

**LES ACTEURS COMMUNAUX ACTIFS EN MATIERE DE
TOXICOMANIE :
UNE EXPERTISE PARTICULIERE A PARTAGER**

C.L.D.B.



Mercredi 6 mai 2009 CHÂTEAU DU KARREVELD

**Une organisation de la Coordination Locale Drogues
de Bruxelles en collaboration avec
la Plate-forme des Coordinations Locales Drogues,
avec le soutien du Forum Belge pour la Prévention
et la Sécurité Urbaine
et la participation de la Commune de
Molenbeek-Saint-Jean**

ASBL TRANSIT
96 rue Stephenson 1000 Bruxelles
Tél.: 02 /215 89 90 - Fax: 02/215 60 10
E-mail: cldb@skynet.be
www.transitnet.be

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
1 Accueil de Monsieur Philippe Moureaux	7
2 Allocution de Madame Muriel Goessens	10
3 Hépatitis C : Het Buddy Project	17
4 Projet RESU.....	26
5 Des actions préventives pour une fête responsable.....	41
6 Accord de collaboration entre la ville de Liège et le Procureur du Roi formalisant la méthodologie de transfert d'information dans un objectif de santé publique	47
7 De l'accompagnement social des usagers de produits psychotropes à partir d'un CPAS, une approche singulière et une action originale.....	58
8 Sortir de prison... et quitter ses dépendances ?.....	63
9 Séance de clôture	76
ANNEXES	82
Programme.....	82
Participants.....	84
REMERCIEMENTS.....	87

LES ACTEURS COMMUNAUX ACTIFS EN MATIERE DE TOXICOMANIE : UNE EXPERTISE PARTICULIERE A PARTAGER

INTRODUCTION

Depuis 15 ans, dans le cadre de ce qui est à présent appelé « *plans stratégiques de sécurité et de prévention* », des acteurs locaux se sont mobilisés pour développer des projets d'intervention concernant les problématiques liées à l'usage de drogues. En Région bruxelloise, la Coordination Locale Drogues Bruxelles (CLDB), impulsée en 2001 par le Centre Transit, est l'organe de fédération et de concertation de ces différents intervenants.

En partenariat avec la Plate-forme des Coordinations Locales Drogues du Pays (PCLD), la CLDB a proposé ce 6 mai 2009, dans la cadre des 15 ans du FBPSU dont la Présidence est actuellement assurée par la commune de Molenbeek-Saint-Jean, de donner un coup de projecteur sur certains des projets qui émanent de l'expertise des acteurs locaux.

Parmi l'ensemble des projets issus des Régions bruxelloises, flamandes et wallonnes, deux axes thématiques ont été retenus : Réduction des risques, Collaborations intersectorielles et réinsertions des usagers

Non exhaustif, le panel des projets qui a été présenté durant la journée du 6 mai, entendait constituer une vitrine du savoir-faire d'intervenants communaux qui, partant de leur expérience de terrain, ont élaboré des projets spécifiques axés sur la complémentarité des services et des dispositifs existants.

Tant de l'avis des intervenants que de celui des participants, la journée de rencontre du 6 mai fut couronnée de succès.

La vocation de la C.L.D.B. qui consiste à favoriser la collaboration entre les différents intervenants communaux et à exploiter à leur juste mesure leurs expertises respectives a permis, avec ce colloque, d'atteindre des résultats très concrets.

Une nouvelle fois, des outils et des projets ont été présentés dans un contexte d'échange. Ce sont ces échanges, ces points de vue et ces outils que ces actes résument aujourd'hui.

1 Accueil de Monsieur Philippe Moureaux

Bourgmestre de Molenbeek-Saint-Jean et Président du F.B.P.S.U.

**« Les acteurs communaux actifs en matière de toxicomanie :
une expertise particulière à partager. »**

La commune de Molenbeek a actuellement l'honneur d'exercer la Présidence du Forum Belge pour la Prévention et la Sécurité Urbaine qui rassemble 80 villes et communes belges désireuses de participer à une réflexion sur les politiques locales de prévention de la criminalité et de lutte contre le sentiment d'insécurité.

Des liens ont été noués avec le Forum Européen pour la Sécurité Urbaine qui, à son tour, met en œuvre des programmes thématiques de coopération entre les villes européennes.

En cette année anniversaire des 15 ans d'existence des plans stratégiques de sécurité et de prévention, le Forum belge, sous l'impulsion des fonctionnaires de prévention, a organisé en février de cette année un colloque intitulé « Regard des villes et des communes sur 15 ans de politique de prévention et de sécurité ».



Cette année est en quelque sorte l'année des bilans et nous avons ainsi l'occasion d'aborder aujourd'hui l'axe qui est relatif à l'usage de drogues et aux problématiques multiples qu'il peut engendrer.

Il y a 15 ans, quand il fut décidé de s'attaquer aux sentiments d'insécurité en développant notamment des projets appréhendant le phénomène d'usage de drogues ce ne fût pas sans remous.

Cela revenait en quelque sorte à assimiler, pour certains, les toxicomanes à des délinquants.
Un amalgame hâtif qui ne traduisait bien sûr absolument pas le souhait initial d'appréhension du phénomène d'insécurité.

Pour ces victimes, il était du devoir de la société, représentée par ses dirigeants locaux, de mettre en œuvre des aides à différents niveaux.

Sans vouloir remettre en question le bien fondé d'une politique de répression qui elle est conçue pour les véritables criminels que sont les trafiquants et dealers, il fallait aussi une politique de prévention.

Si nous voulions avoir une influence sur cette problématique, nous devons envisager une approche globale et intégrée

Comment faire en sorte pour que des usagers, qui étant exclus de la société du fait de leurs consommations, puissent de nouveau y avoir accès ?

Il fallait ouvrir de nouvelles portes avec bas seuil d'accès. Il fallait aller à la rencontre des usagers dans leurs milieux de vie pour les informer, les guider, les aider à reprendre confiance en eux et, de manière générale en une société bienveillante et non pas culpabilisante.

Travailler sans jugement, sans à priori pour ne plus stigmatiser mais pour revaloriser le potentiel d'individus en errance.

Le développement des contrats a ainsi amené le développement de différents projets dans différents domaines.

Si je ne devais n'en citer qu'un seul, ici à Bruxelles, ce serait le projet du centre d'accueil et d'hébergement Transit. Ce Centre a sans nul doute rapidement pu démontrer sa raison d'être. Au-delà de cette réponse de première ligne, certains projets pilotes y ont vu le jour dans le cadre des contrats et sont aujourd'hui devenus des projets de référence dotés d'une expertise certaine.

Ce n'est pas sans difficultés que nous avons essayé de convaincre de l'utilité d'un projet comme transit. Vous le savez tout comme moi, c'est chose faite aujourd'hui. Les collaborations multiples qu'entretiennent les acteurs locaux avec les intervenants d'autres secteurs en sont des preuves incontestables.

Mais d'autres difficultés, de différents ordres, se sont aussi parfois accumulées car il faut travailler en première ligne, travailler sur le front.

Il est dans la nature humaine de consommer des drogues. Ne pas en tenir compte ce serait nier cette nature humaine. Par conséquent, c'est accepter de lutter contre une problématique qui ne sera jamais éradiquée.

Aujourd'hui, le besoin de coordination dans cette matière semble indispensable tellement les programmes sont riches et multiples ; d'où la naissance de la Coordination Locale Drogues de Bruxelles qui œuvre dans cette optique depuis quelques années déjà.

La CLDB se veut aussi un réceptacle des problèmes vécus dans le secteur : turn over du personnel du secteur par pénibilité du travail bien sûr mais, aussi et surtout, par difficulté de statut, difficulté devant l'énorme problématique de la drogue qui nécessite une approche bien plus importante que celle qui consiste à s'attaquer aux nuisances que provoquent la consommation de stupéfiants.

Réduire les nuisances publiques liées à l'usage de drogues n'est finalement que ce que j'appellerai « la face émergée de l'iceberg ».

Celle qui s'offre au regard mais qui ne révèle pas l'ensemble des réalités.

Nous devons agir pour améliorer la qualité de vie des usagers et restaurer de la dignité humaine.

Ces objectifs, les intervenants communaux n'en ont pas le monopole. Bien sûr en améliorant le quotidien des usagers on peut imaginer et croire qu'ils réduisent le sentiment d'insécurité dû à la marginalité.

En 15 ans, les plans stratégiques de sécurité et de prévention ont connu des mutations et pas seulement des changements de noms.

Il faut le reconnaître, si à l'origine les projets qui en ont découlé ont parfois été élaborés de manière intuitive, aujourd'hui, ces tâtonnements ont fait place à un professionnalisme dûment reconnu.

Aujourd'hui, et dans le cadre de journées comme celle-ci, il nous appartient, il vous appartient de poursuivre cette mission qui consiste à promouvoir, défendre et faire connaître les programmes mis en place par les villes et communes belges.

Je souhaite beaucoup de succès aux rencontres et échanges qui auront lieu ce matin et cet après-midi. Bon travail. Je vous remercie de votre attention.

2 Allocution de Madame Muriel Goessens

Directrice de L'A.S.B.L. Transit et représentante de La C.L.D.B. et de la P.C.L.D.

Monsieur le Bourgmestre,
Monsieur le Président,
Chers membres,
Chers collègues,
Chers amis,

Permettez-moi de vous souhaiter la bienvenue à ce nouveau colloque organisé par la Coordination Locale Drogues Bruxelles, la CLDB.

Un colloque organisé dans le cadre des 15 ans du Forum Belge pour la Prévention et la Sécurité Urbaine dont Mr Philippe Moureaux, Bourgmestre de la Commune de Molenbeek-Saint-Jean, exerce actuellement la Présidence.

Je le remercie du soutien qu'il nous a accordé pour l'organisation de cette journée et notamment pour la mise à disposition de l'infrastructure du Château du Karreveld. Nous sommes très honorés de sa présence aujourd'hui et de la caution qu'il apporte à notre démarche.

Un colloque également organisé en collaboration avec la Plate-forme des Coordinations Locales Drogues du Pays, la PCLD.

Une plate-forme qui réunit les Coordinations Drogues de cinq grandes villes belges dont Anvers, Charleroi, Gand, Liège, et bien sûr Bruxelles.

Je dis « bien sûr Bruxelles » mais ce n'était pourtant pas le cas avant 2001, date de la création de la CLDB, sous l'impulsion à l'époque, de la Coordination Drogues de la commune de Saint-Gilles et du Centre d'accueil et d'hébergement Transit, situé quant à lui à Bruxelles Ville.

Avant 2001, en effet, Bruxelles, capitale du Pays, ne disposait toujours pas d'organe de concertation et de fédération des différents services communaux actifs en matière de toxicomanie sur sa région.

Pourtant, c'est près de 15 ans en arrière qu'il nous faut remonter pour voir l'émergence des premiers services communaux de ce type.

Il y avait donc, au début des années 2000, une relative urgence à faire en sorte qu'une concertation réunissant des intervenants œuvrant sur un même territoire, issus d'un même pouvoir subsidiant et touchant un public cible souvent commun, puisse se mettre en place. Urgence également à faire en sorte que des acteurs, ne se connaissant parfois pas très bien, voire pas du tout, puissent tout simplement se rencontrer et échanger.

Un manque à combler compte tenu du fait que les autres grandes villes du pays disposaient non seulement déjà de ce type d'organe de coordination mais, aussi, qu'elles avaient pu en démontrer l'efficacité et en retirer des bénéfices.

Sans moyen au départ, il fallut beaucoup de bonne volonté de la part de certains intervenants pour s'impliquer bénévolement dans la création d'un tel organe.

De la pugnacité, pour se fixer des objectifs dont l'évidence du bien-fondé ne suffisait pourtant pas à les concrétiser facilement.

Ce mouvement qui venait de s'amorcer fut reconnu en date du 15 janvier 2003 par la Conférence des Bourgmestres de Bruxelles qui décida de soutenir le projet. Je saisis encore une fois l'occasion de les remercier.

Les objectifs que s'est fixée la C.L.D.B. à sa création sont à ce jour demeurés inchangés.

Ils sont multiples mais, tous sont intimement liés :

En instaurant un lieu de rencontre, de réflexion, d'échanges de pratiques, d'organisation de débats et d'action en matière d'usage de drogues, l'objectif majeur de la C.L.D.B. consiste à améliorer la qualité de vie des usagers de drogues en assurant la visibilité et la cohérence des services communaux spécialisés en toxicomanie.

Cet objectif principal repose sur d'autres, plus spécifiques.

Ainsi, il s'agit aussi de :

- favoriser la collaboration entre les différents intervenants.
- assurer un lien effectif avec les autres lieux de concertation institués.
- exploiter à leurs justes mesures, les expertises des différents acteurs locaux, pour qu'en complémentarité, ils puissent élaborer et proposer des réponses face aux difficultés qu'ils rencontrent sur le terrain.

Enfin, il s'agit également de soutenir et d'élaborer la création d'outils au plan local.

La journée de rencontre d'aujourd'hui, vous l'aurez compris, s'inscrit pleinement dans ce cadre.

La Coordination Locale Drogues Bruxelles a également à cœur de poursuivre les objectifs de la Plate-forme des Coordinations Locales Drogues du Pays dont elle a actuellement l'honneur d'occuper la Présidence.

Des démarches ont ainsi été entreprises auprès de la Cellule Générale Politique Drogues, qui s'est dernièrement mise en place, pour qu'elle intègre des représentants des acteurs communaux au sein de ses travaux. Ces démarches ont été soutenues par différents Ministres concernés par l'instauration de la cellule politique. Nous sommes confiants en leur aboutissement prochain.

« Les acteurs communaux actifs en matière de toxicomanie : une expertise particulière à partager ».

Un titre un peu long, je le concède, pour une journée peut-être un peu courte. Humblement, elle entend faire le point et donner un coup de projecteur sur un certain savoir-faire, si pas, un savoir-faire certain.

Voilà en effet près de 15 ans déjà que des services communaux œuvrent à accueillir, prendre en charge, proposer un accompagnement psycho-social, tisser des liens de collaborations, récolter des données, développer des projets.

Des services qui, de manière générale, s'investissent au quotidien pour répondre aux besoins des citoyens parmi lesquels, des usagers de drogues.

Cela mérite bien de s'y arrêter un peu. Non pas pour simplement contempler un paysage particulier mais aussi, pour s'y projeter, en saisir l'essence et mieux le cerner.

Ce sont certains de ces projets que nous vous proposons de découvrir, ou de mieux connaître, aujourd'hui.

Pour ce faire, nous avons le plaisir de compter parmi nous, des intervenants du nord comme du sud du pays et, bien évidemment de Bruxelles également :

Autour de la table, nous aurons notamment des membres de la PCLD :



Monsieur Benoît De Clerck, Coordinateur Local Drogues de Charleroi.

De Heer Filip De Sager, Drugcoördinator Lokale Preventie en Veiligheid van Gent.

Tous deux ont accepté de jouer les rôles de président de séance, d'animateur, médiateur de cette journée et de susciter et de favoriser les échanges avec la salle et d'alimenter le débat. Cela consiste bien sûr à vous donner la parole.

C'est l'une des particularités que nous voulions donner à un événement tel que celui-ci lorsque nous avons travaillé à son organisation. Je les en remercie.

Nous aurons également le plaisir de compter parmi nous Mme Véronique Ketelaer, Fonctionnaire de Prévention de la Ville de Bruxelles qui a, sans hésiter, bien voulu contribuer à ce colloque en acceptant la mission de clôturer les travaux de la journée et d'en synthétiser les points forts.

Merci Véronique pour ta collaboration et, j'ajouterais, pour le soutien que tu as toujours tenu à apporter à la CLDB.

Tout au long de la journée, ils seront rejoints par des intervenants de terrain qui viendront vous présenter des projets qui, s'ils ne sont pas tous nouveaux, ont en tout cas été novateurs à un moment, perdurent encore aujourd'hui ou sont encore appelés à se développer et à se consolider.

Tous ont la volonté d'aller de l'avant et de proposer des éléments de réponse à une problématique qui, vous le savez comme moi, est loin d'être figée.

Ce sont des projets qui apportent un regard parfois neuf, sous l'angle particulier d'intervenants de terrain. Ce sont des projets qui seront, en quelque sorte, mis en vitrine pour que leurs qualités et leurs réussites puissent, nous l'espérons, inspirer d'autres projets. A tout le moins, nous espérons qu'ils alimenteront une réflexion, susciteront des collaborations et ce, dans l'optique d'une meilleure connaissance mutuelle des intervenants de la toxicomanie.

Une re-connaissance serais-je même tentée de dire.

A l'échelle d'un pays tel que la Belgique et à un moment où la pratique du travail en réseau se développe à grand pas, se présenter à ses voisins et apprendre à les connaître est, me semble-t-il, essentiel.

Mieux se connaître pour mieux se reconnaître mutuellement, dans ses forces et compétences, tel est le vœu que je formule en ce début de journée.

Mieux se reconnaître pour mieux collaborer, tant dans l'intérêt des usagers que des professionnels, tel est l'un des enjeux majeurs de ces prochaines années.

Des projets, il en reste à développer. Tous, nous en avons dans « nos cartons ». Certains répondent à des besoins déjà existants. D'autres, à des besoins à venir que nous pouvons déjà pressentir.

J'en suis convaincue, comme pour les projets qui vivent déjà, ces futurs projets nécessiteront de plus en plus fréquemment dans le futur également de reposer sur des collaborations multiples.

La multifactorialité de la problématique d'usage de drogues ne peut occulter cette dimension.

Si on considère fréquemment que l'utilisateur ne peut rien seul, il en est de même pour le professionnel auquel il s'adresse.

Collaborer pour élaborer, faire fonctionner et consolider un projet ce n'est pas seulement un principe d'économie. C'est aussi un principe d'efficacité si les forces des compétences et des savoirs de chacun sont justement exploitées et, si chacun a également conscience des limites de ses compétences.

Pour que des personnes impliquées dans l'appréhension et la gestion d'une même problématique puissent se reconnaître, cela implique de dépasser les clivages.

Dans l'intérêt des bénéficiaires et dans un cadre précis qui détermine les responsabilités et engagements de chacun - qui deviennent alors des partenaires - des intervenants d'horizons différents collaborent ainsi déjà depuis longtemps.

Différents exemples en seront donnés tout au long de la journée.

La volonté n'est bien sûr pas de se montrer subversif ou provocateur. Considérons simplement qu'il est possible de tirer parti d'une combinaison d'efforts qui tous, vont dans le sens de l'amélioration d'une société confrontée à des usages de substances psychotropes.

Des usages qui peuvent s'avérer dangereux et problématiques lorsqu'ils échappent au contrôle de l'individu lui-même.

Qui le placent dans un gouffre d'où il est impossible de sortir avec l'aide d'une seule main tendue. Alors, c'est ensemble qu'il faut se mobiliser pour planifier une opération de secours.

Planifier au sens d'orchestrer.

Puisqu'il s'agit de jouer ensemble, alors il faut donc préciser les instruments que les artistes peuvent utiliser ainsi que les notes que chacun s'engage à jouer ou, tout aussi important, à ne pas jouer.

Si j'utilise l'appellation « d'artistes » pour finalement parler de personnes amenées à intervenir en matière de toxicomanie, ce n'est pas de manière fortuite. En effet, ces intervenants doivent aussi parfois se positionner comme de véritables équilibristes. Sur un fil tendu entre des secteurs différents mais sur lequel il est possible d'avancer si la volonté de le faire y est et ce, pour autant qu'on se soit donné les moyens de le faire en sécurité.

Alors, il est aussi possible de dénouer des situations inextricables, d'innover et d'élaborer des réponses nouvelles soucieuses de la singularité de chaque situation.

Devant la multitude et la diversité des projets existants, il nous a fallu opérer des choix. Deux axes thématiques ont ainsi été retenus. Ils nous semblent être révélateurs et illustrer deux domaines particuliers dans lesquels les acteurs locaux se sont investis ces dernières années. Deux axes bien sûr non exhaustifs quant à leurs implications.

Ce matin et jusqu'à midi, je vous invite ainsi à aborder le domaine de la réduction des risques.

Trois projets : deux bruxellois et un flamand seront, pour reprendre une expression qui me semble bien traduire notre démarche, « mis sous les projecteurs d'une vitrine ».

L'après midi, après un lunch qui nous n'en doutons pas sera convivial et fructueux en rencontres - c'est là aussi l'intérêt d'une journée comme celle-ci – nous poursuivrons selon le même principe :

Trois projets toujours mais, cette fois, dans le domaine des collaborations intersectorielles ainsi que dans celui de la réinsertion des usagers.

Réinsertion qui n'est évidemment possible qu'en fonction de la mise en place de nécessaires collaborations entre intervenants.

Comme le matin, deux projets bruxellois et, après avoir déjà accueilli un projet flamand, ce sera un projet wallon qui sera également mis en lumière.

La séance de clôture est quant à elle prévue vers 15h00. Elle fera bien sûr suite à un très agréable verre de l'amitié.

3 Hepatitis C : Het Buddy Project

Mevrouw Tessa Windelinckx, Coördinator Vlaamse spuitenruil, Antwerpen.

Tessa Windelinckx is van opleiding Maatschappelijk Assistent en is sinds 1995 werkzaam binnen de drug-sector.

Tessa Windelinckx was actief als straathoekwerker met doelgroep druggebruikers tussen 1995 en 2001, tot 1996 bij de Sleutel te Antwerpen en van 1996 tot 2001 voor de preventiedienst te Sint-Niklaas.

Tussen 2001 en 2002 fungeerde ze als coördinator straathoekwerk voor de stad Mechelen (vzw OSM).

2002 – 2009: coördinatie spuitenruil provincie Antwerpen , vzw Free Clinic

2003 – heden : (1/2 time) coördinatie Vlaamse spuitenruil, vzw Free Clinic

Sinds 1 maart 2009 is ze (1/2 time) projectleider hepatitis C- Buddy project, vzw Free Clinic

Hepatitis C is een chronische leveraandoening waar heel wat (intraveneuze) druggebruikers geconfronteerd mee worden.

Hepatitis C wordt overgedragen via bloed-bloed contact. Tegenwoordig zijn de meeste nieuwe besmettingen van hep C het gevolg van het delen van injectiematerialen. Wereldwijd hebben heel wat (intraveneuze) druggebruikers een hepatitis C besmetting opgelopen tijdens het begin van hun gebruiks-periode. (70 à 80% van de intraveneuze druggebruikers).

Op een bepaald moment wordt er de beslissing genomen – of het advies gegeven - om te starten met een behandeling om dit virus te “klaren”. Dit is een moeizaam proces en heeft heel wat consequenties op verschillende levensgebieden van de (ex)gebruiker en zijn/haar omgeving. De behandeling vraagt heel wat van cliënten/patiënten/gebruikers, wat soms maakt dat het therapietrouw volgen van de behandeling niet altijd evident is .

De stap zetten naar een – zware en moeizame – behandeling is niet evident. Dit betekent voor sommige gebruikers dat heel hun huidig leven op hun kop komt te staan. Er moeten een aantal aanpassingen gebeuren, een aantal zaken kunnen ze zelf niet meer opnemen,....

Om deze moeilijke periode door te maken is er heel wat ondersteuning nodig. Ondersteuning die niet altijd vanuit de omgeving van de (ex-)gebruiker of vanuit de hulpverlening mogelijk is. Omwille van hun verleden als druggebruiker(s) zijn heel wat banden met sociale netwerken niet meer aanwezig, en staan ze er soms helemaal alleen voor.

Wanneer dit zorgnetwerk onvoldoende aanwezig is (zowel mentaal, als ondersteuning in een aantal praktische zaken) zou dit kunnen gebeuren door ervaringsdeskundigen (buddy's) – die zelf de behandeling (met succes) hebben doorgemaakt.

De ondersteuning door buddy's komen niet in de plaats van het reguliere aanbod van hulpverlening, maar zijn een aanvulling op het huidige hulpverleningsaanbod. Buddy's zijn personen waar mensen op kunnen terugvallen in moeilijke periodes zonder het gevoel te hebben dat er een “hulpverlening” is.

Vanuit hun eigen ervaringen kunnen zij een meerwaarde betekenen naar mensen die twijfelen om de behandeling te starten en naar mensen die de behandeling effectief gestart zijn.

Niet enkel een emotionele ondersteuning, maar ook ondersteuning bij een aantal praktische zaken kan maken dat de behandeling iets dragelijker kan worden.

Psychische en emotionele ondersteuning maken dat gebruikers zich niet 'alleen' voelen in hun behandeling. Erkenning en herkenning van de moeizame weg is een belangrijk aspect.

Vzw Free Clinic werkt in 2009 een project uit rond de ondersteuning door buddy's tijdens de behandeling van hepatitis C.

Naast het reguliere aanbod van hulpverlening kan een ondersteuning geboden worden door 'C-Buddys' – ervaringsdeskundigen - die zelf de behandeling (met succes) hebben doorgemaakt.

Het project is net opgestart en zal een aanloop periode nodig hebben om bestaande systemen aan te passen aan de noden en behoeften van zowel de doelgroep als deze van de C-Buddy's.

BUDDY PROJECT : ONDERSTEUNING BIJ BEHANDELING HEPATITIS C.

©-Buddy

- Subsidie van “federaal fonds ter bestrijding van de verslavingen”
- Pilootproject van één jaar
- Doelgroep : druggebruikers die starten / bezig zijn met hepatitis C behandeling

WAAROM EEN BUDDY PROJECT VOOR HEPATITIS C ?

- Hepatitis C komt voor bij 80 % van de injecterende druggebruikers
- De behandeling (Interferon en Ribaverine) is moeizaam en zwaar
- Duur van de behandeling varieert van 6 maanden tot 1 jaar, afhankelijk van het type hepatitis C

- Probleem :
 - Heel wat bijwerkingen en neveneffecten van de behandeling
- - Het leven staat op zijn kop
- - Therapietrouw is essentieel
- - Gebruikers hebben niet altijd een (zorg)netwerk om op te steunen
- - Sociale netwerk (h)erkent niet altijd de problemen
- **Ondersteuning tijdens deze behandeling is essentieel!**

BUDDY-PROJECT : DOELSTELLINGEN

- Ontwikkelen van een buddy-systeem
- Vormen van een netwerk van buddy's
- Bieden extra ondersteuning tijdens de behandeling
- Ontwikkelen van vormingspakket
- Aanbieden van vorming aan buddy's
- Ontwikkelen van een ondersteuningssysteem
- Ondersteuning van buddy's
- Buddy's bieden ondersteuning tijdens de behandeling
- Streven naar succesvolle afgeronde behandeling

©-BUDDY

- Ervaringsdeskundigen : (ex)-gebruikers die zelf de behandeling
- hebben doorgemaakt
- Buddy's kunnen andere gebruikers informeren over de behandeling
- Buddy's vervangen niet het hulpverleningsnetwerk

TAKEN VAN ©-BUDDY'S

- Ondersteunen van belang van therapietrouw
- (h)erkennen van moeizaam proces
- Luisteren
- Isolement doorbreken
- Soms « t'polleke vasthouden » en « achter de vodden zitten »
- Feed-back geven vanuit eigen ervaringen
- Ondersteuning in buitenhuis-activiteiten
- Samen naar de winkel gaan, samen iets ontspannend doen, samen eten,...

TIMING : EERSTE FASE (3 MAAND) START 1 MAART 2009

- Onderzoek specifieke noden van HCV-positieve gebruikers
- Aanpassen van bestaande buddy-methodieken aan specifieke noden en behoeftes van gebruikers
- Uitbouwen van een relevant netwerk
- Uitwerken van een draaiboek

TIMING : TWEEDE FASE (3 MAANDEN)

- Werven van ervaringsdeskundigen (buddy's)
- Aanbieden van vormingen aan de buddy's
- Coaching en ondersteuning van buddy's

TIMING : DERDE FASE (18 MAANDEN)

- Effectieve start
- Aanbieden van een permanente coaching en ondersteuningIndividueel (supervisie)
- Groep (intervisie)
-

CONTACTGEGEVENS

Tessa Windelinckx
Projectleider hep C-Buddy project
Van Arteveldestraat 64
2060 ANTWERPEN
GSM: 0474/29 00 39

Tessa.windelinckx@free-clinic.be
www.free-clinic.be

Tessa Windelinckx est travailleur social de formation et est active dans le secteur de la toxicomanie depuis 1995.

Tessa Windelinckx a débuté comme travailleur de rue, de 1995 à 1996 pour De Sleutel à Anvers et, de 1996 à 2001, pour le service de prévention de Saint-Nicolas.

Entre 2001 et 2002, elle a assuré la fonction de coordinateur des travailleurs de rue pour la ville de Malines (asbl OSM).

De 2002 à 2009 elle a eu en charge la coordination du programme d'échanges de seringues de la province d'Anvers, asbl Free Clinic.

Depuis 2003, elle est également responsable (mi-temps) de la coordination du programme d'échange de seringues en Flandres, vzw Free Clinic

Depuis le 1^{er} mars 2009, elle est chef de projet (mi-temps) du projet Hépatite C « Buddy's », asbl Free Clinic.

Traduction en français réalisée par le Centre transit, avec l'accord de Madame Tessa Windelinckx

L'hépatite C est une maladie virale chronique du foie qui touche un grand nombre d'usagers de drogues injecteurs.

L'hépatite C se transmet par voie sanguine. Actuellement la majorité des nouveaux cas de contamination d'hépatite C est due au partage de matériel d'injection. Au niveau mondial, on estime que 70 à 80 % des usagers de drogues injecteurs ont été contaminés par le virus de l'hépatite C au début de leur consommation par injection.

A un moment donné (au cours de la maladie) la décision est prise ou le conseil est donné de démarrer un traitement (de fond) afin « d'éliminer » le virus. Il s'agit d'un processus pénible et laborieux ayant énormément de répercussions, à différents niveaux sur la vie quotidienne du patient et de son entourage. Le traitement demande énormément d'efforts de la part de la personne qui le suit et cela pose souvent des problèmes au niveau du suivi régulier de la thérapie.

Prendre la décision de démarrer un traitement lourd et difficile n'est pas un choix évident. Pour certains usagers cela implique un bouleversement total de leur mode de vie / quotidien. Ils doivent aménager, adapter leur vie et accepter qu'ils ne sont plus capables de tout gérer seul, ...

Afin de pouvoir affronter cette période douloureuse et difficile, il est indispensable que le patient soit bien soutenu. Ce soutien n'est pas toujours possible dans son entourage direct, que ce soit au niveau familial ou via un réseau d'aide sociale. De par leur passé de toxicomanes, certains ont coupé tous les ponts avec leurs familles ou leurs réseaux d'amis et de connaissances. Ils se retrouvent souvent seuls.

Lorsque ce réseau d'aide est inexistant ou insuffisant (au niveau psychologique et pratique), le soutien nécessaire pourrait être apporté, fourni par des experts du vécu (Buddy's) qui ont eux-mêmes achevé avec succès le traitement.

Le soutien apporté par les Buddy's ne remplace aucunement l'offre régulière du réseau d'aide. C'est plutôt une aide complémentaire au réseau d'aide existant. Les Buddy's sont des

personnes sur lesquelles les malades peuvent se raccrocher dans les moments difficiles, sans pour autant avoir l'impression de s'adresser au réseau d'aide.

De par leur propre vécu, les Buddy's représentent une plus-value (valeur ajoutée) motivation pour les personnes malades qui hésitent à démarrer une thérapie ainsi que pour ceux qui ont effectivement déjà commencé le traitement.

L'aide tant au niveau émotionnel qu'au niveau pratique, peut rendre le traitement supportable et alléger les difficultés éprouvées.

Afin que le patient ne se sente pas seul face à ces difficultés, il est important qu'il puisse compter sur la présence d'une personne à l'écoute de ses problèmes. La reconnaissance du parcours laborieux dans tous les sens du terme du parcours laborieux est un aspect non négligeable de l'accompagnement psychologique du malade.

En 2009 l'organisation « ASBL FREE CLINIC » a élaboré un projet de soutien par des buddy's lors du traitement de l'hépatite C.

En dehors du réseau d'aide existant, un soutien/ une aide par des C-buddy's (experts du vécu) ayant eux-mêmes suivi le même (avec succès).

Le projet vient de démarrer et nécessitera une période de rodage (démarrage) afin d'adapter les systèmes existants aux besoins du public cible (malades) et les C-buddy's.

PROJET « BUDDY'S » : SOUTIEN DE PATIENTS TOXICOMANES DURANT LE TRAITEMENT MEDICAL DE L'HEPATITE C.

©-Buddy

- Subside du « Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes »
- Projet-pilote d'une durée d'un an
- Public cible : usagers de drogues qui ont démarré ou vont démarrer un traitement soignant l'hépatite C

POURQUOI LANCER UN PROJET DE BUDDYS DANS LE CADRE DU TRAITEMENT DE L'HEPATITE C ?

- L'hépatite C est répandue à 80 % au sein de la population des usagers de drogues injecteurs
- Le traitement (Interféron et Ribavérine) est lourd et difficile
- La durée du traitement varie de 6 mois à un an, en fonction du type d'hépatite C

- Problèmes posés :
 - Enormément d'effets secondaires au traitement
 - Bouleversement complet du quotidien du patient
 - Le suivi régulier de la thérapie est essentiel
 - Les usagers n'ont pas toujours un réseau d'aide pour les soutenir
 - Le réseau social ne reconnaît pas toujours les problèmes
- Le soutien permanent durant cette thérapie est essentiel à la réussite !

PROJET BUDDY : OBJECTIFS

- Développer un système de buddy's
- Créer un réseau de buddy's
- Développer un programme de formation à l'intention des buddy's
Proposer une formation au buddy's
- Mettre en place un système d'aide aux buddy's
- Les buddy's offrent un soutien complémentaire pendant le traitement
- Finaliser un traitement avec succès

©-BUDDY

- Expert du vécu : (ex)usagers de drogues qui ont suivi avec succès un traitement soignant l'hépatite C
- Les buddy's peuvent informer et préparer le patient au traitement
- Les buddy's ne remplacent pas le réseau d'aide psychosocial ou médical

LES TACHES DU ©-BUDDY

- Souligner auprès du patient en traitement l'importance d'un suivi régulier de la thérapie
- Reconnaître le processus lourd et difficile du traitement
- Être à l'écoute
- Briser l'isolement
- « Tenir par la main » ou « bousculer » le patient en fonction de la situation, de l'état d'esprit du patient (Jouer le grand frère)

- Donner un feed-back par rapport à sa propre expérience
- Aider le patient au quotidien (cours, détente, prise de repas,...)

TIMING : PREMIERE PHASE (3 MOIS) démarrage le 1^{er} mars 2009

- Examiner les besoins spécifiques aux usagers de drogues HCV-positif
- Adapter les méthodes-buddy's existantes aux besoins spécifiques des (ex)usagers de drogues
- Développer un réseau important
- Elaborer un scénario (modus operandi)

TIMING : DEUXIEME PHASE (3 MOIS)

- Recruter les experts du vécu (ex/usagers ayant suivi le traitement avec succès)
- Proposer différentes formations aux buddy's
- Coaching et suivi des buddy's

TIMING : TROISIEME PHASE (18 MOIS)

- Démarrage effectif
- Proposer un soutien et coaching permanents :
 - individuel (supervision)
 - groupe (intervention)

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

Tessa Windelinckx
 Projectleider Hep C-Buddy project
 Van Arteveldestraat 64
 2060 ANTWERPEN
 GSM: 0474/29 00 39

Tessa.windelinckx@free-clinic.be
www.free-clinic.be

4 Projet RESU

Monsieur Ronald Clavie, Responsable de projets au Centre Transit, Bruxelles.

Monsieur Ronald Clavie est licencié en Psychologie clinique. Il travaille au Centre Transit depuis 1997. De 1997 à 1999, il y a occupé le poste de travailleur social. De 1999 à 2005, il y a exercé en tant que psychologue.

Depuis 2005, il y est Responsable de projets et s'investit dans l'élaboration et l'implémentation de projets en réponse aux problématiques de terrain rencontrées par les professionnels et les usagers de drogues eux-mêmes.



Projet d'implantation de Récupérateurs Extérieurs de Seringues Usagées (R.E.S.U.)



Préambule : la réduction des risques liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse : la prévention comme stratégie.

La contamination sanguine par le partage ou la réutilisation des seringues est au sein de la population des usagers de drogues la principale responsable de la transmission des virus.

Face à cette problématique, la réduction des risques est une stratégie de prévention fondée sur le principe que le risque zéro n'existe pas. Elle ne vise ni à encourager ni à décourager l'usage de drogues. L'impératif est de réduire la transmission de virus du Sida, des hépatites virales et autres infections occasionnées par le partage et la réutilisation des seringues. C'est une réponse pragmatique qui repose sur un postulat : si un usager de drogues ne peut ou ne veut pas renoncer à l'usage de drogues, on doit l'aider à réduire les risques qu'il cause à lui-même et aux autres.

Il existe de nombreuses stratégies visant à limiter la propagation des virus par et parmi les utilisateurs de drogues injectables. Parmi celles-ci l'échange de seringues est devenu en Belgique, comme de manière générale en Europe, l'approche par excellence pour veiller à ce que les utilisateurs de drogues injectables utilisent du matériel d'injection propre.

Constats.

En dépit de l'existence de comptoirs d'échange de seringues et d'autres dispositifs permettant la récupération du matériel usagé, force est de constater que du matériel d'injection utilisé par des usagers de drogues continue à être abandonné dans des lieux publics.

A titre d'illustration, une enquête réalisée en 2002 par LAIRR (Lieu d'Accueil d'Information et de Réduction des Risques) auprès d'usagers injecteurs a indiqué que 30% d'entre eux se débarrassaient encore de leur matériel usagé sur leurs lieux de consommation. Les formations dispensées par LAIRR et liées à la diffusion de la brochure « Vous êtes parfois en contact avec des seringues usagées » indiquent leurs que 70 % en moyenne des personnes qui assistent à ces formations avouent au début de celles-ci qu'elles ne ramasseraient pas une seringue abandonnée et, notamment, à défaut de savoir quoi en faire.

En outre, une proportion importante d'utilisateurs de drogues injectables souhaitent modifier leur comportement et sont effectivement en mesure de le faire afin de réduire au minimum les risques de transmission de maladies infectieuses. Nous pensons qu'un changement comportemental sera plus vraisemblablement maintenu si des messages, des outils et des services de prévention appropriés et pertinents sont diffusés et offerts. La disponibilité et l'aisance d'accès à ses services sont essentielles.

Cette aisance d'accès n'est pourtant pas toujours effective. Des services n'ont en effet qu'une couverture géographique limitée, ne propose pas la récupération de seringues ou encore ne sont pas accessibles en tout temps.

Un dispositif permettant de se débarrasser aisément, en tout temps et en toute sûreté de seringues usagées existe pourtant sous la forme de récupérateurs extérieurs de seringues.

Sous l'impulsion du centre de crise et d'hébergement Transit quelques exemplaires de ces récupérateurs ont déjà été implantés en Région bruxelloise et à Charleroi.

Néanmoins, à la différence d'autres grandes villes européennes, Bruxelles et sa région (comme d'ailleurs d'autres grandes villes du pays) demeurent à ce jour sans une généralisation de ce genre de dispositif de réduction des risques. Dispositif qui a déjà, dans d'autres pays, démontré son efficacité.

La lutte contre les risques liés à l'usage de drogues ne peut attendre.

Chaque jour des personnes s'exposent à des risques et chaque jour des personnes sont contaminées. Il nous semble que la mise en place de nouveaux outils s'impose.

Projet : Implantation de R.E.S.U. (Récupérateur Extérieur de Seringues Usagées)

En réponse à la problématique évoquée ci-avant, notre projet consiste à accentuer la récupération des seringues usagées en ayant recours pour ce faire à des dispositifs automatiques de récupération.

L'implantation consiste à fixer à proximité ou aux entrées des services communaux actifs en matière d'usage de drogues des R.E.S.U. (Récupérateur Extérieur de Seringues Usagées).

L'asbl Transit, initiatrice du comptoir d'échange de seringues LAIRR, a déjà mis en place ce type d'outil particulier qui permet aisément de se débarrasser de seringues souillées.

Concrètement, un RESU est un boîtier métallique pourvu d'un container de récupération de seringues. Muni d'un orifice sur sa face supérieure, il est possible d'y glisser une seringue.

Simple et efficace, l'appareillage est accessible 24h/24h et 7 j. / 7.

C'est un projet pilote qui peut être généralisé aux alentours des lieux de consommation ou des services amenés à rencontrer des usagers de drogues.

Il répond à un besoin déjà existant.

Le coût financier lié à un tel projet demeure très faible, au vu des répercussions positives qui en découlent.

Ce projet ne concerne pas uniquement les usagers de drogues qui veulent déposer leurs seringues en dehors des heures d'ouverture d'un comptoir, mais aussi tout citoyen, professionnel ou non, qui désire protéger la collectivité des risques de contamination liés à l'abandon de matériel d'injection usagé : nous pensons en particulier aux gardiens de la paix, APS, éducateurs de rue, voisins, balayeurs de rue, etc.

Le projet permet en outre d'offrir un service à un public qui désire garder l'anonymat.



Objectifs:

Les objectifs spécifiques du projet RESU peuvent être formulés en terme d'environnement, de santé publique ainsi qu'en terme de prévention.

En terme d'environnement ils consistent à :

Améliorer la situation pour le voisinage en diminuant au maximum le nombre de seringues laissées à l'abandon.

Assurer la récupération, dans des conditions optimales de sécurité du matériel d'injection souillé.

Induire de la sorte des répercussions directes en terme de propreté publique et d'environnement.

En terme de santé publique ils visent à :

Récupérer le matériel souillé et éviter de la sorte la transmission des virus (HIV, Hépatite C) par piqûre accidentelle ou par réutilisation du matériel. Induire par voie de conséquence des répercussions directes et positives en terme de santé publique.

En terme de prévention ils entendent :

Accentuer la prévention en développant un projet répondant aux réalités et problématiques de terrain.

Développer un projet tant à l'intention des usagers eux-mêmes que des citoyens et intervenants en général.

Répondre de manière novatrice et complémentaire, par rapport à ce qui existe déjà, à la problématique des usagers de drogues qui pour diverses raisons éprouvent encore des difficultés à se débarrasser du matériel d'injection souillé. Répondre de même à la problématique des personnes qui ayant trouvé une seringue abandonnée n'en font rien à défaut de savoir quoi en faire.

Réduire le sentiment d'insécurité relatif à la « symbolique » des seringues abandonnées de même que réduire l'effet « graffiti ». Un effet que l'on pourrait définir comme étant le phénomène qui voit augmenter sur un mur le nombre de tags et de graphes qui le couvrent si le premier tag effectué n'est pas rapidement effacé. Un parallèle pourrait être ici posé avec les seringues abandonnées qui, si elles ne sont pas ramassées, se voient vite rejoindre par d'autres seringues sur leurs lieux d'abandon.

Particularités du dispositif

Les particularités du dispositif pourraient être résumées en sept points. Ils sont relatifs à son caractère de proximité, à sa flexibilité, à son rapport coût/ bénéfice intéressant, à l'anonymat qu'il offre et à son accessibilité, à sa sécurité, à sa complémentarité et, enfin, aux collaborations qu'il suscite.

De proximité car, allant à la rencontre de l'utilisateur et des citoyens dans leur quartier, il permet de faire en sorte que chacun soit acteur de la réduction des risques en étant outillé pour le devenir.

De la sorte, tant l'utilisateur lui-même que le citoyen en général sont protégés. En outre, on facilite l'action du personnel communal chargé du ramassage des déchets et ce y compris des seringues usagées.

Dans l'optique d'être un réel outil de proximité, tant pour les usagers que pour les intervenants de terrain, il est alors essentiel d'impliquer les travailleurs de terrain d'un quartier. Ceux-ci, ayant incontestablement une bonne connaissance d'un quartier et de ses habitudes, sont des alliés indispensables pour soutenir le bon déroulement de l'activité et ce à plus d'un titre :

- Informer les usagers de drogues et les habitants en général à l'action de prévention réalisée via le RESU. Bien plus que réaliser la simple publicité de l'action, il s'agit de réserver une attention particulière aux craintes et inquiétudes que peut générer un projet novateur. Implicitement cette participation peut également cautionner le projet.
- Sensibiliser en temps réel, les « gestionnaires » des RESU aux réalités spécifiques et propre au terrain de l'action, à son climat du moment, à ses besoins et à ses difficultés principales.

Le dispositif est également flexible car, les endroits d'implantation d'un RESU peuvent être modulés au gré des besoins, des modifications des lieux de deal et de consommation et des résultats de l'action.

Par ailleurs, le rapport coût/ bénéfice du projet est très intéressant au regard des répercussions positives qui peuvent en découler. A titre indicatif, un exemplaire de RESU coûte 390 € pièce. Si on considère qu'il est possible d'évaluer le coût d'un traitement pour l'Hépatite C à 21.600 € et le coût d'un traitement pour le sida à 12.000 € par an (à vie) alors, il est indéniable que l'investissement à réaliser est intéressant sur le plan financier ainsi qu'en terme de prévention.

L'anonymat qu'offre un RESU est également un facteur qui, nous le pensons, peut susciter le geste de dépôt de seringues. En effet, même si certains lieux et services fréquentés par les usagers de drogues leur offrent la possibilité de se débarrasser de seringues, les usagers ne sont pas toujours enclins à le faire pour différentes raisons. La première étant sans doute qu'ils indiqueraient de la sorte qu'ils sont consommateurs actifs. En faire part ne sert pas toujours leurs intérêts personnels et ce, d'autant plus, si le service qu'ils fréquentent et dont ils bénéficient sous-entend une abstinence de la consommation ou encore permet l'accès à des traitements de substitution.

Outre l'anonymat qu'il assure, un RESU est également la garantie d'une grande accessibilité permettant une récupération des seringues 24h/24 et 7J/7.

La sécurité, autre particularité du dispositif, repose quant à elle sur une manipulation limitée du matériel de consommation ainsi que sur la robustesse d'un appareillage en inox, solidement fixable sur un site d'implantation.

En ne se substituant pas aux dispositifs d'aide aux usagers de drogues existants, en permettant de couvrir une zone géographique éloignée d'un service actif en matière de réduction des risques et, en couvrant une plage horaire d'accessibilité également plus étendue qu'un service travaillant sous forme de permanences limitées dans le temps, un RESU comporte une particularité de complémentarité.

Il permet de combler les manques et d'offrir un service jusqu'alors inexistant, y compris à des intervenants non spécialisés en toxicomanie.

Ainsi, les communes ou quartiers où la toxicomanie fait des ravages se voient dotés d'un outil de prévention qui jusqu'alors était peut-être inexistant ou inadapté. Si un service était déjà actif sur le terrain en la matière, il peut également trouver via l'implantation d'un RESU, un outil complémentaire à ses propres services. En outre, les services non spécialisés en matière d'usage de drogues peuvent là également trouver l'occasion d'étoffer leurs services.

Implicitement mais aussi par nécessité, la mise en place d'un tel dispositif suscite la collaboration des différents intervenants de terrain qui, amenés à combiner et à coordonner leurs efforts pour la bonne marche du projet, améliorent par la même occasion la qualité des services qu'ils dispensent.

Des collaborations transectorielles et/ou intersectorielles peuvent être établies autour de ce projet d'implantation.

Le tissu associatif d'un quartier peut être mobilisé par une action discrète mais visible. La participation des habitants d'un quartier à la vie de ce dernier est activée. En effet, déterminer les endroits de placement les plus adéquats pour un RESU peut également impliquer de consulter les habitants d'un quartier et d'exploiter la connaissance et le savoir qu'ils ont sur ce dernier. Cela donne naissance à une concertation constante où chacun est, encore une fois, acteur de la réduction des risques.

Pour les élus communaux, outre le retentissement médiatique qui découle de la mise en place d'un dispositif novateur (sur le plan national) et efficace de lutte contre les risques liés à l'usage de drogues, ils disposent d'un outil à moindre frais de lutte contre cette problématique. C'est par ailleurs un outil qui, de manière très concrète et visible, indique aux citoyens – parmi lesquels des usagers de drogues – ce que leur commune met à leur disposition pour endiguer une problématique qui concerne tout le monde.

En tous les cas, le réseau d'aide aux usagers de drogues en général dispose d'un outil de plus et, ce type d'outil fait encore trop cruellement défaut. Rappelons qu'à la différence d'autres villes européennes, Bruxelles et sa région ne dispose toujours pas d'une implantation généralisée de ce genre de dispositifs.

Implantation

L'implantation d'un RESU est liée à la signature d'une convention de collaboration entre les partenaires qui s'associent autour du projet. En l'occurrence, il s'agit du Centre Transit et de son comptoir d'échange de seringues LAIRR, ainsi qu'avec les services désireux de se doter d'un RESU.

Cette convention permet d'identifier et de préciser les responsabilités et missions de chacun. Elle lie et implique de la sorte les différents acteurs et réglemente les modifications du projet. Elle planifie également une récolte des données pour une évaluation globale du dispositif.

Enfin, Transit et LAIRR peuvent, si nécessaire, dégager deux membres de leur personnel, expérimentés en matière de réduction des risques, pour assurer le démarrage de l'activité du R.E.S.U. (Sensibilisation et formation à la réduction des risques, manipulation et utilisation du matériel, etc). Ceci est une garantie pour les autorités publiques disposées à s'engager dans le projet qu'un encadrement correct et suffisant est en mesure d'être assuré.

Endroits d'implantation:

Les lieux d'implantation doivent être le résultat d'un compromis entre des critères d'accessibilité et d'acceptabilité. Ils sont à déterminer avec les pouvoirs locaux et les intervenants de terrain.

Projet pilote, le RESU est dans un premier temps destiné à être implanté dans un nombre restreint d'endroits.

L'option de s'appuyer, dans une première phase, sur les services communaux spécialisés en toxicomanie a été retenue afin d'assurer un développement simple et économique du projet et, notamment, en comptant sur la participation du personnel attaché à ces services.

Concrètement implanter un RESU à l'entrée de quelques uns de ces services nous semble intéressant pour assurer :

- La maintenance et la surveillance de l'appareillage.
- La publicité et l'information relatives au dispositif.

En fonction des résultats obtenus et des besoins identifiés ou formulés, les modalités d'implantation peuvent être modifiées.

En ce qui concerne l'implantation initiale, il s'agit néanmoins de privilégier des lieux connus pour être des endroits de deal et de consommation tout en étant attentif à ne pas stigmatiser un quartier et ses habitants.

Il est par ailleurs conseillé de ne pas se trouver à proximité immédiate des lieux de deal et de consommation mais plutôt sur l'itinéraire des usagers de drogues. A ce sujet, la littérature préconise également de choisir des lieux neutres, non isolés et de grand passage. Il est évident qu'il s'agit également de tenir compte des implantations des écoles, des pharmacies, de locaux associatifs et de postes de police.

Etat d'avancement du projet et illustrations Mai 2009

Six RESU ont été implantés :	Deux en Région bruxelloise
	Quatre à Charleroi et environ

*Transit : centre de crise et d'hébergement pour usagers de drogues
96, rue Stephenson 1000 Bruxelles*



*Carolo Rue : travail de rue auprès de
personnes précarisées et
toxicomanes.*

*Programme de ramassage de
seringues en rue et comptoir
d'échange mobile.*

10, rue d'Angleterre 6000 Charleroi



*Abri de nuit
Ulysse
5 Av. général Michel
6000 Charleroi*

*Entre 2 – Icar
Service d'accompagnement
spécialisé dans le domaine
de la prostitution*

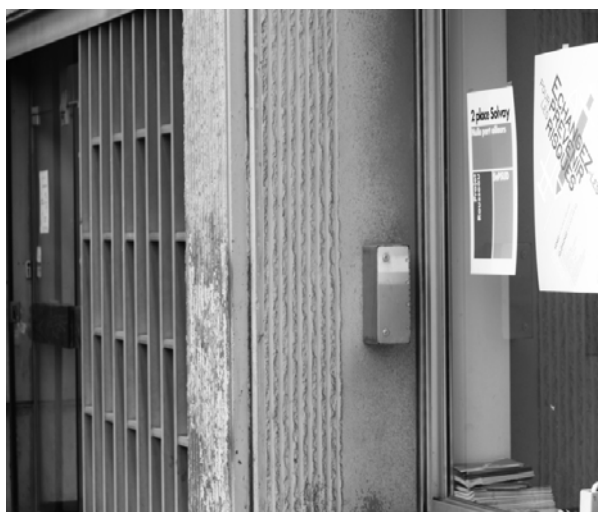
*13 rue Desandrouin
6000 Charleroi*



Le Comptoir :

*Comptoir fixe d'échanges de seringues,
spécialisé en matière de réduction des
risques liés à l'usage de drogues.*

88, rue de Montigny 6000 Charleroi



SePSUD :

*Service de prévention schaarbeekois
des usages de drogues*

*2, place Solvay
1030 Schaerbeek*

Région bruxelloise : Quatre implantations prévues

- SCAT, Anderlecht : un RESU pour Juin 2009
- Commune de Saint-Gilles : trois RESU pour juillet 2009

Charleroi : Une implantation prévue

- Quartier Gare de Marchienne-au-Pont : un RESU pour l'année 2009

Perspectives pour de nouvelles implantations d'outils de réduction des risques.

Tel que nous le concevons, le développement de nouveaux outils de réduction des risques repose sur un travail à mener prioritairement dans 4 axes :

- Axe 1 : Poursuite du travail d'information et de sensibilisation.
- Axe 2 : Evaluation des données et des résultats.
- Axe 3 : Mise en place d'un comptoir d'échange de seringues mobile.
- Axe 4 : Mise en place d'automates échangeurs.

Axe 1 : L'information et la sensibilisation.

L'information des pouvoirs locaux, des professionnels et intervenants de terrain, de même que des usagers de drogues eux-mêmes, quant aux objectifs et bénéfices de la réduction des risques est une des priorités dans laquelle nous devons encore nous investir dans les mois et les années à venir. Bien qu'amorcée aux débuts des années 90 et ayant déjà, tout au long de ces dernières années, amené des résultats très concrets sur le terrain, la politique de réduction des risques est encore méconnue ou incomprise pour bon nombre de personnes qui, pourtant, sont susceptibles de jouer un rôle majeur dans sa mise en œuvre. Cette méconnaissance est un frein à la mise en place, à la consolidation et au développement de projets. Elle nécessite par conséquent un investissement continu dans un travail d'information qui se doit d'être alimenté par un travail de recueil de données pertinentes quant aux résultats des actions menées.

Axe 2 : L'évaluation des données et des résultats.

Afin de guider le développement des projets en cours, ainsi que de planifier le développement de projets futurs, le recueil, l'analyse et l'évaluation des données relatives aux actions menées sont essentiels. Dans ce domaine, les acteurs de terrain sont encore confrontés actuellement à une grande diversité de façon de faire qui, pour certaines, sont plus qu'approximatives. En outre, un manque de moyens, notamment informatiques et financiers, ne permet pas d'apporter toute la rigueur nécessaire à ce processus de recueil et de traitement des données. Il en résulte une vision souvent morcelée des résultats de projets qui sont alors peu transposables et peu comparables du simple fait d'être évalué de manière non uniforme.

L'axe relatif au recueil des données est par conséquent à considérer de manière urgente.

Axe 3 : Mise en place d'un comptoir mobile.

En Région bruxelloise, la mise en place d'un comptoir mobile, sous la forme d'une camionnette itinérante assurant des permanences en des endroits précis à des heures fixes, pourrait sans aucun doute améliorer et compléter le dispositif de réduction des risques déjà implanté. En alliant flexibilité, proximité et complémentarité, un comptoir mobile comporte des particularités très semblables à celles des RESU. La plus-value de ce projet repose évidemment sur le contact humain qui est apporté dans ce cadre. Des quartiers décentralisés pourraient de la sorte être couverts par des intervenants spécialisés dont une présence permanente sur le terrain n'est pas nécessaire. En outre, le réseau des RESU déjà implantés pourrait être soutenu via une surveillance et une maintenance des appareillages qui pourraient aussi être assurées par le personnel attaché au comptoir mobile.

Axe 4 : Mise en place d'automates échangeurs.

Ce type de projet, qui peut être considéré comme étant une des étapes de développement pouvant faire suite à l'implantation de RESU (limités par une seule capacité de récupération), a déjà démontré son efficacité dans certains pays dont la France. Pour ce qui concerne la Belgique, plusieurs difficultés majeures seront à surmonter pour escompter voire un jour apparaître ces automates dans nos rues. Encore et toujours, l'information des pouvoirs et décideurs locaux est essentielle. Plus pratiquement, le coût financier d'un tel dispositif- évalué selon les fabricants entre 3000 € et 4000 € par automate- bien que restant très intéressant sur le plan du rapport « investissement/bénéfice » est un frein à son implantation. Celle-ci devra également prendre en considération le conditionnement même du matériel échangé qui, actuellement, n'est absolument pas prévu pour être utilisé dans le cadre d'un dispositif automatique. Néanmoins, ce type de projet innovant et fonctionnant avec succès dans d'autres pays est une piste qui ne peut être négligée dans le cadre d'une politique de réduction des risques nationale.

Premiers résultats du projet RESU

Les premiers constats qui se dégagent de l'expérience d'implantation indiquent une variabilité des résultats qui dépendent d'une diversité de facteurs. Parmi ceux-ci certains sont aisément identifiables. Ils sont relatifs aux lieux d'implantation eux-mêmes et aux usagers qui fréquentent ces lieux. Ces usagers sont changeants et, par conséquent, ils ne sont pas toujours majoritairement des injecteurs ou même des consommateurs actifs. Les lieux de consommation et de deal sont eux-mêmes sujets à modifications. La campagne d'information inhérente à l'existence des RESU est encore un élément prépondérant quant à la bonne marche du projet. Compte tenu d'usagers qui ne sont pas figés, il y a lieu d'informer et de rappeler, de manière continue, la possibilité qu'il y a de se débarrasser de seringues via un RESU implanté. Enfin, le facteur temps, relatif à tout nouveau projet, est à prendre en considération. Ainsi, ce sera sur la durée qu'il y aura lieu de dégager des constats généraux.

Ceci étant précisé, notons à titre indicatif les résultats d'un RESU en particulier : le premier qui a été implanté en 2004 et fixé sur la façade du Centre Transit à Bruxelles.

En 2007, sur les 13.626 seringues qui ont été fournies par le comptoir LAIRR, attaché au centre Transit, 6.944 seringues ont été récupérées dont 400 (6%) via le RESU.

En 2008, c'est 8.820 seringues qui ont été données et 7.824 qui ont été récupérées. Parmi celles-ci, 300 (4 %) l'ont été via le RESU.

Ces premiers résultats sont encourageants. Ils sont bien sûr à restituer et à interpréter dans le cadre d'un projet pilote pour lequel des indicateurs de référence sont encore à développer et à affiner.

Néanmoins, le projet d'implantation a déjà reçu un accueil très favorable de la part des professionnels de la réduction des risques de même que des usagers. Le moment est venu d'en informer les décideurs locaux et les citoyens en général.

Promoteurs du projet RESU

Toute information complémentaire relative au projet d'implantation de RESU peut être obtenue auprès des promoteurs du projet que sont le Centre Transit et son comptoir d'échange de seringues, LAIRR.

Contacts :

Muriel Goessens, Directrice

Michaël Heeren, Responsable de LAIRR

Ronald Clavie, Responsable de projets



*96, rue Stephenson
1000 Bruxelles
02/215.89.90.*

transit.asbl@skynet.be

www.transitnet.be

Sources

www.safe.asso.fr

www.modusvivendi-be.org

www.toxibase.org

www.medecinsdumonde.org

5 Des actions préventives pour une fête responsable

Monsieur Luc Van Huffel est psychologue clinicien au SePSUD, Service Communal de prévention, dépendant de l'Echevinat de la Santé de la commune de Schaerbeek, menant des actions selon la philosophie de la réduction des risques.



Le SePSUD, Service de Prévention Schaerbeekois des Usages de Drogues, est une initiative de la commune de Schaerbeek dans le cadre des contrats de sécurité et de prévention urbaine. Nous dépendons donc à la fois de l'Echevinat de la Santé de la commune de Schaerbeek et du Ministère de l'Intérieur. Il est composé de deux psychologues, d'une criminologue et d'un éducateur. Le SePSUD est implanté dans le quartier Gaucheret/Gare du Nord.

L'action du SePSUD se veut communale (inscription communale), spécialisée (réfèrent en matière de toxicomanies) et intégrée (au réseau associatif et public).

Le SePSUD a été créé en juillet 1998, à la fermeture de l'ASBL Midrash. En effet, cette fermeture était synonyme pour Schaerbeek de la disparition du seul centre d'accueil spécialisé pour toxicomanes situé sur son territoire et par là d'un réel vide institutionnel en la matière. A cette date, le SePSUD a été chargé de rédiger un état des lieux définissant les besoins en matière de prévention des toxicomanies à Schaerbeek. Les propositions d'actions définies furent approuvées par le collège des échevins et le SePSUD se vit mandaté pour les mettre en œuvre dès janvier 1999. Ce travail se découpe en différents axes, vise différents publics et s'étend sur toute la commune. Les buts généraux sont la réduction des risques, la réinscription sociale et sanitaire des usagers les plus précarisés, la mise à disposition de documentation et d'information et le soutien aux professionnels et aux parents schaerbeekois le désirant.

L'action principale du SePSUD s'inscrit dans ce que l'on appelle, la philosophie de réduction des risques. La réduction des risques est une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de « drogues » et ressort de ce que l'on appelle en toxicomanie la prévention tertiaire. Elle part du principe que si une personne ne veut pas ou ne peut pas renoncer à sa consommation, il convient de réduire les risques liés à celle-ci. Cette pratique de travail est d'abord apparue dans des pays ayant une forte tradition de santé publique comme les Pays-Bas puis la Grande-Bretagne pour se répandre dans les pays occidentaux.

L'essor des politiques de réduction des risques liés à la toxicomanie est principalement né suite à l'apparition du SIDA dans les années 80 et y reste fortement assimilée même si son objectif est plus large. Son but initial était de limiter la transmission d'infections type hépatites ou VIH chez les usagers injecteurs de drogues. Elle s'est ensuite élargie à la prise en charge globale de la santé des usagers, prenant en compte les différents risques sanitaires en fonction des produits, des personnes et de leur environnement.

Outre un fort message de prévention et d'information, elle se base aussi sur différentes actions comme les programmes visant à l'échange de seringues, la mise en place de traitement de substitution, l'hébergement même temporaire, la mise en place de sites d'injection, de groupes d'autosupport (par les pairs) et le testing.

Les résultats les plus visibles de la réduction des risques liés à la toxicomanie se mesurent principalement dans la réduction des décès par overdose et la baisse de transmission du VIH et de l'hépatite C. Au-delà de ces résultats visibles, c'est surtout d'une meilleure prise en charge sanitaire et sociale des usagers de drogues dont il s'agit. Les risques dont il est question sont ceux encourus tant par l'utilisateur que par son entourage. Ils peuvent être d'ordre sanitaire (overdoses, virus HIV et hépatites, etc.), social (absence d'emploi, logement, vie familiale, placement d'enfants, etc.) et comportemental (partage de seringues, rapports sexuels non protégés, etc.).

En résumé, la réduction des risques se propose de promouvoir la santé, le bien être, la dignité et la citoyenneté des usagers de drogues. Notons que la réduction des risques concerne tous les usages, qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance.

Les objectifs pratiques d'une telle prévention sont d'établir une relation avec les usagers les plus marginalisés, de leur faciliter l'accès au matériel de prévention, de les orienter en fonction de leurs besoins, de les informer et de les conseiller sur les gestes élémentaires relatifs à une bonne hygiène et enfin de les responsabiliser dans leurs pratiques personnelles et face à leur environnement. La visée d'une telle action préventive est donc pragmatique : prévenir une dégradation de la situation rencontrée.

La philosophie de réduction des risques s'appuie sur un certain nombre de constats qui sont d'ailleurs repris dans la charte de la réduction des risques : une société sans drogues n'existe pas, le risque zéro n'existe pas, la notion de risques est relative, la politique de prohibition des drogues maximalise les risques et une information objective n'est pas incitatrice. En ce qui concerne ce dernier point, il nous apparaît, en effet, qu'une information claire, crédible, objective et accessible sur les risques associés à l'usage de drogues n'a pas pour effet une incitation à l'usage de drogues lorsqu'elle s'adresse à des personnes en situation de consommation. Il en va de même pour la mise à disposition de moyens de consommer des drogues à moindres risques (matériel d'injection stérile, comptoir d'échange de seringues). Il convient, aussi, de veiller à ne pas banaliser l'usage de drogues et à responsabiliser la personne quant à sa consommation.

Concrètement, les principales actions de réduction des risques menées par le SePSUD sont l'implantation d'un comptoir d'échanges de seringues et d'un RESU (Récupérateur Extérieur de Seringues Usagées) dans ses locaux, la formation d'adultes relais et de membres du personnel communal, l'information des habitants et la réduction des risques en milieu festif. En effet, suite au deuxième état des lieux que nous avons réalisé, il est apparu qu'un important travail de prévention restait à mettre en place dans le domaine de la réduction des risques en milieu festif.

Les actions préventives en milieu festif sont largement liées au développement d'un nouveau style musical, à savoir la musique électronique.

En l'espace de trente ans, la musique électronique s'est imposée dans tous les pays industrialisés. On la retrouve aussi bien dans les raves que dans les clubs et les bars.

Ces nouveaux sons musicaux sont en totale rupture avec la musique existante, c'est-à-dire avec la musique des parents. La culture Tech s'est développée tant au niveau de la mode musicale, que vestimentaire, graphique ou artistique. Des nouvelles drogues arrivent sur le marché, par exemple les ecstasy. Sous l'influence de celles-ci, les usagers expérimentent de nouvelles sensations musicales. Le caractère hypnotique de ces musiques permet d'accéder à une forme d'oubli de soi, proche de la transe.

Au sein même de cette nouvelle scène, on observe un phénomène de « défouloir ». Les jeunes ont tendance à consommer des drogues diverses en grandes quantités dont les plus fréquentes sont les ecstasy, le cannabis, le speed et la cocaïne. A moindre mesure, les champignons hallucinogènes, la kétamine et l'héroïne. Le tout agrémenté d'une consommation excessive d'alcool. Environ 60 % des jeunes interrogés dans les free parties, fin des années 90, prétendent venir chercher l'ivresse lors de la fête. Ce phénomène de « défonce » et de « polyconsommation » (la consommation de plus d'un produit lors d'une même soirée), ont amené différents services, au Pays-Bas et en Angleterre d'abord, à mettre en place des actions d'informations et de sensibilisation du public festif par rapport aux divers produits que l'on trouvait lors de ces soirées.

En Belgique, en 2001, l'asbl Modus Vivendi développe une nouvelle antenne, Modus Fiesta. Celle-ci se spécialise dans l'action de réduction des risques en milieu festif. Des soirées underground les plus sombres jusqu'aux grosses boîtes, en passant par les festivals et les soirées gay/lesbiennes.

En partenariat avec l'asbl Modus Fiesta et dans le cadre du projet Drogues Risquer Moins, nous développons des actions de ce type depuis 2003. Drogues Risquer Moins est un programme de réduction des risques mené en Belgique francophone sous la coordination de Modus Vivendi et subsidié par la Communauté française. Dans un premier temps, notre zone d'action se limitait au territoire communal ce qui constituait un frein important à ce travail de prévention (les Halles de Schaerbeek constituaient alors notre seul partenaire). Depuis 2006, nous pouvons travailler, en ce qui concerne la RdR en milieu festif, sur tout Bruxelles. Le milieu festif est fortement concerné par l'usage de drogues, car s'il est avant tout un lieu d'amusement, de détente, de plaisir et de rencontre, c'est aussi un lieu de consommation : boissons alcoolisées, tabac, cannabis, xtc,... autant de produits dont les usages impliquent des prises de risque.

L'objectif de ce projet est de rencontrer le public des usagers dits « récréatifs » consommant a priori de manière non problématique dans les lieux de fêtes. Notre approche se veut participative (prévention par des pairs) et non moralisatrice, c'est-à-dire que nous ne portons pas de jugement sur la consommation du public et nous nous intégrons au sens de la fête. Leur mode de consommation étant principalement « récréatif », ces jeunes sont souvent des consommateurs occasionnels qui ne sont pas toxicomanes. Ils sont peu présents dans les centres spécialisés car leur consommation est vécue comme « non problématique ». Ils ne reçoivent donc pratiquement aucune information quant aux risques liés à l'usage de drogues.

Les jeunes se reconnaissent dans divers looks, langages, etc. Ainsi, la communication entre jeune et intervenant social n'est pas toujours évidente, d'autant que ce dernier peut devenir aux yeux du jeune le symbole de l'adulte à rejeter, le « ringard », etc. C'est pourquoi nous travaillons avec des jeunes. Ces jobistes, outre le fait qu'ils soient à l'aise dans le milieu festif, sont à la fois des pairs du public cible et des experts. Ils ont donc un contact plus facile avec le public cible, et sont plus à même de livrer des conseils de réduction des risques. Pour pouvoir être jobistes, ces jeunes doivent suivre au préalable une formation portant sur les produits.

Les jobistes sont actuellement fournis par Modus Fiesta mais nous espérons très rapidement pouvoir disposer de notre propre pôle de jobistes.

Au cours de la soirée, les personnes visitant le stand sont invitées à remplir un questionnaire anonyme où les comportements à risques liés au contexte de sorties sont évalués (types et modes de consommation, conséquences sociales liées à celle-ci, connaissances relatives aux risques liés aux hépatites et au sida, risques liés au retour de boîte). En effet, ces actions sont aussi l'occasion d'une récolte de données sur la consommation en milieu festif dont on pourra tenir compte lors de l'élaboration des prochains programmes de réduction des risques.

Concrètement, il s'agit d'un stand d'information tenu dans les grands lieux de fêtes bruxellois. Sur ce stand, on peut trouver des brochures sur les produits et les usages, des conseils et des infos sur le sida et autres MST. Des préservatifs, du gel lubrifiant et des kits de sniff sont mis à disposition ainsi que des adresses de différents organismes. Le matériel employé se présente sous forme de brochures d'information sur les produits suivants : cannabis, ecstasy, speed & amphétamines, LSD & champignons, cocaïne, héroïne, alcool et médicament psychoactifs. Celles-ci ne visent ni à encourager ni à décourager l'usage de ces produits, mais bien à donner des informations correctes et détaillées, pour un usage à moindre risque. Editées par Modus Vivendi, ces brochures ont été réalisées par des médecins, des professionnels et des consommateurs. En effet, nous souhaitons fournir au public des informations et conseils fiables et corrects sur les produits et leur mode de consommation pour qu'il soit capable de gérer les risques qu'il choisit de prendre.

Les risques dont il est question sont, principalement, l'hyperthermie, le « bad trip », l'overdose, la baisse de vigilance et les accidents dus aux mélanges de plusieurs produits, etc.

Sur base du nombre de brochures distribuées lors des événements auxquels nous participons, nous observons un intérêt marqué pour les brochures Cannabis et Cocaïne, suivies de près par les brochures concernant l'Alcool. En moindre quantité mais néanmoins distribuées régulièrement, nous retrouvons les brochures Speed, XTC et produits hallucinogènes. Ces tendances varient bien sûr en fonction du type de soirées concernées (festival, électro, hip-hop,...).

Le bilan de ces actions pour 2007 et 2008 a été très positif. Nos perspectives pour les années à venir sont le développement de ce pôle via la multiplication des lieux où nous sommes présents. Nous sommes actuellement présents sur plusieurs lieux de fêtes : Bulex tous les mois, ULB, Nuits Blanches, Couleur Café.

Un partenariat avec Modus Fiesta est en cours de développement. Il nous permettra d'être présents à un plus grand nombre d'événements festifs sur toute la région bruxelloise. Nous essayons de toucher un public le plus large possible mais nous souhaitons encore l'élargir, par exemple au public gay ou étudiants. Pour ce faire, nous essayons de rentrer en contact avec un grand nombre d'organiseurs de soirées en utilisant comme outil un projet développé par Modus, le label Quality's Night.

Quality Nights est un projet de promotion de la santé qui vise à améliorer le bien-être des personnes qui sortent dans les lieux de fête de la capitale. Dans chaque lieu labellisé, on trouve toute une série de services : eau gratuite, préservatifs et bouchons d'oreille à prix modiques, brochures d'info sur la santé, alerte rapide en cas de circulation de drogues à hauts risques, personnel sensibilisé à la réduction des risques et aux premiers secours etc. Chaque lieu labellisé est reconnaissable à sa borne présente à l'entrée. En signant officiellement une Charte de bien-être en milieu festif, les responsables de ces organisations ont choisi de s'engager à en faire plus pour les personnes qui fréquentent leurs soirées.

Pour terminer, les principes d'action du projet sont :

- L'absence de jugement et le respect des choix de chacun. Le projet s'adresse aux consommateurs et à leurs proches dans une démarche de non-jugement qui facilite le dialogue spontané. Le respect de la confidentialité des informations obtenues est également un point important.
- L'intégration dans l'esprit de fête. Nous souhaitons réduire les risques afin que la fête puisse justement conserver son aspect ludique. Nous nous intégrons dans l'évènement sans gêner le public.
- La prévention participative. Le jobiste est partenaire et acteur de la réduction des risques.

Et les objectifs poursuivis sont : entrer en contact et informer un public qui est difficilement accessible par un autre canal et récolter des données sur la consommation en milieu festif et donc en tenir compte dans les programmes de réduction des risques.

Enfin, ce projet est pertinent étant donné la forte prévalence de la consommation de substances psychotropes en milieu festif et la réalité des risques associés à cette consommation.

L'équipe du SePSUD

6 Accord de collaboration entre la ville de Liège et le Procureur du Roi formalisant la méthodologie de transfert d'information dans un objectif de santé publique

Madame Sophie Neuforge, Chef de projets et Monsieur Laurent Maisse, Gestionnaire de projets à l'observatoire liégeois de prévention et de concertation sur les drogues.

En 1998 Monsieur Laurent Maisse est diplômé en Sciences pharmaceutiques de l'ULg. Il y a également effectué à l'Ecole de Santé publique un master en politique et programme de santé en 2000.

De 2000 à 2003, il a été assistant au sein du service de toxicologie médico-légale et bromatologie du Professeur NOIRFALISE à l'ULg.

Depuis 2003, sous la direction de Sophie Neuforge, il est Gestionnaire de projets à l'Observatoire Liégeois de prévention et de concertation sur les Drogues, structure intégrée au sein du Contrat de sécurité et de prévention de la Ville de Liège.

Madame Sophie Neuforge, Chef de projet de la Coordination des Actions en Toxicomanie et de l'Observatoire Liégeois des Drogues.

Madame Sophie Neuforge est licenciée en psychologie de la délinquance et des inadaptations sociales. Elle a assuré le lancement du centre Clean en tant que directrice pendant les deux premières années.

Depuis 1995, elle coordonne le volet détresses sévères du plan de prévention de la Ville de Liège.

1 Le projet d'Observatoire

a) Implémentation du projet

L'insécurité de la population et les situations rencontrées par les professionnels de terrain par rapport à la problématique de la drogue figurèrent, pour le pouvoir local, parmi les priorités d'action du Contrat de sécurité de la Ville de Liège dès sa création en 1993.

Ainsi, une politique globale et intégrée de réduction des risques a été élaborée, et ce, en collaboration avec le large réseau d'intervention existant qu'il soit préventif ou répressif, public ou associatif. Le volet toxicomanie du Contrat de sécurité s'est développé en étroite collaboration avec les acteurs de terrain (contrat et hors contrat) afin d'assurer la gestion de la problématique de la drogue sous ses aspects sécuritaires, préventifs, sanitaires et sociaux.

Depuis 1995, la Coordination des Actions en Toxicomanie articule l'ensemble des dispositifs mis en place dans ce cadre. Elle a pour objectif de promouvoir et d'encadrer une politique locale visant la réduction des risques pour la sécurité des personnes à deux niveaux.

D'une part, la réduction des risques sociaux, psychologiques et de santé pour l'utilisateur de drogues et, d'autre part, la réduction des risques, pour la collectivité d'être confrontée aux nuisances et à la criminalité liées à la drogue.

La Coordination vise à consolider la coopération entre la justice, la police, la prévention et la santé afin de rendre convergentes les politiques d'amélioration de la santé et celles de protection de la sécurité tout en respectant leurs spécificités.

La création de l'Observatoire Liégeois des Drogues peut être considérée comme un aboutissement concret de la politique locale concertée.

En effet, dans le courant du mois de mars de l'année 2000, plusieurs incidents liés à l'usage de drogues, apparus dans des conditions similaires, ont attiré l'attention de certains services sur la nécessité d'améliorer les connaissances sur la nature, l'ampleur et le changement de l'usage de drogues. Dès le mois d'avril de cette même année, à la demande du service d'urgence du CHR de la Citadelle, les partenaires liégeois impliqués dans l'approche globale et intégrée de la problématique des drogues ont été réunis par la Coordination des Actions en Toxicomanie, forte de son expérience et de son pouvoir fédérateur. L'objectif était de réfléchir à l'élaboration d'un système d'observation réactive susceptible de détecter les phénomènes, de les interpréter et de les répercuter le plus rapidement possible vers les secteurs concernés afin que ces derniers puissent adapter rapidement leur réaction.

Donc, il était apparu qu'il s'imposait d'urgence de s'organiser en vue de prévenir largement et rapidement les services d'urgence, les médecins, les secteurs socio-sanitaire, préventif et policier de l'apparition de drogues nouvelles, de nouveaux modes de consommation et de nouveaux comportements mais aussi de prévenir les nuisances et l'insécurité liées à l'usage de drogues.

C'est à partir de là qu'une véritable plate-forme participative s'est créée regroupant la majorité des autorités, organisations et initiatives prises dans le domaine des assuétudes. Dispositif local unique en Belgique, cette plate-forme a été rendue possible grâce à la confiance qui s'est installée et elle est le résultat d'une heureuse rencontre entre des acteurs motivés par un même souci et une volonté commune d'action.

En janvier 2003, une structure permanente, composée de trois personnes (une psychologue, un éducateur spécialisé et un pharmacien de Santé publique), a été mise en place.

b) Description du projet

L'Observatoire est un outil local et supralocal de prévention intersectorielle au service des professionnels et de la population consommatrice ou non.

Il est basé sur le concept d'observation réactive en matière non seulement de Santé publique mais aussi de délinquance et de criminalité. Il permet une diminution des conséquences négatives du phénomène de la drogue pour la société en apportant les informations nécessaires afin de mener une action appropriée.

c) Partenaires du projet

A la fois du secteur sanitaire, du secteur socio-préventif et du secteur policier et judiciaire, ils sont sollicités en fonction du type d'information qu'ils peuvent fournir.

Ces différents partenaires sont le relais de leur propre réseau et ce sont eux qui devront retransmettre l'information sur le terrain. Cette procédure permettra d'atteindre le public cible rapidement et efficacement. La toile ainsi tissée permettra de toucher un grand nombre de personnes et d'institutions et d'avoir ainsi l'impact désiré. Toutefois, il faut rester attentif aux usagers les plus marginalisés et isolés qui ne sont en contact avec aucune structure d'aide et de soins.

Les partenaires directs de l'Observatoire sont les suivants :

- Parquet Général ;
- Parquet du Procureur du Roi ;
- Police locale ;
- Police Judiciaire Fédérale de Liège;
- Service d'urgences psycho-médico-sociales du Centre Hospitalier Régional ;
- Réseau d'aide et de soins ;
- Laboratoire de toxicologie hospitalo-universitaire du CHU de Liège ;
- Laboratoire de toxicologie clinique du CHR « La Citadelle » ;
- Institut de médecine légale de l'Université de Liège ;
- Ordre des médecins de la province de Liège ;
- Ordre des Pharmaciens de la province de Liège ;
- Centre Start – Mass ;
- Inspection de la Pharmacie de la province de Liège ;
- Plate-forme Psychiatrique liégeoise ;
- Etablissement pénitentiaire de Lantin ;
- Commission Médicale Provinciale ;
- Service de Santé Publique et d'Epidémiologie de l'Université de Liège ;
- Service de Santé et de l'Environnement de la Province de Liège ;
- Manager des nuisances publiques ;
- Gardiens de la paix ;
- Relais social du Pays de Liège.

2 Le système d'Alerte Rapide local

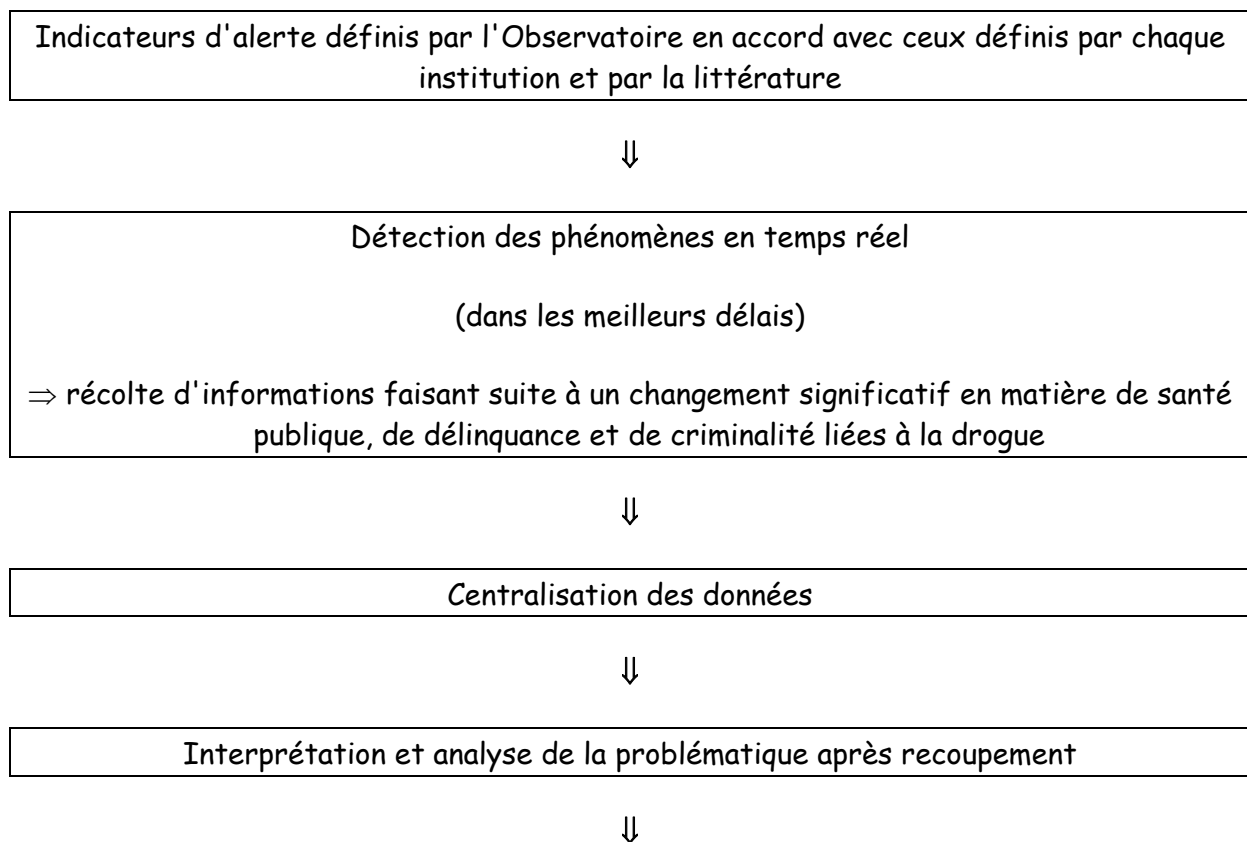
a) Définition

La mission de l'Observatoire consiste à apporter aux citoyens, usagers de drogues ou non, aux professionnels et à l'Autorité locale, les informations nécessaires pour mener une action préventive appropriée.

Pour cela, quatre axes de travail ont été développés pour comprendre de manière plus précise le phénomène de la drogue à Liège et dès lors augmenter la pertinence et la cohérence des actions menées.

Dans ce cadre, il s'est doté d'un système d'alerte rapide local. Ce dernier a pour objectif d'analyser, d'interpréter et de diffuser, tout changement en relation avec les comportements de consommation ou le trafic, les pathologies émergentes ou non liées au produit lui-même ou à son mode de consommation, ainsi que l'apparition de phénomènes sociaux nouveaux ou inattendus (nouvelles formes de criminalité, nouveaux sites à risque, nouvelles drogues,...). Ceci devant permettre de prendre en charge, dans les meilleurs délais, tout changement significatif local en matière de drogues et, si c'est opportun, d'enclencher un système d'alerte en trois directions (policier-judiciaire, sanitaire, socio-préventif).

b) Schéma de la procédure



Répercussion vers les services concernés



Réaction vers les secteurs :

- ♦ sanitaire
- ♦ socio-préventif
- ♦ policier - judiciaire

⇒ action préventive efficace dans les domaines :

- ♦ santé publique
- ♦ criminalité - délinquance
- ♦ nuisances publiques



Stratégie globale et intégrée de réduction des risques

⇒ diminution des conséquences négatives



amélioration de la qualité de vie pour tous (usagers de drogues ou non)

c) Outils

Dans un premier temps, l'Observatoire s'est attaché à définir les indicateurs utiles ainsi que leurs pourvoyeurs. Ces indicateurs devant répondre à des critères précis puisqu'ils allaient constituer l'outil permettant de surveiller l'évolution des situations locales.

Chacun des partenaires impliqués dans ce projet a défini spontanément les indicateurs qu'il croyait pouvoir fournir et qui lui semblaient les plus pertinents. Leurs définitions exactes, leurs modes de recueil, leurs périodicités, leurs adéquations avec l'objectif, leurs faisabilités globales ont été précisés selon des règles préétablies en partenariat avec le département de Santé publique de l'Université de Liège.

Une fois ces indicateurs centralisés par l'Observatoire, l'adaptation et l'adéquation avec les objectifs généraux de celui-ci ont été nécessaires pour améliorer la pertinence de ces indicateurs ainsi que leur compréhension par tous les intervenants (quelle que soit leur formation). D'un point de vue méthodologique, cette définition opérationnelle a nécessité une approche théorique de chaque indicateur suivie d'échanges d'idées avec les pourvoyeurs de l'information et d'une confrontation avec les indicateurs développés par d'autres observatoires comme l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies et l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. Ensuite, l'adaptation de l'indicateur à la réalité de terrain a été soumise à l'ensemble des membres de l'Observatoire. Une attention particulière a été réservée aux aspects légaux, éthiques et déontologiques car la question de la confidentialité des informations et dès lors du secret professionnel imposait la plus grande prudence. Comme il importait de limiter la transmission d'informations à ce qui est strictement nécessaire à la poursuite de l'objectif commun de Santé publique, il s'avérait indispensable de donner un cadre à l'échange d'informations.

Parmi l'ensemble des indicateurs ainsi définis permettant de remplir l'objectif de surveillance épidémiologique, sept d'entre eux ont été spécifiquement validés pour le système d'alerte :

1. décès en relation avec une consommation volontaire ou non d'un ou plusieurs psychotropes,
2. intoxication avec troubles comportementaux et/ou somatiques et/ou psychiques inhabituels,
3. overdose grave nécessitant une prise en charge particulière,
4. produits consommés : données qualitatives et quantitatives,
5. modes de consommation nouveaux et/ou problématiques
6. modifications du profil du consommateur,
7. lieux de consommation problématiques.

3 L'accord de collaboration

a) Contexte

Rapidement, il s'est avéré que la nature des informations relevant des indicateurs « décès » et « produits » implique qu'elles font généralement l'objet d'une judiciarisation, donnant ainsi une place centrale au Parquet du Procureur du Roi.

Dans cette perspective, le Procureur du Roi et l'Observatoire Liégeois des Drogues ont développé un accord de collaboration ayant fait l'objet de concertations, dès 2003, avec les représentants du Parquet général, de la Police locale de Liège, de la Police Judiciaire Fédérale de Liège, de l'Etablissement pénitentiaire de Lantin, du Laboratoire de toxicologie hospitalo-universitaire de l'Université de Liège et de l'Institut de médecine légale de l'Université de Liège.

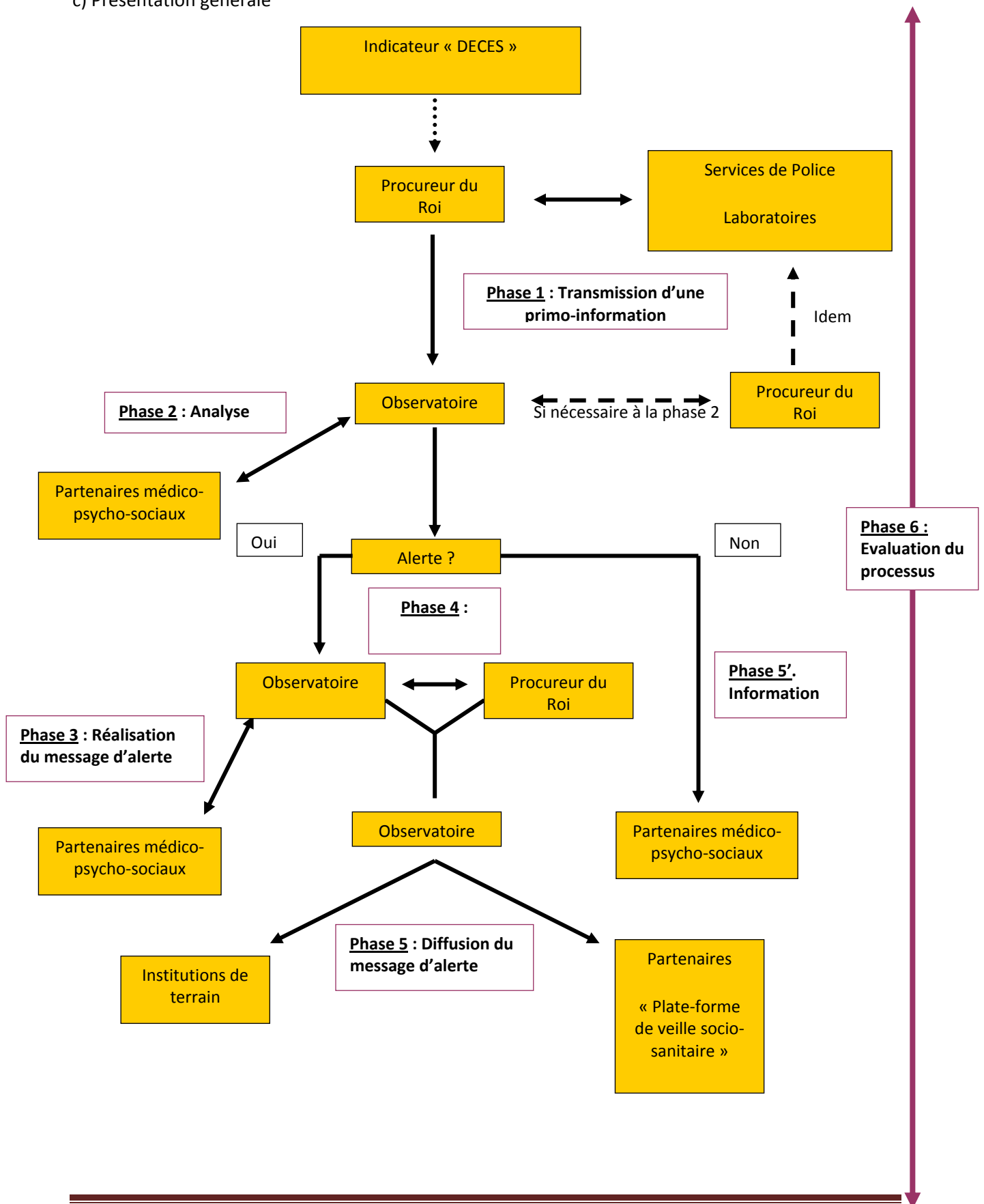
Ce document, signé par le Bourgmestre de la Ville de Liège et le Procureur du Roi, formalise la procédure de transfert intersectoriel d'informations anonymisées à la base du système d'alerte rapide liégeois qui vise la protection de la santé publique. Il permet donc un fonctionnement optimal du système local et une avancée certaine dans la gestion globale du phénomène de la drogue.

b) Philosophie

Le Procureur du Roi peut, par les compétences qu'il exerce, recevoir des informations susceptibles de révéler l'existence d'un risque pour la santé publique en rapport avec les substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques au sens de la loi du 24 février 1921. Or, une interprétation abusive du secret de l'information ou de l'instruction pourrait avoir un impact négatif pour la santé publique en facilitant notamment la propagation ou la réapparition d'un risque particulier lié aux drogues. Toutefois, le Procureur du Roi ne dispose ni des compétences, ni des capacités pour réaliser une évaluation pertinente de l'existence d'un risque socio-sanitaire.

De son côté, l'Observatoire, par son caractère intersectoriel et multidisciplinaire, constitue un interlocuteur idéalement placé pour valoriser les informations que le Procureur du Roi de Liège reçoit et que celui-ci considère comme susceptible de révéler l'existence d'un risque pour la santé publique.

c) Présentation générale



d) fonctionnement

La procédure est décrite en six phases successives¹.

Phase 1 : Réception et transmission d'une primo-information par le Parquet du Procureur du Roi

Dans le cadre exclusif du système d'alerte rapide et de ses indicateurs « décès » et « produits », le Procureur du Roi transmet, au cas par cas, à l'Observatoire Liégeois des Drogues selon un canevas prédéfini, par fax ou courriel, une *primo-information* fiable et légalement utilisable, autrement dit respectueuse des contraintes judiciaires et exploitable dans une perspective de santé publique.

Pour ce faire, une fiche indicative des risques socio-sanitaires liés aux substances, reprenant différents critères pour chacun des indicateurs précités, sera utilisée afin d'atteindre le but poursuivi de protection de la santé publique, et exclusivement pour cela, en facilitant la contextualisation par le Procureur du Roi.

Le Procureur du Roi tient compte, dans sa décision de transmission et dans le contenu de son message, du rapport entre la nature et l'importance du risque révélé d'une part, et les nécessités de l'information² ou de l'instruction³ d'autre part. Il veille au respect du principe du secret de l'information et de l'instruction. Il ne communique que les informations strictement nécessaires à l'appréciation, et à la prévention de la propagation du risque. Il ne fournit aucune donnée à caractère personnel.

L'Observatoire n'utilisera les informations reçues que dans le cadre strict du présent accord. En aucun cas il ne communiquera à quiconque le numéro de notices du dossier du Procureur du Roi.

Phase 2 : Analyse de la primo-information reçue en terme de Santé publique

Dès la réception de la *primo-information* et afin de garantir le maximum de rigueur au processus permettant d'évaluer la pertinence de lancer une alerte sanitaire, l'Observatoire analyse l'information reçue en fonction de critères diagnostics définis (degré et nature du risque, probabilité de réapparition, couverture géographique, public cible,...).

Pour ce faire, un modèle standard de fiche de recueil a été défini. Il permet une première analyse en équipe et la planification d'actions spécifiques.

¹ Système d'alerte rapide liégeois en matière de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiants, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques; Accord de collaboration entre l'Observatoire Liégeois de prévention et de concertation sur les Drogues de la Ville de Liège et le Procureur du Roi de Liège; mars 2007

² « Ensemble des actes d'instruction qui ont pour objet de faire la preuve d'une infraction et d'en connaître les auteurs »

³ « Phase de la procédure pénale pendant laquelle le juge d'instruction met une affaire en état d'être jugée »

Le concept d'alerte est envisagé tant comme mesure de prévention (objectif de réduction immédiate des conséquences négatives de la situation) que comme mesure de précaution (rappel de bonnes pratiques ou établissement de recommandations).

Pour l'aider dans cette tâche et en fonction des circonstances, des experts, appelés ci-dessous « partenaires médico-psycho-sociaux » peuvent être consultés. Des réponses à des questions telles que « le risque est-il à ce point sérieux qu'un avertissement est nécessaire ? » ou encore « quel équilibre trouver entre la rapidité de diffusion et la fiabilité de l'information ? » devraient pouvoir être données.

Si nécessaire, l'Observatoire peut également demander des informations complémentaires ou proposer des pistes de recherches supplémentaires au Procureur du Roi, qui peut, à cette fin et dans les limites de ses compétences, solliciter le service ou l'institution adéquats.

Phase 3 : Réalisation d'un message d'alerte

A ce stade, si la pertinence de lancer une alerte sanitaire est avérée, un message d'alerte sera rédigé et validé par l'Observatoire et les experts concernés. Son contenu est présenté, à titre informatif, au Procureur du Roi.

A ce stade, il est demandé également aux partenaires concernés de se prononcer sur l'utilité de transmettre ce message à la presse.

Concis, précis et concerté, le message d'alerte relatif à la situation traitée ne comprendra en aucun cas :

- Des données à caractère personnel.
- Des informations permettant d'identifier une personne physique.
- L'identification de l'origine de l'information, et aucune indication permettant d'identifier la personne qui communique les informations, ce afin d'éviter que celle-ci puisse être contactée ultérieurement en vue de l'identification de la personne sur laquelle porte les informations⁴.

Son contenu est exclusivement déterminé par les nécessités de diminuer ou de prévenir l'impact négatif du phénomène ainsi que ses facteurs de réapparition.

Phase 4 : Consultation

Une ultime consultation entre l'Observatoire et le Procureur du Roi permettra de confirmer le respect des règles légales et déontologiques du processus en cours et de prendre la décision commune de l'opportunité d'engager la procédure de diffusion de l'alerte. Cette consultation porte sur trois éléments :

⁴ Avis de la Commission pour la Protection de la Vie Privée relatif au projet d'arrêté royal relatif à la transmission d'informations au Point Focal du Réseau belge d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies, 14 octobre 2002

La pertinence de l'alerte, le contenu du message et l'identité de ses destinataires. Le Procureur du Roi évalue ces éléments à la lumière de la nature et l'importance du risque constaté, mis en rapport avec les nécessités de l'enquête éventuellement en cours, et du respect du principe du secret de l'information et de l'instruction.

Phase 5 : Diffusion du message d'alerte

Le message sera diffusé par l'Observatoire exclusivement vers les institutions destinataires identifiées à la phase 4.

S'il n'a pas été jugé opportun de lancer une alerte sanitaire, une information est transmise aux experts consultés (phase 5').

Lorsque l'information est communiquée à ces institutions, on peut considérer que le rôle de réception, d'interprétation et de diffusion de l'Observatoire est terminé.

Phase 6 : Evaluation

In fine, l'Observatoire Liégeois des Drogues réalise un bilan écrit de l'ensemble des actions menées en étudiant notamment l'impact sanitaire de la diffusion des informations. Il évalue également l'ensemble du processus, en collaboration avec le Procureur du Roi, en vue de perfectionner l'outil. Il fournit ces documents à ses partenaires et chaque année il publie un rapport épidémiologique relatif à chacun des deux indicateurs concernés. Une revue de presse ainsi qu'une analyse de la littérature est également effectuée.

4 Conclusion

L'accord de collaboration signé entre le Bourgmestre de la Ville de Liège et le Procureur du Roi constitue un outil performant, novateur et légalement utilisable. Il permet le fonctionnement optimal du système d'alerte rapide développé au niveau local par l'Observatoire Liégeois de prévention et de concertation sur les Drogues.

5 Références bibliographiques

- Sartor F., Van Der Linden H., DeSmet A., Walckiers D, de Saint-Hubert B., Leurquin P., Van Oyen H., *Transformation du Point Focal belge sur les drogues et les toxicomanies en un Observatoire Belge des Drogues et des Toxicomanies. Etude de faisabilité. Service d'épidémiologie, novembre 2000; Bruxelles (Belgique).*
Institut Scientifique de la Santé Publique, IPH/EPI REPORTS N° 2000 – 020
- Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard du traitement des données à caractère personnel (MB du 18 mars 1993)
- Directive n°95/46 du Parlement européen et du Conseil relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (JO L 281; 23 novembre 1995)
- Règlement (CEE) n°302/93 du Conseil, du 8 février 1993, portant création d'un observatoire européen des drogues et des toxicomanies, JO L 036, 12 février 1993

7 De l'accompagnement social des usagers de produits psychotropes à partir d'un CPAS, une approche singulière et une action originale

Monsieur Michel Vandenbroucke, Coordinateur du SAS, Service d'accompagnement Psycho-social du CPAS de Bruxelles-Villes.

Monsieur Michel Vandenbroucke a travaillé au CPAS de Molenbeek-Saint-Jean et au CHU d'Ixelles avant d'être engagé au CPAS de Bruxelles en 1977. Il y a d'abord travaillé comme assistant social de 1ère ligne en antenne sociale jusqu'en 1990 (durant 13 ans). Ensuite, pendant 4 ans, il a été employé aux maisons de quartier du service Jeunesse dont il est ensuite devenu le coordinateur. En 1994, Il a été affecté au SAS en tant qu'assistant social responsable après avoir participé à la création de ce service avec d'autres acteurs du secteur psycho-social et médical.

C'est au début des années 90, que le CPAS de Bruxelles constate, d'une part, qu'il est confronté à des demandes croissantes d'aide concernant des usagers de produits psychotropes et que, d'autre part, les travailleurs sociaux de première ligne, n'ont pas la disponibilité nécessaire pour réaliser une guidance très proche avec ce public particulier. En même temps, nous observons que ces personnes étaient de plus en plus désinsérées et désaffiliées socialement et psychologiquement. Bon nombre d'entre elles présentaient des troubles comportementaux et psychiatriques qui, cumulés à une prise de produits stupéfiants, accentuaient encore la difficulté de leur guidance.

Le Service d'accompagnement psychosocial, communément appelé S.A.S., est donc né voici 15 ans de la volonté du CPAS de mettre en place un service spécifiquement dédié aux consommateurs abusifs de psychotropes, très précarisés, socialement fort désaffiliés, cumulant de multiples facteurs d'exclusion sociale et incapables de répondre aux exigences qui leur sont imposées par le CPAS et la société de manière générale.

Le SAS est donc à la fois un service complémentaire gratuit offert au public cible et un atout supplémentaire apporté aux travailleurs sociaux agissant au niveau de l'aide sociale. La priorité est donnée aux personnes aidées par les services sociaux du CPAS de Bruxelles. Toutefois, l'action est aussi élargie à celles pour lesquelles la compétence du territoire de Bruxelles est établie. Un suivi requiert l'accord préalable du Conseil de l'Action sociale. Cet accompagnement non contraint est également proposé aux consommateurs actifs et sans désir de traitement et qui n'ont aucun projet de sevrage.

Les objectifs généraux poursuivis sont :

- la régularisation de la situation socio-administrative de l'utilisateur,
- la réinsertion et le maintien dans un environnement adéquat,
- l'augmentation de l'accès aux soins et
- l'accroissement de l'autonomie.

La méthode de travail repose sur une stratégie de l'évolution, à savoir :

- la restauration du dialogue social,
- la stabilisation psychosociale, et
- la réinsertion sociale.

Au départ, un diagnostic est établi tant sur le plan social, qu'administratif, en tenant compte des capacités intellectuelles, physiques et relationnelles des personnes. A partir de ce diagnostic double et complémentaire, des objectifs réalistes et réalisables pour l'utilisateur sont fixés et un accompagnement social et/ou psychologique est proposé.

Cet accompagnement est évalué de manière régulière et les objectifs sont maintenus, modifiés ou abandonnés en fonction des résultats obtenus au cours du suivi.

Très concrètement, afin de limiter la marginalisation de l'utilisateur de drogue et d'éviter de confirmer son exclusion sociale, **les accompagnateurs, qui sont la cheville ouvrière du service, sont essentiellement chargés de l'accompagnement physique extra muros des usagers dans leurs démarches socio-administratives, juridiques et médico-sociales** et de leur accompagnement socio-éducatif à plus long terme.

Les démarches socio-administratives à accomplir, qui sont généralement la préoccupation du départ, deviennent plus ou moins rapidement l'occasion de constituer avec le travailleur social et avec le service un lien social rassurant. L'utilisateur expérimente à partir des démarches accomplies ce qu'il lui incombe de mettre en place pour être véritablement acteur de son devenir. Cette dynamique contribue donc à la prise de conscience par l'utilisateur de s'engager éventuellement dans un processus plus thérapeutique. L'objectif ultime des éducateurs est que l'utilisateur accède à une forme d'autonomie que ce dernier gèrera de mieux en mieux au cours de la prise en charge.

Les collègues vont aussi en prison afin de ne pas perdre le contact et de mettre en place les conditions d'existence adéquates lors de la sortie de prison des usagers rencontrés. Cette démarche est toutefois limitée à une détention de six mois maximum, pour autant que l'utilisateur soit incarcéré dans une prison bruxelloise et qu'il soit préalablement connu du service.

Nombreux sont les usagers fréquentant le service qui présentent un double diagnostic de toxicomanie associé à des troubles mentaux plus ou moins sévères. Si nous avons toujours une majorité d'usagers en traitement pour leur dépendance, c'est plus rarement le cas pour la guidance psychologique.

Dans ce cas et en collaboration étroite avec les accompagnateurs, les psychologues du service proposent une thérapie de soutien à bas seuil d'intervention aux usagers qui n'arrivent pas à être accueillis dans les services du secteur de la santé mentale en raison de leur comportement irrégulier et peu compliant.

On observe que beaucoup des usagers qui acceptent de rencontrer la psychologue présentent des symptômes de type anxieux et/ou dépressif. Ils sont aussi confrontés à un lourd sentiment d'impuissance parce qu'ils mettent souvent en échec ce que les intervenants psychosociaux tentent de leur proposer. Ils renouvellent ainsi leurs plaintes avec insistance, mais auxquelles, par incapacité ou par volonté inconsciente, ils ne donnent pas la suite qui convient. Bon nombre de patients psychotiques et borderline chroniques s'adressent au SAS durant des épisodes de crise qu'il faut alors entendre et tenter de désamorcer. Notre expérience démontre chaque jour qu'une orientation vers la garde psychiatrique hospitalière n'est pas la solution. Les conditions d'accueil n'y sont pas optimales et la disponibilité y est trop réduite.

Il est à noter que de nombreux usagers du SAS ont déjà un parcours plus ou moins important dans le secteur de la santé mentale. Pour bon nombre, il n'a pas été possible de tisser un lien suffisamment fort et durable avec les intervenants psy. Ceci explique que certaines pathologies psychiatriques lourdes, habituellement stabilisées et non décompensées soient souvent gérées par les éducateurs sous la supervision d'une psychologue du service. Un certain nombre de suivis font également l'objet d'une co-consultation.

Le Service rencontre de plus en plus de gens dont le seuil de frustration est vite dépassé et qui manifestent des attitudes agressives, voire violentes lorsque leur demande n'est pas immédiatement satisfaite. Les comportements délirants, ou tout simplement inadéquats, sont également plus courants sans pour autant que l'on puisse en imputer la cause à une quelconque consommation.

La fonction des psychologues travaillant au sein du SAS est tout d'abord d'offrir aux patients un lieu d'écoute, un moment pour se poser afin de réfléchir sur soi, ainsi que sur leur problématique d'addiction.

Un attrait supplémentaire de la consultation psychologique au SAS est sa gratuité.

Le fait qu'elle soit réalisée dans un lieu non médicalisé, situé en dehors du secteur de la santé mentale, rend la consultation plus accessible, et c'est bien là le but recherché.

Notons que les psychologues effectuent également des déplacements à l'extérieur, tels des visites au domicile de l'utilisateur et à l'hôpital. Des accompagnements aux consultations psy. et gardes psy., ou lors des entretiens de pré-admission dans un centre de crise ou dans un centre résidentiel sont aussi possibles.

Enfin, un agent d'insertion socioprofessionnelle tente d'apporter une réponse aux usagers capables et désireux de travailler en mettant en place une action de réinsertion socioprofessionnelle à bas seuil d'accès. Cette action est réalisée en étroite collaboration avec le Département d'insertion socioprofessionnelle du CPAS pour ce qui concerne l'obtention d'une mise au travail dans le cadre de l'article 60.

Pourtant, pour bon nombre des usagers suivis l'activité professionnelle ne sera pas la réponse adéquate. Il faut être conscient de ce que leurs capacités à maintenir un comportement adapté au cours d'une activité professionnelle, n'est plus ou pas encore à l'ordre du jour. Dans ce cas, le volet de l'occupation du temps tient ici une toute autre place dont il convient alors d'imaginer le contenu en fonction des limites propres à l'utilisateur.

Signalons que sur le plan stratégique l'équipe offre aussi la particularité d'aller à la rencontre des toxicomanes et régulièrement nous les relançons quand le contact paraît se perdre. Ceci renforce la relation de confiance et nous observons que nombreux sont ceux qui après une telle démarche de notre part, gardent ensuite le contact.

Notre action consiste aussi à réduire les risques liés à une consommation problématique de stupéfiants auprès de consommateurs actifs pour lesquels une prise en charge thérapeutique n'est pas (ou pas encore) à l'ordre du jour. Pour cela, nous sommes en lien étroit avec les partenaires du réseau des soins ambulatoires et résidentiels.

Si l'action entreprise par le S.A.S. intervient directement sur les conditions de vie des usagers de drogues, elle agit indirectement aussi sur celles de leur entourage, de leur environnement en général et de la population locale des quartiers. Elle influence aussi les conditions de travail des travailleurs sociaux des antennes du CPAS dans la mesure où ils s'en trouvent soulagés et stimulés en termes de « rentabilité » et de résolution des problèmes amenés. L'ensemble des démarches réalisées avec les usagers, l'évolution des suivis font l'objet d'une concertation quasi permanente avec l'AS de secteur en priorité, mais aussi avec les autres travailleurs sociaux des services transversaux impliqués dans les situations, afin que le S.A.S. reste en phase avec ceux-ci et que l'on ne débouche pas sur des objectifs et des orientations contradictoires.

Ce lien avec le réseau interne au CPAS est maintenu tout au long de l'accompagnement. Il s'agit d'une collaboration étroite et quasi permanente qui s'explique par la complémentarité nécessaire entre les différents services sociaux du CPAS.

En conclusion, bien que la mise en place du projet ait été en grande partie intuitive, comme pour la plupart des projets de prévention, nous observons que ce long cheminement avec le toxicomane est propice à la remise en question de son mode de vie et débouche parfois sur le désir pour lui de s'engager dans un processus thérapeutique plus profond.

Il est clair aussi qu'en permettant à l'utilisateur de drogues d'accéder à un statut social plus décent, en lui permettant d'obtenir l'information dont il a besoin, en lui faisant valoir les droits auxquels il peut prétendre, mais aussi en l'aidant à se confronter aux règles de la vie en société, aux devoirs qui lui incombent, aux procédures qu'il convient de suivre, le S.A.S. s'inscrit dans un projet de rétablissement d'une citoyenneté responsable.

On observe que nos objectifs sont largement atteints en matière de régularisation socio-administrative et d'obtention d'un statut décent (revenu, couverture soins de santé, logement, document d'identité,..). Ceci est confirmé par les travailleurs sociaux des antennes sociales qui reconnaissent une complémentarité avec leur travail.

Nous remarquerons aussi, et bien que cela ne fasse pas partie de nos objectifs premiers, que la consommation de produits toxiques (mis à part l'alcool) baisse substantiellement durant la prise en charge.

On constate qu'en matière de structuration spatio-temporelle mais aussi dans les rapports interpersonnels, l'action du service porte également ses fruits puisque l'accompagnement physique contraint l'utilisateur à une gestion du temps, au respect d'un horaire, à entrer en dialogue et l'oblige enfin à se projeter dans l'avenir. Le rappel constant des règles de vie en société, le dialogue dans un climat de confiance sur des comportements inadaptés voire inacceptables, contribue à corriger, modifier ces comportements.

Ces changements d'attitude n'apparaissent pourtant habituellement qu'à plus long terme.

De manière plus générale, les interventions des membres de l'équipe permettent un accès plus aisé auprès des services publics et une résolution plus rapide, plus efficace, des démarches à effectuer. En effet, on a pu constater que bien souvent ces usagers manquaient de confiance en eux, ainsi que dans la capacité des institutions à les écouter, à les comprendre et à les soutenir. Connaître une écoute sans jugement, une disponibilité à leur égard, une valorisation de leurs capacités aussi ténues ou déstabilisées soient-elles, représente pour la plupart d'entre eux une expérience rare ou oubliée, voire inédite.

Enfin, le S.A.S. tente encore de modifier des mentalités d'accueil de ce public cible au sein de sa propre administration, en corrigeant les idées reçues qui peuvent influencer négativement le travail avec ces personnes. C'est là un dernier aspect de notre travail.

Nous constatons, en effet, que le fait de donner aux assistants sociaux des antennes sociales du CPAS un soutien dans leur travail, un temps de réflexion commune, a permis de conduire à :

- une meilleure gestion du stress lié à l'urgence, vraie ou fausse, induite par l'utilisateur de drogue,
- et un meilleur accueil, sans dramatisation excessive, dans un climat plus serein, en abandonnant certain à priori, ce qui favorise aussi la relation d'aide.

Quelques chiffres enfin :

Depuis août 94, le S.A.S. a enregistré un peu moins de 1200 demandes de prise en charge.

Parmi celles-ci, 765 ont pu aboutir à la création d'un dossier et à un accompagnement spécifique. Les autres demandes n'ont pas donné lieu à une guidance effective en raison soit de la non compétence territoriale du CPAS, soit encore de la non motivation ou de l'absence de demande de la part de l'utilisateur même.

Tant au niveau des démarches faites avec les personnes, que faites sans elles, on dénombre près de 6500 accompagnements réalisés annuellement en moyenne pour l'ensemble du service avec plus de 200 usagers différents rencontrés par année.

On observe également qu'environ 45 situations sont en moyenne suivies simultanément par chaque travailleur social ou psychologue.

8 Sortir de prison... et quitter ses dépendances ?

Monsieur Thierry Chantraine, Coordinateur – psychologue du Réseau de Prévention à la Récidive, Schaerbeek.

Monsieur Thierry Chantraine travaille dans le secteur de l'aide aux justiciables depuis 1997 et occupe le poste de coordinateur – psychologue au RePR depuis 2005.

Le RePR, Réseau de Prévention à la Récidive, est un projet du service de Prévention de la Commune de Schaerbeek qui a été créé il y a une dizaine d'année.

Ce projet est actuellement financé par le fonds fédéral des politiques des grandes villes. Le RePR a pour mission le suivi des Schaerbeekois détenus et ex-détenus ainsi que leurs proches afin de diminuer le risque de récidive.

Présentation du RePR

Pour bien comprendre ce qu'est le projet RePR, il faut remonter dans le temps. Pas bien loin, il y a une dizaine d'années. A ce moment, la commune de Schaerbeek est confrontée à un phénomène de délinquance urbaine bien plus important qu'aujourd'hui. Un fait a particulièrement frappé les esprits: une personne, en se faisant voler son argent à un distributeur automatique, va perdre la vie.

Suite à ce drame, les éducateurs de rue de Schaerbeek, qui connaissaient les deux jeunes, vont se questionner sur leur travail et plus particulièrement sur le travail qu'il serait possible de faire avec les jeunes qui sortent d'IPPJ ou de prison pour éviter que ne se reproduisent de tels faits.

L'idée a mûri et évolué pour aboutir à l'engagement de 4 personnes temps plein qui vont avoir pour objectif de développer et de construire un projet particulier, cohérent et porteur pour la commune de Schaerbeek. De là est né le RePR – Réseau de Prévention à la Récidive. Très rapidement, le RePR a restreint son public cible aux Schaerbeekois détenus et ex-détenus, en laissant le soin du travail avec le public mineur d'âge aux dispositifs spécialisés existant déjà sur le terrain. C'était principalement le public adulte et jeune adulte qui nécessitait que l'on s'intéresse à lui et que l'on comble une lacune dans le réseau d'aide que l'on pouvait lui proposer.

Aujourd'hui encore, l'équipe du RePR, même si elle a changé de visage, se compose de 4 personnes:

- Une criminologue,
- Une assistante sociale,
- Un travailleur social
- Un psychologue – coordinateur

Il s'agit donc d'une petite équipe pluridisciplinaire mise à la disposition de ce public particulier par la Commune de Schaerbeek et avec le soutien du Fonds fédéral des Politiques des Grandes Villes.

L'équipe prend en charge environ 250 dossiers par an.

Nous avons une particularité par rapport aux projets et services présents aujourd'hui : la toxicomanie n'est pas notre lien premier avec notre public. Mais il est vrai que notre public nous amène très régulièrement à prendre en compte dans notre travail cette problématique et à composer avec elle. C'est de ce pan de notre travail que nous parlerons aujourd'hui.

La mission et les objectifs du RePR

La mission

La mission du RePR telle qu'elle est décrite dans le projet de demande de subsides consiste à diminuer le taux de récidive des détenus schaerbeekois en offrant à ces personnes un suivi individualisé et personnalisé.

Il s'agit d'une mission extrêmement large et ambitieuse. La problématique de la récidive étant extrêmement complexe, il est difficile d'imaginer un dispositif capable de prendre en considération l'ensemble des facteurs susceptibles d'intervenir dans un processus de passage à l'acte et de récidive, et encore moins d'agir sur cet ensemble de facteurs dans la perspective de réduire l'occurrence de ce phénomène, voire même de le faire disparaître.

Il s'agit donc de lire cette mission à la lumière du contexte de travail dans lequel nous sommes amenés à travailler et de préciser le cadre de référence qui est le nôtre afin de pouvoir déterminer quelle sera notre manière d'intervenir pour remplir notre mission au mieux et la raison pour laquelle nous avons décidé d'intervenir de cette façon. Nous commencerons cette réflexion en exposant les objectifs que nous nous fixons dans le but d'accomplir notre mission. La question qui sous-tend cette première étape de réflexion est la suivante : « Quels sont selon nous les aspects sur lesquels l'utilisateur peut agir avec notre aide afin de réduire les risques d'un passage à l'acte susceptible de le mener à une situation de récidive ? »

Si le travail réalisé avec les usagers est principalement déterminé par la demande de la personne ou des personnes qui viennent solliciter notre aide, il est malgré tout primordial de définir nos objectifs. Ceux-ci vont être d'une part une manière de définir notre cadre de travail en regard avec la mission qui nous est confiée et d'autre part, une ligne de conduite nous permettant de lire la demande de l'utilisateur et d'y répondre de la manière la plus pertinente possible.

Les objectifs

- *Devenir acteur*

Devenir acteur ou redevenir acteur de son histoire. Si l'objectif semble bateau, le contexte judiciaire dans lequel nous évoluons le rend particulièrement judicieux. Lorsqu'une personne est confrontée au monde judiciaire et par la suite à la détention, son champ d'action et d'initiative se réduit brusquement pour s'approcher dangereusement du néant. Cela signifie que les personnes avec lesquelles nous travaillons, si elles ont pu éventuellement avoir un bout d'histoire sur lequel elles avaient une possibilité d'action, ont perdu tout moyen d'agir sur leur vie en entrant en prison. Le seul moyen qu'il leur reste pour avoir un certain pouvoir sur l'extérieur est d'utiliser les nombreux travailleurs sociaux qui gravitent dans le secteur, et en matière de pratique des travailleurs sociaux, notre public a une expérience certaine...

De notre part, nous avons la possibilité de répondre à leur demande d'aide sans nous poser d'autres questions. Nous réalisons alors une à une les demandes d'aide formulées, voire même devançons les démarches à réaliser pour répondre à la demande formulée. En bref, travailler de cette manière équivaut à réaliser les démarches pour des personnes incapables de les réaliser elles-mêmes. Nous sommes alors extrêmement compétents, les personnes détenues et sans pouvoir d'actions le sont quant à elles encore moins mais par contre elles ont trouvé le moyen de nous faire travailler et nous risquons en bout de course de nous sentir instrumentalisés. Il reste juste à trouver le responsable à cette situation de travail très inconfortable.

Comment sortir de ce dilemme ? Comment être soutenant sans se sentir instrumentalisé ? Comment prendre en compte la demande d'aide et y répondre en rendant le pouvoir d'action et la responsabilité au demandeur d'aide ? Ce sont ces questions qui guident notre pratique et qui nous font chercher des moyens d'intervenir en réfléchissant avec l'usager aux ressources qui sont à sa disposition, comment peut-il les utiliser et pour arriver à quel résultat. En travaillant de cette manière, nous remettons la notion de temps dans la relation d'aide en permettant à la personne demandeuse de mieux définir son objectif tout en gardant le pouvoir de l'atteindre avec les éventuelles ressources extérieures nécessaires. Il s'agit d'être soutenant en permettant au bénéficiaire de reprendre son histoire en main.

- *De l'instrumentalisation à l'outillage*

Ce premier objectif nous mène directement au second : être un *outil* plutôt qu'un *instrument*. Nous avons expliqué ci-dessus, les risques importants que le travailleur social a de se sentir rapidement instrumentalisé et les désagréments de cette situation. L'alternative que nous nous proposons d'utiliser dans notre travail est de se présenter comme *outil* plutôt que comme *instrument*. La différence se situe au niveau de la finalité. La finalité de l'action effectuée par l'*instrument* se situe dans le chef du demandeur qui instrumentalise. Le travailleur social perd une bonne part de contrôle sur son travail. La finalité de l'action de l'outil est à placer dans le chef du travailleur social qui, une fois l'objectif de la demande défini ensemble, se propose comme outil au demandeur en précisant dans quelles limites il est d'accord d'intervenir.

De cette manière, le demandeur garde son pouvoir d'action et le travailleur social reste maître de son travail et garde le contrôle du contexte d'aide qu'il a initié.

- *Définir notre place comme intervenant social*

Cette manière de travailler nous pousse à mieux définir notre rôle et à nous positionner clairement par rapport aux autres acteurs de terrain. La première personne par rapport à laquelle nous devons nous positionner est évidemment le demandeur : dans quelle mesure nous sommes d'accord de travailler avec lui, pour atteindre quel objectif et quelles sont les limites de notre intervention. Si nous nous positionnons face au demandeur et si nous souhaitons pouvoir réaliser notre travail tout en gardant le contrôle de notre intervention il est également nécessaire de définir clairement notre place d'une part par rapport aux représentants de la justice (nombreux et changeants) et d'autre part par rapport aux autres intervenants sociaux qui ne travailleront pas toujours comme nous ni dans le même contexte. Ce faisant, nous poussons les autres protagonistes à clarifier également leur position, leur rôle et ce qu'ils comptent éventuellement faire dans avec la personne demandeuse. Cette prise de position a encore un avantage indéniable, elle permet de limiter le risque que le demandeur ou le travailleur social ne soit pris en otage d'attentes ou de contraintes qui n'étaient pas envisagées au départ.

Le public : détenus et toxicomanes

Comme nous le mentionnons ci-dessus, notre public est avant tout composé de personnes judiciairisées. Il est évident que drogue et prison sont deux termes, deux problématiques qui sont très souvent associés. Mais est-ce toujours justifié ?

Lorsque l'on parcourt rapidement la littérature, nous retrouvons parmi les recherches qui traitent de la question que la proportion de détenus (masculins) qui consomment au moins une substance psycho-active varie entre 23 et 43% selon les études, la méthodologie utilisée et le pays⁵. Précisons en passant que la Belgique se situe plutôt dans le haut du panier avec 42% de détenus consommant au moins une substance psycho-active. A nous de juger si ce « score » est dû à une problématique particulièrement importante chez nous ou à un souci des chercheurs à rendre compte au mieux de la réalité du terrain. Il n'en reste pas moins que ces résultats nous semblent plutôt bien refléter ce que nous rencontrons dans notre pratique.

42% de la population carcérale belge est donc en prise avec au moins une drogue. Presque 1 détenu sur 2. Cela ne signifie évidemment pas qu'il s'agit toujours d'une consommation problématique.

⁵ Sahajian F., Lamothe P. et Fabry J., Consommation de substances psycho actives chez les personnes entrant en prison, *Santé publique* 2006/2, N° 18, p. 223-234.

Il est cependant important de mentionner que l'association de la drogue et du type de délit, sans tomber dans le piège d'une causalité linéaire, se retrouve dans tout type de délit : mœurs, vols meurtre, violence conjugale, coups et blessure, etc. L'association de la drogue et du délit ne se limite pas au lien qui est le plus souvent relevé : celui qui unit la drogue au vol (pour pouvoir consommer) et au deal. Cela permet de souligner un élément important, bon nombre de consommateurs (toxicomanes ?) ne sont pas en prison pour des faits qui pourraient être directement liés à la toxicomanie et si le lien entre la consommation et le délit existe, il n'est pas toujours évident.

Dans le même ordre d'idées, lorsque nous rencontrons les personnes détenues, les questions abordées dans un premier temps sont rarement liées à la consommation. Pour le dire simplement, la problématique que l'on nous expose le plus souvent pourrait être résumée comme ceci : « Mon problème est d'être en prison et pour pouvoir en sortir, je dois faire des démarches et attester d'un suivi ».

Dans la logique de cette demande, les premiers éléments auxquels les usagers nous donnent accès sont leur identité de justiciable et leurs éventuelles questions administratives. Les questions d'ordre social, psychologique, santé et consommation, lorsqu'elles émergent, viennent après. Elles sont secondaires. Cette dynamique, finalement, nous aide dans le sens où elle nous permet d'aborder la question de la toxicomanie pour ce qu'elle est : une problématique multiple parmi de multiples problèmes.

Si la toxicomanie est une problématique parmi d'autres à laquelle notre public nous confronte, il est important de souligner un paradoxe auquel nous confronte particulièrement le détenu toxicomane. Celui de nous demander de l'aider à sortir alors qu'il nous montre qu'il se porte mieux à l'intérieur.

La prison semble souvent être vécue par ce public particulier comme un sas de décompression où la consommation, même si elle perdure, pose moins de problèmes. Les tensions quotidiennes, même si elles existent, semblent plus supportables. La vie quotidienne est réglée par l'institution carcérale, et même si nous sommes loin du paradis, cela semble apaiser. Evidemment, cela n'est pas énoncé comme tel, mais nous ne pouvons pas ne pas le voir.

Ce qui est clairement énoncé par contre, c'est la demande d'aide à sortir...et c'est là que se situe le paradoxe qui nous coince comme intervenant social. Aider la personne à sortir de prison, c'est notre travail, celui que nous annonçons, même si nous l'annonçons de manière un peu détournée. Alors, comment pouvons-nous aider quelqu'un à quitter un lieu pour un autre alors qu'il nous apparaît mieux ici et maintenant ? Comment pouvons-nous faire semblant que le retour à la vie extérieure est mieux pour lui alors que ce que nous savons de son histoire et ce qu'il nous montre de lui aujourd'hui nous convint du contraire ?

Finalement, comment pouvons-nous aider une personne à sortir de prison et à quitter ses dépendances ? Ses dépendances aux produits éventuellement, mais également et surtout ses dépendances à l'institution carcérale, aux services sociaux en tout genre, aux psys, aux institutions de soins de santé, et souvent aussi à sa famille.

Poser la question de la réinsertion, c'est nous permettre à nous, travailleurs sociaux, à travailler avec ce paradoxe et à le dépasser.

La question de la réinsertion

Dans ce travail, nous sommes amenés à jouer à l'équilibriste entre le détenu et la justice. Nous sommes amenés à naviguer entre les attentes du détenu et les attentes de la justice. Nous pourrions être tentés de comparer notre travail à un travail sous contrainte, mais cette comparaison ne nous correspond pas tout-à-fait. Nous pourrions parler d'un travail sous contrainte si nous étions mandatés par le tiers (la justice), pour faire ce travail, mais ce n'est jamais le cas. Notre seul mandant est le détenu lui-même. Aussi préférons-nous parler de demande d'aide conditionnée.

Considérer la demande d'aide comme une demande conditionnée, c'est la manière que nous avons trouvé de libérer le détenu du besoin qu'il avait de nous convaincre qu'il avait réellement besoin d'aide.

Un détenu toxicomane va, pour pouvoir bénéficier d'une libération conditionnelle ou d'un bracelet, devoir mettre en place un suivi social et souvent également un suivi psychologique. La tendance des travailleurs sociaux est souvent d'insister sur la nécessité d'une « demande personnelle » pour pouvoir travailler avec une personne. Ce faisant, nous la poussons alors à nous convaincre qu'elle a besoin de notre aide tant et si bien que nous nous mettons nous même dans une situation impossible. La personne que nous avons en face de nous est-elle sincère ou met-elle des stratégies en place pour pouvoir satisfaire la justice ? De plus, ce public a une grande pratique des travailleurs sociaux et connaît exactement le discours qui peut nous plaire et ce qu'il doit dire pour avoir une chance de nous « convaincre ».

Pour libérer... décroisonnons. Pour décroisonner... communiquons.

Partir de la condition nous permet d'éviter ce piège en rétablissant du dialogue à différents niveaux et en définissant différents niveaux de dialogue.

Tout d'abord, parler de la condition réintroduit le tiers, la justice, et permet au détenu de se positionner par rapport à cette dernière.

Par exemple : « La justice m'oblige à avoir un suivi parce que je consommais, mais ce n'est plus le cas. Depuis que je suis ici, je ne consomme plus, enfin presque. En tout cas ça n'est plus un problème pour moi. »

Ensuite, cela nous permet également de nous positionner en tant que travailleur social. Nous n'avons pas besoin que le détenu soit d'accord avec la justice pour travailler avec lui. Nous avons juste besoin qu'il soit d'accord de travailler avec nous sur la manière dont il pourrait prouver à la justice qu'il n'a pas besoin de ce suivi.

Pour ce faire, il doit savoir exactement pourquoi la justice lui impose ce suivi et aller chercher l'information auprès des interlocuteurs auxquels il a accès. Il doit ensuite déterminer comment il pourrait concrètement prouver que cette exigence n'a plus lieu d'être. Bref, fixer des objectifs concrets, évaluables et projetés dans le temps.

Pour notre part, nous devons garantir le cadre qui permettra au détenu de faire son travail. Garantir le cadre, c'est s'assurer que la justice soit d'accord avec ce dernier. Cela nécessite, qu'à notre tour nous soyons capables de communiquer avec le représentant de la justice pour expliquer le cadre dans lequel le travail sera réalisé et nous assurer que celui-ci est compris et réponde aux attentes de la justice. Nous communiquons donc sur la forme, pas sur le fond (il n'y a donc pas d'atteinte au sacro saint secret).

Nous déterminons donc avec le détenu un travail défini, concret qui a le grand avantage d'avoir une fin. Une fois que le détenu a atteint ses objectifs, nous pouvons en attester (sans nous sentir manipuler) et la personne peut retourner vers la justice pour demander qu'elle lui retire cette condition.

En travaillant de la sorte nous permettons au détenu d'avoir une maîtrise sur le travail, de reprendre les rennes de son histoire en main.

Un autre avantage à cette manière de faire se situe au niveau de la communication et du décroisement des acteurs. Le détenu est poussé à renouer le dialogue avec le représentant de la justice (SPS, assistant de justice, directeur, procureur, TAP, etc.) sans pour autant être d'accord avec eux. Les représentants de la justice sont amenés à se positionner comme tels en expliquant le plus clairement possible la décision de la justice (pourquoi la justice impose-t-elle telle et telle condition). Le représentant de la justice clarifie de ce fait son rôle : « je vais m'assurer que tu vas bien faire ce que tu me dis que tu vas faire ».

Enfin, nous-mêmes comme intervenants, allons devoir communiquer avec les représentants de la justice sur la forme, comme je le disais ci-dessus, afin de garantir le cadre de travail pour que le détenu ou l'ex-détenu puisse faire son travail.

Nous garantissons ainsi que la communication tourne là où elle doit tourner et que l'information reste là où elle doit rester. Pousser la communication à tourner, c'est aussi une manière de favoriser le décroisement entre les intervenants qui travaillent avec le public des détenus toxicomanes. Nous observons souvent à quel point les dépendances tirent profit de ce cloisonnement⁶. Cette réflexion peut évidemment s'étendre à nos relations de travail avec les autres travailleurs sociaux « hors prison » mais également avec les familles des détenus.

⁶ Stupka C., Trepos J-Y. , Améliorer la qualité de la prise en charge des usagers de drogues en prison ? Le difficile équipement d'une innovation, Psychotropes, Vol. 8 n°2, p 119-138

Lorsque nous nous restreignons à communiquer entre travailleurs sociaux de différents services et institutions (CPAS, commune, asbl, santé, etc.) sous couvert, par exemple, du secret professionnel ou par « facilité », nous ne faisons rien d'autre que de conforter un système du maintien de la dépendance. Nous laissons une place énorme au contrôle et à la manipulation de la personne toxicomane qui en bénéficie pour s'assurer du non changement de son système dépendant.

Evidemment communiquer entre intervenants, services, institutions et familles ne signifie pas de rompre le secret professionnel. Il faut savoir sur quoi nous échangeons et avec qui. Il faut surtout savoir sur quoi nous n'échangeons pas et pourquoi.

Alors seulement nous pouvons commencer à travailler à notre niveau sur la manière dont le détenu toxicomane va pouvoir quitter ses dépendances.

Proposer aux détenus toxicomanes de quitter leurs dépendances, d'abandonner un système dont ils ont le contrôle et qui plus est a sa raison d'être, ne se fait pas sans résistances.

Une des manières que nous avons adoptées pour essayer de comprendre et de dépasser ces résistances a été d'essayer de comprendre la raison d'être de ce fonctionnement au sein des familles avec lesquelles nous travaillons parfois.

Travaillant souvent avec des familles d'origine immigrée, nous avons eu l'occasion de creuser un peu la question et de chercher les liens qui unissent la question de la toxicomanie, de l'histoire de l'immigration, du traumatisme de cette histoire et de l'impact de ce traumatisme sur la construction identitaire.

Immigration et trauma

Un point marquant de ces familles est leur apparente « absence de problèmes ». Ces familles apparaissent souvent au premier coup d'œil comme des familles « sans histoire »⁷. De famille « sans histoire », le pas est vite fait de faire le lien avec l'absence d'histoire de ces familles. Très peu d'informations circulent sur les événements qui ont été vécu. Les personnes avec lesquelles nous travaillons ne savent presque rien de l'histoire de l'immigration de leur famille. Des pans entiers de ces événements sont inconnus ou tout du moins extrêmement flous.

De cette constatation nous en sommes arrivés à l'hypothèse que les personnes toxicomanes d'origine maghrébine ont un problème à régler avec la migration de leurs parents.

⁷ Giffard R., Toxicomanie et mythe de famille « sans histoire », psychotropes, vol. 10 n° 1, p. 7-17.

Bon nombre d'auteurs qui se sont penchés sur la question de la toxicomanie ont pu mettre en évidence la présence d'un traumatisme ou d'un conflit non résolu au sein de la famille d'origine et ont tenté d'apporter un éclairage supplémentaire en étudiant cette question d'un point de vue intergénérationnel⁸.

S'il est certainement erroné de dire que l'immigration est à elle seule un traumatisme qui permet d'expliquer la toxicomanie des jeunes de la deuxième ou troisième génération, il l'est peut-être moins de penser que cette période de l'histoire fait partie d'un traumatisme qui a encore aujourd'hui des répercussions sur la dynamique de ces familles. Plusieurs observations permettent également de penser que dans plusieurs de ces familles, l'immigration constitue un événement traumatisant qu'il n'a pas toujours été possible d'élaborer et d'intégrer.

L'immigration constitue, pour les familles qui l'ont vécue, une réelle déchirure. Cette déchirure a laissé des traces, mais les événements vécus en amont et en aval de cette immigration doivent être compris dans la compréhension de ce traumatisme. En effet, qu'en est-il de la coupure avec la famille restée au pays et qu'en est-il des relations parfois conflictuelles et qui ont été laissées en plan avec la décision de partir. De même, ces familles sont parties sans imaginer les conséquences d'un tel changement. La désillusion a suivi et les difficultés liées à l'immigration sont apparues : intégration de deux cultures pour les jeunes, échec du projet de réussite sociale, etc.

Nous pouvons donc rassembler cet ensemble d'événements sous l'appellation de traumatisme migratoire et considérer que, pour la plupart, ces familles n'étaient pas armées pour assimiler ce genre d'expériences traumatisantes. Ce phénomène a eu un impact très important sur la dynamique de la famille maghrébine et sur la manière dont les fonctions parentales, par exemple, ont évolué. De plus, le fait que ce traumatisme n'ait pu être élaboré a rendu difficile voire impossible l'intégration de cet événement dans la construction identitaire des générations qui ont suivi, provoquant l'émergence d'une série de symptômes.

⁸ Angel, P. et Angel, S. (1989), *Famille et toxicomanies. Une approche systémique*, Paris, Editions Universitaires.

Bader M., Mazet P., Pierrehumbert B., Plancherel B. et Halfon O. (2004), Composantes transgénérationnelles dans les toxicomanies et les troubles des conduites alimentaires à l'adolescence, *La psychiatrie de l'enfant*, n° 472, 2, p. 393-441.

Cirillo S, Berrini R., Cambiasso G. et Mazza R. (1997), *La famille du Toxicomane*, Paris, Editions ESF.

Selvini, M. (1995), Troubles mentaux graves et méconnaissance de la réalité, *Thérapie Familiale*, XVI, 2, p. 131-144.

Du point de vue du père

Dans la culture traditionnelle, le père occupe une place centrale. Il représente l'autorité indiscutable, il est également celui qui va arbitrer les éventuels conflits, il a une légitimité qui ne doit pas être confirmée. Cependant cette fonction va de paire avec certains devoirs : garantir les revenus du ménage et le niveau de vie des siens, veiller à l'honneur de la famille et au besoin le rétablir.

Il est de coutume de dire que dans les familles maghrébines, le père occupe une fonction de représentativité sociale, c'est lui qui représente la famille à l'extérieur du domicile, alors que la femme va occuper cette fonction à l'intérieur du foyer (rassembler, veiller à l'unité, recevoir, etc.).

Lorsque nous intervenons auprès des familles de personnes toxicomanes, nous ne pouvons que nous questionner face au silence, voire à l'absence des pères, alors que l'on s'attendrait à les avoir comme premiers interlocuteurs. En abordant cette question, N. Panunzi-Roger⁹ parle d'une crise de dé-légitimation.

Bon nombre d'éléments ont contribué à miner la légitimité des pères des familles issues de l'immigration maghrébine. Tout d'abord, l'échec du projet migratoire auquel a contribué la crise économique des années 70. La réussite sociale et professionnelle n'a pas été celle escomptée et le regard sur la question de ceux qui sont restés au pays n'en est que plus blessant. L'absence de travail, pour cause de chômage ou de maladie, enlève également une grande part à la fonction paternelle. Il ne remplit plus sa mission de pourvoyeur. Du point de vue autoritaire également, le mode d'imposition, seul connu jusqu'alors, est mis à rude épreuve par notre société occidentale. Les multiples interventions extérieures (directeur d'école, éducateurs, police, etc.) ont terminé de délégitimer la fonction paternelle en montrant également son incapacité à protéger l'intimité familiale des intrusions extérieures et de la honte à laquelle elle doit faire face.

Face à cette délégitimation, le père s'efface et disparaît de la scène familiale, soit en s'isolant dans sa propre famille, soit en la quittant. La famille se retrouve alors sans représentant de l'autorité. Ce rôle est parfois partiellement repris par la mère, parfois aussi par un des fils.

Si les enfants n'ont pas accès à l'histoire, ils ressentent malgré tout une honte et une culpabilité qui transparaissent et qui restent inexplicables. Le silence du père contribue à la rupture de la chaîne de la transmission intra-familiale.

⁹ Panunzi-Roger, N. (2004), L'accès aux soins psychologiques des familles migrantes d'origine maghrébine, *Psychotropes*, n°11, 1, p. 33-54.

Du point de vue de la mère

Ce qui caractérise le plus les jeunes femmes ou les jeunes mères immigrées, c'est l'isolement. En arrivant en Belgique, ces jeunes femmes se sont retrouvées dans un environnement totalement inconnu et bien loin de la réalité de village qu'elles avaient quitté. C'est également l'absence d'un réseau relationnel qu'il faut souligner. Alors que dans leur environnement d'origine, les jeunes mères sont entourées des mères, grands-mères, tantes et sœurs pour les tâches domestiques et surtout éducatives, elles ont dû gérer et apprendre cette fonction seules sans aucune ressource extérieure.

N. Panunzi-Roger ¹⁰ parle de la dépression des femmes maghrébines immigrées. Même s'il n'est pas évident de parler de dépression sans une étude approfondie sur le sujet, nous pouvons au moins en poser l'hypothèse et souligner les difficultés que ces femmes et jeunes mères ont eu à surmonter les souffrances et les séquelles qui en ont découlé.

En allant plus loin, nous pouvons également nous poser la question des conséquences de l'état «dépressif » de ces jeunes mères sur les relations qu'elles ont entretenues avec leur bébé ou jeune enfant. Nous pouvons rejoindre Cirello et co.¹¹ lorsqu'il décrit les trois parcours de transmission inter-familiale des carences. Dans la troisième dynamique exposée, celle de l'abandon agi, la relation mère-enfant est caractérisée par l'abandon. La mère, étant dans une situation de solitude extrême, ne peut empêcher que se répètent les carences et le vécu d'abandon qu'elle a elle-même vécu. Il me semble que la plupart des situations rencontrées se rapprochent de ce parcours de « l'abandon agi ». Cette hypothèse nous pousse à nous poser la question du vécu des parents avant et pendant l'immigration. C'est là que nous nous heurtons souvent au silence. Lorsque nous abordons ce sujet avec les personnes toxicomanes que nous rencontrons, nous nous rendons compte à quel point leur connaissance de ce pan de leur histoire est lacunaire, voire inexistante. Il est intéressant d'envisager dans quelle mesure il est possible de mettre des mots sur ce passé d'abandon et de rupture et quelles conséquences ce travail peut avoir sur le public avec lequel nous travaillons.

Les relations qu'une mère en souffrance entretient avec son enfant ont des conséquences sur ce dernier et peuvent dans une certaine mesure nous aider à comprendre et à donner du sens à certaines fragilités qui peuvent, dans certaines situations, avoir mené l'enfant à des comportements déviants et à l'échappatoire qu'est dans un premier temps la drogue. Cette relation de l'enfant à la mère en souffrance peut aussi être vue comme une relation salvatrice pour la mère.

¹⁰ Panunzi-Roger, N. (2004), L'accès aux soins psychologiques des familles migrantes d'origine maghrébine, *Psychotropes*, n°11, 1, p. 33-54.

¹¹ Cirillo S, Berrini R., Cambiasso G. et Mazza R. (1997), *La famille du Toxicomane*, Paris, Editions ESF.

En effet, dans un tel isolement, la souffrance de la mère maghrébine immigrée de la première génération n'a trouvé aucun écho, aucune reconnaissance. Le bébé ou l'enfant a été le seul réceptacle de ce vécu de souffrance, et sans doute également le seul point d'accroche à l'existence. Comment l'enfant en grandissant peut-il sortir de ce rôle, quitter sa fonction d'antidépresseur. La drogue et la prison peuvent être lues comme une manière de résoudre cette équation impossible. Comment quitter le foyer familial sans le quitter ? Comment tenter d'échapper à ce rôle devenu trop lourd et insupportable sans trahir sa famille ?

Conflits de loyautés et identités

Parler des valeurs familiales et culturelles et de la confrontation de celles-ci à la société d'adoption des familles maghrébines migrantes nous permet encore de nous poser la question de l'impact de cette confrontation sur la structure familiale de ces familles migrantes.

M. Jaidi-Elalami¹² étudie ce phénomène au Maroc où elle observe la coexistence de plusieurs cultures qui ne sont pas toujours considérées sur un pied d'égalité. Cette coexistence peut créer de fortes tensions jusqu'à questionner leur identité propre au sein de certaines familles. Au sein de ces familles, nous pouvons voir apparaître des relations dysfonctionnelles et des comportements symptomatiques résultant de conflits de loyauté et d'un sentiment de trahison envers leur propre culture.

Nous pouvons nous inspirer de l'éclairage de M. Jaidi-Elalami pour tenter de mieux cerner ce qui se joue dans les familles des personnes toxicomanes que nous suivons dans notre service. La question du conflit de loyauté vu sous l'angle culturel et la question de l'impact de ce conflit sur la construction identitaire peuvent être une piste intéressante.

Les enfants et les jeunes des familles maghrébines issues de l'immigration se retrouvent face à un choix impossible à faire et qui va avoir un impact très important sur la construction de leur identité. Ils vont devoir jongler avec un ensemble de valeurs issues de la culture d'adoption considérée comme dominante et indispensable à leur intégration, et un ensemble de valeurs traditionnelles indispensables s'ils veulent pouvoir prétendre être et rester un membre de la famille et du groupe. La manière dont leur identité va se construire dans un perpétuel duel de valeurs va donner lieu à un ensemble de manifestations qui peuvent aller jusqu'à la délinquance ou la toxicomanie. Dans cette optique les symptômes (toxicomanie, délinquance) peuvent être compris comme l'expression de loyautés cachées à l'égard de la culture traditionnelle.

¹² Jaidi-Elalami, M. (2002), Identité et loyauté familiale, Cahiers critiques de thérapie et de pratiques de réseaux, n° 28, 1, p. 89-101.

Avant d'en arriver à une toxicomanie avérée ou à un comportement délinquant gravement sanctionné, les manifestations ou symptômes peuvent être vus comme un moyen ingénieux de résoudre ce conflit de loyauté.

Comme nous l'expliquions plus haut en parlant de la culture orale importante dans ce groupe et de la difficulté de trouver sa place dans une culture où tout passe par l'écrit, bon nombre de parents n'ont pas facilement pu franchir la porte des institutions accueillant leurs enfants. Certains parents n'ont franchi cette porte qu'une fois interpellés par l'école pour des comportements problématiques de leurs enfants.

Il est sans doute important de souligner, le seul conflit des cultures et des valeurs sous-jacentes à celles-ci ne suffit pas à expliquer ce genre de manifestation symptomatique. Dans ce genre de situation nous pouvons souvent voir que ces conflits de loyauté viennent réactiver d'anciens conflits provenant des familles d'origine.

Conclusion

En conclusion, parler de réinsertion de détenus toxicomanes ne semble peut-être pas le plus juste. Parlons plutôt d'insertion dans la société et dans leur famille. Comment pouvons-nous les aider à construire leur identité d'acteur dans la société et dans leur famille.

Dans ce but nous définissons notre rôle comme celui d'un outil et non d'un instrument afin de les accompagner dans cette prise de conscience et de distance par rapport au rôle qui leur est attribué ou qu'ils ont occupé et qui a contribué à l'instauration d'un système dépendant. On l'a vu, il existe un écart entre les actes qui marginalisent, commis par le détenu toxicomane, et l'image qui banalise : la famille véhiculant une image de paix et de famille soudée et sans histoire. Finalement, par ses actes délictueux, le toxicomane s'intègre parfaitement dans ce schéma familial en renforçant et en maintenant cette cohésion et cette solidarité familiale autour de lui sans omettre de questionner cette même cohésion et l'absence d'histoire.

Dès lors, il s'agira de travailler avec le détenu toxicomane en respectant ses valeurs tout en construisant une relation qui lui permettra de construire un rôle différent de celui qu'il a occupé jusqu'alors et de se distancier par rapport au poids de ce rôle dans son histoire familiale.

De notre point de vue de travailleur social, ce travail peut déjà commencer en décroissant nos interventions. En communiquant sur la forme de nos interventions et en ne permettant pas au détenu toxicomane de garder le contrôle sur nos pratiques, ce qui peut être ressenti par nous comme de la manipulation, nous lui permettons d'entamer un changement au sein de son système dépendant plutôt que de participer à son maintien.

9 Séance de clôture

Allocution de Madame Véronique Ketelaer, Fonctionnaire de prévention de la Ville de Bruxelles.

Diplômée en sciences politiques et en criminologie, Véronique Ketelaer a une expérience active de plus de 10 ans dans le domaine de la prévention et elle est actuellement fonctionnaire de prévention de la Ville de Bruxelles et directrice de l'asbl BRAVVO depuis le 1^{er} décembre 2008.

En 1997, elle a été chargée de mission pour le contrat de sécurité à la Ville de Liège. Ensuite, durant 8 ans, elle a occupé le poste de fonctionnaire de prévention à Saint-Gilles où elle était chargée de coordonner la mise en place de la politique communale de prévention et de sécurité et le service de Prévention de la Commune, tout en cumulant sa fonction de Secrétaire du Forum Belge pour la Prévention et la Sécurité Urbaine (FBPSU asbl). De juin 2007 à décembre 2008, elle a été chargée de mission pour le FBPSU. Dans ce cadre, ses missions consistaient à valoriser les réseaux de professionnels de la prévention et la sécurité au niveau des villes belges, stimuler la réflexion sur les politiques de prévention et de sécurité au niveau local ainsi que de soutenir l'échange de bonnes pratiques.

Parallèlement à ces expériences de terrain, elle est également chargée de cours pour la police fédérale dans le cadre du brevet de direction et des aspirants officiers.

Bonjour à tous,

Tout d'abord, je tiens à remercier la CLDB de m'avoir fait l'honneur de pouvoir mettre en évidence les points forts des échanges de cette rencontre, qui nous a permis de dresser un bilan sur l'expérience acquise dans les différents services dédiés à la gestion des usages problématiques de drogue, mais aussi de réfléchir ensemble à leurs perspectives.

A l'issue de cette journée, on peut affirmer qu'un savoir-faire s'est développé au sein de nos communes, et qu'une expertise locale s'affirme, en étroite collaboration et complémentarité avec les associations, qui travaillent dans le même domaine et sur le même terrain que les acteurs communaux.

Partons du constat qu'aujourd'hui, 15 ans après la mise en place de services communaux, il y a toujours autant de ravages en termes de dépendance des personnes. De fait, les produits sont devenus plus accessibles, et davantage acceptés socialement. A titre d'exemple, la cocaïne connaît ces dernières années une augmentation importante de sa consommation... Face à ce glissement des usages de drogues, les services ont donc adapté leurs pratiques et s'orientent vers la gestion de la « polytoxicomanie », qui peut induire une augmentation de l'agressivité latente des usagers et qui peut donc exposer les intervenants à une mise en danger. Je profite de l'occasion pour saluer leur mérite face à leur mission complexe à accomplir.

Au vu de l'évolution des consommations, la gestion de l'usage problématique de drogues se doit donc aujourd'hui d'être à la fois globale, intégrée et complémentaire. Elle doit faire appel à de multiples types d'aides qui sont données à différents niveaux, avec une accessibilité variable, avec et par des partenaires, et selon des méthodes et des moyens d'intervention distincts.

On ne peut que se réjouir et encourager que les nombreuses structures prenant en charge la toxicomanie ont d'ailleurs non seulement appris à se connaître, mais aussi à travailler ensemble et à se renforcer mutuellement, et ce dans le respect des missions et de la déontologie des différentes professions exercées.

Les deux thèmes qui ont été développés et discutés au cours de la journée, à savoir la réduction des risques et la réinsertion, sont deux niveaux d'intervention qui peuvent être considérés comme diamétralement opposés. Par contre, leur objectif commun est de viser tous deux au bien-être de l'usager. Compte tenu de cela, on a vu apparaître sur le terrain ces dernières années, des initiatives nouvelles qui ont pour but d'améliorer leur quotidien.

1. Concernant la réduction des risques :

- o On l'a vu aujourd'hui, le Buddy project est une variante de la politique des pairs ou des grands frères, et ce projet a le mérite de donner toute sa place à l'usager qui sait, mieux que quiconque, ce qu'il est souhaitable de faire. Ce genre d'initiatives dans laquelle l'usager est pleinement associé à une démarche professionnelle, est, me semble-t-il, à renforcer à l'avenir.
- o L'intervention en milieu festif réalisée par les actions d'un service tel que le SepSud, œuvre clairement dans une optique de santé publique d'information et de sensibilisation. Il collabore avec des boîtes de nuit et les invite à signer la charte Quality Night. Cette façon d'impliquer des « non spécialistes » de la toxicomanie dans des actions de RDR m'apparaît être une ressource non négligeable.

2. Quant à la réinsertion, elle vise à redonner aux usagers une place dans la société, ce qui, vous le savez, représente un défi de taille. Vous le savez aussi, l'accumulation fréquente des problèmes associés à la toxicomanie rend parfois la résolution de certaines situations inextricables.

Comment dès lors améliorer l'intégration des usagers problématiques de drogues ?

- o Dans une société qui donne une image de l'homme de plus en plus individualiste, il y a urgence à recréer des liens sociaux. Dans cette optique, n'y a-t-il pas rapidement lieu de réfléchir au développement d'initiatives d'habitats collectifs où les personnes qui partagent le logement ne sont pas préjudiciées de leurs ressources financières (et ne se voient pas ponctionner la moitié de leurs allocations), si elles habitent ensemble ?

- o Pour appréhender le phénomène de l'usage problématique de drogues, il faut aussi développer des actions qui ne soient pas directement ciblées sur ce phénomène en lui-même. Cela veut dire que les acteurs œuvrant dans le décrochage scolaire, l'emploi et le logement, se doivent aussi d'être impliqués car leurs actions ont une incidence certaine sur le phénomène de l'usage de drogues. Si on ne se focalise pas exclusivement sur l'usage de drogues, mais si on agit aussi sur d'autres domaines, on peut donc espérer une diminution de la consommation.
- o Trop souvent encore, la drogue est identifiée comme étant la source de tous les maux. Ceux-ci peuvent être la cause comme la conséquence de l'usage de drogues (je ne cite à titre d'exemple que l'endettement, les démêlés avec la justice, les nuisances publiques, la délinquance, la déscolarisation). Il s'agit donc d'appréhender l'usage de drogues dans une optique globale de diminution du sentiment d'insécurité, de manière multidimensionnelle.

Je souhaiterais souligner ici qu'il est erroné de penser que seuls les intervenants en toxicomanie sont capables de diminuer le sentiment d'insécurité lié à la problématique des drogues et que nous, coordinateurs de projets, médiateurs sociaux, travailleurs de rue, et citoyens, sommes tous responsables.

- o La résolution des situations administratives des personnes est un élément essentiel pour l'amélioration de leur bien-être. Nous l'avons vu, le CPAS est un relais prépondérant en la matière, car c'est ce qu'il propose en facilitant, sur le plan administratif, un accès aux structures d'aide.

Pour continuer, je me permets de vous présenter ce qui m'a paru aujourd'hui comme étant les forces des différents projets :

1. La volonté d'adaptation des pratiques de la part des intervenants. Ils s'engagent sur le terrain au quotidien et ont la volonté, via une évaluation interne de leurs projets, de mesurer les impacts exacts de leurs actions. Il y a là, à mon sens, à y trouver une forme de proactivité qui entend dépasser la réalisation des objectifs qu'ils se sont fixés au départ. De la sorte, l'évaluation permet à de nouveaux projets d'action de se développer.
2. La mise en place de lieux d'échange de pratiques, tels que la CLDB, permet que les intervenants puissent développer un langage commun et mieux identifier et harmoniser les missions et fonctions de chacun des maillons de la chaîne. Ces rencontres représentent également des occasions uniques et originales de se former entre pairs.

Ceci est d'autant plus remarquable que ce genre de lieux de concertation fonctionne encore trop souvent sur base de la simple bonne volonté des intervenants, qui, souvent, pour s'impliquer dans cette dynamique, prestent dans un cadre de bénévolat ou sur leur temps de travail.

3. Des visions nouvelles du phénomène se sont développées ces dernières années. A titre d'illustration, celle qui consiste à considérer qu'il n'est non pas uniquement possible de vivre sans drogues, mais aussi avec elles, est peut être choquante pour certains intervenants. Mais dans certaines conditions, reconnaissons que cette façon d'aborder les choses a fait ses preuves. Soulignons que c'est la mise en commun de ces différentes visions de l'usage, qui tantôt tiennent compte de la consommation, tantôt préconisent l'abstinence totale, qui peuvent apporter l'aide la plus adaptée à l'utilisateur en fonction de ses ressources, de son état motivationnel, de ses besoins, de ses problématiques. Rappelons-nous qu'il s'agit avant tout d'améliorer la qualité de vie des usagers et que ces usagers ne se mettent plus eux-mêmes en danger, ou ne mettent en danger leurs concitoyens.
4. Pointons enfin la proximité de l'action de certains des projets qui ont été présentés. On peut se féliciter que les acteurs de première ligne, vont de plus en plus à la rencontre du public. Vous le savez comme moi, ce n'est pas toujours une sinécure. Finalement, ces acteurs de terrain ne sont-ils pas en quelque sorte les représentants d'une société qui a mis ou met en marge les usagers de drogue, mais aussi de ce que cette société fait pour eux ? Etant doublement émissaires, il faut admettre qu'aller à la rencontre des personnes est essentiel et qu'on ne peut plus, à l'heure actuelle, se contenter d'attendre les personnes en demande d'aide dans un bureau...

Différents défis restent encore à relever :

1. les contrats de travail des acteurs de terrain du secteur communal sont parfois précaires et peu valorisants (horaires difficiles et salaire dérisoire). Cela peut impliquer un important roulement des personnes au sein des services, alors que la problématique de l'usage de drogues induit un travail de longue haleine sur plusieurs années.
2. L'évaluation des projets ne doit plus uniquement être comprise par les intervenants comme moyen de justifier l'utilisation des subsides, mais comme étant avant tout un outil pour les guider. Dans ce cadre, elle doit notamment permettre de :
 - o rendre compte du travail effectué et du temps passé à résoudre telle ou telle problématique ;
 - o correspondre aux attentes des acteurs de terrain qui souhaitent s'approprier cet outil pour évaluer les répercussions des actions menées, pour recentrer leurs objectifs, orienter, adapter leurs pratiques, et en retirer du bénéfice pour les usagers ;

- o tenir compte des variables sur lesquelles les acteurs n'ont aucune emprise (situation socio-économique, le quartier de développement des actions, le climat, ...), mais qui ont une incidence non négligeable sur les projets et sur l'usage que les personnes font des drogues.

Il s'agit de recontextualiser l'évaluation dans le cadre des actions. Il est d'ailleurs souhaitable que les personnes directement concernées par l'évaluation soient étroitement impliquées dans la construction des canevas d'évaluation.

3. Les multiples Ministères des différents niveaux de pouvoir, qui comptent la toxicomanie dans leurs champs de compétences, ne se concertent pas toujours régulièrement. A mon sens, l'expertise des intervenants locaux impliqués dans l'appréhension de la problématique, est encore insuffisamment exploitée pour la mise en place et la réorientation des politiques. Dans cette optique, j'ose espérer que la cellule Politique Générale Drogues récemment instituée au niveau fédéral, et qui a pour rôle de développer la concertation entre les Ministres compétents, fasse fréquemment appel aux acteurs communaux. Ceux-ci sont des personnes de prédilection pour faire remonter les constats de terrain qui correspondent le plus fidèlement possible à la réalité vécue dans les quartiers. Les débats parlementaires et gouvernementaux pourraient alors s'en nourrir.

Enfin, on peut se poser la question de savoir s'il n'est pas temps de :

1. Développer l'information du grand public sur les objectifs des différentes méthodes d'intervention (qui ont toutes pour objectif le bien-être de l'utilisateur mais aussi du citoyen) et collaborer avec les médias pour éviter une association encore trop fréquemment tronquée entre délinquant et usager de drogues.
2. Mettre en place une structure appropriée aux usagers mineurs. A l'adolescence, vous le savez, la problématique d'usage de drogues peut être considérée comme le symptôme d'un mal-être et/ou d'un dysfonctionnement. Proposer une intervention neutre qui ne cherche pas à diaboliser le produit, ni uniquement à le réprimer, est une piste de travail à laquelle il faut réfléchir. Une place doit en tous cas être donnée à ces personnes qui sont tout autant confrontées que les adultes à l'usage de drogues, qui disposent de moins de ressources, et qui, paradoxalement, bénéficient de moins de portes ouvertes vers les services spécialisés.
3. Arrêter de se voiler la face en ce qui concerne les usages de drogues en prison : c'est une réalité de laquelle nous devons tenir compte. L'utilisation de matériel non stérile est encore fréquente et le sevrage de méthadone est souvent brutal. N'appartient-il pas aux acteurs communaux de collaborer ou de jouer aussi un rôle dans la mise en place de nouvelles réponses aux problématiques d'usage rencontrées en milieu carcéral ?

4. Pour éviter la discontinuité des actions, il est aussi capital de pérenniser les structures et le personnel qui y est associé. De même, n'y a-t-il pas lieu de renforcer la formation des acteurs que nous envoyons sur le terrain, et qui, trop souvent encore, se disent démunis au regard de la complexité des problématiques qu'ils ont à gérer au quotidien ?

Pour conclure, œuvrons donc à améliorer les relais entre les partenaires, à consolider les pratiques de travail en réseau et à donner un cadre précis aux interventions de chacun des acteurs de la chaîne qui ne peuvent pas agir sans travailler ensemble, mais qui sont tenus à des mandats et déontologies divergents.

Je tiens à vous remercier pour votre attention et vous propose de clôturer la journée par un petit verre, en toute amitié.

ANNEXES

Programme

MERCREDI 6 MAI 2009

MATINEE

9h30 : Accueil des participants

10h00 : Mot de bienvenue de Monsieur Philippe Moureaux, Bourgmestre de Molenbeek-Saint-Jean, et président du F.B.P.S.U.

Allocution de Madame Muriel Goessens, Directrice de l'A.S.B.L. Transit et représentante de La C.L.D.B. et de la P.C.L.D.

10h30 : Hepatitis C : Het Buddy project
Mevrouw Tessa Windelinckx, coordinator Vlaamse spuitenuil, Antwerpen.

11h00 : Projet RESU :
Monsieur Ronald Clavie, responsable de projets au centre Transit, Bruxelles.

11h15 : Des Actions préventives pour une fête responsable.
Monsieur Luc Van Huffel, psychologue au SePSUD, Schaerbeek.

11h30 : Echanges avec la salle
Présidents de séance : Monsieur Benoît De Clerck, Coordinateur Local Drogues, Charleroi, en de Heer Filip De Sager Drugcoördinator Lokale Preventie en Veiligheid, Gent

12h00 : Walking Lunch

APRES-MIDI

13h30 : Accord de collaboration entre la ville de Liège et le Procureur du Roi formalisant la méthodologie de transfert d'information dans un objectif de santé publique :

Madame Sophie Neuforge, Chef de projets et Monsieur Laurent Maisse, Gestionnaire de projets à l'observatoire liégeois de prévention et de concertation sur les drogues.

14h00 : De l'accompagnement social des usagers de produits psychotropes à partir d'un CPAS, une approche singulière et une action originale :

Monsieur Michel Vandenbroucke, Coordinateur du SAS, Service d'Accompagnement Psycho-social du CPAS de Bruxelles-Ville.

14h15 : Sortir de prison et ... quitter ses dépendances ?

Monsieur Thierry Chantraine, Coordinateur-psychologue du Réseau de Prévention à la Récidive, Schaerbeek.

14h30 : Echanges avec la salle

15h00 : Séance de clôture. Allocution de Madame Véronique Ketelear, Fonctionnaire de prévention de la Ville de Bruxelles, synthèse de la journée.

15h30 : Drink de clôture

Participants

<i>Nom et Prénom</i>	<i>Fonction</i>	<i>Institution</i>
ABDISSI Yaël	Assistant social	Foyer George Motte
AKHDIM Youcef	Travailleur de rue	Asbl BRAVVO
AL HAFAR Alexandra	Assistante sociale	RAT
BARCELONA Lydia	Fonctionnaire de prévention	Commune de Koekelberg
BASTIN Philippe	Directeur	Infor-Drogues
BATUGOWSKI Michel	Coordinateur	La Pièce
BOIGELOT Nadine	Psychologue	Le Pont
BOONEN Jérôme	Coordinateur	Cellule de recherche et de concertation Charleroi
BOQUET Isabelle	Responsable de projet	CLPS de Bruxelles
BOSMAN Joëlle	Secrétaire d'Administration	Le Pont
BOUGHANEM Bachir	Travailleur de rue	Asbl BRAVVO
BOULLY Hélène	Assistante sociale	Asbl Transit
BOYENS Pauline	Conseiller Drogue	Parquet Procureur Roi
CALISTRI Christel	Coordinatrice Educateurs Rue	Commune de Saint-Gilles
CARBONI Sergio	Coordinateur	Carolo Rue Charleroi
CARPENA Laurence	Coordinatrice	CAPC Charleroi
CARTERET Mawen	Évaluatrice interne	Commune de Schaerbeek
CASERO Lucia	Coordinatrice	Eurotox
CEULEMANS Ronald	Fonctionnaire de prévention	Molenbeek-Saint-Jean
CHANTRAINE Thierry	Coordinateur-psychologue	RePR
CLAVIE Ronald	Responsable de projets	Asbl Transit
COGELS Serge	Chercheur projet ECCAM	Université de Gand
COLLIGNON Pierre-Thomas	Directeur Division Molenbeek	Commissaire principal
DAL Martine	Directrice	Prospective Jeunesse
DAUW Véronique	Agent Ministère	Région Bruxelles-Capitale
DAVID Dominique	Chef de Projet	Service prévention Ville de Mons
DE CLERCK Benoît	Directeur	Prévention Drogues Charleroi
DE RUYTER Géraldine	Directrice	Santé et Entreprise
DE SAGER Filip	Drugcoördinator	Lokale preventie Gent
DECAMPS Marc	Assistant social	Asbl Transit
DESCAMPS Benoît	Assistant de justice	Maison de Justice Bruxelles
DEVROYE Maud	Coordinatrice	SePSUD
D'HAUWE LIEVEN	Attaché	SPF Intérieur
DIEU Mélanie	Assistante sociale	Asbl Transit
DUFAY Laurence	Coordinatrice	SOLIDARITE SAVOIR
ERRAHMOUNI Naïm	Travailleur social	RePR
ESTEBAN CAUSO Myriam	Coordinateur APS	Service de prévention Uccle

FERNANDEZ Ruben	Secrétaire	Asbl Transit
FRAIKIN Evelyne	Criminologue	SEMJA
GEERS Véronique	Secrétaire	Asbl Transit
GENIN Laurence	Coordinatrice	Asbl Pélican
GOEBEL Delphine	Psychologue	SCAT
GOESSENS Muriel	Directrice	Asbl Transit
GRATIA Violaine	Directrice-adjointe	Les Petits Riens
GUILLEMOT Fabien	Educateur	Cellule de veille décrochage scolaire
HEEREN Michaël	Responsable	Comptoir Transit / LAIRR
HENE Virginie	Responsable	Jette SAT
HENNAU Nadia	Evaluateur interne	Commune d'Anderlecht
HENRY Marie-Hélène	Secrétaire	Asbl Transit
JANSSENS Marie	Coordinatrice adjointe éducateurs de rue	Service de prévention Schaerbeek
JARAOUI Mostapha	Travailleur de rue	Asbl BRAVVO
KARLER Kristel	Coordinatrice	Réseau WaB
KEERSMAEKERS Roeland	Beleidsmedewerkers	SODA
KETELAER Véronique	Fonctionnaire de prévention	Ville de Bruxelles
LALOUX Julie	Assistante sociale	SEMJA
LAMBRECHTS Valérie	Psychologue	SCAT
LAMEUSE Pierre-Olivier	Educateur de rue	Plan Cohésion Sociale – Ville de Châtelet
LAPUNZINA Vincent	Psychologue	Service Prévention Ville de Mons
LEBOEUF Julia	Assistante de justice	Maison de Justice Bruxelles
LEBRUN David	Evaluateur interne	Commune d'Ixelles
LIBOIS Bérénice	Educatrice de rue	Commune de Saint-Gilles
LIENARD Laurence	Psychologue	Forest Contacts Drogues
LORQUET Romuald	Psychologue	Asbl Transit
MAISSE Laurent	Gestionnaire de projets	Observatoire de Liège
MEREMANS Philippe	Evaluateur interne adjoint	Commune d'Anderlecht
MHAMDI Jihane	Psychologue	Service prévention Ville de Mons
MORENO MOLINA Ernesto		Commune de Koekelberg
MOUREAUX Philippe	Bourgmestre	Molenbeek-Saint-Jean
NEUFORGE Sophie	Chef de Projets	Observatoire de Liège
NOLET Laetitia	Project Manager Junior	F.B.P.S.U.
PAGE Nadine	Sociologue	Centre Médical Enaden
PANIER Olivier	Psychologue	SePSUD
PERIN Xavier		CPAS de Saint-Gilles
PETTIAUX Michel	Directeur	Fares
PIERARD Ariane	Psychologue	SAS Bruxelles-Ville
PIRARD Bérengère	Assistante sociale	PSSP Comblain/Aywaille
RAEDEMAEKER A-F	Directrice	Asbl Dune
REYNDERS Manon	Responsable de projet	OLD - Plan Prévention Ville de Liège

RIZZOTTO Vincent	Educateur	SePSUD
ROMERO Ricardo	Coordinateur	Service de prévention Schaerbeek
RUDOLF Tinaïg	éducateurs de rue	Service de réinsertion sociale
SAADANI Hassan	Assistante sociale	Commune de Koekelberg
SALMON Valérie	Educatrice de rue	Plan Cohésion Sociale – Ville de Châtelet
SPIROUX Isabelle	Educatrice	Foyer George Motte
STREBELLE Cédric	Chargé de projet	Commune d'Ixelles
SWENNEN Yves	Agent Ministère	Région Bruxelles-Capitale
TELLER Valentine	Coordinatrice de projets	Asbl Pélican
VAN DE VLOET Yves	Direction Service Prévention	Police Bruxelles-Capitale Ixelles
VAN DER STRAETEN Luc	Beleidsmedewerkers	SODA
VAN HUFFEL Luc	Psychologue	SePSUD
VAN NIEUWENHOVEN Gaëlle	Criminologue	RePR
VANDELEENE Mélanie	Criminologue	PSSP Comblain/Aywaille
VANDENBROUCKE Michel	Coordinateur	SAS Bruxelles-Ville
VANPAESCHEN Pierre	Educateur	OLD - Plan Prévention Ville de Liège
VELAZQUEZ Rémy	Assistant de justice	Maison de Justice Bruxelles
VERBAYST Martine	Chef de Bureau	Division Prévention Drogues Charleroi
VINCKE Isabelle	Juriste	Forest Contacts Drogues
WINDELINCKX Tessa	Coördinator	Sputenruil Antwerpen
ZANAN Philippe	Assistant social	SCAT



REMERCIEMENTS

La Coordination Locale Drogues Bruxelles remercie Monsieur Philippe Moureaux, Bourgmestre de la Commune de Molenbeek-Saint-Jean et Président du Forum Belge pour la Prévention et la Sécurité Urbaine pour le précieux soutien qu'il a apporté à l'organisation de la journée du 6 mai 2009 et notamment en mettant à disposition l'infrastructure du Château du Karreveld.

La C.L.D.B. tient également à souligner tout particulièrement sa gratitude à Mme Véronique Ketelaer, directrice de l'ASBL BRAVVO, ainsi qu'à Mme Laetitia Nolet, project manager junior au F.B.P.S.U., pour leur collaboration.

Bien sûr, sans la qualité des intervenants qui se sont succédés tout au long la journée du 6 mai, le colloque n'aurait pas rencontré un aussi vif succès et nous les en remercions chaleureusement.

Enfin, nous n'oublions pas le dévouement du personnel attaché au Château du Karreveld qui, par son professionnalisme, a assuré un soutien logistique sans faille.



NOTES

Coordination *L*ocale *D*rogues *B*ruelles

La Coordination Locale Drogues Bruxelles est une concertation relative aux drogues entre travailleurs des plans stratégiques de sécurité et de prévention, des contrats de sécurité et de prévention de la Région et de tous les services communaux de la Région de Bruxelles Capitale.

Elle est un organe fédérateur représentatif et porte parole des différents dispositifs communaux œuvrant de près ou de loin dans le secteur de la toxicomanie. C'est une plate-forme de rencontre, un lieu de réflexion, d'échange de pratiques, d'organisation de débats et d'actions en matière d'usages de drogues.

La C.L.D.B. est reconnue par les pouvoirs locaux bruxellois, Le Forum Belge pour la Prévention et la Sécurité Urbaine, et les autres coordinations locales. La C.L.D.B. est membre de la Plate-forme des Coordinations Locales Drogues du pays.

Initiée en 2001 par l'A.S.B.L. Transit et par la Coordination Drogues de Saint-Gilles, La C.L.D.B. a son siège au Centre Transit.

La C.L.D.B. est composée d'un bureau constitué des 19 fonctionnaires de prévention de la Région de Bruxelles Capitale, des coordinateurs locaux ainsi que de la coordinatrice du Centre Transit.

Le bureau assure la coordination d'un groupe de travail et de réflexion qui se réunit régulièrement. Ce groupe est constitué de différents intervenants communaux amenés à rencontrer des usagers de drogues ou à développer des projets les concernant. Ils sont notamment fonctionnaires de prévention, éducateurs, médiateurs sociaux, évaluateurs internes, travailleurs psychosociaux, responsables de projets, coordinateurs de services.

Ce groupe de travail est ouvert à tous les travailleurs des dispositifs communaux désireux de s'impliquer en matière de lutte contre les problématiques liées à l'usage de drogues.

En fonction des besoins et de l'actualité, des sous-groupes de travail peuvent être constitués afin de réaliser des objectifs spécifiques ou des actions ponctuelles.



www.transitnet.be
cldb@skynet.be