinaison des 2 modalités pour être « idéale »** : il convient donc de tenter de réaliser les 2 modalités (et donc l'échange matériel ET humain) pour qu'une pratique de RdR soit optimale et totale.

Dans la réalité, ces 4 types d'actions varient selon les « objectifs », les usagers, les espaces d'interventions/milieus de vie même s'il existe des similarités, des actions générales, des « manières de faire » et « manières de dire » plus transversales. De manière plus opérationnelle, le tableau distinguant ces 4 types d'actions de RdR (mobilisation de matériel/d'interaction) au sein des dispositifs observés à Bruxelles permettra par exemple :

*** de tester sur le terrain, de spécifier²⁵ des actions et pratiques en cours, de repenser les actions en termes de besoins :**

- quelle combinaison (objet+interaction) pour quel produit (pour quoi)
- quelle combinaison (objet+interaction) pour quel usage (pour quoi)
- quelle combinaison (objet+interaction) pour quel risque (pour quoi)
- quelle combinaison (objet+interaction) à quels usagers (pour qui)
- dans quel contexte et à quel moment une pratique est-elle plus souhaitable ou efficace (où)

²⁴ C'est-à-dire communes à un service, et figurant sur un support écrit, réalisé et mis à jour en interne à partir des propres pratiques du service. Ou sur base de bonnes pratiques reprises de l'extérieur par exemple (guides déjà existants).

²⁵ Et donc de préciser. Puis, de formaliser et d'échanger en interne et en externe

- quelle combinaison (objet+interaction) dans des espaces plus spécialisés (pour une combinaison de ces modalités : produit + usage, contexte + produit, ...) (quoi + quoi + quoi + où + quand)
- quelle combinaison (objet+interaction) de quelles manières ? Information correcte, gestuelle, phrases type, ... (comment)
- quelles combinaisons (objet+interaction) sont à prévoir/mobiliser/penser/donner à l'utilisateur (quoi + quand)

*** de voir, en termes de réflexion et d'évaluation :**

- sous quelles modalités des actions d'un type sont plus facilement ou fréquemment menées ;
- avec quels usagers, dans quels espaces d'intervention une des modalités semble mieux/ne pas fonctionner, bref quelle est la pratique qui « parle » le plus à l'utilisateur, qui a un impact, ...

*** d'anticiper en termes organisationnels** la quantité de matériel dont le service aura besoin, la quantité et le type de professionnels à mobiliser par rapport aux choix opérés.

- **Des actions de RdR qui mobilisent des objets**

Nous pouvons donc retenir des observations et des entretiens que les actions qui mobilisent principalement des objets sont très fréquentes et importantes. Il s'agit d'une dimension essentielle de la RdR. Le premier groupe d'actions reprend la dimension instrumentale de la RdR, les objets, les outils, supports et prétextes des messages de RdR.

- **Des actions de RdR qui mobilisent une interaction**

Nous pouvons retenir des observations et des entretiens, que les actions qui mobilisent principalement des interactions ont deux fonctions principales :

- ➔ L'intériorisation/la circulation de l'information de RdR
- ➔ l'établissement d'un contact, une relation

- **Le matériel, l'interaction et après ? Le processus de RdR, la responsabilisation et l'accompagnement**

Les interventions RdR sont complexes, multiples, parfois très différentes les unes des autres. Elles sont transversales à plusieurs milieux de vie, spécialisées à l'un ou distantes d'un autre. Puisque « l'action première » réside souvent, à partir d'un objet ou de matériel, dans la tentative d'établir un contact, un dialogue, et une relation de confiance, il est attendu que s'enchaîne ensuite souvent une aide sociale, sanitaire, administrative, ... d'autres étapes. **Les actions de RdR basées à la fois sur un échange matériel et une interaction constituent donc un processus en étapes du type :** prétexte (matériel) >> contact >> engagement d'une discussion >> discussion >> information, >> dialogue : écoute/entente >> établissement progressif d'une relation, relation de confiance >> réduction des risques individuels.

Le processus de RdR se déploie donc presque toujours, idéalement, selon les intervenants, via :

- processus qui s'entame soit d'abord par un objet/du matériel ; soit d'abord par une interaction
- plusieurs actions et des actions qui s'enchaînent

➔ **Les pratiques de RdR renvoient souvent à une chaîne complexe d'actions en étapes**

Retenons qu'une interaction, qu'un dialogue de RdR pourra être établi à partir :

- **d'un objet-prétexte, gratuit**, qui est un « support » au dialogue (brochure d'information, affiche accrocheuse ...);
- **d'une demande explicite de l'utilisateur** (question d'information, demande de consultation, de traitement ...) une demande qui vient de l'utilisateur facilite le contact ;
- **d'une situation de soin** (lorsque la lésion somatique, la plaie, l'abcès, ...) qui visibilise l'usage et le mode de consommation d'un produit. Le soin somatique est bien entendu aussi considéré comme occasion de créer du lien avec le temps ;
- **d'une situation de consommation avérée d'où découle une série de questions ou de conseils, bref**, un « système de questions » qui en fonction des réponses, découlent les unes des autres mais aussi par exemple, un « réflexe » d'information/briefing (sur les lieux de distribution d'information ou de matériel stérile par exemple, ...) sur un produit, un risque, ... ;
- **du parcours de la personne** et retracer son histoire avec elle, les motifs qui l'amènent et la mènent dans le service/la structure lors d'un entretien formel ou informel permet souvent de comprendre et d'acquiescer de précieuses informations.

Les actions de RdR sont **des processus**, parfois complexes, qui supposent un enchaînement d'actions et qui ont donc des effets attendus. **En amont**, nous retrouvons souvent les prémisses du travail d'*outreach*, où s'expriment des savoirs faire discrets²⁶ de la part des professionnels, pour aborder l'utilisateur, lui parler, bref, des manières élaborées par lesquelles les premiers contacts s'établissent.

En aval, nous retrouvons un objectif de réduction des risques liés à l'usage de drogues et d'amélioration concrète de la situation de la personne par l'application des conseils de RdR qui la protègent contre son environnement, les risques liés à sa consommation, elle-même, ...

• **Quid des actions de RdR à Bruxelles ?**

Nous observons tout d'abord une **multiplication des acteurs** de RdR (professionnels et services²⁷) mais aussi une **multiplication des pratiques et dispositifs de ce type à Bruxelles**.

Au-delà de cette multiplication des actions de RdR avec le temps, ce qui est observé notamment à travers les entretiens, c'est la **diversification** des publics, des substances disponibles, des changements sur les modes de consommation et d'usages. Autrement dit, pour les professionnels, une forte **complexification de l'accès aux espaces d'intervention** avec des accès de plus en plus difficiles, des espaces qui se dématérialisent, ou de plus en plus vastes. *A fortiori*, les **modes d'intervention** se complexifient également, doivent s'adapter en conséquence et deviennent de plus en plus précis et variés d'un professionnel à l'autre, d'un service à l'autre, d'une Région à l'autre. Aux yeux de certains professionnels, cela appelle de **nouvelles compétences** (parler plusieurs langues, apprentissage des conseils de RdR généraux et spécialisés, connaissance du travail social, notions médicales, ...).

Par rapport à ces groupes d'actions, aux réponses obtenues des professionnels, il reste bien entendu **plus que probable que la fonction statutaire des individus qui agissent en matière de RdR**, celles de médecin, d'infirmier, d'assistant social, de psychologue, d'éducateur de rue, de psychiatre, d'animateur, de coordinateur, mais aussi, ces mêmes fonctions dans des contextes différents (prison, services publics, associatifs, privés) et d'autres (médecins généralistes, pharmaciens, ...) **aient un poids relativement important dans la nature des actions de RdR reconnues comme telles mais aussi dans l'importance accordée à une action par rapport à une autre²⁸**. Ce

²⁶ MOLINIER, Pascale « Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités et savoir-faire discrets » in PAPERMAN, Patricia, LAUGIER Sandra (2005) *Le souci des autres*, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris.

²⁷ Cette affirmation peut être revue avec la prochaine et probable disparition d'un service bruxellois central de RdR, le centre Transit.

terrain pourrait constituer une recherche à part entière et permettrait peut-être de mesurer les différences d'influences, dans les manières de faire de la RdR, entre des facteurs liés au statut (quelle formation de base, formations continuées, parcours professionnel, ...) et des facteurs liés à l'institution (histoire d'émergence, culture de la structure, division du travail, organisation, ...).

L'extrême grande variabilité des fonctions et des statuts tenus par les professionnels impliqués dans les pratiques de RdR, porteurs d'une « palette » de valeurs, de visions et d'actions elles-mêmes très distinctes, constitue aussi la richesse de cette option politique nouvelle.

Par rapport à tout l'ensemble des outils de RdR, ceux-ci sont de plus en plus techniques, spécifiques et spécialisés, semblent encore peu communément partagés ou connus par l'ensemble des services ou des professionnels appartenant à la même structure. L'homogénéité des outils comme moyens et supports d'actions, semble très relative. Chaque professionnel et chaque service intervenant pratique à sa manière et voit à sa manière la RdR. **Les outils de RdR, de plus en plus techniques, spécifiques et spécialisés²⁹, semblent encore peu communément partagés en tant que « référentiel » par l'ensemble des structures ou par des professionnels appartenant à la même structure.**

Pour plusieurs professionnels les outils se confondent aux actions, sont acquis d'emblée. Apparaît alors que les outils matériels et immédiats contrastent avec des outils non acquis, de l'ordre du relationnel. Cela a également des conséquences sur le terrain, avec l'utilisateur.

Le champ de la RdR est constitué tant par des actions/interventions que par des outils. **L'ensemble forme un tout cohérent, dispersé et extrêmement hétérogène³⁰**. De grands contrastes apparaissent entre professionnels et entre services, entre clarté des techniques, des outils utilisés, des grandes actions de RdR et un flou pratique, avec des manières de faire qui demeurent assez générales, peu spécifiées, peu déclinées en pratiques professionnelles précises.

Enfin, malgré les groupes qui ont émergé des réponses des professionnels, certains domaines d'actions ou certaines actions à l'intérieur de ces groupes restent très générales et génériques, mais surtout se rapprochent d'autres champs d'actions (prévention, travail social, soins, ...). De fait, cela pose clairement la question de la définition des spécificités, la construction de répertoires d'actions de RdR.

²⁹ Les systèmes d'alerte précoce, le recueil de nouvelles substances, le testing, les kits d'injection, la prévention par les pairs, etc.

³⁰ Par exemple : soigner un abcès en donnant un conseil de RdR *versus* installer des brochures en milieux festifs, distribuer 50 seringues et faire une lessive à l'utilisateur *versus* calmer un jeune usager en *bad trip* dans un festival, donner une brochure sur un produit à une détenue *versus* informer des parents sur les risques juridiques liés à la détention de cannabis, etc.

2. QUELS ACTEURS DE RdR ?

Le fait que l'on se revendique acteur de RdR, ou pas, dépendra de la définition sur laquelle on se base pour caractériser ce que constitue la RdR. Il faut reconnaître qu'une forme de confusion existe chez des acteurs concernés par la RdR. Nous y reviendrons.

La définition de la Charte³¹ ne correspond pas à la définition de l'Abécédaire de la FEDITO³² qui ne correspond pas à la définition figurant sur le site de la Plate-Forme RdR³³.

La Charte de la RdR distingue la RdR de la prévention et des soins avec lesquels elle s'articule.

La RdR et ses acteurs « ont osé » poser des actions qui n'étaient réalisées ni par la prévention, ni par le soin. La RdR est en effet alors complémentaire à la prévention et au soin mais s'est avec le temps, parfois inscrite³⁴, malgré elle ou malgré tout, dans les champs de la prévention, dans le champ du social et dans le champ du soin, pour intégrer ses dispositifs, au bénéfice de l'utilisateur. Et créant ainsi, par ailleurs et comme très couramment dans le paysage bruxellois de l'offre d'aide et de soins, quelques « collisions » et recouvrements sectoriels qui, loin de desservir l'utilisateur ou le professionnel, permettent l'intégration et l'évolution de nouveaux dispositifs.

Aussi, pour illustrer cela, si l'on cherche par exemple des services de RdR sur le site de Bruxelles Social³⁵, il suffit de choisir, dans le secteur assuétudes, l'onglet Réduction des Risques. Apparaissent alors, énormément de services pouvant être considérés comme acteurs de RdR au sens large.

Savent-ils qu'ils font de la RdR ? Connaissent-ils la RdR ? Sont-ils invités aux réunions de réseaux ?

Le « nœud de la désignation » des acteurs de RdR réside en la vision ou la portée que l'on souhaite donner à cette nouvelle orientation politique, trop souvent technique, strictement sanitaire et hyper spécialisée. Cette RdR-là pourrait se développer à partir d'approches et d'actions extrêmement spécialisées qui, par-là, occulteraient une possible ouverture de champ de la RdR vers ce que les intervenants et les usagers reconnaissent eux-mêmes comme essentiel au travail de RdR : le social et la prévention.

Les acteurs de RdR se considèrent et seront considérés en tant que tels en fonction de l'histoire de leur émergence, de leurs missions, mais aussi en fonction des représentations des uns et des autres. Si dans des questionnaires où il fut demandé d'identifier des collaborations RdR, certains services sont presque toujours cités par d'autres (si nous prenons, par exemple SAMT³⁶) et sont clairement identifiés RdR, il s'agit alors d'une RdR au sens strict et fortement spécialisée. Qu'en est-il des services de prévention communaux et autres antennes qui travaillent à réduire les risques, d'autres services travaillant dans des espaces d'intervention autres

³¹ (<http://reductiondesrisques.be/charte-de-la-reduction-des-risques/>)

³² (http://www.feditobxl.be/files/documents/2012/doc_33.pdf?CFID=690732&CFTOKEN=b729b45f559ff70a-7EDOCADE-92BF-4B99-032CD467A1D34DCC&jsessionid=8430cfefd2a08928bbd25a7c3958261e5154)

³³ (<http://reductiondesrisques.be/quoi/>)

³⁴ Ceci est observable dans les pratiques et les discours des 3 acteurs.

³⁵ Si l'asbl qui gère ce cadastre en ligne, le CDCS est aujourd'hui menacée, ce site reste une excellente source d'information sur les services socio sanitaires bruxellois : (<http://www.bruxellessocial.irisnet.be/CDCS-CMDC/navigation.jsf?lng=fr&init=true>)

³⁶ Services Actifs en Matière de Toxicomanie, qui font partie des services dit ambulatoires (Décret de 2003), au nombre de 15 sur la Région bruxelloise, réunissant 206 ETP et dispersés sur 10 communes sur 19.

que l'urgence du soin ou de la rue, des maisons d'accueil subventionnés par l'INAMI et autres services périphériques qui renvoient des usagers à ces services spécialisés ou leur demandent du matériel³⁷ ?

Les clivages qui peuvent intervenir au niveau d'un travail de délimitation des acteurs de RdR et des conceptions de la RdR sont multiples entre autres exemples : - répressif/prévention/soin/RdR ; - bas seuil/critères d'accès ; - secteurs de l'ambulatoire (SSM, SAMT, ...) ; - spécialisés RdR/non spécialisés, ... Plusieurs typologies peuvent être proposées.

Aussi, avons-nous constaté, par rapport aux deux types de questionnaires distribués, qu'il y a en matière de RdR : **des acteurs volontaires** (qui connaissent, se revendiquent et se reconnaissent dans la RdR) et **des acteurs involontaires** (qui ont d'autres missions principales, connaissent peu, ne connaissent pas, en font malgré eux, en font sans le savoir ...).

La « désignation RdR » venant d'autres services pose donc question quant à l'avenir de la RdR. La définition demeurant très large, c'est un grande « palette » d'actions qui peut s'y retrouver. A fortiori, dans le cadre de confusions de définitions, de champs d'action, certains acteurs involontaires se voient reconnus alors que d'autres, volontaires le sont moins qu'attendu.

Dans la réalité des dispositifs, il est **actuellement difficile de définir un champ propre de reconnaissance de la RdR** alors qu'il s'agit d'une revendication des acteurs qui s'en réclament.³⁸ Cette reconnaissance ne doit pas se faire uniquement dans le champ de la santé mais aussi dans celui du social afin d'éviter l'écueil d'une RdR trop hygiéniste

Aussi, les constats de cette enquête montrent que suivant la définition minimale de la RdR, celle-ci s'étend, dans la **réalité pratique, bien au-delà de la santé, du soin et des acteurs spécialisés** (comme le bas seuil par exemple). Il en résulte alors, parmi les arguments pour la reconnaissance de ce champ pratique (et efficace³⁹), la nécessité d'un choix entre une vision plus techniciste ou une vision plus « sociale ». Mais dans le cas du second choix, tous les acteurs sont-ils prêts à assumer et à se joindre à une large vision du champ d'action RdR ?

L'ensemble de ces faits explique partiellement pourquoi il est si complexe de devoir désigner qui sont les acteurs de RdR⁴⁰ au-delà de la vision et de l'option la plus souvent prise, centrée sur le volet sanitaire⁴¹ maximalisant ainsi, en un compromis utilitariste⁴² (Pharo, p. 361), ses chances d'émergence et d'existence puis de pérennisation au sein de l'action publique.

La RdR s'applique à tout le parcours de l'utilisateur et présente des aspects de définition qui peuvent embrasser des pratiques appartenant à d'autres secteurs (la prévention et le soin). C'est en raison de cette place mouvante, située dans cet entre-deux, qu'un renforcement des collisions est possible (voir Annexe 3). Collision renforcée en contexte d'austérité et de régionalisation qui fragilisent grandement les secteurs socio sanitaires.

Les usagers, tous les usagers restent les premiers acteurs concernés par la RdR. Ce sont à la fois la population globale, tous les consommateurs avec leurs propres usages et modes de consommation qui sont concernés. Ne

³⁷ Y compris parfois, à Bruxelles comme en Flandre, « sous le manteau » afin de répondre à des urgences socio-sanitaires fréquemment rencontrées.

³⁸ Cf. les recommandations des « Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues, Fédération Wallonie-Bruxelles (Reurotox, 2011-2012)

³⁹ Reconnu comme tel par les études « evidence based ».

⁴⁰ C'est pourquoi la RdR est parfois si mal accueillie par certains services. On le voit, il existe des jeux stratégiques d'inclusion et d'exclusion. Toute la difficulté réside en effet, entre services RdR (spécialisés et non spécialisés) bruxellois de « *se garantir des espaces d'intervention mais sans pouvoir exclure a priori, les risques et les possibilités de chevauchement de domaines* » (JL Genard, 2003)

⁴¹ Et donc d'abord centré sur le soin et sur l'objectif de faire obstacle aux épidémies par la distribution et l'échange de seringues, la prescription.

⁴² PHARO, Patrick (2011) *Philosophie pratique de l'usage des drogues*, Editions du Cerf, Passages, Paris.

viser que les publics les plus vulnérables est une manière de « faire de la santé publique ⁴³ » aussi pour se positionner sur la scène publique. Une autre manière de se distinguer est de se focaliser sur des « publics-cibles ». S'il existe des populations extrêmement vulnérables, les acteurs de RdR se voient ou sont vus comme super spécialisés à certains publics, à tel point d'effrayer d'autres « types » d'utilisateurs qui ne peuvent plus se reconnaître dans la fréquentation de services gérant ainsi les plus vulnérables.

Les intervenants, sont un acteur incontournable, ils représentent le levier de la RdR. Mais à ce jour, faute de clarté des définitions idéologique et pratique, il s'agit plus d'une « nébuleuse » où toutes les conceptions se confondent en actions plus ou moins intégrées.

Identifier les acteurs reste donc une tâche délicate dans un contexte de crise, d'austérité et de sous financement chronique des secteurs socio sanitaires. Nous pouvons tout au plus identifier des acteurs directement ou indirectement RdR, ou, des plus spécialisés aux moins spécialisés, par cercles concentriques. Un autre critère pourrait aussi résider dans le fait de s'y reconnaître, d'y reconnaître certaines propres pratiques individuelles (en tant que professionnel) ou de service, et pourquoi pas, de défendre la RdR et ses pratiques en tant qu'orientation politique nouvelle.

N'oublions pas non plus qu'au-delà des **3 grands acteurs directement concernés** par des dispositifs publics de RdR : usagers, intervenants et politiques, de **nombreux autres acteurs** sont directement concernés par la RdR : l'entourage familial, le réseau social de l'individu, les jobistes, les bénévoles, des acteurs privés (détenteurs de lieux, pharmaciens, ...), d'autres acteurs publics (détenteurs de lieux, de données, d'autorisations, d'autres compétences ...), des fonctionnaires (police, professeurs, administrations, ...), ...

Il revient donc sans doute, à l'ensemble de tous ces acteurs, des plus actifs aux plus périphériques de former un consensus et une volonté commune de consolider les dispositifs existants⁴⁴ et de développer un entre-deux moins « schizophrène » entre extrême urgences et usages et seule action sociale ou simple prévention/moralisation.

3. QUELS BESOINS ?

De quoi parle-t-on lorsque l'on évoque les besoins ? De demande, de besoins, d'adéquation entre les deux ? Et l'offre ?

Comme le stipulait un des atlas de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale en 2007⁴⁵ : « *Les notions de « besoin », « demande » et « offre » sont en relation les unes avec les autres.* ». Le schéma (annexe 4) est à ce titre éclairant pour les services ambulatoires, quant aux liens et rapports de ces notions entre elles.

Les besoins aux yeux des usagers, des intervenants et des politiques ne se rencontrent pas forcément. C'est pourquoi la place des professionnels est une position clé pour tenter de joindre les attentes.

Citons, pèle mèle quelques besoins saillants émanant des voix des trois acteurs :

⁴³ Au sens de : FASSIN, Didier (2008) *Faire de la Santé Publique*, EHESP Editions de l'école des hautes études en santé publique, Paris, 2^{ème} édition révisée.

⁴⁴ En optant pour une vision plus large et intégrative de la RdR. L'option sanitaire étant au final sélective (puisque centrée sur des usagers en situation d'extrême vulnérabilité) et réduite (puisque bien d'autres usagers et situations sont directement concernées par la RdR).

⁴⁵ Dans l'Atlas : *Vivre chez soi après 65 ans*, Cocom, Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-capitale.

Besoins pour les usagers : *besoin d'aide sociale* (accompagnement, suivi individualisé, psychologique, bonne relation, ...) forment une première grande catégorie ; *besoin d'accès à des lieux* –créer des SCMR-, *du matériel, des traitements* pour les injecteurs ; besoin en *logement* (en termes d'accès, un hébergement temporaire qui soit possible ...) ; besoin de *petits soins primaires*, améliorer leur connaissance des langues et des droits, accès à l'information, accès à l'accompagnement et accompagnement effectif le plus fréquemment possible), , des produits de substitution, du matériel, etc.

Besoins pour les professionnels et les services : *besoin de spécialiser des actions spécifiques dans des milieux spécifiques pour des publics spécifiques*, besoin d'accès à des conditions de vie décentes pour les usagers, besoin de *développer l'offre résidentielle*, besoin de *veiller à la continuité des parcours*, de disposer de davantage d'outils, de temps, de personnel, de formations, besoin de *liberté dans les actions de terrain par rapport aux missions*, besoin de *lier la théorie à la pratique*, (...), etc.

Nous avons observé quelques grandes tendances : une nécessaire professionnalisation avec des opinions contrastées (professionnels partagés entre le pour et le contre une spécialisation des professionnels et des services, ...), des modifications/augmentations d'attentes de compétences (polyglottisme, « sens humain » de création de contact, de lien social, de confiance, réponses pertinentes aux demandes d'information, ...), une demande récurrente pour des centres d'hébergement, de crise, et un grand manque de logements, toutes communes confondues.

Enfin, les professionnels ont abordé le manque de coopération entre divers piliers de politiques drogues (divergences d'opinions sur besoins de coopérations entre, par exemple, services SAMT, SM, ...) et le fait nécessaire de prendre le temps, afin de conserver la confiance. Mais aussi, le besoin de sensibilisation et de formation à la RdR et de financement. En somme, de tenter de sortir de cette fragilisation croissante (délais et octrois de subventions raccourcis, retard de paiements ...) mettant à mal, de plus en plus souvent les dispositifs en place (emplois, prêts, dettes, ...). Sortir de la précarisation croissante des services où penser à la pérennisation devient obsession.

Besoins pour le secteur public, politique, institutionnel : Il faudrait résoudre les blocages administratifs à la réinsertion ou à l'acquisition de droits fondamentaux (AMU, ...) et harmoniser les règles d'octroi des droits fondamentaux. Mais aussi, permettre aux administrations :

- des possibilités plus larges de financements
- des possibilités d'ouvrir un cadre légal
- que ce qui existe comme espace de concertation/coordination puisse fonctionner/soit réellement investi par le personnel des administrations/de la fonction publique

Certains des besoins exprimés sont couverts : il y a convergences avec des groupes d'actions qui sont déjà réalisées. Mais leur expression récurrente en tant que besoin traduit un manque d'offre.

Si de nombreux besoins existent en matière de réduction des risques liés à la consommation de substances psychoactives (des besoins liés aux risques de surdose, pour la santé mentale, problèmes judiciaires, de consommation d'un autre produit, d'addictions, de dépendance, ...) l'offre est, aux yeux des usagers et des intervenants, insuffisante.

En outre, la demande n'a pas tendance à être facilement exprimée. En effet, à l'opposé d'autres services ambulatoires (services d'aide à domicile, d'aide et de soins aux personnes âgées, d'aide aux justiciables, de soins palliatifs...) où la demande s'exprime aisément, le phénomène de consommation de drogues appelle peu l'expression de la demande⁴⁶. Il faut le souligner, ceci est un aspect spécifique et sur lequel il faut rester vigilant.

⁴⁶ En effet, le consommateur ne désire pas être informé/conscientisé, il est stigmatisé, il a honte, n'a pas conscience de son besoin d'information, préfère rester dans le plaisir, préfère rester dans le déni, etc. C'est d'ailleurs l'une des raisons qui a fait de l'*outreach* l'une des pratiques emblématique et historique de la RdR. Elle va à la rencontre des usagers, dans leurs propres lieux de vie.

Comment dès lors mesurer l'adéquation ou les convergences entre offre, demande et besoins ? Nous ne pouvons mesurer cette adéquation sur seule base d'éléments qualitatifs. De même, et y compris si des données existaient⁴⁷.

Nous avons donc synthétisé dans les grandes lignes, des besoins exprimés par divers types d'acteurs. Ceux-ci sont une expression fidèle de leurs discours. Ces propos recroisent des enquêtes précédentes et d'autres secteurs. Comme si ces tendances se confirmaient, de toutes parts, de tous côtés et à toute vitesse. Nous pouvons nous référer dès lors, pour les besoins aux *Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles*⁴⁸.

Nous pouvons conclure ce point par une équation, reflétant les divers discours récoltés :

BESOINS > DEMANDE > OFFRE⁴⁹

Autrement dit, pour l'ensemble de la RdR, l'offre est insuffisante, la demande même si elle est faible (caractéristique à cette problématique⁵⁰) lui est supérieure alors que les besoins sont extrêmement importants qu'il s'agisse de substances illicites ou/et licites.

Enfin, retenons que la fréquence des actions de RdR n'est pas synonyme de besoin mais que nous avons observé que les besoins des usagers sont parfois quelque peu dissolus dans la logique de spécialisations des services. En d'autres termes, ce n'est pas parce que de nombreux services appliquent tous une action que celle-ci répond nécessairement à un besoin. D'autres facteurs peuvent jouer dans la structuration des offres de services (comme par exemple les règles d'agrément, les préférences des responsables politiques, des coupes budgétaires, ...). Par ailleurs, il est possible que des services soient pris dans des logiques de spécialisation et professionnalisation oubliant parfois alors l'utilisateur et ses besoins.

Par exemple : un héroïnomane ne pourra en principe pas trouver au sein d'un même service de la méthadone ET du matériel d'injection, un détenu qui sort de prison et aura envie d'obtenir un traitement de substitution se distanciera des services de bas seuil auxquels il ne s'identifie pas, une cocaïnomanie qui sort dans des soirées « *mainstream* » ou dans des bars n'aura pas accès à de l'information/du matériel, ...

D'autres exemples de logiques de spécialisation pouvant faire de l'ombre aux besoins des usagers : la réorientation de l'utilisateur d'un service à un autre, un service spécialisé qui entre « en concurrence » avec un service généraliste et qui bloquera l'ouverture d'un nouveau dispositif, le « surdéveloppement » de services ambulatoires quand les usagers ont besoins d'accueil dans des structures résidentielles (avec des approches variées qui ne posent pas l'abstinence comme condition absolue d'entrée par exemple), ...

Bref, la spécialisation des services vers « des publics cibles » (les personnes dépendantes aux opiacés, les personnes sans toit, les fêtards, les jeunes, ...) va exclure, de fait, les populations qui n'entrent pas dans les critères d'octroi d'aide ou de soin. Les besoins des usagers sont souvent des multiples, sont dissolus dans les logiques de services où un service ne s'adressera qu'à tel public, tel "problème", telle drogue, ...

⁴⁷ Qu'il s'agisse d'ADDIBRU, non disponible depuis le début de notre mission ou des données quantitatives propres à notre diagnostic général et récoltées par M. Hogge d'EUROTOX qui contribuent à élaborer un diagnostic quantitatif permettant la formulation ultérieure du Plan. Cela aurait supposé en outre, l'apport d'autres éclairages. Il faut en effet disposer d'un cadastre spécifiquement RdR, de données de fréquentation des services, d'enquêtes au sein de la population générale consommatrice (de tous types d'usages) à Bruxelles, sur les 5 milieux de vie, et de données qualitatives et quantitatives pour mieux connaître la situation socio sanitaire des bruxellois par rapport aux modes de consommation, types de produits, types d'usages de drogues, pour chacun des milieux de vie concernés à Bruxelles. Au vu des budgets alloués et du temps de travail consacré, il n'eut pas été honnête de prétendre à une telle mesure.

⁴⁸ CARAËL, Eléonore (2012) Rapport final Eurotox, *Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles*.

⁴⁹ Voir également Annexe 4.

⁵⁰ Lorsqu'il s'agit du phénomène de « drogues » licites ou illicites, ou de dépendance à toute substance, il faut avant tout dépasser : répression et criminalisation, tabous, dénis, entre autres difficultés avant de faire une demande à un service.

4. QUELQUES PISTES POUR RENFORCER LA COHÉRENCE⁵¹ ?

Comment éviter les contradictions au sein d'un espace empreint de collisions ?

LA BASE : UNE DÉFINITION COMMUNE ET EXPLIQUÉE

Pointons quatre problèmes de cohérence relevés lors de notre mission. Par rapport à la Charte de RdR pouvant être considérée comme une base référentielle à l'action et aux conceptions de RdR, nous avons observé plusieurs éléments :

1. Plusieurs définitions bruxelloises circulent et sont trop souvent réécrites et modifiées.

Malgré un travail commun de définition et la publication d'un abécédaire⁵² par la FEDITO, dans lequel figure une définition commune de la RdR, nous constatons que d'autres définitions coexistent. Des définitions plus anciennes, avec la Charte de Réduction des Risques, ses principes d'interventions et ses valeurs (la Charte reste un support détaillé de la RdR telle que vue en Belgique). Mais, des définitions plus récentes, avec la Plate-Forme de Réduction des Risques et une définition, qui est certes demeure très proche de la définition commune mais qui est à nouveau reformulée⁵³. Ainsi, plusieurs définitions, toujours reformulées et différentes les unes des autres, circulent sur internet, sur les sites web et mènent à une confusion dans un contexte de méconnaissance⁵⁴.

2. Distance entre principes d'interventions contenus dans la Charte et groupes d'actions

Lorsque nous avons comparé les groupes d'actions hiérarchisées émergeant des entretiens et des questionnaires, nous avons constaté une distance relativement importante entre principes d'intervention contenus dans la Charte et groupes d'actions considérées comme appartenant au champ de la RdR et fréquemment menées.

Il serait intéressant d'interroger cette distance entre principes d'actions et actions.

3. Distance entre valeurs contenues dans la Charte et conceptions

Nous avons abordé brièvement quelques malentendus de la RdR. Les intervenants définissent la RdR *in abstracto* ou par des actions. La majorité des professionnels et des services se dit favorable ou très favorable à la RdR. L'ensemble des définitions reprend l'essentiel des caractéristiques des pratiques de RdR ou des principes mais des divergences sont clairement observables entre valeurs et conceptions. Aussi, il semble que la RdR soit dans la plupart des services (non spécialisés, mais aussi spécialisés) affaire de conceptions qui se polarisent entre elles et parfois de pratiques institutionnelles et personnelles singulières.

⁵¹ « Harmonie, rapport logique, absence de contradiction dans l'enchaînement des parties de ce tout » in (<http://www.cnrtl.fr/définition/cohérence>)

⁵² *L'abécédaire des secteurs. Vers une terminologie commune pour les secteurs assuétudés* : (http://www.feditobxl.be/files/documents/2012/doc_33.pdf?CFID=616409&CFTOKEN=2bd039a0655326c-259C1ACC-EB6A-93CB-0C3186355561C7EE&jsessionid=8430219f374b999db54e792961757d694174)

⁵³ (<http://reductiondesrisques.be/quoi/>)

⁵⁴ Voire de méfiance.

4. La cohérence en plusieurs cadres : choix de critères RdR régionaux entrant dans le cadre EU

Enfin, et pour anticiper les futures mais rapides évolutions des services socio-sanitaires aujourd'hui, il faudra certainement, à l'avenir, trouver la cohérence entre plusieurs cadres : du cadre européen au cadre communal, du cadre sectoriel au cadre régional(isé).

UNE COORDINATION MODÉRÉE : CHOISIR DES COORDINATIONS SANS S'Y PERDRE ?

Il est possible qu'au-delà des prescriptions à la coordination, se trouvent de réelles possibilités de former des dispositifs intégrés et cohérents. Relevons quelques éléments d'analyse pour mieux s'y retrouver.

À travers l'examen **des modes de coordination** : nous avons testé (par entretiens et questionnaires) et tenté d'observer, de comprendre voire de tracer les manières dont les individus, professionnels, ou services intervenants créent des canaux d'informations entre eux et/ou avec d'autres acteurs. Les manières dont ils interagissent ou communiquent en interne et en externe, des informations pour la mise en place d'interventions/pratiques/actions identifiées RdR.

D'emblée, nous devons distinguer, pour faciliter l'analyse, deux grands types de coordinations :

- **coordinations internes** : il s'agit de la communication et des trajets de l'information qui concernent l'ensemble des niveaux d'intervention, autrement dit, tous les professionnels, **d'un service/ un intervenant/une structure** de RdR. (Ex : par équipe, par projet, pour toute la structure, de type organisationnelle, événementielle, ...)

- **coordinations externes** : il s'agit de la communication **avec d'autres services-intervenants** qu'ils soient **RdR et/ou non RdR**, et qui permettent d'augmenter l'efficacité/le champ des actions RdR. (Ex: de secteur, de plate-forme, avec fédération, avec un réseau, pour un projet, de type d'actions –bas seuil, 1ere ligne, ...)

POUR LA COORDINATION INTERNE, DE QUELLES COORDINATIONS PARLE-T-ON ?

Qui participe à ce travail ? De nombreux acteurs peuvent être présents :

1. en équipes selon l'organisation du service (autour de l'utilisateur, sur l'organisation, ...)
2. entre professionnels de même formation –coordinateurs, médecins, infirmier(e)s, éducateurs de rue, assistants sociaux, ...
3. entre responsables de projets
4. entre direction et un ou plusieurs membres du personnel
5. entre direction et tous les professionnels
6. entre usagers et professionnels

La **coordination interne** qui peut porter :

→ **sur l'utilisateur et sa situation** : elle est indispensable pour des services spécialisés, qui accueillent des usagers « en crise » ou en situations d'urgence. Les professionnels se relaient alors et font des réunions « de passation d'informations » retraçant par exemple, l'arrivée, les faits depuis l'arrivée, où en est la situation, ce qui a été prévu.

Ce type de réunion est extrêmement dense tant au niveau du contenu que des effets sur le travail. Nous avons pu constater des situations d'accords et de désaccords entre professionnels. Il arrive souvent que les désaccords portent sur le diagnostic médical ou social porté sur l'utilisateur ou sur les décisions prises suite à ces diagnostics.

- ➔ **sur l'orientation de l'utilisateur** : si et seulement si les professionnels se concertent quant à l'orientation donnée à un usager, des accords et des désaccords peuvent apparaître entre professionnels d'un même service.
- ➔ **sur l'organisation de l'équipe/de la gestion d'un projet/du service/de la structure** : dans ce cas, il s'agira de discuter des modes de fonctionnements, de relater des faits qui expliquent cette mise en question et de revoir certaines procédures
- ➔ **sur le service, son administration et sa gestion** : conseil d'administration, assemblée générale, ...

Il faut donc distinguer d'abord au sein de l'ensemble de ces réunions d'équipe :

- **les réunions qui traitent principalement d'information sur les usagers**
- **les réunions d'équipe où il s'agit d'informations autour du travail de chacun dans la structure**

Il ne s'agit en effet pas de la même démarche ni de la même préparation.

Il faut **distinguer ensuite au sein d'un service, la coordination** :

- autour de l'organisation du service en interne (personnel, informations internes, ...) ;
- du fonctionnement effectif et quotidien du service auprès des usagers (usagers, rapport à eux, missions, ...) ;
- autour du développement (moyens pour davantage faire connaître son action, trouver de nouveaux membres et supports financiers, politiques, ...).

Selon nos entretiens, il semble que la coordination, pour les structures de première ligne, en contact direct avec des usagers, et réalisant un travail quotidien auprès des usagers très/les plus vulnérables, implique une fréquence plus élevée de coordination pour le suivi quotidien/hebdomadaire des usagers. Davantage de temps et d'énergie y est consacré en raison du caractère obligatoire du transfert de communication urgente, à l'heure, d'informations sur la situation de chaque usager. Il sera donc plus ardu pour ces services/structures d'échanger en interne (équipe ou avec la direction) des questions réflexives, d'évaluation de soi en tant que professionnel, d'évaluation de projet, de travail d'équipe, du sens de la pratique, du cadre pratique etc. Or, le cadre de travail est souvent plus difficile pour ces services où les professionnels apprécient la moindre « bouffée d'oxygène » (réunion réflexive, formation, possibilité de participer à un colloque, échanges de pratiques ...). Ces possibilités peuvent d'ailleurs créer de solides tensions internes. Un partage équitable de ce type d'activité semble participer au bien-être des professionnels « sous tension ». C'est pourquoi des roulements des personnes désignées existent afin que chacun puisse se rendre dans telle réunion, tel espace de coordination, telle formation, tel colloque ou séminaire, etc.

UNE COORDINATION INTERNE POUR UNE COORDINATION EXTERNE COHÉRENTE ?

Par rapport à la coordination externe, suite à nos entretiens et nos questionnaires, il y a de très grandes variations d'un service/d'une structure à l'autre. Ces variations sont visibles :

1. par l'intensité des coordinations (leur nombre) ;
2. par l'identité des types de services mentionnés (secteur, position géographique, agrément, mission principale ...).

Par rapport aux coordinations externes de manière générale, nous soulignons un **remarquable ancrage social des services RdR** en Région bruxelloise.

Nous observons également, par rapport à l'identité des types d'autres structures/intervenants cités : une **hypertrophie du secteur ambulatoire** le plus souvent au sein du réseau spécialisé.

Il nous faut aussi signaler une très forte présence d'autres acteurs centraux du champ socio-sanitaire bruxellois: des **CPAS**, des **hôpitaux** (ou réseaux, services associés), des **services de préventions communaux bruxellois**, des **services résidentiels** non bruxellois, **des services de prévention généraux** ...

Il s'agit d'indéniables passerelles entre les champs du soin et du social.

EN TERMES DE NATURE DES COORDINATIONS EXTERNES, DE QUELLES COORDINATIONS PARLE-T-ON ?

-autour de/avec l'utilisateur : afin de l'orienter, réorienter « automatiquement » ou suite à un diagnostic de sa situation vers des services/institutions extérieurs ; **ou afin de l'accompagner** dans ses démarches de santé, sociales, etc. vers des services/institutions extérieurs ;

-autour de l'action en réseau : travail de concertation autour d'une action commune, d'échange de pratiques, de travail de définition, de suivi d'un projet commun, d'administration d'une asbl/service de RdR, ... ;

-autour du développement de nouveaux réseaux, projets : actions et dispositifs repensés pour être mis en commun/modifiés, actions concertées pour défense/visibilisation/efficacité des acteurs, ... ;

-autour de la défense de son existence/d'autres : la précarité structurelle des acteurs de RdR, tous secteurs confondus, crée un champ d'action où il s'agit de solliciter l'extérieur pour répondre à des appels d'offre, défendre son service, se faire connaître politiquement à tous niveaux de pouvoir pour éviter la disparition, ... ;

-autour de l'organisation d'événements et de formations : Organiser des événements comme des colloques, c'est aussi une manière de faire de la coordination entre acteurs et notamment autour de thématiques proches de la RdR. Il en va de même pour les formations qui rassemblent souvent des professionnels intéressés et concernés par la RdR.

Nous nous situons donc ici dans l'analyse des formes de coordinations horizontales, entre services intervenants. Il est essentiel de savoir pour quel type de coordination l'on opte en ces temps de dissolution de l'action par l'accélération des temporalités professionnelle et de l'utilisateur. Cela constitue un renforcement de la cohérence.

NOUS POUVONS TRÈS BRIÈVEMENT RETIRER QUELQUES CONSTATS DES ENTRETIENS ET DES OBSERVATIONS

Aborder les modes de coordinations externes implique de mettre en lumière quelques tendances entre intervenants spécialisés et non spécialisés de RdR. Plusieurs réseaux formels ou informels émergent entre groupes.

Nous avons observé :

- des mécanismes de sélections des services entre eux ;
- des mécanismes de sélection des usagers (par un ou plusieurs services).

A travers l'observation de ces quelques tendances, de leurs moyens de communication, de (non) collaborations, nous entrons dans des dynamiques de services, intersectorielles, qui nous mènent progressivement aux enjeux socio-sanitaires régionaux : des services saturés, qui se renvoient des usagers, qui réalisent un suivi sans prise en charge⁵⁵.

⁵⁵ CASTEL, Robert (1993) « De la dangerosité au risque » in *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Vol. 47, n°47-48, pp. 119-127.

Renforcer la cohérence pourrait notamment passer par un examen de la coordination effectuée par professionnel et par service et ainsi s'interroger sur :

- **les moyens de la communication** (oralité/téléphone, informations gardées individuellement par les professionnels etc. *versus* écrit/informatisation, PV, informations partagées par des collectifs divers de professionnels etc.) ;
- **l'objet de la coordination** : que veut formaliser (ou informaliser) le service intervenant, le professionnel ?
- **les chemins de la coordination** : quelle organisation interne et externe, vers quelles missions propres et avec quels autres services et secteurs ?

Nous avons observé en effet que les coordinations informelles sont les plus installées, les plus habituelles, fortes et solides que les coordinations formelles et institutionnelles. Les habitudes des professionnels d'appeler les autres professionnels qu'ils connaissent a souvent été évoqué comme pratique et est vu comme une bonne pratique. Ceci est sans doute profondément lié au fait que la RdR ne soit pas encore reconnue.

5. QUELQUES PISTES POUR HIÉRARCHISER LES ACTIONS ?

1. LA LISTE DES ACTIONS PROPOSÉES PAR LES PROFESSIONNELS CONSTITUE UNE PREMIÈRE HIÉRARCHISATION.

Hiérarchisation en termes de :

- conceptions (ce qui se rapproche le plus de la RdR)
- de fréquence (ce qui se fait le plus en matière de RdR à Bruxelles).

Retenons donc que : puisque l'importance des types d'actions fut déclarée comme consigne de classement aux professionnels⁵⁶, nous devons donc voir ces sept **groupes** comme **déjà hiérarchisés**. C'est-à-dire que le premier groupe est le plus fréquent et le plus important.

Si l'on opte pour une définition commune, un processus collectif de spécification des actions pour chaque espace d'intervention pourrait avoir lieu en fonction des spécificités bruxelloises.

Dans le cadre d'une planification, deux voire trois groupe d'actions pourraient être retenu et ensuite déclinés/spécifiés en modalités spécifiques, appliquées et applicables au terrain.

2. CHOISIR DE FÉDÉRER ?

Nous pouvons, afin de fédérer les acteurs, imaginer développer tous les signes de coopérations relevés au cours de cette enquête⁵⁷ :

Autour de l'information sur l'utilisateur, de sa situation

Autour du parcours de l'utilisateur, de l'amélioration de sa situation, de sa remise en ordre administrative/ « sanitaire »

Autour de sa (ré)orientation et prise de contacts

Autour de l'urgence de la situation pour l'utilisateur/le professionnel

Autour de contacts informels, rapports familiaux et intersubjectifs de professionnels qui se connaissent et se reconnaissent (entre services, autres)

Autour d'actions ponctuelles/événements

Autour d'un secteur, d'un réseau, ...

Autour de partenariats formalisés

Autour de petits projets thématiques, régionaux, nationaux, européens, internationaux ...

Autour de mise en place/participations à des formations

Autour de la constitution de bases de données, recueil de données

Autour des actions de lobbying auprès du politique

⁵⁶ Nous proposons aux professionnels de citer et de classer 3 actions de RdR.

⁵⁷ Via les questionnaires distribués.

3. HIÉRARCHISER

Nous pourrions soumettre nos premiers résultats et demander aux professionnels si :

- cette hiérarchie de groupes d'actions convient par milieu de vie/espace d'intervention ?
- l'hypothèse d'une combinaison obligatoire (un échange matériel + un échange humain) vue comme « idéale » leur convient, ou quelles combinaisons sont les plus propices à leurs/ces espaces d'interventions/milieus de vie ?

Nous avons aussi observé une hiérarchisation de la part des professionnels et des services qui s'explique notamment par **les stratégies des intervenants afin de se super spécialiser.**

Or, il semble que la cohérence passerait davantage par une combinaison et un maintien simultanés :

- **de ce mouvement de spécialisation ;**
- **de services globaux offerts aux usagers.**

Aussi et sans doute faudrait-il promouvoir une professionnalisation qui aille en ce sens avec des professionnels dont les spécialisés ET la polyvalence permettrait de réaliser une RdR au sens large.

Exemple : connaissance du travail social général, de la prévention, des soins existant, de la RdR spécifique à des services et des techniques pratiques via des manuels, ...

- Bref, de **combiner spécialisation et approche générale, RdR sens large**

→ Moyen d'augmenter **le degré d'exposition de la population générale à la RdR⁵⁸.**

→ Permet une déconstruction des préjugés et fausses vérités **de la population consommatrice de produits psychoactifs**

→ Favorise l'intériorisation des conseils et la pratique de la RdR pour les usagers.

Cette approche, ou ce choix d'approche, permettrait d'éviter la tendance à se concentrer sur des espaces d'intervention spécifiques pour toucher les personnes les plus vulnérables sauf que l'on risque, du même coup, de manquer la population globale.

- Il faudrait alors développer des formations à la carte et adaptées à des travailleurs autres que secteurs prévention et RdR.
- Et sensibiliser autant qu'informer les élus sur les problématiques rencontrées sur le terrain.

➔ **Reste aux professionnels et intervenants eux-mêmes, lors des concertations, au-delà des premières hiérarchisations d'objectifs, d'actions, de spécifier ces ensembles.**

En bref, le principal clivage, se transformant en enjeu, **réside dans l'évolution la RdR vers :**

- un sens restreint menant à une RdR sanitaire,
- un sens large menant à une RdR plus sociale ou socio-sanitaire (en allant plus vers l'outreach par exemple).

⁵⁸ Et non uniquement certains groupes à produits ou à usages.

Sont en jeu les conceptions de l'utilisateur et de son droit d'accès, ainsi que les conceptions des actions de RdR (voir annexe 3), il s'agit de trouver une place pour la RdR qui conviennent à tous.

Ce mouvement dépendra :

- des usagers et leur capacité à faire entendre leurs besoins ;
- des professionnels et de leurs pratiques ;
- des responsables politiques compétents qui, peut-être, créeront un cadre légal aux actions de RdR en Région bruxelloise qui au-delà d'un mieux-être pour les usagers, puisse répondre aux exigences européennes⁵⁹.

⁵⁹ Conseil de l'Union européenne, Stratégie antidrogue de l'UE (2013-2020), 11 décembre 2012, Réf : 17547/12.

ANNEXE N°1 : METHODOLOGIE

La méthodologie utilisée a été pensée en fonction des objectifs et des besoins opérationnels du projet. Nous nous sommes positionnés au plus près des acteurs et de leurs pratiques professionnelles, dans une visée compréhensive de la RdR à Bruxelles.

Qui avons-nous rencontrés ?

Sur une vingtaine qui avaient été répertoriés comme acteurs de prévention et/ou de RdR à Bruxelles dans le cadastre Eurotox⁶⁰, nous avons distribué des questionnaires et interviewé 14 services non exclusivement RdR. Au sein de ceux-ci, 36 professionnels ont été interviewés et 37 ont rempli un questionnaire⁶¹.

Quels critères de sélection ont été retenus pour sélectionner des services/intervenants bruxellois ?

- diversité de la taille des structures : petites, moyennes et grandes structures
- diversité des approches utilisées : combinées diversifiées et/ou RdR strictes
- diversité des pouvoirs organisateurs subsidiaires
- diversité des types d'activités principales
- distribution géographique sur l'agglomération
- utilisation d'outils RdR⁶²

Qu'avons-nous fait concrètement ?

Plusieurs étapes se recouvrent et s'enchaînent dans cette enquête du diagnostic qualitatif⁶³:

- **ÉTAPE EXPLORATOIRE** : 11 entretiens (avec chaque type d'acteur) et revue de la littérature
- **PRÉPARATION ET CONSTRUCTION DU DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE (COMITÉ SCIENTIFIQUE 1⁶⁴)**

Rédaction de la note, proposition d'un dispositif méthodologique.

Conception des guides d'entretien, du guide d'observation, des questionnaires, du premier schéma d'analyse.

- **ÉTAPE DE L'ENQUÊTE DE TERRAIN AVEC RECUEIL DE MATÉRIEL EMPIRIQUE *via*⁶⁵** :
 - des entretiens réalisés dans 14 services différents⁶⁶ (avec plus de 36 professionnels),

⁶⁰ Eurotox (2008) Elaboration d'un cadastre des actions de prévention des assuétudes et de réduction des risques liés à l'usage de drogues subsidiées par les pouvoirs publics en Communauté française.

⁶¹ S'il arrive parfois qu'il n'y ait qu'un seul répondant par intervenant, c'est parce qu'au moins deux structures rencontrées ne comprennent pas plus d'un seul employé.

⁶² Plusieurs outils existants, retenus avaient identifiés *a priori* pour sélectionner les services. Cette liste provient de Modus Vivendi qui identifie comme outils : la prévention par les pairs (BdN, labels, etc.), les outils d'accès à l'information (brochures, alertes précoces, etc.), le matériel (kits, CES, préservatifs, etc.), les traitements de substitution, l'*outreach* et la prévention de proximité, les formations etc.

⁶³ Ces étapes ont été réalisées sur une période de 14 mois à 3/4 ETP.

⁶⁴ Pour chaque comité nous avons produit une note qui fut envoyée à tous les membres.

⁶⁵ Le recueil est présenté ici dans un ordre plus ou moins chronologique.

- des questionnaires systématiquement soumis à ces intervenants lors de ces entretiens qui portent sur 2 des 4 dimensions retenues afin d'analyse des dispositifs de RdR bruxellois (voir *infra*),
- des questionnaires soumis à des acteurs qui n'ont pas pu être rencontrés (CPAS),
- des focus groupes avec des usagers (1 par milieu de vie sauf pour le milieu sportif, soit 4 focus groupes)
- des séquences d'observation via l'observation directe (observation d'activités, de situations et d'interactions professionnelles, dans plusieurs services et plusieurs types de réunions, ...)
- l'examen de documents divers (rapports d'activités, PV de réunions, brochures, rapports d'analyse etc.)
- une autre enquête de terrain en milieu carcéral (composée d'entretiens avec des directeurs, des professionnels -2 groupes-, et des ex-usagers détenus -3 groupes)

- **ÉTAPE DE L'ANALYSE ET DE LA RÉDACTION** : classements des informations contenues dans les questionnaires, découpage et analyse des entretiens, analyse de contenu/thématique ainsi qu'une d'analyse transversale

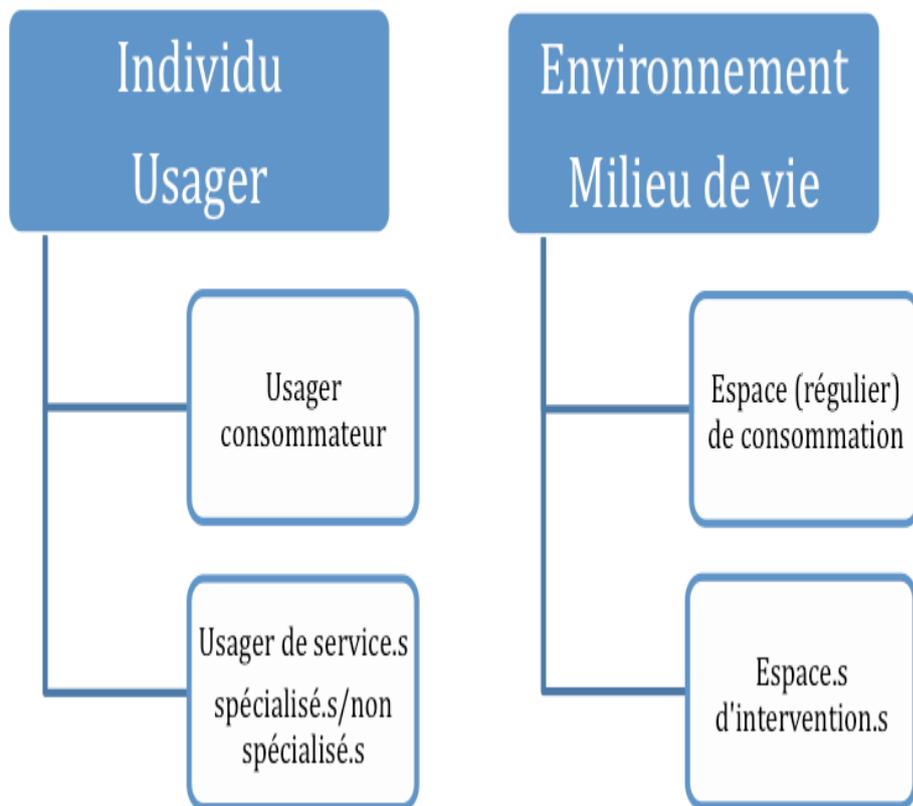
Par ailleurs, nous avons rendu un rapport d'activités intermédiaire à la COCOF et avons collaboré aux activités internes à Modus Vivendi. Nous avons réalisé une présentation au troisième Colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes à Genève - T15 : « *Manières de dire et manières de faire de la RdR en contexte régional bruxellois* ».

Ce travail fut complété plus tard par une seconde distribution de questionnaires à des acteurs directs/indirects de RdR. Nous souhaitons en savoir davantage du côté des CPAS (très fréquemment cités comme interlocuteurs) et des services communaux de prévention, eux aussi, acteurs clés en certains lieux.

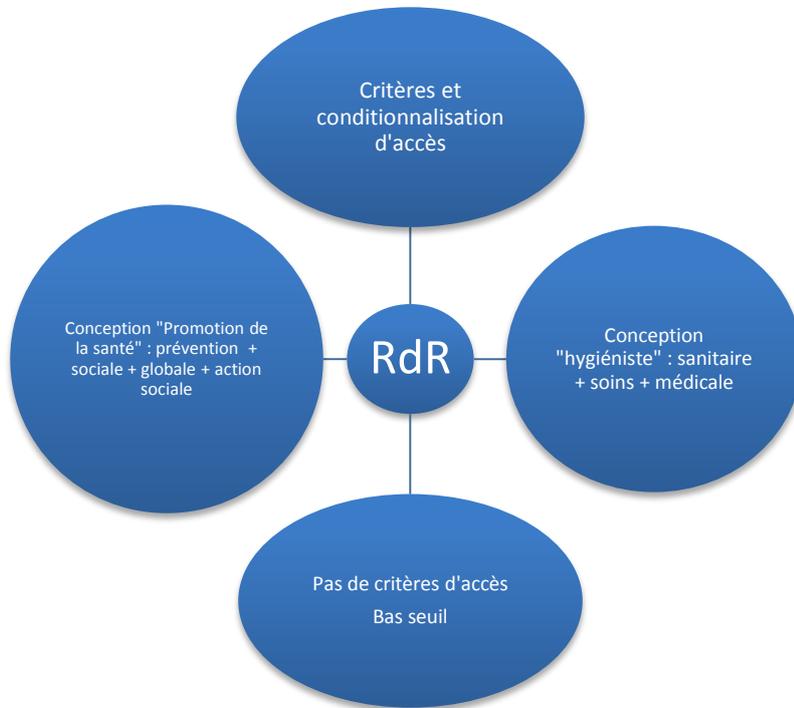
Il fut ensuite et par ailleurs, décidé de procéder à une troisième distribution de questionnaires à tous les SAMT (services d'aide en matière de toxicomanie) dont certains déjà rencontrés et d'autres non rencontrés. Cette étape s'est déroulée dans une phase déjà avancée de l'enquête. Si ces questionnaires ne sont pas toujours comparables, nous en restituons néanmoins quelques éléments.

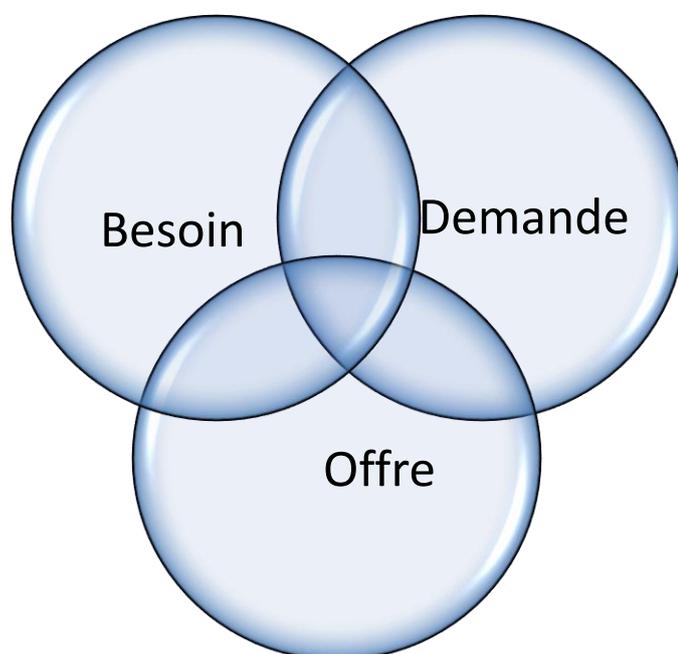
Une des dernières étapes du **diagnostic qualitatif** fut :

- l'écriture de la note et une présentation des premiers résultats pour le comité scientifique 2
- la validation d'un dispositif méthodologique construit en équipe pour la phase ultérieure de planification
- l'étape de synthèse des documents de travail réalisés durant tout le temps de l'enquête



ANNEXE 3 : LA PLACE MOUVANTE DE LA RDR SUR 2 AXES





Les zones qui se chevauchent correspondent à une situation déterminée :

Intersection supérieure (entre besoin et demande) : « *le besoin existe la demande est exprimée, aucune offre (aucun service) n'est disponible : **insatisfaction*** » ;

Intersection inférieure gauche (entre besoin et offre) : « *le besoin existe, l'offre (le service) est disponible, la demande n'est pas exprimée : **sous-utilisation*** » ;

Intersection inférieure droite (entre offre et demande) : « *la demande est exprimée, l'offre (le service) est disponible mais il n'y a pas de besoin réel : **gaspillage et inefficacité*** » ;

Intersection centrale (entre besoin, demande, offre) : « *le besoin existe, la demande est exprimée, l'offre (le service) est disponible : **situation idéale*** »

La notion de besoins est intimement liée à celles de la demande et de l'offre.

Tous les passages en italique proviennent de l'introduction dans l'Atlas *Vivre chez soi après 65 ans*, Cocom, Observatoire de la Santé et du Social de la Région Bruxelles-capitale, 2007.

ANNEXE 5 : MICRO BIBLIOGRAPHIE

BECK F., PERETTI-WATEL P. "L'héroïne entre répression et réduction des risques: comment sont perçues les politiques publiques?" in *Sociétés contemporaines*, 2001/1, no 41-42, p. 133-158.

CASTEL, Robert (1993) « De la dangerosité au risque » in *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, Vol. 47, n°47-48, pp. 119-127.

CANTELLI Fabrizio et GENARD Jean-Louis, (2007) *Action publique et subjectivité*, Paris, L.G.D.J, n°46, Collection : *Droit et société*. Maison des sciences de l'homme, Paris.

COPPEL A., DOUBRE O. (2012) *Drogue : sortir de l'impasse. Expérimenter des alternatives à la prohibition, la Découverte*, Paris.

COUTERON, Jean-Pierre (2012) « Société et addiction » in *le sociographe*, *Des Drogues aux addictions « Shooter » les représentations ?* n° 39, septembre 2012.

GENARD, Jean-Louis (2003) « Ressources et limites des réseaux », *Soins ambulatoires : qu'est-ce qui bouge ?* in *La Revue Nouvelle*, n°10, 10/10/2003.

PHARO, Patrick (2011) *Philosophie pratique de l'usage des drogues*, Editions du Cerf, Passages, Paris.

TREPOS, Jean-Yves (2003) *La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogue*, PUF Cahiers internationaux de sociologie, 2003/1 – n°14, pp. 93-108.

UCHTENHAGEN A., SCHAUB M. (2011) *Final Report, Study on the Development of an EU Framework for minimum quality standards and benchmarks in drug demand reduction (EQUS)*, 4/112/2011. http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/equs_main_report_en.pdf

Autres :

-Eurotox (2011) *Rapport d'activités 2011*.

-Eurotox (2008) *Elaboration d'un cadastre des actions de prévention des assuétudes et de réduction des risques liés à l'usage de drogues subsidiées par les pouvoirs publics en Communauté française*.

- EMCDDA Manual 7, *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals*, 2011, EMCDDA.

-EMCDDA (2010) *Monographs, Harm Reduction : evidence, impacts and challenges*.

- FBPSU asbl, BFPVS vzw, CLDB (2010) *Etat des lieux sur l'usager de drogues en Région de Bruxelles Capitale réalisé à partir des services communaux actifs en matière de drogues*, Réalisé par le groupe de travail Etat des lieux de la CLDB et du FBPSU asbl.

-INSERM (2010) *Synthèse Réduction des risques chez les usagers de drogues. Synthèse et recommandations*.

-INSERM (2010) *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, rapport complet*, les Editions de l'Inserm, ISBN 978-2-85598-877-2

- MODUS VIVENDI, Eurotox (2010) *Recherche-action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection en Région wallonne*, Novembre 2010.

- Observatoire de la Santé et du Social (2010) Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise.
- OFSP, Office fédéral de la santé publique (2010) Défi addictions, Fondements d'une approche durable de la politique des addictions en Suisse.
- Prospective Jeunesse, Drogues, Santé, Prévention, n°56, La RdR en manque de cadre. Entretien avec C. Van Huyck, directrice de Modus Vivendi, pp.35-39.
- Déclaration Collège COCF 2010
- Déclaration conjointe de la Conférence interministérielle Drogues, Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique : IMCDRUGS.2010.
- Plan d'action drogue de l'Union européenne (2009-2012) in le Journal officiel de l'Union européenne, 2008/C 326/09
- Conseil de l'Union européenne, Stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012), 22 novembre 2004, Réf : 15074/04
- Conseil de l'Union européenne, Stratégie antidrogue de l'UE (2013-2020), 11 décembre 2012, Réf : 17547/12