TRANSIT

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2015

TABLE DES MATIÈRES

1ÈRE PARTIE – TRANSIT : LE CENTRE D'ACCUEIL 7

1 INTRODUCTION 9

1.1 CADRE HISTORIQUE ET POLITIQUE 9
1.2 FINANCEMENT ET MISSIONS DE L'A.S.B.L. TRANSIT 15
1.3 PRÉSENTATION DU PROJET TRANSIT 19
1.3.1 LE BAS SEUIL 19
1.3.2 L'ÉQUIPE 21
1.3.3 LES AUTRES PROJETS 22
1.4 ORGANIGRAMME 25

2 FONCTIONNEMENT DU CENTRE D'ACCUEIL 26

2.1 LE CENTRE DE JOUR 26
2.2 LE CENTRE D'HÉBERGEMENT 27
2.3 OBJECTIFS DU CENTRE D'ACCUEIL 28
2.3.1 LA DIMENSION D'ACCUEIL 29
2.3.2 L'ACCÈS AUX SOINS ET LA RÉDUCTION DES RISQUES 29
2.3.3 LA REMISE EN ORDRE SOCIO-ADMINISTRATIVE 30
2.3.4 L'ORIENTATION 31
2.4 TRAVAIL AVEC LES DÉTENUS 32
2.4.1 APERÇU GÉNÉRAL 32
2.4.2 PROJET PILOTE DE CONTINUITÉ DES SOINS 33
2.4.3 TRAVAIL AU SEIN DES FÉDÉRATIONS DU SECTEUR 34
2.4.4 PARTICIPATION À DES GROUPES DE PILOTAGE 35
2.5 PARTENARIATS ET TRAVAIL EN RÉSEAU 36
2.5.1 LE RÉSEAU WAB 38
2.5.2 LE RÉSEAU ABC 41
2.5.3 LE RÉSEAU HÉPATITE C 42
2.5.4 LE RÉSEAU BAS SEUIL 43
2.5.4.1 Présentation des objectifs 43
2.5.4.2 Méthode de travail 43
2.5.4.3 Thématiques de travail 43
2.5.4.4 Perspective d'avenir 44

3 PUBLIC CIBLE 45

3.1 NATURE DU PUBLIC 45
3.2 PROVENANCE DU PUBLIC ACCUEILLI 46
3.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES 48
3.3.1 SEXE 50
3.3.2 AGE 50
3.3.3 NATIONALITÉ 51
3.3.4 SCOLARITÉ 51
3.3.5 SITUATION DE VIE 52
3.3.6 SITUATION ADMINISTRATIVE 52
3.3.7 SITUATION D'HABITATION 53
3.3.8 LIEU DU DOMICILE 53

3.3.9 Situation financière 54
3.3.10 Documents d'identité 55
3.3.11 Couverture soins de santé 55
3.3.12 Problème judicaire 56
3.3.13 Commentaires 57
3.4 Données relatives à la consommation 59

4 ANALYSE DES RÉSULTATS 63

4.1 Remarque préliminaire 63
4.2 Résultats liés au nombre d'accueil 65
4.3 Résultats en matière d'accompagnement 69
4.3.1 Choix de nos indicateurs 69
4.3.2 Remarques méthodologiques 71
4.3.3 Aperçu global des résultats 72
4.3.3.1 Analyse des résultats liés aux démarches 73
4.3.3.2 Analyse des résultats liés aux prestations 75
4.3.3.3 Analyse des résultats liés aux acquis 76
4.3.3.4 Analyse des résultats liés aux orientations 78
4.4 Résultats du travail avec les détenus 81
4.5 Conclusion et perspectives 82

2ème partie – Transit : les autres missions 83

5 LAIRR : COMPTOIR D'ÉCHANGE DE SERINGUES 85

5.1 Présentation 85
5.2 Objectifs de LAIRR 87
5.3 Fonctionnement 88
5.4 Les services 89
5.4.1 L'échange de matériel 89
5.4.1.1 La « distribution » 89
5.4.1.2 La récupération 91
5.4.2 L'information à l'aide de brochures 91
5.4.3 Les soins 92
5.4.4 Le contact 92
5.5 Statistiques et commentaires 93
5.5.1 Distribution et récupération des seringues 93
5.5.2 Mise à disposition de l'ensemble du matériel d'injection 95
5.5.3 Contacts 97
5.5.4 Profil du public 99
5.5.4.1 Sexe 99
5.5.4.2 Age 99
5.5.4.3 Profil de fréquentation 100
5.5.4.4 Répartition des passages sur 24h 101
5.6 Formations 102
5.7 Conclusion 103

6 CLDB : COORDINATION LOCALE DROGUES BRUXELLES 104

6.1 Historique et définition 104
6.2 Objectifs de la CLDB 105
6.3 Actions 105

6.4 FONCTIONNEMENT 106
6.5 MEMBRES DE LA C.L.D.B. 107
6.6 SYNTHÈSE DES RÉUNIONS DE TRAVAIL DE LA CLDB 108

7 PHASE IV : STUDIOS SUPERVISÉS 110

7.1 PRÉSENTATION 110
7.2 MODALITÉS D'ACCÈS EN PHASE IV 111
7.2.1 PROCÉDURE DE CANDIDATURE 111
7.2.2 CONDITIONS D'ADMISSION 112
7.2.3 CONTRAT D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL 114
7.3 OBJECTIFS ET BÉNÉFICES DE LA PHASE IV 115
7.4 STATISTIQUES ET RÉSULTATS 115
7.4.1 NOMBRE DE PRISES EN CHARGE 116
7.4.2 DURÉE D'OCCUPATION 117
7.4.3 ORIENTATIONS 118
7.5 CONCLUSION 119

8 PHASE V : ACCÈS AU LOGEMENT SOCIAL 121

8.1 NAISSANCE DU PROJET 121
8.2 RÉSULTATS 122
8.3 CONCLUSION 122

9 TRAVAIL DE RUE 124

9.1 ORIGINE DU PROJET 124
9.2 OBJECTIFS 125
9.3 NATURE DU PROJET 126
9.3.1 L'AXE 1 : LE TRAVAIL DE RUE 127
9.3.2 L'AXE 2 : LA RÉDUCTION DES RISQUES & LA PRÉVENTION 128
9.3.3 L'AXE 3 : L'INSERTION SOCIALE 130
9.4 ANALYSE DES RÉSULTATS 131
9.4.1 RÉSULTATS PAR RAPPORT AUX ACCOMPAGNEMENTS (AXE 3) 132
9.4.1.1 Informations générales 132
9.4.1.2 Données socio-économiques relatives au public (en %) 132
9.4.1.3 Profil de consommation (drogues licites / illicites) 133
9.4.1.4 Type de suivi 134
9.4.1.5 Nombre d'accompagnements 134
9.4.1.6 Acquis 134
9.4.1.7 Orientations 135
9.4.1.8 Maintien de contact & concertation clinique 135
9.4.1.9 Interruption de suivi 137
9.4.2 RÉSULTATS DU TRAVAIL DE RUE (AXE 1) & DE LA RÉDUCTION DES RISQUES (AXE 2) 138
9.5 CONCLUSION ET PERSPECTIVES 139

3ÈME PARTIE – ANNEXES 141

10 ANNEXES 143

10.1 TRANSIT : FORMATIONS, IMMERSIONS ET COLLOQUES SUIVIS PAR LE PERSONNEL EN 2015 143
10.2 STAGES, MÉMOIRES : ANNÉE ACADÉMIQUE 2015 - 2016 147

10.3 TRANSIT : DÉTAIL DES DONNÉES DE CONSTAT ET DE RÉSULTATS 148
10.3.1 PRISES EN CHARGE 148
10.3.2 SEXE 150
10.3.3 AGE 150
10.3.4 NATIONALITÉ 151
10.3.5 SCOLARITÉ 151
10.3.6 SITUATION DE VIE 152
10.3.7 SITUATION ADMINISTRATIVE 152
10.3.8 SITUATION D'HABITATION 153
10.3.9 LIEU DU DOMICILE 153
10.3.10 SITUATION FINANCIÈRE 154
10.3.11 DOCUMENTS D'IDENTITÉ 154
10.3.12 MUTUELLE 155
10.3.13 CARTE MÉDICALE 155
10.3.14 CONSOMMATION 156
10.3.15 PROBLÈME(S) JUDICIAIRE(S) 158
10.3.16 AS DE JUSTICE 158
10.3.17 PROVENANCE 159
10.3.18 PRESTATIONS 161
10.3.19 DÉMARCHES 162
10.3.20 ACQUIS 164
10.3.21 DESTINATIONS/ORIENTATIONS 165
10.4 TRANSIT PHASE 4 : DÉTAIL DES DONNÉES DE CONSTAT ET DE RÉSULTATS 167
10.4.1 PRISES EN CHARGE 167
10.5 LAIRR : DÉTAIL DES DONNÉES DE CONSTAT ET DE RÉSULTATS 168
10.5.1 PRISES EN CHARGE 168
10.5.2 SEXE 168
10.5.3 AGE 168
10.5.4 MATÉRIEL DONNÉ ET RÉCUPÉRÉ 169
10.5.5 FRÉQUENTATION 169
10.6 VIGNETTES CLINIQUES 171
10.6.1 TRAJECTOIRE IDÉALE 171
10.6.2 CUMUL DE DÉMARCHES POUR UN SEUL ACQUIS 175
10.7 RAPPORT QUALITATIF : PROJET « IMMERSION DANS LES INSTITUTIONS DU RÉSEAU ABC-VBH » 185

1ÈRE PARTIE – TRANSIT : LE CENTRE D'ACCUEIL

1 INTRODUCTION

1.1 Cadre historique et politique

Avant de présenter dans le détail les activités développées par l'a.s.b.l. Transit et de décrire les différents objectifs qu'elle poursuit, il serait intéressant de rappeler brièvement le contexte politique un peu particulier dans lequel se sont développés, il y a maintenant plus de 20 ans, les Contrats de Sécurité dont Transit est issu. Cet aperçu nous permettra sans doute de mieux cerner les enjeux à la fois politiques et sociaux qui ont jalonné l'existence et le développement d'un centre comme le nôtre.

Dans les années 80, plusieurs tragédies ont particulièrement marqué l'actualité belge en remettant notamment en cause le rôle des services de police : les agressions attribuées à la bande des « tueurs du Brabant », le drame du Heysel qui a fait apparaître les problèmes liés au hooliganisme, les attentats commis par les cellules communistes combattantes (CCC), etc… La succession de ces différents évènements a fait prendre conscience au monde politique qu'il était urgent de prendre des mesures pour faire face à l'augmentation conjointe de l'insécurité et du sentiment d'insécurité.

Cette tension au niveau du climat social conjugué à l'impuissance des autorités à enrayer cette problématique, ont conduit à ce que l'on a appelé au lendemain des élections du 24 novembre 1991 : le « dimanche noir ». Un demi-million d'électeurs ont ainsi apporté leur suffrage aux partis d'extrême-droite. Plus qu'un signal d'alarme, c'est un séisme dont le monde politique aura du mal à se remettre.

La date du 24 novembre 1991, pour peu qu'elle soit symbolique, a servi de déclic à la mise en place d'une politique de sécurité forte. Le problème de nos sociétés n'étant pas de supprimer la violence inhérente à toutes formes de criminalité, ce qui est impossible, mais de la contenir et de la prévenir par toutes sortes de procédures juridiques, policières ou autres. Canaliser cette violence, éviter tout dérapage consécutif à un sentiment d'insécurité exacerbé par certains faits divers particulièrement tragiques va constituer pour notre société démocratique le grand défi de l'avenir. C'est dans ce contexte que le Gouvernement s'est engagé le 9 mars 1992 à développer une politique contractuelle associant l'Etat fédéral, les Régions et les Communes pour mettre en place les premiers « Contrats de Sécurité ». L'objectif du Gouvernement consistait à soutenir les communes qui n'avaient pas les moyens financiers et humains de développer une politique de

prévention et de sécurité en les aidant à faire face à l'évolution de la criminalité, des nuisances sociales et de la précarisation croissante de certains quartiers.

Sans rentrer dans trop de détails, retenons que le 19 juin 1992 marque la naissance officielle des « **Contrats de Sécurité** » avec l'adoption, par le Gouvernement belge en Conseil des Ministres, de la note politique « Sécurité et citoyen : police et sécurité ». La politique que l'Etat met alors en place, dès 1992, se caractérise ainsi par l'élaboration au niveau communal d'une politique de prévention de la criminalité. Il s'agit, de la sorte, de développer une approche intégrée en associant tous les acteurs participant ou soutenant la prévention, c'est-à-dire aussi bien les autorités locales, régionales, communautaires que fédérales. Chaque commune est alors libre d'initier ses propres projets pour autant que ceux-ci s'inscrivent dans le canevas général des contrats de sécurité fixés par l'arrêté royal du 10 juin 1994 et articulés autour de deux axes : le *volet policier* et le *volet prévention* (ou volet social). Au total, 29 villes et communes vont être concernées par ce dispositif.

Le *volet prévention* est celui qui va retenir notre attention étant donné qu'il concerne au premier plan l'institution Transit. Il s'attache en effet au problème de l'encadrement de certains groupes fragilisés dont fait partie la population des usagers de drogues. L'objectif est alors de couvrir par des dispositifs de prévention certaines catégories de citoyens ainsi que certains quartiers particulièrement exposés à la délinquance (sentiment d'insécurité). Notons qu'en septembre 1992, huit des douze premiers contrats de sécurité sont bruxellois : Anderlecht, la Ville de Bruxelles, Ixelles, Saint-Gilles, Molenbeek-Saint-Jean, Saint-Josse-Ten-Noode, Schaerbeek et Forest. Ces huit communes bruxelloises seront rejointes en 1994 par Koekelberg et Etterbeek qui, en raison de leur proximité avec des communes dites « à risques », pourront elles aussi bénéficier de ce soutien.

En 1993 et 1994, le cadre législatif des contrats de sécurité se précise et de nouveaux objectifs sont formulés. On relève notamment une préoccupation pour la création d'emplois, l'accompagnement de mesures judiciaires alternatives, le développement d'une approche intégrée en matière de toxicomanie et la création du dispositif d'accrochage scolaire (DAS). Enfin, toujours en 1994, un arrêté royal paru en juillet de la même année lance les « **Contrats de Prévention** ». Ceux-ci, au nombre de 46, sont nés dans le même esprit et sont basés sur les mêmes principes que les contrats de sécurité. Ils sont destinés aux villes et communes belges de taille moyenne et doivent permettre la réalisation d'actions préventives dans différents domaines tels que le vol de (et dans les) voitures, les cambriolages, la consommation de drogues, le décrochage scolaire, etc… afin d'améliorer le niveau de sécurité des communes les plus sensibles. La différence

majeure par rapport aux contrats de sécurité réside dans le fait que ces contrats de prévention contiennent uniquement le volet prévention. En Région bruxelloise, ces contrats profitent à 3 communes sans contrat de sécurité complet, à savoir : Evere, Jette, et Woluwe-Saint-Pierre.

En 1996, un *troisième volet* vient s'ajouter aux contrats de sécurité en plus des volets police et prévention déjà existants : il s'agit du *renouveau urbain*. En pratique, seules 14 communes pilotes vont intégrer ce dernier volet dans le programme de leurs contrats de sécurité qui, peu après, seront rebaptisés « **Contrats de Sécurité et de Société** ». Cette nouvelle initiative, axée sur la transversalité des politiques, s'articule autour de cinq lignes de force : la lutte contre la pauvreté, l'amélioration de l'environnement urbain et des conditions de vie dans les quartiers, une présence policière accrue, un développement social intégré et la création d'antennes de justices. C'est durant cette même année que vont se mettre en place dans plusieurs villes du pays les maisons d'accueil socio-sanitaires (MASS), les projets développés par le Département de la Justice en matière de mesures judiciaires alternatives, des mesures de diversion pour les mineurs ainsi que le projet d'engager des « assistants de prévention et de sécurité » qui seront rebaptisés plus tard « gardiens de la paix ». Le système des sanctions alternatives est l'exemple le plus marquant d'un Etat qui cherche à dépasser la rigidité du purement répressif pour se mettre au diapason d'une société en pleine mutation.

A partir du 1er janvier 2002, la distinction entre « Contrats de Sécurité et de Société » et « Contrats de Prévention » disparaît avec la révision des mécanismes de sélection des villes ainsi qu'avec la nouvelle répartition des budgets. Elle va ainsi s'effacer au profit d'une nouvelle appellation unique pour s'intituler : « **Contrats de Sécurité et de Prévention** ». Ce changement d'appellation entend rendre compte des modifications apportées au niveau de la mise en place, de la structure et du fonctionnement des contrats. Deux facteurs essentiels ont motivé ces changements : les résultats de l'évaluation par les différentes administrations des dispositifs mis en place via les contrats et la réforme des polices. A la suite d'ailleurs de cette réforme, le volet police qui était depuis le début des années 90 un des piliers de l'action politique visée au travers des contrats de sécurité se voit retiré des nouveaux « Contrats de Sécurité et de Prévention » pour ne laisser place et ne conserver que le seul volet « prévention ». A titre indicatif, pour les années 2002-2003, pas moins de 73 villes et communes ont bénéficié d'un Contrat de Sécurité et de Prévention.

Un peu plus tard au 1er janvier 2007, l'appellation relative aux « Contrats de Prévention et de Sécurité » va, une fois encore, être revue afin de les rassembler avec les différents

plans drogues du pays sous l'intitulé de « **Plans Stratégiques de Sécurité et de Prévention** » (PSSP). Ces initiatives, soutenues par le SPF Intérieur ont été conclues avec 103 communes de Belgique et sont toujours en cours actuellement jusqu'au 31 décembre 2017. Elles consistent à octroyer à certaines communes une allocation financière afin de mettre en place des politiques en matière de prévention. L'octroi de cette allocation financière étant subordonné à la conclusion d'une convention signée entre le Ministre de l'Intérieur et la commune concernée. Parmi les conditions pour être bénéficiaire d'une convention, la commune doit au préalable avoir réalisé un diagnostic local de sécurité (DLS)ainsi que remplir l'une des deux conditions suivantes : être bénéficiaire d'un PSSP en date du 01.07.2013 ou bien avoir une population supérieure à 30.000 habitants et appartenir aux communes possédant un indice de prospérité en dessous de la moyenne belge. Ensuite, sur base de son DLS, il reste à la commune à établir une liste exhaustive des phénomènes présents sur son territoire, à choisir les priorités qu'elle souhaite développer dans le cadre de son plan et à motiver son choix. *En définitive*, le plan doit avoir pour but de prévenir, détecter et limiter un ou plusieurs des phénomènes suivants : les incivilités, la violence, la criminalité contre les biens, la radicalisation à portée violente, le crime organisé, *les infractions en matière de drogue*, la cybercriminalité, la sécurité routière et la fraude financière. Les objectifs stratégiques développés par les communes s'inscrivant quant à eux parmi les cas suivants : diminuer les comportements à risque, agir sur les circonstances et l'environnement criminogènes, dissuader les auteurs potentiels d'infraction, *favoriser la resocialisation des usagers de drogues*, favoriser la resocialisation des jeunes en difficultés, promouvoir une approche intégrée et intégrale, favoriser le contrôle social, diminuer les effets négatifs lies à la victimisation et développer les partenariats locaux de prévention.

C'est donc spécifiquement pour répondre à un de ces enjeux, à savoir l'insertion des usagers de drogues que le centre Transit dispose encore actuellement d'un soutien financier du SPF Intérieur.

Parallèlement au développement de ces politiques de sécurité et de prévention initiées par le gouvernement fédéral dans le cadre des « Contrats de sécurité », **la Région de Bruxelles-Capitale** va durant cette même période jouer un rôle croissant avec l'émergence d'une politique de prévention régionale forte et volontariste.

Ainsi, en décembre 2001, le Gouvernement bruxellois décide d'étendre le champ d'action des « contrats de sécurité et de prévention » de l'époque à l'ensemble des 19 communes de la Région bruxelloise et ce, sans réduire les budgets alloués aux 10 communes de départ jugées les plus sensibles et qui en avaient bénéficié jusqu'alors. Les contrats de sécurité et de prévention 2002 – 2003 se focalisent alors sur six thématiques

prioritaires : la médiation sociale, les problèmes liés à la scolarité, le travail avec les jeunes, le gardiennage des parcs, la sécurisation des logements sociaux et la lutte contre la toxicomanie. Les projets déposés par les communes devant impérativement s'accorder avec ces priorités.

A noter qu'en région bruxelloise, un fait divers dramatique survenu en avril 2006 avec le meurtre de Joe Van Holsbeeck à la gare de Bruxelles-central va déclencher une onde de choc sans précédent tant sur le plan médiatique que politique et c'est suite à cet évènement qu'est adopté le 29 juin 2006 le « Plan de sécurité régional ». Accordant d'emblée une large part de l'aide aux communes jugées les plus à mêmes de pouvoir développer une action sociale de proximité, ce Plan de Sécurité va contribuer à la création d'un nouvel outil de coordination sous la forme d'un « Observatoire bruxellois de la sécurité » dont l'objectif majeur sera de disposer d'une meilleure connaissance de la criminalité en Région de Bruxelles-Capitale. Plus tard, en 2009, le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale va fusionner le Plan de Sécurité et les anciens Contrats de sécurité et de prévention en un « Plan bruxellois de Prévention et de Proximité (PbPP) ». Celui-ci se décline en 19 Plans locaux de Prévention et de Proximité. Le PbPP devenant au fur et à mesure l'outil principal de la politique régionale en matière de prévention et de sécurité. Il correspond au fond dans son principe aux PSSP mis en œuvre par le Gouvernement fédéral (SPF Intérieur).

Le 19 février 2009, le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale adopte l'idée de vouloir créer un « Observatoire Bruxellois pour la Prévention et la Sécurité (OBPS) » qui sera officiellement mis en place le 16 juillet 2010 dans l'optique notamment de renforcer le dialogue entre acteurs de la prévention et forces de l'ordre. Sa mission première sera d'améliorer la connaissance de la criminalité bruxelloise, d'adapter et de réorienter rapidement les politiques régionales et locales de prévention de la criminalité et de la sécurité.
A la suite de la VIème Réforme de l'Etat qui s'étalera sur plusieurs années jusque fin 2014, de très nombreuses compétences fédérales vont être transférées aux entités fédérées y compris dans le domaine de la prévention et de la sécurité. Il en va ainsi de la coordination des politiques de prévention et de sécurité, de la coordination de l'observation et de l'enregistrement de la criminalité ainsi que de l'élaboration du plan régional de sécurité. Dans la foulée, le Gouvernement bruxellois se met à réfléchir à la création d'un Organisme d'Intérêt Public (OIP) qui est finalement adopté par l'Ordonnance du 28 mai 2015 pour entrer en vigueur le 23 novembre 2015. Dénommé : « Bruxelles Prévention et Sécurité », cet OIP qui intègre en son sein l'Observatoire bruxellois pour la Prévention et la Sécurité (OBPS) est placé directement sous l'autorité du Ministre-

Président et a pour vocation de devenir le point de référence pour tout ce qui concerne la prévention et la sécurité en Région bruxelloise. Il est également appelé à jouer un rôle central en terme de coordination des services de prévention et des services de police. La création en cours de la nouvelle administration, Bruxelles – Prévention & Sécurité, apparaît certes comme un exercice complexe d'autant qu'elle regroupera et mettra en relation des acteurs de plusieurs niveaux : le fédéral, l'arrondissement, le régional, le zonal et le local, elle n'en demeure pas moins très prometteuse du point de vue des perspectives de développement pour notre Région comme pour notre institution.

1.2 Financement et missions de l'A.S.B.L. Transit

Inaugurée officiellement le 18 septembre 1995, l'a.s.b.l. Transit est donc née dans le cadre particulier des « Contrats de sécurité » développés par les autorités fédérales, régionales et communales dans l'idée d'améliorer le climat social et de répondre au sentiment d'insécurité ressenti par la population.

Financièrement, elle a toujours été subsidiée par le *Ministère de l'Intérieur* (dénommé actuellement Service Public Fédéral Intérieur) via les PSSP qui, depuis le départ, a pris en charge la totalité des frais de personnel, des frais de fonctionnement et des frais d'investissement de l'institution. De même, *la Région de Bruxelles-Capitale* a apporté sa contribution financière au projet Transit, d'abord via le Fonds Intégration et Cohabitation au moment de l'ouverture du centre, puis par l'octroi d'une intervention financière exceptionnelle en 2001 qui, à partir de 2002, est devenue récurrente au même titre que le financement alloué par le Ministère de l'Intérieur. En outre, à côté du soutien financier apporté par ces deux pouvoirs subsidiants, *Actiris* est venu prendre en charge dès 1994, mais surtout à partir de 2001, les frais de personnel de 8 salariés employés à temps plein via les contrats ACS.

Quant à la **mission** du centre, elle se voulait *au départ* une réponse à une demande particulière de certaines communes (en particulier, les dix communes bruxelloises signataires d'un Contrat de Sécurité) : celle de disposer d'un établissement qui pourrait accueillir de façon inconditionnelle les usagers de drogues en leur offrant une aide psychosociale de première ligne. Etant en effet conscientes des limites que comportait la répression du trafic dans la lutte contre la problématique de la toxicomanie, les autorités locales et fédérales souhaitaient notamment que le passage par le commissariat de police soit assorti, pour les personnes relaxées sur instruction du parquet, de la possibilité de recourir à un accompagnement psychosocial dispensé par un service spécialisé dans l'aide aux usagers de drogues. En ouvrant ses portes, Transit s'inscrivait donc clairement dans le cadre d'une politique d'accueil et de resocialisation des usagers de drogues, c'est-à-dire, plus globalement, dans le cadre d'une politique de *prévention et de réduction des risques*.

En visant la réinsertion sociale des usagers et en permettant aux personnes les plus fragilisées d'accéder aux différents services d'aide (sociaux ou sanitaires), le centre Transit a ainsi contribué à lutter contre la marginalisation du public toxicomane mais il a aussi permis de réduire la criminalisation des usagers en limitant le nombre de délits et d'infractions commis suite à des faits de stupéfiants, réduisant de la sorte l'impact des

nuisances sociales. Or, ces deux préoccupations ont toujours été au cœur de notre pratique et de notre philosophie de travail.

En répondant prioritairement aux besoins et aux attentes des usagers se présentant de façon spontanée au centre Transit, nos missions se sont néanmoins étendues pour répondre également à des impératifs de *santé publique*, mais dans l'ensemble la **finalité** de notre travail est toujours restée identique depuis le départ, à savoir :

- améliorer le cadre de vie et l'état de santé des usagers en facilitant l'accès aux soins et au logement ;
- renouer le lien social avec les usagers marginalisés en luttant contre l'exclusion sociale, la stigmatisation et la criminalisation dont ils font (encore trop souvent) l'objet ;
- réduire, dans le même temps, les nuisances et le sentiment d'insécurité au sein de la population.

Comme on peut s'en douter au regard des actions menées par notre institution, l'équipe s'est toujours attelée sur le terrain à travailler *dans l'intérêt des usagers* répondant ainsi davantage à une *mission d'insertion et de réductions des risques* qu'à une mission de prévention de la criminalité, ce qui est davantage du ressort de la police. En tant que travailleurs psychosociaux tenus aux règles de déontologie et du secret professionnel, il n'a en fait jamais été question d'exercer un quelconque contrôle social sur notre public bien que le fait d'être en partie subsidié par le Ministère de l'Intérieur ait pu un instant faire planer un certain doute. Ainsi, aucune information concernant une personne suivie au centre n'a jamais été transmise à des personnes ou à des services extérieurs sans l'accord préalable et le consentement éclairé de l'usager. Le respect par l'ensemble des travailleurs des règles liées à la confidentialité et à la vie privée, de même que la relation de confiance instaurée par l'équipe ont d'ailleurs valu à Transit d'être rapidement considéré par son public comme un lieu d'accueil convivial et respectueux. C'est peut-être aussi ce qui explique son succès puisque, depuis 1995, les usagers ont été nombreux à fréquenter notre centre, que ce soit de leur propre initiative ou bien suite à une orientation de la part du réseau. A ce sujet, il est intéressant de préciser que Transit n'a jamais eu pour vocation d'être un centre fermé et que donc les usagers, venant tous sur base volontaire, sont libres à tout moment de mettre fin au contrat qui les lie à l'institution. La confiance de notre public ainsi que la reconnaissance acquise progressivement au sein du secteur assuétudes bruxellois a inévitablement renforcé le développement de nos activités et de nos partenariats avec l'ensemble des institutions d'aide et de soins avec qui nous travaillons depuis toujours très étroitement. *En avril 2011*, c'est donc tout

logiquement que l'asbl Transit est devenue *membre de la « Fédito bruxelloise »* qui, en tant que fédération, rassemble l'ensemble des institutions actives en matière de toxicomanie sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. Au-delà d'une marque de reconnaissance, cette adhésion est la preuve du rôle incontournable joué par notre institution au sein du paysage social bruxellois.

Comme on l'a déjà répété plus haut, Transit s'est depuis toujours investi dans une *politique de réduction des risques au sens large (risques sociaux mais aussi sanitaires)* qui consiste à proposer de l'aide aux personnes toxicomanes en les laissant libres de choisir ou non la voie de l'abstinence. En ne conditionnant pas l'accès du centre à certaines exigences administratives, financières ou à l'état du patient - l'abstinence n'étant pas, comme nous venons de le dire, un préalable à la prise en charge - l'institution est donc en mesure de pouvoir accueillir ceux qui sont précisément exclus ou qui ne répondent pas aux exigences des services d'accueil traditionnels ou des services hospitaliers.

Cette caractéristique institutionnelle qui consiste à accueillir notre public sans jugement, sans à priori et dans le respect de son mode de vie n'est cependant pas spécifique, il est vrai, à Transit car d'autres institutions travaillent également suivant cette approche. Cependant, grâce à la souplesse et à la flexibilité de notre cadre institutionnel qui rend possible la prise en charge de personnes en situation d'urgence et de grande précarité, Transit parvient à accueillir des personnes qui habituellement ne tiennent pas le coup dans des structures d'accueil traditionnelles. Dès lors, puisqu'elles ne sont pas exclues du centre, elles bénéficient justement de notre soutien pour élaborer et mettre en place si elles le souhaitent un projet concret d'insertion.

Comme on peut le voir, la philosophie de notre travail n'a jamais été de considérer l'abstinence comme une fin en soi ni comme un objectif à devoir atteindre à tout prix. Celle-ci se fonde plutôt sur l'idée que l'usager reste libre de gérer sa consommation à l'extérieur du centre pour autant toutefois que son comportement soit compatible avec notre cadre de vie communautaire. Ainsi, au moment de son arrivée à Transit ou bien même durant son hébergement, il n'a jamais été question de sanctionner un usager qui consommerait à l'extérieur du centre (par exemple dans le cadre d'une démarche ou durant une sortie), à moins bien sûr que son comportement ne soit réellement ingérable à son retour dans l'institution. La règle de l'abstinence restant malgré tout d'application à l'intérieur du bâtiment afin de rester cohérent vis-à-vis de ceux qui viennent à Transit pour se mettre à l'abri de la consommation.

Ce positionnement institutionnel qui découle directement de nos convictions anti-prohibitionnistes contraste évidemment assez fort avec certaines idées parfois véhiculées par notre société et alimentées par certains discours conservateurs selon lesquels l'abstinence et le sevrage constituent les seules vraies issues face au problème de la drogue. Notre expérience de terrain qui rejoint d'ailleurs celle de nos partenaires travaillant ici en Belgique mais aussi en France, en Suisse, au Canada ou ailleurs montre pourtant que, pour toute une série de personnes, cet idéal qui consiste à vivre sans le produit n'est pas toujours possible ou n'est tout simplement pas tenable à long terme. Ce constat, effectué il y a déjà plus de 30 ans par un grand nombre de scientifiques et de professionnels travaillant au quotidien avec des usagers de drogues marginalisés, a heureusement permis de mettre en évidence la nécessité d'une approche complémentaire et alternative aux politiques traditionnelles basées uniquement sur la répression ou le soin. Malheureusement, les stratégies de réductions des risques pourtant reconnues internationalement par des organismes tels que l'OMS ou le Conseil de l'Europe comme étant des stratégies efficaces pour répondre au problème des assuétudes tardent encore de nos jours à être reconnues à leur juste valeur.

Après maintenant plus de 20 ans de fonctionnement et après avoir accueilli et accompagné durant toutes ces années pas moins de 4600 usagers en situation de crise psychosociale, le centre Transit n'en reste pas moins une expérience inédite en Belgique autant qu'un modèle innovant qui chaque jour tente d'articuler différentes stratégies d'intervention telles que : *le bas seuil d'accès*, la *réduction des risques, l'« outreach »* et *l'inclusion sociale* qui, toutes, ont pour mission de promouvoir le **droit à la citoyenneté de toutes les personnes usagères de drogues, sans exception** !

1.3 Présentation du projet Transit

L'a.s.b.l. Transit est une structure d'accueil de première ligne qui propose un accompagnement psychosocial *non médicalisé* et un hébergement de crise à toute personne majeure présentant une problématique d'usage de drogues.

Etabli sur la commune de 1000 Bruxelles bien que très proche de la commune de Schaerbeek, le centre se situe à proximité de la gare du Nord qui est un quartier multiculturel densément peuplé, fortement précarisé mais malheureusement peu investi par le monde associatif. Bien que très ancré au niveau du quartier Nord de Bruxelles, cet enracinement local ne l'a cependant jamais empêché - grâce au fait qu'il s'agit d'un service financé par des autorités à la fois fédérale et régionale - de venir en aide à des personnes provenant de l'ensemble de la Région bruxelloise et même des autres régions du pays. Au quotidien, l'équipe est donc fréquemment amenée à prendre en charge des personnes venant de toute la Belgique, en raison aussi de la formule d'accueil inédite proposée par le centre Transit. Celle-ci se caractérise, en effet, par la pratique du « bas seuil d'accès » qui permet une prise en charge inconditionnelle, rapide et adaptée des usagers en situation de détresse et de grande précarité.

1.3.1 Le bas seuil

Cet aspect est primordial pour un centre de *première ligne* comme Transit qui s'adresse en priorité à un public très marginalisé et très précarisé. Cela consiste concrètement à ne rien demander à des personnes qui souvent n'ont plus rien. Accueillir sans condition, sans jugement, sans à priori et sans prérequis en proposant des services gratuits fonctionnant 24h/24 et 7 jours/7, telle est la philosophie de l'accueil « bas seuil » proposé par Transit. Cette spécificité détermine bien entendu le profil du public accueilli vu qu'elle permet de venir en aide aux personnes les plus démunies qui souvent, en raison de leur consommation anarchique ou de la précarité de leur situation sociale et administrative, se retrouvent exclues du réseau de soin traditionnel ou du monde du logement.

Cette notion de « bas seuil » se décline au fond de différentes façons avec des implications directes sur la manière de concevoir *l'admission des usagers* et *l'accessibilité au centre*.

Au niveau de l'admission : le bas seuil est à entendre comme une absence totale d'exigences administrative et financière au moment de l'accueil.

Concrètement, cela signifie que pour être admis au centre de crise et ainsi bénéficier des services dispensés par Transit, l'usager ne doit pas obligatoirement être en possession d'un document d'identité, d'une assurance soins de santé ou d'un titre de séjour en règle, ni même avoir des revenus puisque la gratuité des services est totale. *L'avantage* incontestable d'un tel dispositif est qu'il permet de s'adresser à un public très large, sans distinction ni discrimination, étant donné que la situation administrative et financière de l'usager ne constitue pas un préalable à la prise en charge.

Au niveau de l'accessibilité : la notion de bas seuil renvoie à l'idée qu'une prise en charge est possible immédiatement, c'est-à-dire 24 heures/24 et 7 jours/7, sans rendez-vous ni entretien préliminaire d'admission.

Cette spécificité de l'accueil répond pour nous à la notion de crise qui consiste à pouvoir offrir, de jour comme nuit, une aide immédiate et urgente au plus grand nombre d'usagers possible car telle est la vocation de notre centre de crise. A côté de cela, le choix de pratiquer l'accueil immédiat répond aussi à une caractéristique essentielle de l'usager dépendant qui veut que, bien souvent, celui-ci ne formule sa demande que lorsqu'il se retrouve en situation de détresse, voire de danger. Dans ces conditions, il est non seulement illusoire mais parfois choquant d'exiger de sa part qu'il se présente quand il sera sevré ou encore de le faire patienter des semaines, voire des mois, comme c'est le cas actuellement parfois avant une entrée en cure ou en hospitalisation. Notre expérience de plus de 20 ans avec un public marginalisé nous a enseigné qu'il y a des moments de rencontre qu'on ne peut pas laisser passer et qui ne peuvent pas être postposés dans le temps sous peine de perdre définitivement le contact et la confiance de l'usager.

En pratique, la personne peut donc directement se présenter au centre pour un entretien avec l'équipe sociale et ce, 24h/24h, lorsque la demande émane d'un intervenant médical, psychosocial ou judiciaire. Par contre, dans le cas où un usager sollicite nos services de sa propre initiative, l'accueil se fera préférentiellement entre 9h00 et 18h00 pour des raisons organisationnelles. La nature de l'entretien d'accueil déterminera ensuite le type de prise en charge qui sera proposé par l'équipe.

De manière générale, Transit est toujours demeuré en Belgique un *projet unique et inédit*, en proposant un panel de services totalement gratuits comprenant l'accueil, les repas, les douches, des consultations auprès d'un travailleur social, d'un psychologue ou d'une infirmière. En ce sens, le centre Transit tente depuis toujours de jeter un pont entre la

société des exclus et le reste de la société. C'est d'ailleurs précisément par son absence d'exigence à l'admission qu'il s'est, depuis le début, démarqué des autres modes d'intervention tout en ayant le souci de rester complémentaire avec ceux-ci. Il est ainsi rapidement devenu le maillon manquant d'un réseau d'aide aux toxicomanes qui, s'il était certes déjà bien étoffé, n'était toujours pas d'un accès aisé, en raison notamment des exigences administratives et économiques habituelles qui sont cependant inhérentes aux structures de soin. Le succès de ce dispositif qui se vérifie d'ailleurs d'année en année est attesté par le nombre sans cesse croissant de personnes prises en charge depuis l'ouverture du centre, ce qui est la preuve qu'il répond à une problématique bien réelle qui est celle de la prise en charge des usagers marginalisés les plus fortement précarisés.

En offrant un lieu d'accueil, d'écoute et de ressourcement, le centre entend ainsi endiguer l'errance des usagers pour leur permettre de retrouver une vie sociale décente. Cet objectif général, soutenu par un encadrement professionnel et un travail de partenariat constant avec l'ensemble du réseau d'aide, répond à la volonté de l'institution de permettre aux personnes les plus fragilisées d'être entendues dans leur détresse et d'avoir accès aux droits les plus fondamentaux de la dignité humaine.

1.3.2 L'équipe

Au quotidien, ce travail d'accompagnement est assuré par une équipe psychosociale pluridisciplinaire constituée *de travailleurs sociaux*, *d'éducateurs*, d'un *psychologue* et de deux *infirmières.* Afin de garantir une prise en charge 24h/24 et 7 jours/7, une partie des membres de l'équipe (18 travailleurs répartis en 6 équipes de 3) se relayent jour et nuit afin d'encadrer le groupe des résidents et de répondre aux nouvelles demandes. A côté de cela, une autre partie de l'équipe (actuellement 5 travailleurs sociaux, un éducateur, un psychologue et une infirmière) assure un horaire de jour afin de maintenir une certaine continuité dans le travail psychosocial et d'assurer un effectif suffisant en semaine. Au sein de cette équipe de jour un *gestionnaire social* est chargé de veiller à la bonne articulation du travail social au sein de toutes les équipes. La gestion de l'institution étant, quant à elle, confiée à la *directrice* aidée dans sa tâche par une *coordinatrice administrative et financière, un coordinateur institutionnel (également responsable de projets)* et une *équipe administrative* de 3 personnes. Enfin, Transit compte également dans son effectif *un informaticien* chargé avec le responsable de projets de répondre aux exigences d'évaluation et de récolte de données voulues par le monde politique et auxquelles notre institution accorde une grande importance.

Dans le souci de répondre le plus adéquatement possible aux différentes réalités de terrain ainsi qu'aux besoins urgents et croissants de certains usagers, l'a.s.b.l. Transit a cependant été amenée, au fil du temps, à développer certaines de ses actions. C'est ainsi que de nouveaux projets ont vu le jour et que le centre a souhaité étoffer son offre de services que nous allons à présent détailler.

1.3.3 Les autres projets

En 1999, dans l'optique de mener une véritable politique de réduction des risques, était mis en place au sein des locaux du centre Transit un comptoir d'échange de seringues dénommé **LAIRR** (Lieu d'Accueil et d'Information sur la Réduction des Risques). Accessible 7 jours /7 et 24h/24h, il a pour vocation initiale de permettre un accès aisé au matériel d'injection stérile et de récupérer le matériel usagé. Bien plus que de proposer l'ensemble du matériel de réduction des risques, les activités de LAIRR sont également l'occasion d'établir des contacts avec les usagers de drogues qui ne solliciteraient peut-être pas spontanément d'autres types de services. LAIRR dispense également aux intervenants communaux bruxellois des formations en matière de réduction des risques. Il œuvre aussi à implanter en Région bruxelloise mais aussi en Région wallonne des Récupérateurs Extérieurs de Seringues Usagées (RESU) qui représentent un autre type de dispositif de réduction des risques, complémentaire au comptoir d'échange de seringues.

Un peu plus tard, *en 2001*, la **CLDB** (Coordination Locale Drogues Bruxelles) était créée sous l'impulsion de l'a.s.b.l. Transit et de la Coordination Locale Drogues de Saint-Gilles. Réunissant à la fois des travailleurs de terrain et des acteurs politiques bruxellois actifs à des degrés divers en matière de drogues, la CLDB constitue véritablement une plate-forme de rencontre en étant tout à la fois un lieu de réflexion, d'action et d'échange de pratiques qui se veut fédérateur et représentatif des différents dispositifs communaux bruxellois. Depuis lors, Bruxelles et sa Région disposent, à l'instar des autres grandes villes du pays, d'un organe de concertation et de coordination des travailleurs communaux actifs en matière de toxicomanie. Le siège social de la CLDB étant situé au centre Transit, celui-ci accueille donc les rencontres et les réunions de ses membres. En outre, à titre de représentant et de porte-parole de la CLDB, Transit a également l'occasion de participer aux réunions de la Plate-forme des Coordinations Locales Drogues (PCLD) qui rassemble les coordinations des cinq grandes villes du pays.

En 2005, c'est dans le cadre cette fois du **travail avec les détenus** que Transit a voulu orienter ses activités. En effet, compte tenu du nombre grandissant de demandes de prise

en charge émanant de ces personnes - que ce soit dans le cadre d'une libération conditionnelle, d'un congé pénitentiaire ou d'un accueil à leur sortie d'incarcération - Transit a commencé, depuis cette époque, à rendre visite aux détenus des prisons de Saint-Gilles, Berkendael et Forest.

Fort de l'expérience accumulée au cours de ces années de pratique, Transit a encore évolué *en 2008* grâce à une collaboration fructueuse avec le CPAS de la Ville de Bruxelles en aménageant, au sein de ses locaux, huit studios individuels. Nommé « **Phase IV** », en référence et en continuité avec les trois phases successives de l'hébergement tel qu'il est pratiqué au centre de crise, ce projet a permis d'augmenter encore la capacité d'accueil tout en permettant d'héberger sur une plus longue durée les usagers en recherche de logement. Inauguré en 2008 en réponse à la crise du logement bruxellois, le projet « Phase IV » poursuit encore actuellement ses objectifs qui reposent sur l'autonomisation des usagers via la réinsertion par le logement.

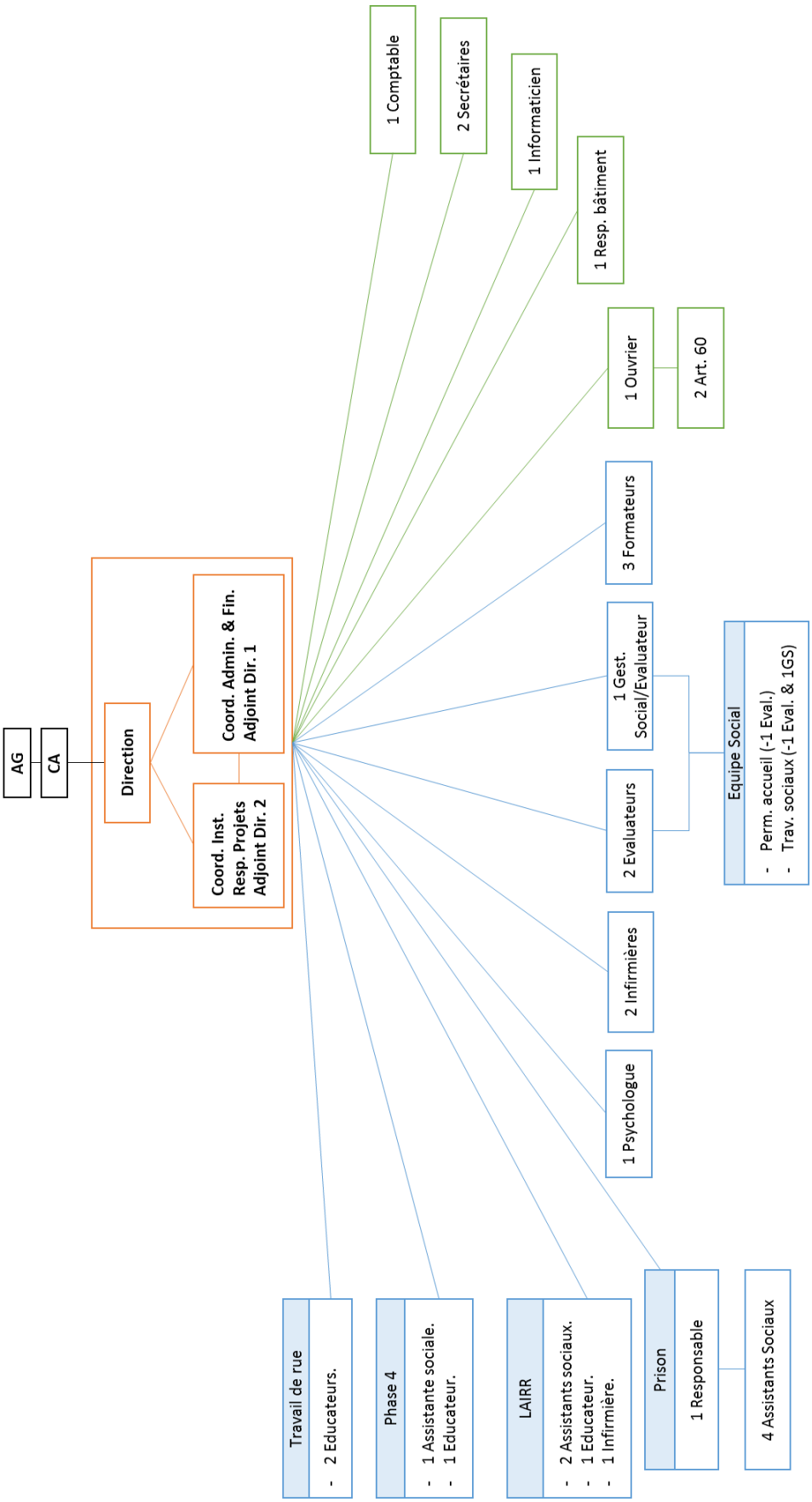
En 2011, Transit a également pu mettre en place un projet à la fois novateur et complémentaire par rapport au travail déjà mené par notre centre d'accueil et notre comptoir LAIRR qui consiste en un **travail de rue**. Cette mission étant assurée sur le terrain par une équipe mobile d'éducateurs chargés, d'une part, d'assurer un travail de proximité et de sensibilisation à la réduction des risques liés à l'usage de drogues et, d'autre part, d'offrir un soutien et un accompagnement psycho-social dans le quartier Nord et le centre-ville de Bruxelles.

Enfin, en 2014, Transit a une fois encore eu l'opportunité de renforcer son projet en matière d'accompagnement vers le logement. Baptisée « **Phase V** », cette initiative vise en effet spécifiquement à faciliter l'accès au logement social des résidents de la Phase IV qui, pour différentes raisons, n'avaient toujours pas accès au logement privé. Ce projet, réalisé en partenariat avec le Foyer Bruxellois et le soutien conjoint de la Ville de Bruxelles et de la Région bruxelloise, va permettre d'orienter annuellement 5 usagers du centre Transit directement vers un logement social sans passer par la procédure de candidature habituelle qui est évidemment extrêmement longue. Grâce à cette innovation, le centre Transit se dote d'un outil inédit pour répondre de façon concrète à la problématique du logement bruxellois qui frappe en priorité les personnes les plus précarisées.

Depuis son ouverture, jamais le centre Transit ne s'est finalement écarté de sa vocation principale : permettre à des usagers de drogues de reconstruire une vie sociale décente au départ d'un centre qui se veut être un lieu de ressourcement et une porte ouverte sur la vie en société. En accueillant encore cette année pas moins de 700 *personnes*

différentes dont 312 pour la première fois dans son centre, Transit démontre qu'il demeure une structure incontournable au sein du paysage social bruxelloise tout en se voulant complémentaire aux autres structures d'aide et d'accueil aux toxicomanes si bien qu'il peut raisonnablement être considéré comme un véritable **observatoire du phénomène de l'usage de drogues en Région bruxelloise**.

1.4 Organigramme



2 FONCTIONNEMENT DU CENTRE D'ACCUEIL

Comme on vient de le voir, Transit est donc un centre d'accueil d'urgence qui s'adresse à toute personne majeure présentant une problématique d'usage de drogues. Il fonctionne, de manière générale, selon le principe du bas seuil d'accès et propose, au sein des mêmes locaux, *deux modalités d'accueil* : l'une, en ***centre de jour*** et l'autre, en ***centre d'hébergement***.

2.1 Le centre de jour

Il permet d'assurer une prise en charge en journée via une permanence psychosociale accessible 7 jours/7 de 9h00 à 16h00 et d'être, après ce moment d'accueil, à l'écoute des usagers via un suivi administratif de leur situation. C'est également un lieu d'accueil et de soutien pour les personnes en souffrance et en demande d'aide psychologique.

Parallèlement à cela, une des priorités du centre de jour est aussi de veiller à ce que les besoins les plus élémentaires soient assurés en offrant à ces personnes la possibilité de prendre un repas, de se laver, de se reposer et de renouer des contacts sociaux en participant à des activités occupationnelles : jeu de société, activités sportives ou culturelles, atelier emploi, table du logement, etc. Toutes ces activités étant destinées à améliorer le quotidien des usagers en les soutenant dans leur parcours d'insertion.

Au fond, le centre de jour s'adresse à tout usager de drogues pour lequel Transit ou parfois l'usager lui-même estime, après évaluation de la situation qu'il n'y a pas lieu de s'appuyer nécessairement sur une période d'hébergement pour tenter de solutionner la problématique amenée. Sa vocation principale étant, à la fois, de consolider les acquis administratifs et de maintenir le lien social avec l'usager au terme de son hébergement, mais aussi de soutenir au maximum l'autonomie de ceux qui ont encore un logement sans pour autant recourir à un hébergement.

Enfin, il peut également s'agir d'une forme de prise en charge pour les usagers dont la personnalité et le comportement sont incompatibles avec les exigences de la vie en communauté.

2.2 Le centre d'hébergement

Il dispose d'une capacité d'accueil de *21 lits* et la durée moyenne des séjours est d'environ *13 jours*. Il s'agit d'un hébergement de courte durée qui a pour vocation d'offrir, *via un cadre de vie communautaire*, un lieu de ressourcement convivial et sécurisant grâce à un encadrement assuré, de jour comme de nuit, par une équipe de travailleurs sociaux. C'est aussi la possibilité pour les usagers de disposer d'une chambre accueillante (maximum 2 personnes par chambre) et d'un espace de vie structurant pour, à partir de là, trouver des solutions plus durables.

Bien souvent, il s'agit durant cette courte période de répondre de façon réaliste à ce qui fait le plus problème et non à tout ce qui fait problème. Etant en effet un « *lieu de transit* », comme le nom de l'institution l'indique d'ailleurs, le centre Transit propose des séjours limités dans le temps afin que ce temps soit justement offert au plus grand nombre d'usagers possible. Cette brièveté de l'hébergement est la seule façon de créer un turnover important au sein des résidents ce qui est essentiel pour un centre comme le nôtre dont la vocation est de pouvoir être accessible à tout moment (de jour comme de nuit) pour des situations d'urgence.

L'accueil se décline ainsi selon ***trois phases*** qui permettent d'objectiver la durée du séjour sur base de critères définis et propres à chaque phase.

1) Une première phase d'accueil qui correspond aux 2 premiers jours d'hébergement, aussi dénommée **« Phase I »**, permet généralement à l'usager ainsi qu'à l'équipe des travailleurs de faire mutuellement connaissance. Un premier bilan psychosocial est établi par l'équipe et l'adéquation de la personne au fonctionnement du centre est évaluée.

2) Si aucune contre-indication majeure n'est observée durant cette période, l'usager se voit alors proposer 10 jours d'hébergement supplémentaires, ce

qui correspond à la **« Phase II »**. En fonction de la demande de la personne, c'est durant cette phase que sont planifiées et réalisées les démarches socio-administratives destinées à concrétiser l'objectif ou l'orientation souhaitée.

3) Enfin, si la personne a réalisé au terme de ces 10 jours les démarches visant à mener à bien son projet, la durée de son hébergement peut, en fonction de la situation, être prolongée jusqu'à la concrétisation totale de son projet. Cette prolongation est ce que nous appelons la **« Phase III »** de l'hébergement, laquelle peut alors déboucher sur une prise en charge thérapeutique (hospitalisation, centre de cure, etc.) ou sur un accès au logement (appartement, maison d'accueil, etc.)

Notons au passage que tous les services proposés dans le cadre du centre de jour sont les mêmes et restent valables pour les personnes hébergées au centre d'hébergement.

2.3 Objectifs du centre d'accueil

En offrant une prise en charge au « centre de jour » ou au « centre d'hébergement », Transit tente de répondre à **quatre objectifs majeurs** :

- Offrir un *lieu d'accueil*, de ressourcement, de resocialisation en priorité à des personnes en situation d'exclusion sociale.
- Assurer un *travail de réduction des risques* ainsi qu'un *travail de liaison* avec les services de soin.
- Proposer une *remise en ordre socio-administrative* de la situation de l'usager (préalable à tout projet d'insertion).
- Permettre une *orientation de l'usager* qui soit adaptée à son projet et à l'état de sa situation économique, sociale et médicale.

Ces objectifs étant intimement liés entre eux, ils sont tous à considérer comme un moyen d'atteindre un même but : celui d'aider les usagers à retrouver une place de citoyen dans la société.

2.3.1 La dimension d'accueil

Comme nous l'avons vu plus haut, cette mission est primordiale pour un centre comme le nôtre. Ainsi, en offrant aux usagers un lieu d'accueil facilement accessible et en leur proposant un panel de services totalement gratuits, Transit tente de répondre de façon concrète et rapide aux problèmes les plus criants avec pour objectif de rétablir le contact avec un public parfois extrêmement marginalisé. C'est pourquoi, avant même de proposer un accompagnement social ou un suivi administratif, la priorité est de veiller à créer (ou à restaurer) un lien de confiance entre l'usager et l'équipe, de même qu'entre l'usager et les autres résidents de la communauté. Il est d'ailleurs important de préciser que *notre institution n'a jamais eu pour principe d'exiger la mise en place d'un projet d'insertion afin de pouvoir bénéficier d'une prise en charge*. Cela signifie concrètement qu'une personne peut tout à fait solliciter un hébergement dans le seul but de se (re)poser ou de se mettre à l'abri sans pour autant avoir la volonté d'effectuer des démarches sociales, administratives ou d'ordre thérapeutique.

En offrant donc un espace d'accueil, d'écoute et de ressourcement où il est possible de se poser pendant un court laps de temps, le centre entend avant tout mettre un frein à l'errance des usagers en leur permettant de faire un break dans leur parcours de vie parfois très chaotique.

2.3.2 L'accès aux soins et la réduction des risques

Parallèlement à ce travail de lien, ce premier temps d'accueil peut, dans certains cas, être l'occasion d'assurer un travail de réduction des risques via un échange d'information sur les produits, les modes de consommation à moindres risques, les possibilités de dépistage afin de promouvoir une meilleure éducation à la santé. Ce travail de sensibilisation peut aussi être l'occasion de mettre à disposition de certains

usagers le matériel complet de réduction des risques (kit d'injection stérile, kit crack, préservatifs, etc…) et de dispenser des petits soins afin de soigner notamment certains abcès ou encore d'autres types d'infections. Enfin dans le cas où certaines personnes auraient besoin d'avoir accès à un traitement et sachant que l'équipe de Transit n'est elle-même pas habilitée à prescrire des médicaments, la priorité est parfois donnée à la mise en place d'un suivi médical auprès d'un de nos partenaires (Mass, projet Lama, maisons médicales, etc…) afin notamment de stabiliser l'état de santé de ceux qui le nécessitent.

2.3.3 *La remise en ordre socio-administrative*

Le travail réalisé au centre Transit repose sur un postulat assez simple : pour pouvoir prétendre aux droits les plus fondamentaux de la dignité humaine que sont l'accès aux soins, l'accès au logement ou encore le droit à des ressources financières minimales, il est impératif de recouvrir un minimum d'acquis administratifs. C'est pourquoi cette étape est primordiale et essentielle à l'amorce d'un projet d'insertion quel qu'il soit. Afin d'atteindre cet objectif, l'équipe sociale a pour mission de réaliser dans un premier temps un ***« diagnostic social »*** aussi précis et rigoureux que possible de la situation de l'usager. Ce travail exige souvent des compétences à la fois théoriques et pratiques dans des domaines aussi complexes et variés que *l'aide sociale*, *le droit pénal*, *le droit des étrangers* et *l'insertion socio-professionnelle* ; domaines qui évoluent sans cesse et exigent une formation continue de la part de notre personnel.

Ce n'est donc que dans un second temps qu'a lieu à proprement parler la « ***phase d'accompagnement social*** », laquelle consiste à remettre de l'ordre dans la situation administrative des usagers qui, bien souvent, en raison de leur parcours de vie chaotique ou de leur mode de vie précaire, en viennent à perdre leurs principaux droits sociaux. Concrètement, il s'agit durant cette phase d'effectuer un travail d'encadrement et de conseil qui peut aller exceptionnellement jusqu'à accompagner physiquement les personnes les plus déstructurées dans leurs démarches auprès des administrations compétentes, de manière à ce qu'elles puissent à nouveau bénéficier des aides sociales existantes. L'expérience de terrain montre en effet clairement que, livrées à elles-mêmes dans la réalisation de leurs

démarches, certaines personnes ont du mal à honorer leur rendez-vous et quand malgré tout elles y arrivent, elles ne parviennent pas toujours à expliquer leur situation auprès des institutions compétentes, ni à formuler clairement leur demande ou à en comprendre la réponse. En conséquence de quoi, elles se découragent et finissent par abandonner les démarches entreprises qui pourtant étaient indispensables au rétablissement de leur situation. Il en résulte alors fréquemment une perte de temps, d'énergie et de motivation considérable tant pour l'usager que pour l'équipe, choses qui peuvent être évitées grâce à un encadrement adéquat.

Un accompagnement donc pour recouvrir des acquis mais aussi pour les maintenir et éviter de la sorte de devoir sans cesse repartir de zéro. Tels sont malheureusement souvent le lot et la tâche quotidienne du travailleur à Transit.

2.3.4 L'orientation

Parallèlement à ce travail axé sur le recouvrement des droits sociaux, l'équipe psychosociale va, le plus souvent à la demande de l'usager, encadrer ce dernier dans la réalisation d'un éventuel projet d'insertion. Ceci nécessite souvent d'orienter la personne vers des services plus spécifiques (ou parfois plus spécialisés) qui pourront peut-être l'aider à résoudre plus durablement sa problématique. Il s'agira dans certains cas d'une admission dans un centre thérapeutique (de cure ou de post-cure) ou dans un hôpital en vue d'amorcer un travail de sevrage et de réflexion par rapport au produit.

Ce processus de rétablissement peut également, selon les cas, se poursuivre par une réintégration du milieu familial, l'accès à une maison d'accueil ou à un logement. Notre espoir étant bien évidemment qu'au terme de leur séjour à Transit nos résidents puissent retrouver un mode de vie plus harmonieux et plus stable.

2.4 Travail avec les détenus

2.4.1 Aperçu général

Comme évoqué plus avant, le travail avec les détenus est un volet particulier de nos activités. Etant une structure « bas seuil d'accès », nous sommes en effet particulièrement sollicités par des (ex)détenus toxicomanes qui se retrouvent à leur sortie de prison sans aucune source de revenu, sans aucune solution d'hébergement et sans avoir pu concrétiser un quelconque projet de reclassement.

Dans ce contexte, notre travail consiste à répondre à leur demande, à celle de leurs avocats, ou bien encore à celle des différents intervenants psychosociaux. Dans la majorité des cas, toutefois, ces sollicitations nous parviennent des détenus eux-mêmes via un courrier ou un coup de téléphone de leur part. Nous y répondons toujours après avoir effectué une analyse de leur profil et de leur demande ce qui peut, dans certains cas, nécessiter une visite préalable en prison ou, dans d'autres cas, donner lieu à un accueil immédiat dès leur sortie de prison ou lors de congés pénitentiaires.

Afin justement de pouvoir déterminer l'opportunité d'amorcer une prise en charge à Transit dans le cadre d'une libération future, des **visites** sont donc effectuées en prison étant donné que notre institution bénéficie de l'autorisation des prisons de Saint-Gilles, Forest et Berkendael pour effectuer ce travail d'accompagnement *intra-muros*. Actuellement, cinq travailleurs sociaux ont la possibilité d'assurer les différentes visites au sein des prisons bruxelloises.

Ces visites sont, en général, rendues à des usagers qui ne sont pas encore connus de nos services mais qui sollicitent un accueil dans notre centre. Elles visent, en premier lieu, à évaluer le *profil* de la personne afin de s'assurer qu'elle présente bien une problématique d'assuétude et qu'elle a les capacités (mentales et psychologiques) requises pour respecter un cadre de vie communautaire. Elles visent également à faire le point sur sa situation sociale, familiale et administrative pour éventuellement amorcer un projet d'insertion et ainsi gagner du temps au moment de sa sortie.

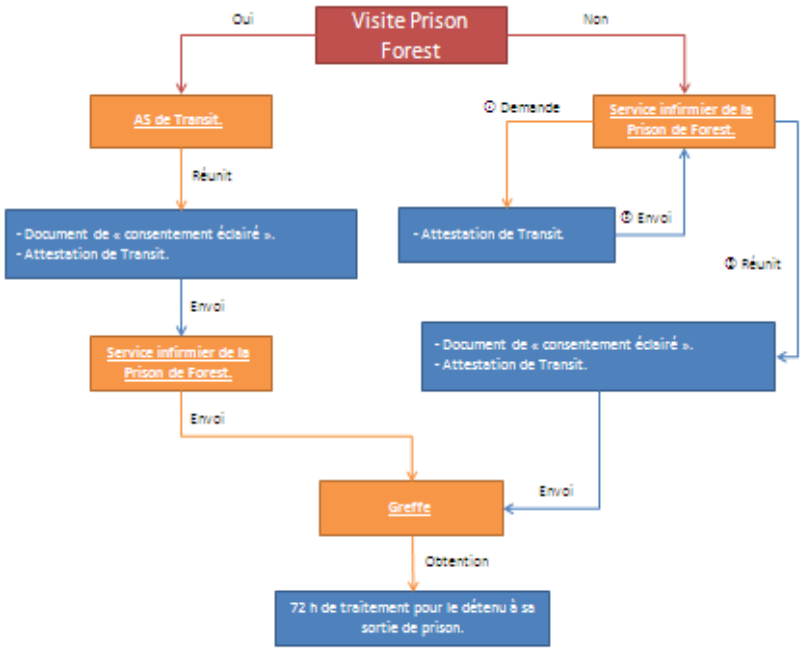
Au terme de cet entretien, nous envoyons systématiquement une attestation dans laquelle nous précisons si oui ou non le détenu pourra être accueilli chez nous à sa sortie et dans quelles conditions cet accueil pourra se faire. Il s'agit ainsi pour Transit de s'assurer qu'une personne nécessitant un suivi médical arrive avec un traitement adéquat et avec une confirmation de celui-ci vu que notre équipe n'est pas médicalisée.

2.4.2 Projet pilote de continuité des soins

Afin justement d'améliorer la *continuité des soins* entre la prison et notre service, des rencontres ont eu lieu en 2013 entre le personnel infirmier de la prison de Forest, de Berkendael et de Saint-Gilles et des représentants de l'asbl Transit. Celles-ci ont permis de consolider nos collaborations et de faire en sorte que les détenus libérés de l'une de ces trois prisons soient en ordre de traitement (ex : la méthadone) à leur arrivée au centre afin notamment de pouvoir tenir le coup pendant minimum 72 heures, c'est-à-dire le temps d'un week-end quand la sortie a lieu un vendredi. En pratique, lors de chaque nouvelle demande (d'accueil), notre équipe se charge de transmettre au service infirmier de la prison une attestation stipulant que nous sommes d'accord d'accueillir la personne à sa sortie de même que nous leur transmettons le formulaire de consentement signé par le détenu.

Ce projet, inauguré donc en 2013, se poursuit toujours avec succès à l'heure actuelle ce qui a nécessité encore cette année un sérieux investissement de la part de notre équipe, en terme de temps de travail. A ce propos, nous avons d'ailleurs été amenés à prendre part à différents colloques au cours desquels nous avons pu présenter en modèle ce projet pilote et ses avancées sur le plan de la santé des détenus.

Ci-dessous, vous trouverez sous forme de schéma la mise en place de ce projet de « continuité des soins » initié avec la prison de Forest…



2.4.3 *Travail au sein des fédérations du secteur*

Un autre volet de nos activités consiste depuis quelques années à nous investir dans un *travail de concertation* avec d'autres structures d'aide aux détenus afin de perfectionner la qualité de notre travail social et d'améliorer notre connaissance du réseau d'aide. Etant en effet confronté à une demande de prise en charge croissante de la part d'usagers incarcérés, il s'agissait pour Transit de pouvoir faire face au mieux à cette nouvelle réalité de terrain tout en maintenant un niveau élevé de compétence. Pour ce faire, Transit est donc devenu, depuis 2010, membre de l'Assemblée Générale de **l'asbl CAAP** (Concertation des Associations Actives en Prison) qui regroupe toutes les institutions œuvrant dans l'accompagnement aux détenus.

Depuis 2012, nous avons également tenu à nous engager au sein de **la Fidex** (Fédération bruxelloise des institutions pour détenus et ex-détenus) en nous faisant membres du Conseil d'Administration. A ce titre, nous avons été amenés à participer à différentes réunions dans le cadre des « Midis de la Fidex ». Par ailleurs, notre investissement au sein de cette fédération s'est également traduit par une contribution à la rédaction d'un manifeste à propos de la surveillance électronique

et de ses écueils, intitulé : « *La surveillance électronique, la liberté à moindre prix* » (cfr : lien internet www.atsp.be/).

Enfin, depuis 2013, Transit est également à la base de la création d'une nouvelle plateforme de concertation qui réunit, en plus de Transit, deux autres Services Actifs en matière de Toxicomanie (SAT), à savoir Modus Vivendi et CAP-ITI qui exercent, tout comme nous, leurs actions dans le champs de la santé, de la prévention et de la Réduction des Risques. Dénommée « **CAPB** » (Concertation Assuétudes Prisons Bruxelles) cette cellule de coordination qui bénéficie d'ailleurs du soutien et de l'appui de la FEDITO bruxelloise a pour objectif d'améliorer l'accompagnement psychosocial des justiciables ainsi que la continuité des soins (avant et après incarcération) à travers tout un travail de réflexion sur les thèmes « usage de drogue(s)/santé/prison ».

Durant l'année 2015, la CAPB a continué son intense travail de sensibilisation et de lobbying auprès du monde politique en militant pour un *transfert de compétences des soins de santé des détenus* depuis le SPF Justice vers le SPF Santé publique. Cette mobilisation a d'ailleurs pris la forme d'une pétition visant à soutenir l'appel du secteur pour ce transfert de compétences (cfr : lien internet www.atsp.be/); pétition qui a, au demeurant, récolté un très grand nombre de signatures.

2.4.4 *Participation à des Groupes de pilotage*

Enfin, un dernier volet de nos activités consiste à participer à différentes *plates-formes organisées au sein de certaines prisons belges, à savoir : Andenne, Nivelles, Saint Hubert, Lantin et Forest* durant lesquelles les détenus sont invités à rencontrer, à l'intérieur même de ces établissements, des intervenants extérieurs issus de différentes associations. C'est donc l'occasion pour nous de présenter, via un stand d'information, les activités ainsi que les missions de notre centre et de répondre aux questions que se posent certains détenus notamment par rapport à leur sortie.

A la prison de Forest (Berkendael), nous avons, en plus de cela, eu l'opportunité encore cette année de prendre part à un travail de réflexion mis en place par le « groupe de pilotage drogues » qui réunit la direction de l'établissement pénitentiaire, des membres du SPS, un médecin chef, une infirmière, certains

gardiens ainsi que d'autres intervenants actifs en milieu carcéral. Cet organe ayant pour mission de susciter un débat ouvert entre les différents acteurs à propos de certaines questions ou de certains problèmes qui se posent au sein de la prison. C'est donc dans ce contexte qu'en 2014 nous avons pu œuvrer à la mise en place d'un projet pilote articulé sous la forme de *3 séances d'information relatives à la réduction des risques*. Ces opérations de sensibilisation qui se sont déroulées au sein du cellulaire de la prison ont permis de toucher *directement les détenus* et de travailler avec eux sur les questions relatives à l'usage de drogues, aux risques pour la santé, ce qui a évidemment débouché aussi sur des conseils pour un usage à moindre risque. Au final, il ressort de l'évaluation que ce projet a été un franc succès, la direction ayant en effet marqué son accord pour poursuivre cette initiative durant les années à venir.

2.5 Partenariats et travail en réseau

De par ses missions, la pratique de travail en réseau est pour l'institution d'une importance essentielle. En effet, lorsqu'il s'agit, comme à Transit, de résoudre des situations aussi complexes et multifactorielles que celles des personnes toxicomanes qui cumulent la plupart du temps des problèmes d'exclusion sociale avec des problèmes de dépendance aux drogues et de santé mentale, il est primordial de nouer des liens de collaboration avec l'ensemble des partenaires du réseau – tant spécialisé que généraliste – et d'avoir une bonne connaissance de celui-ci. Qu'il s'agisse de problèmes administratifs, de santé ou de logement, il faut pouvoir, en tant que travailleur de terrain, trouver des solutions rapides par rapport à des situations parfois inextricables.

Dans ce contexte, notre institution s'est investie voici déjà des années dans un travail en réseau en inscrivant précisément sa pratique dans différents réseaux dont elle est, depuis le début, membre fondateur.
On peut citer ainsi le « *Réseau WaB* », le « *Réseau ABC* », « *Réseau Hépatite C* » et le *« Réseau Bas-Seuil »* qui ont notamment pour but de définir de manière concertée des trajectoires de soins et d'en faciliter l'accès.

Cependant, avant de nous lancer dans une présentation de leur spécificité, il est peut-être important de rappeler que même avant de faire partie de ces différents réseaux, Transit a depuis toujours travaillé en étroit partenariat avec l'ensemble des services psycho-médico-sociaux. Ainsi, de par ses activités, *l'équipe travaille quotidiennement avec les institutions* et les administrations suivantes :

- les CPAS,
- les mutuelles,
- les organismes de chômage,
- les administrations communales,
- les services de police,
- les services d'aide juridique et d'aide à la régularisation,
- les maisons d'accueil et les abris de nuit,
- les services d'aide à l'emploi et au logement,
- les médecins généralistes, les maisons médicales, les pharmaciens et les différents hôpitaux du pays,
- les centres ambulatoires, les MSP, les centres de cure ou de postcure et les communautés thérapeutiques,
- les services de santé mentale,
- les maisons de justice et les Semja,
- les services communaux de la Région bruxelloise et en particulier les services de prévention,
- les équipes de travailleurs de rue, etc…

2.5.1 *Le Réseau WaB*

Véritable projet pilote, le réseau WaB peut également se targuer d'être un projet totalement inédit sur le plan national en ce qui concerne la mise au point de coopérations entre services d'aide aux usagers de drogues. Il regroupe, à cet effet, des intervenants de terrain issus de Wallonie et de Bruxelles qui sont spécialisés dans le domaine des assuétudes et d'autres problématiques associées.

Dès 2003, ces mêmes intervenants en sont venus à se rencontrer dans le cadre d'une formation basée sur « l'approche en systèmes intégrés » (ISA, Integrated System Approach de G. De LEON). L'approche ISA visait à construire un réseau de services de soins en proposant aux usagers de drogues un processus de changement continu («process of change» de Di Clemente – Prochaska) avec des objectifs intermédiaires qui convergeaient vers une même finalité : le développement de l'individu et le rétablissement complet de la personne toxicomane.

Ces intervenants ont en effet toujours été frappés par un constat récurrent : en dépit de l'existence de nombreux services spécialisés dans les problématiques d'assuétudes et en dépit du fait que ceux-ci étaient parfois déjà constitués en réseau de soins locaux, certains usagers présentant une problématique de consommation chronique ou très complexe ne parvenaient pas toujours à prétendre aux services qu'ils nécessitaient. Cette réalité finissait bien souvent par mener ces personnes dans des impasses et plaçait, du même coup, dans le même genre d'impasses les institutions et services auxquels elles s'adressaient.

Afin donc d'apporter un élément de réponse à ce constat, les intervenants de terrain ont alors décidé de s'unir pour tirer parti tant de la richesse et de la diversité des niveaux d'interventions qu'ils représentent que de leur multidisciplinarité et du large territoire géographique ainsi couvert. Forts de leurs expériences, ils ont pu élaborer des outils visant à optimaliser la pratique de travail en réseau et à en exploiter les complémentarités en se basant sur des références théoriques communes partagées au cours de cette formation de départ qui les avait autrefois réunis. Ils ont, de la sorte, donné naissance au réseau WaB (Wallonie-Bruxelles).

Par la représentation d'une ou plusieurs institutions des réseaux locaux, le réseau WaB a donc permis de *faciliter la construction de trajets de soins* dans un réseau « supra-local » par définition plus large et offrant, par conséquent, plus de possibilités. Ces trajets de soins étant destinés, comme nous l'avons dit plus haut, à des usagers qui présentent des difficultés complexes, chroniques ou bien qui nécessitent un appui et une concertation spécifiques, une réunion mensuelle a, dans ce but, été prévue entre les intervenants afin de donner lieu à une concertation clinique. Ces réunions sont également des moments propices à des *échanges de bonnes pratiques* entre partenaires ainsi qu'à des discussions visant à améliorer le travail de concertation en réseau et ce, dans le cadre d'une approche globale et intégrée des personnes.

Au total, entre les inclusions au sein du réseau et les réflexions axées sur les différents suivis ce sont environ trente situations cliniques qui sont discutées par mois et qui mobilisent ainsi à chaque fois une vingtaine d'intervenants issus des 16 structures actuellement membres du réseau. Ces échanges permettent, au fil des réunions, de trouver des éléments de réponse pour des problématiques qui ont parfois usé des dizaines d'intervenants amenés à répéter sans succès les mêmes tentatives d'aide.

Ayant toutefois la volonté de promouvoir cette expérience innovante basée sur le savoir-faire d'intervenants de terrain, le réseau WaB a toujours eu pour objectifs de diffuser et de partager les fruits de son expérience. Dans cette optique, il poursuit sans cesse le projet de se développer en cherchant à inclure toujours plus de nouveaux membres susceptibles d'être intéressés par cet outil de travail.

Cette adhésion peut aussi bien concerner des services spécialisés que des services généralistes, comme par exemple des maisons d'accueil traditionnelles, qui peuvent y voir là l'occasion d'améliorer l'accès à une partie de leur public vers des services justement plus spécialisés dans la prise en charge des problématiques de drogues. De la même manière, mais cette fois-ci inversement, en participant au réseau WaB, ces mêmes services généralistes permettent d'élaborer des trajets de soins prenant en compte la globalité de la personne sans se focaliser sur sa consommation de produits, ce qui peut être pour celle-ci une belle opportunité de changer d'environnement, voire carrément de sortir du milieu de la toxicomanie.

En tant que projet pilote, le réseau WaB est aussi tenu d'évaluer de manière continue son action. Dans ce cadre, il s'est notamment doté d'un Comité d'Accompagnement Scientifique constitué de spécialistes à la renommée nationale et parfois internationale ainsi que d'un Comité de Direction composé des cinq directeurs d'établissements (Trempoline, Hautes-Fagnes, Hôpital de Dave-Saint-Martin, Phénix et Transit).

Elaboré à la fois par et pour des intervenants de terrain, le réseau WaB repose, en définitive, sur une dynamique qui a pu fédérer des acteurs émanant d'inspirations théoriques différentes, de niveaux d'interventions allant du bas seuil au haut seuil et qui travaillent ensemble en toute confiance selon un mode non concurrentiel.

Résultats :

Pour plus d'informations concernant les résultats durant l'année 2015, nous vous référons au rapport d'activité publié sur le site même du réseau WaB.

Siège social :

Avenue Bourgmestre Jean Materne, 165
5100 Jambes
081/22.56.91
0497/49.28.78
reseauwab@gmail.com
www.reseauwab.be

Coordinatrice du réseau : Vally Ardito.
Personnes de contact à Transit : Henri-Emmanuel Gervais et Emmanuelle Manderlier.

2.5.2 *Le Réseau ABC*

Le projet thérapeutique A.B.C.-V.B.H. (Assuétudes Bruxelles-Capitale – Verslaving Brussel Hoofdstad) a été lancé en 2007 dans le cadre des projets pilotes fédéraux (SPF Santé publique et INAMI) et s'est achevé en mars 2012. Ces projets pilotes visaient à améliorer, via le travail en réseau, la concertation et la continuité des soins autour des patients souffrant de problématiques complexes et chroniques.

Ce réseau regroupe actuellement 18 institutions prenant des patients en charge pour des problèmes d'alcoolisme, de dépendance aux drogues et aux médicaments en Région bruxelloise. Il s'adresse plus particulièrement aux patients nécessitant une prise en charge de longue durée et par plusieurs partenaires.

Le travail en réseau qui a été défendu dans le cadre du projet thérapeutique visait à faciliter la circulation des patients entre différentes institutions et à améliorer la continuité des soins et la communication entre les intervenants. C'est dans ce but que nous continuons à organiser tous les trimestres une réunion rassemblant les représentants des différents partenaires, membres du réseau.

Le projet actuel : immersion dans les institutions du réseau A.B.C.-V.B.H.

Les partenaires du réseau ont souhaité rester actifs dans la réflexion et l'élaboration d'outils facilitant le travail en réseau. Parmi ces outils, l'immersion dans les institutions du réseau ABC nous semble être une bonne manière de continuer à questionner/peaufiner nos pratiques de terrain en regard de la réalité des institutions et des pratiques qu'elles développent quotidiennement.

Ce projet d'immersion permettrait de concrétiser davantage notre ambition initiale, à savoir échanger à propos des pratiques des intervenants de différentes institutions ayant affaire à des patients souffrant d'assuétudes. Ce projet a pour objectif de favoriser le dialogue et de faciliter la mise en place de collaborations entre partenaires par la connaissance des pratiques des diverses institutions bruxelloises ayant affaire à la problématique des addictions. Le but est donc, ici encore, d'améliorer le travail en réseau et de rester en phase avec les demandes

émergentes des patients et des secteurs confrontés à la problématique des assuétudes.

En 2015, nous avons principalement travaillé à la pérennisation de notre réseau d'un point de vue financier et mobilisé beaucoup d'énergie dans ce sens. Nous avons réalisé 37 immersions en 2015.

Siège social :
Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale

0496/07.16.94 - abc_vbh@yahoo.fr
Coordinateur du réseau : *Romuald Lorquet*.

Personnes de contact au sein de l'asbl Transit : *Muriel Goessens, Romuald Lorquet*.

2.5.3 *Le Réseau Hépatite C*

Fondée en 2002, l'asbl réseau Hépatite C – Bruxelles regroupe des professionnels travaillant dans le domaine de l'hépatite C et/ou de la toxicomanie en Région bruxelloise. Ce réseau a pour objectif de faciliter la prévention, le dépistage et l'accès aux soins. Il est composé d'hépatologues et de gastro-entérologues du CHU Saint-Pierre, du CHU Brugmann et du HIS Bracops, ainsi que de médecins généralistes, de psychologues, d'infirmier(ère)s et d'assistants sociaux des maisons médicales des Marolles et Enseignement, de Modus Vivendi, du Projet Lama, du centre Enaden, de la MASS, d'Interstices, du SAS (service d'accompagnement social du CPAS de 1000 Bruxelles), de l'asbl DUNE et du centre Transit.

Contacts :

0473/80.46.28 - reseau.hepatite.c@gmail.com
Coordinateur du réseau : Jerry Werenne

Personnes de contact au sein de l'asbl Transit : *Henri-Emmanuel Gervais et Stéphanie Callens*.

2.5.4 Le Réseau bas seuil

2.5.4.1 Présentation des objectifs

Fondé en 2011 à la suite des 10 ans de la Mass, le réseau bas seuil a donné l'occasion aux institutions bruxelloises du secteur de travailler ensemble sur les différentes problématiques propres à la notion de « bas seuil ». C'est dans cette optique que les directions de la Mass, du Projet Lama et de l'asbl Transit ont souhaité entamer un travail de réflexion articulé autour de certaines questions et de certaines difficultés qui se posent fréquemment sur le terrain avec l'espoir de faire émerger, à partir de là, de nouvelles pratiques. L'idée étant de favoriser de la sorte des échanges réguliers entre les équipes des trois principales institutions « bas seuil » à Bruxelles. Concrètement, il s'agissait pour ces équipes de réfléchir à leurs actions et aux problématiques qu'elles vivent sur le terrain pour éventuellement proposer des pistes de travail, voire des changements institutionnels.

2.5.4.2 Méthode de travail

Penser le bas seuil et imaginer des solutions concrètes pour atténuer les difficultés ressenties par les travailleurs de terrain n'a de sens que si tous les acteurs pertinents sont réunis dans le même processus, en l'occurrence, directeurs, coordinateurs et professionnels du terrain. C'est pourquoi, le dispositif qui a été privilégié a été celui des groupes de travail en réunissant à intervalles réguliers professionnels de terrain et coordinateurs. Quant aux directeurs, en plus de se réunir entre eux tous les 15 jours, ils ont été tenus informés régulièrement des avancées de ces groupes de travail.

En pratique, deux groupes de travail mensuels ont été mis en place, réunissant chacun 9 personnes issues des trois institutions (Mass, Lama, Transit) et comprenant deux animateurs et un coordinateur.

2.5.4.3 Thématiques de travail

Chaque groupe de travail s'est donc organisé autour d'une thématique prédéfinie. Après réflexion entre les différents coordinateurs et animateurs, deux thématiques ont été retenues :

- Travail en bas seuil et intervision clinique ;
- Travail en réseau et orientation du travail.

Tout au long de l'année, ces trois groupes de travail se sont donc rencontrés à différentes reprises ce qui a nécessité, au total, une dizaine de réunions sans compter celles qui ont eu lieu entre les directions.

Ces rencontres ont ainsi permis aux travailleurs du centre Transit de mieux connaître leurs collègues de la Mass et du Lama et de mieux connaître le mode de fonctionnement de ces deux institutions qui, bien souvent, sont confrontées aux mêmes réalités. En partageant ainsi notre expérience de travail et nos constats de terrain, en réfléchissant ensemble à la manière de gérer un public commun qui a tendance à évoluer sans cesse au fil du temps (davantage de sans-papiers, de problèmes liés à la précarité et à la santé mentale et davantage d'usagers « polyconsommateurs », etc.) ainsi qu'en échangeant nos idées pour trouver des pistes, nous avons eu l'opportunité de progresser dans notre travail et dans la compréhension du phénomène de la toxicomanie.

2.5.4.4 Perspective d'avenir

Au terme de ces différents groupes de travail, il a été décidé, au niveau des directions comme au niveau des participants, de poursuivre cette expérience de travail en 2016.

3 PUBLIC CIBLE

3.1 Nature du public

Le centre Transit accueille essentiellement des personnes majeures souffrant d'assuétudes aux drogues, à l'alcool ou aux médicaments en leur proposant une prise en charge psychosociale ambulatoire ou résidentielle. A ce titre, notre priorité est de venir en aide aux usagers en crise c'est-à-dire ayant réellement un usage problématique ou une dépendance à un ou plusieurs produits, ce qui nous distingue en cela de certains services de prévention travaillant principalement avec des usagers occasionnels ou avec de jeunes consommateurs. Bien que notre équipe ne soit pas médicalisée, nous accueillons très régulièrement des personnes nécessitant un traitement médical ou un traitement de substitution ce qui nous impose au quotidien de travailler en étroite collaboration avec des centres médicaux et avec des médecins généralistes.

Vu également la philosophie de notre centre qui prévoit d'offrir un accueil à bas seuil d'accès, nous tâchons évidemment d'aider en priorité les usagers vivant en situation d'exclusion sociale c'est-à-dire les personnes sans domicile ou ayant perdu leur logement, n'ayant pas ou peu accès aux services de soins de santé, sortant de prison ou même encore durant leur incarcération ainsi que les gens en situation illégale sur le territoire.

Enfin, de par le contexte de notre intervention, nous sommes également amenés de plus en plus souvent à prendre en charge des usagers souffrant de problèmes de santé mentale (patients double diagnostic). C'est d'ailleurs la raison principale qui justifie la présence d'un psychologue dans notre équipe.

En résumé, notre *priorité* est accordée aux usagers de drogues :

- ayant une consommation active ;
- *en situation d'exclusion sociale* ;
- *fragilisés sur le plan de la santé mentale*.

3.2 Provenance du public accueilli

Suivi - Provenance	
	2015
Personnes différentes	700
Total des Passages - D. Inc.	5169
Provenances géographique	4705
	91%
Provenances réseau	464
	9%

Comme annoncé dans le rapport d'activité précédent, nous avons décidé depuis le 1er janvier 2015 de repenser nos indicateurs afin de mettre davantage en évidence la réelle *provenance géographique* du public en distinguant par exemple ceux qui viennent directement de la rue, d'un squat, d'un abri de nuit, d'une maison d'accueil, du domicile d'un proche ou de leur propre domicile, fut-il temporaire. Au niveau méthodologique, cela revient à demander à chaque usager, lors de chacun de ses passages, où il a passé la nuit avant d'arriver au centre Transit.

Toutefois, afin de conserver aussi l'information relative aux provenances via le réseau, nous avons convenu d'encoder prioritairement le nom du service ou le type de service nous ayant contacté pour nous orienter quelqu'un (quand c'est évidemment le cas) et ce, pour autant que la personne se soit présentée à Transit endéans la semaine qui a suivi le contact téléphonique.

En regardant de plus près les données relatives aux *provenances géographiques* (voir tableau correspondant), on constate les résultats suivants :

- dans 24 % des cas il s'agit d'une provenance directement depuis *la rue* et dans 8 % des cas, depuis un *squat* ;

- dans 21 % des cas, les personnes nous arrivent depuis un *abri de nuit* (en toute grande majorité il s'agit du Samu social de Bruxelles) ;

- dans 7 % des cas, elles sont hébergées au moment de leur venue à Transit en *maison d'accueil* ;

- dans 16 % des cas, elles sont hébergées au moins temporairement par un proche (qu'il s'agisse d'un *ami* ou de la *famille*) ;

- dans 23 % des cas, elles nous arrivent depuis leur logement (individuel ou supervisé) ou après avoir passé la nuit à l'hôtel (1 % des cas).

Commentaires :

A la lecture de ces informations, il apparaît donc que dans 33 % des cas, nos usagers se trouvent en situation d'exclusion sociale (rue ou squat) au moment de leur arrivée au centre. Si on additionne ce chiffre avec le pourcentage des provenances « abri de nuit » que l'on peut considérer comme de l'hébergement d'urgence, cela signifie que dans la majorité des cas (soit 53 %), notre public nous arrive en étant dans une situation très précaire.

Dans les autres cas, il ne faudrait cependant pas trop vite en déduire que la situation est nécessairement plus stable car une bonne partie des personnes qui ont passé la nuit en maison d'accueil ou chez un proche avant d'arriver à Transit, ne peuvent parfois plus y rester, voire en sont exclus. Dans ces conditions, l'aide que nous leur apportons apparaît comme une réelle opportunité d'échapper à la rue ou à un mode vie tout aussi précaire.

Si on se penche maintenant sur les *accueils en provenance du réseau*, on peut voir que :

- les *hôpitaux généraux et psychiatriques* sont les principaux pourvoyeurs du centre Transit avec 34 % des provenances à eux deux ;

- les *services pénitentiaires* sont après les hôpitaux les services qui nous sollicitent le plus avec 76 accueils en provenance de la prison, soit au total 14 % des provenances ;

- les centres thérapeutiques (ambulatoires & résidentiels) ainsi que les centres médicaux représentent à eux trois 20 % des provenances ;

- la Mass et le projet Lama, en tant que services spécialisés et partenaires du réseau bas seuil, totalisent ensemble 11 % des provenances ;

- les services de police totalisent 5 % des provenances avec 21 accueils et les CPAS 3 %.

Remarque :

Ne perdons pas de vue le fait que dans ces statistiques ne sont comptabilisés comme « provenance réseau » que les accueils ayant fait suite à un appel téléphonique. Or, il est fort probable qu'une série de personnes nous soient malgré tout arrivées sur les conseils d'un professionnel sans qu'il n'y ait eu de contact préalable avec l'équipe de Transit. Ceci pourrait notamment s'expliquer par le fait que certains services comme la police ou les CPAS n'ont pas dans leurs habitudes ou dans leurs obligations de contacter eux-mêmes les centres d'accueil ce qui ne veut pas dire qu'ils n'aient pas remis à ces personnes de l'information sur notre centre.

3.3 Caractéristiques socio-économiques

L'accueil à bas seuil d'accès et la *gratuité des services* qui caractérisent notre centre ont évidemment un impact déterminant sur la nature du **profil** des personnes qui s'adressent à Transit. Ainsi, vu que nous accordons la priorité aux usagers les plus marginalisés, nous observons toujours une superposition de problèmes sociaux, médicaux, administratifs et judiciaires ce qui rend nécessairement le parcours de réinsertion très compliqué.

Comme nous allons le voir, les données 2015 relatives à la réalité socio-économique et au profil de consommation de notre public sont la preuve évidente et incontestable que nous touchons bien notre public cible, à savoir des usagers de drogues majoritairement polyconsommateurs, en situation d'errance ou de détresse sur le plan social et confrontés pour une bonne part à des problèmes judiciaires.

Avant toutefois de prendre connaissance de ces résultats, gardons en tête que d'un point de vue méthodologique la situation administrative des usagers telle que présentée dans les tableaux suivants n'est jamais aussi figée. Ces résultats ont en fait été enregistrés au premier moment de leur prise en charge en 2015 ce qui correspond finalement à une photo de la situation de notre public au moment de son arrivée à Transit. En réalité la situation de nos usagers ne cesse d'évoluer et de fluctuer durant l'année tantôt positivement (au gré de l'avancée de leurs démarches), tantôt négativement (lorsqu'ils perdent certains, voire parfois la totalité de leurs acquis). C'est pourquoi, idéalement, il faudrait pouvoir montrer comme dans un film l'ensemble du chemin parcouru depuis le 1er janvier jusqu'au 31 décembre, plutôt qu'une simple photo de la situation à un moment donné. Malheureusement, il nous est totalement impossible de répondre à un tel objectif vu le nombre annuel de prises en charge. Afin malgré tout d'illustrer le parcours type qui attend l'usager au départ d'un centre comme Transit, nous avons décidé de vous proposer quelques vignettes cliniques qui vous permettront sans doute de mieux vous représenter la nature du travail accompli par l'équipe. Pour se faire, je vous renvoie à la lecture de nos quelques vignettes cliniques qui figurent en annexe de ce rapport d'activité.

3.3.1 Sexe

Sexe	
	2015
Patients Tot. - D. Inc.	700
Hommes	606
	87%
Femmes	94
	13%
Données inconnues	0
	0%

3.3.2 Age

Age	
	2015
Patients Tot. - D. Inc.	602
18 - 25 ans	46
	8%
26 - 30 ans	70
	12%
31 - 35 ans	95
	16%
36 - 40 ans	111
	18%
41 - 45 ans	129
	21%
46 - 50 ans	83
	14%
51 - 55 ans	47
	8%
56 - 60 ans	18
	3%
Plus de 60 ans	3
	0%
Données inconnues	98
	14%

3.3.3 Nationalité

Nationalité	
	2015
Patients Tot. - D. Inc.	654
Belgique	349
	53%
UE	74
	11%
Hors UE	231
	35%
Données inconnues	46
	7%

3.3.4 Scolarité

Scolarité	
	2015
Patients Tot. - D. Inc.	547
Primaire	75
	14%
Sec. Inférieur	250
	46%
Sec. Supérieur	158
	29%
Bachelier/Master	35
	6%
Autre	17
	3%
Aucun	12
	2%
Données inconnues	153
	22%

3.3.5 *Situation de vie*

Situation de vie	
	2015
Patients Tot. - D. Inc.	566
Seul	448
	79%
En couple	56
	10%
Avec un/mes parent(s)	14
	2%
Avec d'autres membres de ma famille	10
Avec des amis ou autres personnes	36
	6%
Autre	2
	0%
Données inconnues	134
	19%

3.3.6 *Situation administrative*

Situation administrative	
	2015
Patients Tot. - D. Inc.	560
Ayant droit	454
	81%
Illégal	70
	13%
Illégal (En cours de régularisation)	21
	4%
Visa touriste (Eu)	15
	3%
Données inconnues	140
	20%

Remarque : le fait pour une personne d'être considérée comme « ayant droit » ne signifie pas pour autant qu'elle bénéficie d'une couverture sociale mais plutôt qu'elle peut y prétendre en vertu des lois belges actuellement en vigueur.

3.3.7 *Situation d'habitation*

Situation d'habitation	
	2015
Patients Tot. - D. Inc.	572
Domicile fixe	116
	20%
Domicile variable	110
	19%
Rue	223
	39%
Institution	86
	15%
Prison	37
	6%
Données inconnues	128
	18%

Remarque : la situation d'habitation doit être entendue comme le lieu où les personnes ont majoritairement résidé au cours des 30 derniers jours qui ont précédé leur venue au centre.

3.3.8 *Lieu du domicile*

Domicile	
	2015
Patients Tot. - D. Inc.	548
Région Bruxelles-Capitale	254
	46%
Région Wallonne	67
	12%
Région Flamande	19
	3%
Etranger	2
	0%
Aucun domicile	206
	38%
Données Inconnues	152
	22%

Remarque : Les statistiques relatives au « lieu du domicile » se basent sur le domicile officiel des personnes, c'est-à-dire sur leur inscription au registre communal et non sur le lieu de vie. Vu le mode de vie très instable et très précaire de notre public (situation de cohabitation temporaire, perte de logement, parcours d'errance), cette donnée ne reflète cependant pas les conditions de vie réelle. Ainsi, le fait d'avoir un domicile ne signifie pas pour autant que la personne vive effectivement à cet endroit ! C'est notamment le cas pour toutes les personnes qui bénéficient d'une *adresse de référence* ou qui sont encore domiciliées *quelque part* bien qu'elles n'y résident plus. C'est pourquoi, il est utile de mettre en rapport ces résultats avec le tableau précédent concernant la « situation d'habitation ».

3.3.9 *Situation financière*

Ressources financières	
	2015
Patients Tot. - D. Inc.	559
Revenu professionnel	14
	3%
Allocation de chômage	53
	9%
RIS / Aide sociale	143
	26%
Indemnité de mutuelle	90
	16%
Indemnité d'invalidité	40
	7%
Pension de retraite ou de survie	3
	1%
Autre	5
	1%
Aucune	211
	38%
Données Inconnues	141
	20%

Remarque : quand on sait que le revenu est considéré communément comme l'indicateur le plus transversal et le plus révélateur de la précarité, on mesure mieux les menaces qui pèsent sur notre public.

3.3.10 Documents d'identité

Documents d'identité	
	2015
Patients Tot. - D. Inc.	517
Carte d'identité belge	187
	36%
Carte d'identité non belge	22
	4%
Carte de séjour	74
	14%
Att. perte carte d'identité belge	50
	10%
Att. perte carte d'identité non belge	3
	1%
Att. perte carte de séjour	19
	4%
Passeport	13
	3%
Autre	10
	2%
Aucun	139
	27%
Données inconnues	183
	26%

3.3.11 Couverture soins de santé

Aucune couverture soins de santé	
Patients ayant une info de mutuelle	506
Pas de couverture soin de santé	148
	29%

3.3.12 *Problème judicaire*

Problème Judiciaire	
	2015
Patients Tot. - D. Inc.	495
Oui	179
	36%
Non	316
	64%
Données Inconnues	205
	29%

3.3.13 Commentaires

Sur base des données socio-administratives exposées précédemment, on peut tenter d'esquisser un profil type du public accueilli à Transit en 2015 :

- **87 %** de notre public est composé d'hommes ;
- **69 %** des usagers ont entre 31 et 50 ans ;
- **53 %** sont de *nationalité belge*, pour **35 %** *d'extra-européens* ;
- **46 %** sont domiciliés en *Région bruxelloise* alors que **38 %** *ne sont domiciliés nul part (aucune inscription au registre de la population) ;*
- **45 %** ont comme lieu d'habitation la rue ou la prison et seulement **20 %** vivent dans un *logement stable ;*
- **79 %** vivent seuls ;
- **59 %** n'ont pas dépassé le stade des *études* secondaires inférieurs ;
- **59 %** disposent d'un *revenu de remplacement*, parmi lesquels **26 %** touchent du *CPAS* ;
- **38 %** n'ont *aucune source de revenu*, alors que seulement **3 %** ont un *revenu professionnel* propre ;
- **29 %** n'ont aucune *couverture soin de santé* (assurabilité mutuelle) ;
- **27 %** n'ont aucun *document d'identité* ;
- **19 %** ne jouissent d'aucune *sécurité sociale* en vertu du fait qu'ils sont illégaux ou qu'ils ont un visa touriste ;
- **36 %** ont un *problème judiciaire* en cours.

En prenant connaissance de cette réalité sociale et économique, on est sans doute plus à même de mesurer la détresse dans laquelle se trouvent certains de nos usagers ainsi que l'ampleur du travail qui attend l'équipe en vue de rétablir leurs droits sociaux.

Dans le même temps, cette photographie du public est là aussi pour attester que la mission assignée à notre institution est bien respectée puisqu'en répondant prioritairement aux demandes des usagers les plus désinsérés, c'est-à-dire ceux cumulant les facteurs de vulnérabilité (personnes sans revenus, vivant à la rue, sans couverture soins de santé, sans documents d'identité, sous le coup d'une mesure judiciaire) nous réduisons tant pour notre public que pour la société les risques liés à la criminalité et à l'exclusion sociale. En terme d'impact et de nuisances pour notre commune et notre région, ce sont autant de personnes qui, au lieu de trainer en rue ou de recourir à l'économie parallèle, peuvent bénéficier d'une aide et d'un suivi personnalisé pour (ré)amorcer un parcours d'insertion. A sa mesure, le projet Transit contribue donc incontestablement avec le soutien de ses nombreux partenaires à renforcer la qualité de vie, la cohésion sociale et le sentiment de bien-être des habitants en Région de Bruxelles-Capitale.

3.4 Données relatives à la consommation

En ce qui concerne la consommation de notre public durant l'année 2015, on peut voir en regardant les chiffres du tableau figurant en annexe que les produits psychotropes les plus souvent cités par les usagers sont, par ordre d'importance : *l'alcool* (59 %), les *opiacés* (57 %), *la cocaïne & le crack* (53 %) le *cannabis* (52 %), les *médicaments sédatifs* (28 %) et les *amphétamines* ainsi que leurs dérivés (9 %).

Remarques méthodologiques :

Ces chiffres sont le fruit d'une *récolte de données systématique* réalisée auprès des usagers durant leur passage à Transit. La plupart du temps, ces informations proviennent des dires des patients eux-mêmes qui déclarent consommer tel ou tel produit. Plus rarement, il s'agit de données récoltées via des tiers (ex : médecin, urgences) ou suite à un constat de la part de l'équipe (ex : consommation dans le centre). En règle générale, nos informations jouissent d'un bon niveau de fiabilité mais il arrive que certaines personnes soient dans le déni de leur consommation ce qui constitue un biais possible dans l'enregistrement des données.

En ce qui concerne *l'enregistrement de la méthadone et des médicaments*, nous ne les enregistrons comme des consommations que dans le cas où l'usager y recourt sans avis médical (c'est-à-dire via le marché noir) ou sans respecter la posologie fixée par le médecin prescripteur (typiquement le cas d'une surconsommation médicamenteuse). Dans le cas contraire, nous les considérons comme faisant partie de son traitement médical.

La *cocaïne et le crack* ne se distinguent le plus souvent que par leur mode de consommation. Le crack étant rarement acheté tel quel, il est quasi systématiquement préparé par le consommateur à partir de cocaïne achetée en poudre et ensuite mélangée à de l'ammoniac pour être fumé ou plus rarement injecté. C'est pourquoi, la plupart des fumeurs de cocaïne sont en fait des crackers bien qu'ils n'en aient eux-mêmes pas toujours conscience.

Interprétation des résultats :

Comme cela se confirme depuis maintenant plusieurs années, **l'alcool** *demeure le produit psychotrope le plus fréquemment consommé par le public de Transit (59 % en moyenne)* bien qu'il soit souvent associé à la prise d'autres produits. Ce constat qui n'est d'ailleurs pas spécifique à notre centre, s'explique en grande partie par la très grande accessibilité de l'alcool (en vente libre dans n'importe quelle grande surface ou autre détaillant dès l'âge de 16 ans en ce qui concerne notamment la bière et le vin) ainsi que par son prix d'achat relativement faible, ce qui le rend évidemment très attractif auprès d'un public en situation précaire comme le nôtre. Enfin n'oublions pas un dernier facteur et non des moindres qui tient au côté licite de l'usage d'alcool dans notre société ce qui signifie pour nos usagers un risque nul de poursuites judiciaires.

Un autre constat majeur qui caractérise depuis toujours notre public est le fait qu'il soit majoritairement polyconsommateur puisque, comme on peut le voir, seuls 28 % de nos usagers sont restés fidèles durant l'année 2015 à un seul produit. Parmi ceux-ci on retrouve sans surprise une majorité d'alcooliques (54 %) et seulement 15 % d'héroïnomanes. Si on poursuit plus loin l'analyse, on peut voir qu'environ 1 personne sur 2 à Transit consomme entre 2 et 3 produits, la moyenne étant de **2,60 produits par personne**. Enfin, 25 % de notre public a consommé au moins 4 produits durant l'année 2015, ce qui est pour le moins significatif.

Consommation - Nbre produits/pers.	
	2015
Personnes ayant une info de conso	513
1 produit	143
	28%
2 à 3 produits	244
	244%
4 à 5 produits	103
	20%
plus de 5 produits	23
	4%
Données Inconnues	0
	0%

Depuis cette année, il nous est également possible d'exploiter une autre information très intéressante qui a trait au **mode de consommation** des usagers de Transit. A la lecture des données dont nous disposons, il apparaît au vu de l'ensemble des consommations enregistrées en 2015 qu'une majorité du public consomme en *fumette ou en inhalation* (47 %), puis *par voie orale* (42 %) ce qui est systématiquement le cas avec l'usage d'alcool, ensuite *en injection* (9 %) et enfin *en sniff* (7 %). Notons pour éviter toute incompréhension au niveau de nos résultats qu'une même personne peut très bien combiner plusieurs modes de consommation à la fois, ce qui explique pourquoi le total ne donne pas 100 %.

Consommation - Modes de consommation (global)	
	2015
Total des produits consommés	1335
Injection	125
	9%
Fumer/Inhaler	622
	47%
Manger/Boire	558
	42%
Sniffer	99
	7%
Autre	1
	0%

Afin d'avoir une idée encore plus précise des **risques spécifiques liés à l'injection**, nous allons à présent regarder ce qu'il en est de la prévalence de l'injection par rapport aux *usagers d'héroïne* et de *cocaïne* vu que ce sont traditionnellement les deux types de publics les plus à risque.

- Pour ce qui est des *usagers d'héroïne* : on constate que sur un total de 206 héroïnomanes, **27 %** ont eu recours à l'injection au moins une fois durant l'année.
- Pour ce qui est des usagers de *cocaïne* : on peut noter que sur 274 cocaïnomanes, **20 %** ont eu également recours à une pratique d'injection en 2015.

Consommation - Modes de consommation (Héroïne)	
	2015
Nbre. pers. ayant conso. ce produit	206
Injection	56
	27%
Fumer/Inhaler	160
	78%
Manger/Boire	2
	1%
Sniffer	6
	3%
Autre	0
	0%

Consommation - Modes de consommation (Cocaïne)	
	2015
Nbre. pers. ayant conso. ce produit	274
Injection	55
	20%
Fumer/Inhaler	190
	69%
Manger/Boire	0
	0%
Sniffer	72
	26%
Autre	0
	0%

Dans l'ensemble, ces résultats sont donc la preuve de l'absolue nécessité d'assurer un travail de réduction des risques avec un public comme le nôtre, travail qui au demeurant ne doit certainement pas se limiter aux seuls injecteurs, ni se réduire à une simple distribution de matériel étant donné toute l'importance du travail d'information et d'éducation à la santé qui reste à effectuer avec certains usagers. C'est la raison pour laquelle nous œuvrons depuis cette année à diversifier le matériel de prévention proposé aux usagers du centre Transit (kit crack, aluminium) avec ainsi l'idée de proposer une alternative concrète aux personnes qui ne peuvent pas se passer de consommer leur cocaïne ou leur héroïne.

4 ANALYSE DES RÉSULTATS

4.1 Remarque préliminaire

Avant d'analyser nos résultats pour l'année 2015, il serait peut-être utile de préciser ce que nous entendons à Transit par « résultat ». Vu en effet le public que nous accueillons, nous sommes fréquemment appelés à devoir répondre à cette question : « *combien d'usagers s'en sortent après leur passage au centre* » ?

Compte tenu du fait que Transit est un centre d'accueil non médicalisé qui offre des séjours relativement limités dans le temps (en moyenne 13 jours) à des personnes en situation de crise et d'urgence sociale, l'objectif n'est pas tant de viser l'abstinence que de stabiliser un minimum la situation des usagers. C'est pourquoi plutôt que de nous focaliser sur le produit en visant l'arrêt de la consommation ce qui n'est de toute façon pas dans nos missions, nous préférons agir sur d'autres déterminants à savoir, *sur l'individu* lui-même (via notamment un travail de prévention, de réduction des risques et de soutien psychologique) ainsi que *sur son environnement* via une amélioration de son cadre de vie.

Cela n'aurait en effet aucun sens de vouloir évaluer la réussite de notre projet sur base du nombre de personnes abstinentes vu que la mission de notre centre n'est pas celle d'un centre de cure. Et puis, quoi qu'il en soit, il faut à tout prix se garder d'une vision trop stéréotypée qui voudrait que l'abstinence soit la seule trajectoire possible pour un usager car ce serait là méconnaître toute la complexité d'une problématique comme celle de la toxicomanie. L'expérience nous enseigne en effet que le parcours de vie d'une personne dépendante est souvent caractérisé par des phases d'abstinence et par des phases de rechute plus ou moins sévères et que le plus dur pour la personne n'est pas tant d'arrêter de consommer que de (re)trouver un sens à sa vie et une place dans la société, que ce soit avec ou sans produit.

A notre niveau, et vu que nous travaillons avec un public qui cumule les facteurs de vulnérabilité, nous avons tendance à considérer qu'un accompagnement a porté

ses fruits quand, au terme d'un, voire souvent de plusieurs hébergements, la personne a pu recouvrir certains droits sociaux, c'est-à-dire au minimum l'accès aux soins ou à un hébergement d'urgence. Toutefois, il ne faudrait pas perdre de vue que pour toute une série de personnes cet objectif n'est pas toujours réalisable et ce, pour différentes raisons. Quoi qu'il en soit ce sont toujours les usagers et non l'équipe qui fixent les objectifs à atteindre et pour toute une série d'entre eux il s'agit parfois simplement de venir à Transit pour prendre un repas, avoir accès à une douche, voir une infirmière ou encore maintenir des contacts sociaux.

Sans revenir ici sur les missions du centre Transit, il nous paraît important de rappeler et de préciser que les résultats qui sont les nôtres vont nécessairement être en lien immédiat avec les objectifs visés par le centre Transit, à savoir : *l'accueil « bas seuil »*, l'accès aux soins, la *remise en ordre administrative* et *l'orientation*.

Compte tenu de nos missions et de notre cadre institutionnel, nous n'avons ni la prétention, ni le temps, ni encore moins les moyens suffisants pour viser le rétablissement complet de la personne. C'est donc souvent au terme de plusieurs prises en charge successives et aussi grâce à un travail de liaison quotidien avec l'ensemble de nos partenaires que l'usager pourra, espérons-le, évoluer et trouver des solutions plus durables à ses problèmes de santé ou de logement. A notre niveau, la priorité est de mettre tout en œuvre pour que la situation administrative de l'usager ne soit plus, à l'avenir, un motif de refus ou d'exclusion au niveau des centres d'accueil et de soin. Mais, en réalité, ce qu'il faut bien comprendre c'est que le résultat de notre intervention va dépendre en grande partie de la décision que vont prendre certaines administrations (ex : l'octroi ou non d'aides accordées par le CPAS) ou encore des place disponibles au sein du réseau (ex : les maisons d'accueil, les hôpitaux, etc…). Par ailleurs, tout va dépendre aussi, au final, de la capacité (de résilience) de l'usager lui-même à vouloir (ou à pouvoir) réellement changer les choses.

4.2 Résultats liés au nombre d'accueil

En lien avec notre objectif premier qui est de venir en aide à un maximum d'usagers en crise, voyons ce qu'il en est des résultats liés au nombre d'accueil pour l'année 2015 (cfr : tableaux en annexe).

- Depuis l'ouverture de Transit en septembre 1995 jusqu'au 31 décembre 2015, le centre a accueilli et pris en charge **à peu près 4600 personnes différentes** (4598 pour être très précis).

- Si on regarde maintenant les chiffres pour l'année 2015, cela représente **700 personnes différentes** qui, dans la toute grande majorité des cas, ont été accueillies à de multiples reprises (via un accompagnement en centre de jour et/ou en centre d'hébergement) comme l'atteste le **nombre total de prises en charge** effectuées cette année qui est de **11422.**

- Parmi ces 700 personnes accueillies durant l'année, **45%** (soit 312 personnes), sont arrivées pour la **première fois en 2015** ce qui démontre à la fois que le public de Transit se renouvèle d'année en année (fruit sans doute d'un travail en réseau soutenu) mais aussi malheureusement que la problématique des assuétudes restent d'une grande actualité au sein de notre population belge et bruxelloise, en particulier.

- Enfin parmi les usagers qui ont déjà fréquenté notre centre par le passé, et qui constituent les 55 % restants du public accueilli en 2015 (soit 388 personnes), **52%** fréquentent Transit *depuis 5 ans au moins*, **25%** *entre 6 et 10 ans* et **23%** depuis *plus de 10 ans*. Ces données permettent donc de nuancer le côté parfois ponctuel de nos prises en charge et montrent bien qu'avec certaines personnes nous travaillons aussi sur du long terme.

Tableau : Personnes différentes prises en charge (file active).

	2015
Personnes différentes	700
Nouveaux Patients	312
Patients déjà connus	388

Ancienneté des patients déjà connus par rapport a TRANSIT	
	2015
Patients déjà connus - D. Inc.	365
1 - 5 an(s)	190
	52%
6 - 10 ans	90
	25%
11 ans et plus	85
	23%
Données inconnues	23
	6%

Tableau : Nombre de prises en charge en terme de passage en journée (PEJ) et d'hébergement (H).

Prises en charge	
	2015
Total des Passages (PEJ=1 et H=1)	5391
PEJ	4407
H	7015
Total	11422
Moy. pers. /j.	31,29

Commentaires :

- En ce qui concerne **l'évolution de notre file active**, on peut voir que 2015 a été une *année record* puisque nous avons atteint le seuil des *700 personnes différentes* accueillies au centre. En tant que tel, cela ne représente qu'une augmentation totale de 7 % du public par rapport à l'année passée mais si on compare à il y a 5 ans, cela fait une augmentation de 23 % et même de 50 % si on compare à il y a 10 ans. En regardant maintenant nos résultats depuis 20 ans, on constate en fait une augmentation constante et significative de notre public d'année en année, ce qui confirme le rôle croissant joué par Transit dans l'accueil des toxicomanes.

- Parallèlement à cela, si on se penche maintenant sur le **nombre annuel de prises en charge** qui prend davantage en compte la récurrence de nos interventions au centre de jour et au centre d'hébergement, on peut voir qu'ici aussi nos chiffres traduisent un *résultat record* avec *11422 prises en charges*, ce qui tend à confirmer la tendance à la hausse observée ces 3 dernières années. Pourtant, il faut rappeler que depuis le mois de mai 2013, nous continuons de limiter l'accès au centre de jour à 3 jours par semaine afin de gérer au mieux l'afflux des demandes. En effet, au-delà d'un certain seuil, il devient difficile pour notre équipe de maintenir un travail de qualité, sans compter que notre bâtiment n'est pas prévu pour accueillir plus de 40 personnes à la fois, ce qui n'est pas rare certains jours.

- Quant aux résultats liés à **l'occupation journalière (n = 31,29)** du centre, ils donnent eux aussi une bonne indication de la « charge de travail » supportée par l'équipe quotidiennement, même s'il est important de préciser que cette « charge de travail » ne se limite pas seulement à la présence effective des usagers dans le centre étant donné qu'une de nos missions consiste aussi à effectuer un *travail d'écoute, d'information et d'orientation par téléphone*.

- A ce titre, il faut savoir qu'au-delà des 312 personnes accueillies pour la première fois en 2015, l'équipe a procédé durant la même année à **l'ouverture de 610 nouveaux dossiers informatiques** ce qui veut dire très

concrètement que 298 personnes nous ont également contactés pour divers renseignements sans pour autant être venues au centre.

Remarque :

Pour faire face à cette augmentation constante de la charge de travail et en même temps maintenir une de nos priorités qui est d'offrir un accueil de qualité, des changements organisationnels ont été opérés au 1er de janvier 2015. En pratique cela a consisté à gonfler l'effectif de l'équipe de jour (travaillant du lundi au vendredi) en prélevant du personnel au sein des 6 équipes travaillant à horaire décalé. Si cette restructuration interne a permis de régler le problème récurrent de la charge de travail en semaine garantissant ainsi à notre public un accompagnement psychosocial de qualité, nous sommes en revanche confrontés maintenant à un sérieux problème de sous-effectif durant les week-ends et jours fériés. Or, il s'avère d'après nos observations que c'est précisément durant le week-end que l'affluence est la plus forte étant donné qu'à Bruxelles la plupart des services sociaux sont fermés le samedi et le dimanche. C'est une des raisons pour laquelle, il nous faudra sans doute envisager d'augmenter l'effectif si on veut en tout cas maintenir un accueil de qualité et un encadrement suffisant sans mettre en péril la sécurité du personnel.

4.3 Résultats en matière d'accompagnement

4.3.1 Choix de nos indicateurs

Comme annoncé dans le rapport d'activité précédent, 2015 aura été une année de profonds changements au niveau de la méthodologie de notre évaluation. N'étant en effet plus satisfaits de la manière de comptabiliser nos résultats, nous avons souhaité repenser, ou à tout le moins redéfinir, certains de nos indicateurs pour coller davantage à la réalité de terrain. Notre équipe étant soumise à une obligation de moyens, davantage qu'à une obligation de résultats, il nous semblait en effet absurde de ne considérer que la finalité de certaines démarches (à savoir les acquis et les orientations) sans tenir compte de tout le travail intermédiaire réalisé en amont, en termes de prestations et de démarches. De même, il nous semblait essentiel au niveau de l'enregistrement des acquis de compléter cette liste en incluant aussi certains acquis de base comme l'accès au traitement, l'accès à une formation ou à un emploi ainsi que l'obtention de certaines attestations indispensables à l'octroi d'un revenu de remplacement. Enfin, en ce qui concerne un de nos indicateurs clefs en matière d'insertion, à savoir les orientations, elles ont elles-aussi été repensées et redéfinies en vue d'une meilleure compréhension et d'une plus grande cohérence.

Afin maintenant d'aider le lecteur à s'y retrouver dans cette nouvelle nomenclature, il nous paraît indispensable de passer en revue chaque indicateur pour en proposer une définition aussi précise que possible.

- **Les prestations** : renvoient à la nature même du travail réalisé par les usagers avec le soutien de l'équipe en vue de faire avancer leur projet d'insertion ou non. En tant que telles, elles *correspondent aussi bien à la nature des démarches réalisées à l'extérieur du centre qu'au type de travail effectué à Transit.*

- **Les démarches** : sont à entendre comme des sorties planifiées avec l'équipe et entreprises par l'usager *auprès d'un service extérieur* en vue de faire avancer sa situation sur le plan de l'insertion. Notons qu'un même

service peut très bien assurer des prestations de nature très différentes (ex : un CPAS peut aussi bien offrir une aide administrative, qu'une aide en matière de logement ou d'emploi) en fonction de la demande qui lui est formulée.

- En ce qui concerne **les acquis** : ceux-ci sont à entendre au sens de résultats concrets obtenus le plus souvent à la suite d'une ou plusieurs démarches réalisées auprès d'un service donné. A titre illustratif, l'obtention d'un revenu d'intégration sociale (RIS) nécessite en règle générale pas moins de 3 ou 4 rendez-vous au CPAS et au moins autant de rendez-vous auprès d'autres services afin de rassembler l'ensemble des documents utiles (considérés comme des acquis intermédiaires) à une ouverture de droit. Il arrive même parfois que la réalisation de toutes ces démarches ne débouchent au final sur rien de concret, ce qui du coup ne donne lieu à aucun résultat en terme d'acquis.

- Par **orientation**, nous entendons par-là, l'aboutissement d'une prise en charge qui consiste à adresser une personne (au terme de son séjour ou de son passage en journée à Transit) *vers un autre lieu de vie adapté* (maison d'accueil, abri de nuit, logement individuel, etc…) ou *vers un service de soins résidentiels* (cure, post-cure, hospitalisation) ou encore *vers un service d'urgence* (suite à un appel de notre part des services de secours). En aucun cas, il ne peut s'agir d'une structure ambulatoire vu que, par définition, celle-ci n'offre pas la possibilité à l'usager de résider sur place. A noter qu'une orientation est toujours nécessairement le fruit d'une mobilisation de la part de l'équipe, de l'usager et, le plus souvent des deux à la fois. En ce sens, quelqu'un qui nous vient au matin depuis une structure résidentielle quelconque et qui s'en retourne en fin de journée vers cette même structure sans avoir dû reformuler la moindre demande spécifique en vue de son retour n'est évidemment pas comptabilisée comme une orientation du point de vue de nos statistiques.

4.3.2 *Remarques méthodologiques*

- *Au niveau des acquis* : si la définition des acquis est restée identique, le fait d'avoir élargi la liste à d'autres indicateurs (traitement, garantie locative, emploi, formation, attestations diverses) rend la comparaison de nos résultats actuels avec ceux des années antérieures impossible vu qu'on ne mesure plus la même chose.

- *Au niveau des orientations* : la donne est à peu près la même, à savoir qu'il ne sera pas non plus possible de comparer nos résultats avec les précédents, mais cette fois en raison du fait que la définition même des orientations a changé. Avant 2015, en effet, les orientations incluaient également certaines démarches effectuées en cours d'hébergement auprès de services ambulatoires (accès au traitement, rendez-vous médicaux, etc…). C'est ainsi qu'une orientation « hôpital » pouvait tout aussi bien signifier le fait d'avoir adressé une personne pour un rendez-vous en consultation (ex : une prise de sang à l'hôpital) que pour une hospitalisation au long cours (ex : un séjour en unité psychiatrique pour sevrage), ce qui n'a pas vraiment la même valeur en terme de trajectoire d'insertion. De ce point de vue, le réaménagement opéré en 2015 apporte beaucoup plus de clarté et de valeur à cet indicateur.

- *Quant aux prestations et aux démarches* : vu qu'il s'agit de nouveaux indicateurs, l'année 2015 servira d'étalon de mesure pour les prochaines années mais, à ce stade, il est évidemment impossible de comparer nos résultats avec quelque chose qui n'existait pas auparavant.

4.3.3 *Aperçu global des résultats*

Sur un total de *700 personnes* accueillies en 2015, il est intéressant de remarquer que seules 371 d'entre elles (soit 53 % du public) ont profité de notre encadrement pour effectuer des démarches d'insertion, ce qui n'est finalement ni étonnant ni, en soi, un constat négatif vu qu'une de nos missions est précisément de répondre aux besoins matériels de base tels que se nourrir, être au chaud, se laver, nouer des contacts sociaux ou encore bénéficier d'un hébergement et d'une écoute. Ces résultats attestent qu'on peut donc effectivement être accueilli à Transit sans autre motif que de vouloir se poser ou se mettre à l'abri ce qui est d'ailleurs le cas d'une grande partie de notre public (soit 47 %) cette année. Sans entrer encore pour le moment dans une analyse trop détaillée de nos résultats, il est cependant très encourageant de constater que sur ces 371 personnes qui ont tout de même totalisé à elles seules ***4440 démarches effectives*** durant l'année, 326 (soit 88 % d'entre elles) ont au minimum obtenu un acquis social ou bien ont pu accéder à un traitement médical pour un total de ***1675 acquis***. Au regard de nos missions, ce sont des statistiques plutôt éloquentes !

Par ailleurs, du côté des **orientations**, on peut relever ce résultat globalement très positif en terme de réinsertion puisqu'avec *523 orientations* sur l'année 2015, Transit a aussi significativement contribué à améliorer l'accès aux soins (en particulier les soins hospitaliers) ainsi que l'accès au logement ou à l'hébergement d'urgence.

Enfin, si on termine ce tout d'horizon par un regard du côté de nos **prestations en matière d'insertion**, ça nous permet de constater que la priorité de notre public a été de nous solliciter dans le cadre d'un *suivi en matière de santé* (46 % des cas, si on additionne les prestations médicales & santé mentale), ainsi que dans le cadre d'un *suivi adminsitratif* (26 %) et seulement bien après pour un accompagnement *en matière de logement* (15 %), dans leurs *démarches judiciaires* (7 %) ou *juridiques* (3 %), ou encore dans leurs *recherches d'emploi* (2,8 %).

4.3.3.1 Analyse des résultats liés aux démarches

Démarches	
	2015
Personnes ayant au moins 1 démarche (non manquée)	371
	53%
Personnes n'ayant pas fait de démarche(s)	329
	47%
Démarches efféctuées	4440
Démarches manquées	522
Total des démarches	4962
Moyenne des démarches /j.	12,16
Moyenne des démarches /pers.	11,97

Avec un total sur l'année de 4962 démarches planifiées dont *4440 effectives* et 522 manquées, on est face à un ordre de grandeur tel qu'il est presque difficile de commenter un résultat pareil surtout que nous n'avons pas les moyens cette année de comparer ces chiffres à ceux des années antérieures. En considérant ce résultat non plus sur base d'une année mais à l'échelle d'une journée, c'est-à-dire en se référant statistiquement au *nombre moyen de démarches effectuées par jour* qui est de *12,16* il est sans doute plus aisé d'imaginer l'impact de ces démarches sur le travail quotidien de l'équipe. Mais n'allons pas trop vite et revenons encore un instant sur ces premiers résultats.

Ces données quantitatives (4962 démarches dont 4440 effectives) ont en effet le mérite de mettre en évidence la proactivité tant de l'équipe que des usagers à vouloir mener à bien ce long et difficile projet d'insertion. Ainsi, indépendamment du résultat final obtenu et mesuré en fin de parcours via la comptabilisation des acquis et des orientations, ces chiffres illustrent bien l'intensité du travail d'accompagnement accompli et amorcé à partir de Transit. C'est d'ailleurs précisément pour traduire cette réalité que nous avons souhaité faire apparaître ce nouvel indicateur car, mieux que tout autre, il atteste à travers ces résultats et son ordre de grandeur que nous mettons tout en œuvre pour atteindre nos objectifs.

En nous référant maintenant au *nombre moyen de démarches par jour*, qui se situe pour rappel *entre 12 et 13*, on peut encore mieux apprécier le travail effectué au quotidien par l'équipe. Chaque jour, ce sont ainsi autant de sorties à devoir préparer, planifier et gérer en plus de tout le reste. En sachant par ailleurs que durant les week-end et jours fériés la plupart des services sont fermés, on peut raisonnablement se dire qu'en semaine, la gestion par l'équipe de toutes ces démarches est encore bien plus conséquente.

Pour aller un peu plus loin dans notre analyse, arrêtons-nous encore sur ces chiffres et plus particulièrement sur le *rapport entre démarches effectives (4440) et démarches manquées (522*) pour voir ce qu'il y a moyen d'en dire. En effet, quand on sait avec certains usagers combien il est difficile de les motiver à honorer leurs démarches pourtant nécessaires au bon rétablissement de leur situation, on peut vraiment être très satisfait d'un résultat comme celui-ci puisqu'au total *89 % des démarches planifiées ont été honorées*. Ce résultat est donc aussi la preuve que, moyennant un encadrement adéquat, il est possible même pour un public comme le nôtre de se prendre en main et de s'inscrire dans une dynamique d'insertion. Encore faut-il pour cela lui en donner les moyens et lui accorder un minimum de confiance.

En observant maintenant un peu plus dans le détail nos résultats liés aux démarches, on s'aperçoit que les **3 principaux services** sollicités par les usagers de Transit sont par ordre d'importance : les *pharmacies* (796 démarches), les *CPAS* (tous ensemble ils totalisent en effet 537 démarches) et la *Mass* (322) ce qui confirme nos remarques faites un peu plus haut par rapport aux prestations avec donc une prévalence des démarches liées à l'accès aux soins et aux démarches administratives.

Notons enfin parmi d'autres constats possibles que sur l'ensemble des démarches menées auprès des CPAS, 50 % concernent le *CPAS de Bruxelles-ville* (266 démarches), ce qui n'est pas très étonnant vu la localisation géographique à la fois de Transit et des principales maisons d'accueil en région bruxelloise et vu aussi la règle de compétence territoriale en vigueur avec les personnes sans-abri (basée sur la résidence de fait). Ensuite viennent, par ordre d'importance, le *CPAS de Schaerbeek* (avec 71 démarches) ce qui est somme toute assez logique vu le voisinage limitrophe avec la commune de 1030 et puis, plus étonnant, le *CPAS*

d'Ixelles qui arrive donc en 3ème position. L'explication tient au fait qu'un grand nombre de personnes nous sont envoyées par la maison d'accueil des « Petits Riens » où elles sont encore domiciliées au moment de leur arrivée à Transit. Ces résultats sont donc aussi pour nous l'occasion de saluer et de mettre en avant les bonnes relations de collaboration que nous entretenons avec l'ensemble des CPAS et en particulier avec celui de la ville de Bruxelles.

4.3.3.2 Analyse des résultats liés aux prestations

Suivi - Prestations	
	2015
Total des Passages	5391
Total des Prestations	10344
Prestations liées à l'insertion	4177
Prestations de base	6167
Nbres moy. de prestations par passage	1,92

Sans revenir sur tout ce qui a déjà été dit à propos de la hiérarchie des prestations liées à l'insertion, il faut peut-être simplement rappeler que hormis nos accompagnements psychosociaux qui ensemble totalisent 4177 prestations, Transit a offert durant l'année toute une série d'autres services au rang desquels on peut citer les prestations d'ordre *matériel* (3494), les prestations en lien avec une *mise à l'abri* (1590) ou encore en lien avec des *activités occupationnelles* (1083).

En y regardant de plus près, on peut constater qu'au total **10344 prestations** ont ainsi été assurées par l'équipe au sein du centre de crise, dont *4177* (soit 40 %) en lien avec un objectif d'insertion et *6167* (60 %) indépendamment de ce projet-là. Ces chiffres viennent donc confirmer et même renforcer le constat réalisé plus haut à propos des démarches et suivant lequel 47 % du public accueilli en 2015 n'a effectué aucune démarche d'insertion. Si on résume, cela signifie concrètement qu'une majorité de nos prestations ne sont pas directement liées à un travail d'accompagnement social et qu'à peu près 1 personne sur 2 ne vient pas à Transit avec l'idée de mettre en place un projet concret d'insertion.

4.3.3.3 Analyse des résultats liés aux acquis

Acquis	
	2015
Personnes ayant au moins 1 acquis	326
	47%
Total des acquis	1675
Moyenne des acquis/j.	4,59
Moyenne des acquis/pers.	5,14

Grâce aux indications fournies par nos deux indicateurs précédents, il devient plus facile d'interpréter certains chiffres liés à nos acquis. En effet, au-delà du résultat final (1675 acquis enregistrés en 2015) dont nous nous félicitons, notre satisfaction vient aussi du nombre et du pourcentage de personnes qui ont pu bénéficier de notre aide pour obtenir et maintenir leurs acquis. Comme nous l'avons dit précédemment, *326 personnes ont ainsi été concernées par ces résultats alors pourtant qu'elles n'étaient que 371 (parmi les 700 accueillies) à avoir effectué des démarches auprès des services d'insertion*. Comparé aux années antérieures où, faute d'indicateurs adaptés, on mesurait ce résultat par rapport à l'ensemble du public accueilli (soit les 700 personnes), on peut maintenant analyser cela autrement en ne considérant plus désormais que ceux qui ont effectivement entrepris des démarches d'insertion, puisqu'en toute logique, il ne saurait y avoir d'acquis sans démarches préalables ! En suivant ce raisonnement, on peut donc en conclure que **88 % des personnes qui ont sollicité notre aide pour mener à bien leur projet d'insertion ont obtenu au moins un acquis en 2015**.

En référence au nombre total d'acquis (n =1675), on peut également constater que parmi l'ensemble de ces 326 personnes ayant bénéficié d'au moins un acquis, *chacune a en moyenne obtenu entre 5 et 6 acquis* (moyenne = 5,14) au cours de l'année 2015, avec bien sûr un écart type assez important. Pour l'exprimer encore autrement, ce résultat signifie *qu'en moyenne chaque jour* **4,6 acquis** *ont été enregistrés* par l'équipe.

En allant maintenant voir d'un peu plus près certains indicateurs, on remarque que *l'accès au traitement* (794) est de très loin l'acquis le plus fréquent puisqu'il représente à lui seul 47 % du total de notre panier, puis viennent les *attestations*

diverses (254) et les *documents d'identité* (118). On comprend mieux avec ce résultat l'importance de notre nouvelle méthodologie étant donné qu'auparavant, on ne prenait pas en compte l'accès au traitement, ni certains acquis de base comme les attestations diverses.

Pour finir, notons aussi cet autre résultat marquant sur le plan des acquis et qui a trait à la *situation financière* de notre public avec l'octroi de : 38 RIS, 54 aides sociales, 11 allocations de mutuelle, 13 allocations de chômage et 1 allocation d'invalidité auprès de la « vierge noire », pour un total annuel de **117 acquis**, soit à peu près 1 acquis majeur tous les 3 jours. **N'est-ce pas là au fond un des signes les plus tangibles de la réussite de notre projet quand on sait que l'accès à un revenu minimum fait partie des droits humains les plus fondamentaux ? Il est en effet communément admis que « le revenu est l'indicateur le plus transversal et le plus révélateur de la précarité ». En agissant de la sorte sur un des déterminants majeurs du social et de la santé, nous réduisons en tout cas à coup sûr les risques potentiels (tant pour la société que pour notre public) liés à la criminalité tout en favorisant activement l'insertion**.

4.3.3.4 *Analyse des résultats liés aux orientations*

Suivi - Destination/Orientation	
	2015
Personnes différentes	700
Total des orientations	523
Nbre pers. ayant au moins un H.	357
Nbre pers. ayant au moins 1 orientation	275
	39%
Nbre pers. H ayant au moins une orientation	209
	59%
Moyenne orientations/j.	1,43
Moyenne orientations/pers.	1,90
Destinations des personnes orientées	
Hôpitaux	121
	23%
Centres thérapeutiques	44
	8%
Hébergement d'urgence	158
	30%
Logement communataire	132
	25%
Logement individuel	20
	4%
Milieu familial	48
	9%

Compte tenu des réaménagements opérés sur le plan méthodologique, nous ne pourrons malheureusement pas interpréter nos orientations en les comparant aux résultats des années précédentes, ce qui est évidemment un peu dommage du point de vue de l'évaluation. Mais, passé ce constat, tâchons malgré tout de voir comment on peut interpréter ces résultats.

Tout d'abord, avec **523 orientations** sur l'ensemble de l'année on peut facilement en déduire que ce sont *en moyenne entre 1 et 2 orientations quotidiennes* (moyenne = 1,43) qui ont eu lieu au départ de Transit. Par ailleurs, on peut également noter que ce sont au final *275 personnes* différentes qui ont tiré parti de notre aide pour faire évoluer leur situation, ce qui ne veut pas pour autant sous-entendre que d'autres usagers n'étaient pas intéressés par la perspective d'un

accès au logement ou d'un parcours thérapeutique. Peut-être que certains ont tout simplement eu moins de réussite ou de ressources dans la réalisation de leur projet.

Au niveau de la **répartition de nos orientations**, on remarque tout de suite que *l'hébergement d'urgence* (*avec 30 % d'orientation*) constitue la trajectoire principale de nos usagers. Dans la toute grande majorité des cas, c'est d'ailleurs vers le *Samu social bruxellois* que sont adressés nos usagers, qu'il s'agisse de l'abri de nuit traditionnel ou du dispositif d'hiver. Notons d'ailleurs que cette opportunité apparaît souvent aux yeux de notre public comme une *solution de repli* (à défaut de pouvoir intégrer une autre structure) et comme une *solution de fortune* (au lieu d'être à la rue).

En deuxième position, on retrouve le *logement communautaire* (*avec 25 % d'orientation*), qui inclut principalement les *maisons d'accueil*, les *maisons maternelles* et parfois aussi, exceptionnellement, certains *projets d'habitation solidaire*. A ce niveau, le choix de cette orientation se comprend moins comme une solution de fortune (vu l'aspect financier) que comme une solution temporaire trouvée par nos usagers en attendant que se concrétisent leurs recherches de logement ou leur entrée dans un programme thérapeutique (cure/post-cure/hospitalisation).

En troisième position, on trouve les *hôpitaux* (*avec 23 % d'orientation*), c'est-à-dire plus précisément : les centres hospitaliers (CHU Brugmann, CHU Saint-Pierre, cliniques universitaires Saint-Luc, etc…) et les hôpitaux psychiatriques. A noter que si on ne prend pas en compte les appels des secours qui transfèrent systématiquement le patient vers un hôpital général, ce sont alors les hôpitaux psychiatriques qui apparaissent comme nos partenaires privilégiés au niveau du soin, ce qui n'est pas du tout surprenant vu les liens étroits que nous avons tissés avec certains de ces établissements dans le cadre du réseau WaB et vu aussi l'importance des problématiques de santé mentale rencontrées au sein de notre public. Précisons encore que parmi les orientations vers les hôpitaux généraux, une grande partie concerne directement les unités psychiatriques de ces mêmes établissements (ex : l'unité 73 & 72 à Brugmann, l'INB Saint-Michel, etc…) notamment dans le cadre d'une prise en charge pour sevrage (drogues, alcool ou médicaments).

Commentaires :

- En totalisant à eux trois 79 % de nos orientations, ce sont ainsi majoritairement les *abris de nuit*, les *maisons d'accueil* et les *hôpitaux* qui récoltent les fruits d'une prise en charge à Transit.

- A l'inverse, l'accès au *logement individuel* (4 %) et dans une moindre mesure l'accès aux *structures thérapeutiques résidentielles* (8 %) constituent les orientations les moins courantes, principalement en raison des exigences et des délais d'attente inhérents à ces deux types de projets.

- Enfin, un dernier résultat marquant qui témoigne de la dure réalité de terrain à Transit est le nombre d'orientations *vers les urgences* (36). Très concrètement, cela signifie *qu'en moyenne tous les 10 jours l'équipe a dû faire appel aux services de secours pour répondre à une situation d'urgence (overdose ou problème de santé majeur engageant le pronostic vital de la personne)*.

4.4 Résultats du travail avec les détenus

Prison	
	2015
Accueils.	
Nombre de personnes différentes accueillies au centre directement à leur sortie de prison.	51
Nombre de prises en charges effectives : centre d'hébergement ou centre de jour.	78
Types d'accueils.	
Accueil directement à la sortie de prison	47
Accueil dans le cadre d'un congé pénitentiaire. Remarque : Une même personne peut avoir bénéficié de plusieurs congés pénitentiaires durant la même année.	26
Accueil dans le cadre d'une sortie spéciale en vue d'un entretien psycho-social.	5
Visites prison.	110

Commentaires :

Sur l'ensemble de l'année, *51 détenus* ont directement été accueillis à leur sortie de prison ce qui a donné lieu au total à *78 prises en charge effectives* au centre Transit. En outre, dans le cadre de nos collaborations avec les établissements pénitentiaires bruxellois de Saint-Gilles, Forest et Berkendael, notre équipe a été amenée à effectuer *110 visites en prison*.

Dans l'ensemble, l'année 2015 fait donc apparaître des résultats records que ce soit au niveau du nombre de personnes accueillies (+ 19 % par rapport à 2014) ou du nombre de visites réalisées en prison (+ 70 % par rapport à 2014).

4.5 Conclusion et perspectives

L'évaluation des actions menées par l'équipe de Transit en 2015 fait apparaître dans l'ensemble de bons résultats, voire même des résultats records bien qu'il soit dans certains cas difficile de les comparer à ceux des années antérieures pour les raisons déjà évoquées avant. La question qui continue malgré tout à se poser aujourd'hui et à laquelle il va falloir répondre rapidement est de savoir si Transit va à l'avenir être capable de maintenir ce niveau de compétence étant donné à la fois l'augmentation encore une fois exponentielle de son public et compte tenu aussi de l'expansion de certains projets. Sans moyens financiers et humains supplémentaires, il est en tout cas difficile d'imaginer que Transit arrivera à relever ce défi sans mettre en péril l'avenir de son personnel déjà fortement sollicité et sans que cela nuise non plus à la qualité de son service.

Avec les nouvelles perspectives d'avenir qui se dessinent pour Transit dans le cadre du futur OIP régional baptisé « Bruxelles Prévention et Sécurité », nous formulons le vœux qu'au-delà de son rôle d'expert en matière d'assuétudes, notre institution soit également reconnue et soutenue dans sa volonté d'assurer un accueil et un accompagnement de qualité ce qui suppose à la fois un effectif suffisant ainsi que des conditions de travail proportionnelles à la pénibilité du travail vécue par l'équipe. Car, s'il est en effet très valorisant pour le personnel d'œuvrer à la réalisation d'un objectif aussi fondamental et aussi noble que celui de la réinsertion des usagers de drogues, ça n'en reste pas moins un travail difficile et moralement éprouvant de devoir quotidiennement gérer des situations d'échec, de conflits ou d'urgence et ce, de jour comme de nuit ainsi que pendant les week-end et jours fériés.

2ÈME PARTIE – TRANSIT : LES AUTRES MISSIONS

5 LAIRR : COMPTOIR D'ÉCHANGE DE SERINGUES

5.1 Présentation

Situé dans les locaux de l'asbl Transit depuis son ouverture, le 1er septembre 1999, LAIRR est avant tout un dispositif d'accès au matériel stérile d'injection qui se veut être un « **L**ieu d'**A**ccueil, d'**I**nformation et de **R**éduction des **R**isques », comme les initiales de son nom l'indiquent. Etant *accessible chaque jour de l'année 24h/24*, ce qui est tout à fait unique en Belgique, sa *mission* consiste notamment à distribuer gratuitement aux usagers de drogues l'ensemble du matériel de réduction des risques qui nous est fourni en partie par notre partenaire Modus Vivendi. Elle consiste aussi à sensibiliser notre public à la récupération des seringues usagées en les invitant à nous les rapporter directement au comptoir ou en leur remettant des containers à fermeture sécurisée conçus pour stocker en toute sécurité ce matériel potentiellement dangereux. LAIRR dispense également des conseils de prévention aux personnes toxicomanes et leur fournit de l'information orale et écrite concernant l'utilisation du matériel et l'existence des tests de dépistage. Enfin, notre comptoir tente aussi de sensibiliser et de guider ces mêmes personnes vers les possibilités d'aide et de soin qui s'offrent à elles.

Historiquement, le comptoir inscrit son action dans le cadre de la politique de réduction des risques mise en place durant les années 90 pour faire face aux ravages de l'épidémie du sida, puis des hépatites. Prenant en effet conscience que la population toxicomane constituait un public particulièrement à risque - en raison de la contamination sanguine causée par le partage des seringues usagées - différentes initiatives en matière de prévention ont ainsi vu le jour partout en Europe et aussi en Belgique. Parmi les stratégies visant à limiter la propagation des virus du sida et des hépatites, *l'échange de seringues* est rapidement apparu comme une des plus efficaces et des moins coûteuses. C'est la raison pour laquelle nous l'avons adoptée à Transit.

Le fondement de cette approche repose en fait sur le principe qu'une société sans drogues n'existe pas et que, dès lors, le risque zéro n'existera jamais. Elle ne vise, cependant, ni à encourager ni à décourager l'usage de drogues. L'impératif est de réduire la transmission du virus du Sida, des hépatites virales et des autres infections occasionnées par le partage et la réutilisation des seringues. C'est en quelque sorte une réponse pragmatique qui repose sur le postulat suivant : 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 prend pour lui et qu'il fait courir aux autres. Cette approche représente, en outre, une façon d'entrer en contact avec les utilisateurs de drogues de même qu'un moyen économique de leur transmettre de l'information, des conseils et de leur permettre d'accéder à un traitement ainsi qu'à d'autres services. Elle n'est donc pas considérée comme une façon de fermer les yeux sur l'usage de drogues mais plutôt comme un moyen de sensibiliser les utilisateurs.

Nous disposons d'ailleurs sur ce point de preuves irréfutables selon lesquelles la disponibilité accrue de matériel d'injection stérile freine la propagation du VIH. Ainsi, les stratégies de réduction des risques mises en place partout en Europe dès la fin des années 80 ont notamment permis de faire chuter de façon considérable le taux de contamination du virus HIV. A l'inverse, il n'existe aucune preuve d'un usage accru de drogues dans les collectivités où des échanges de seringues sont actuellement pratiqués.

Si on se penche à présent sur les résultats de cette politique en Belgique, force est de constater qu'en dépit de l'existence des différents comptoirs d'échange situés dans les principales villes du pays, les chiffres liés notamment à la contamination des usagers au virus de l'hépatite C demeurent très élevés, voire inquiétants. Par conséquent, *il devient urgent d'accroître nos efforts dans le domaine de la prévention et de la réduction des risques car, chaque jour, des personnes s'exposent à des risques importants et continuent d'être contaminées*.

5.2 Objectifs de LAIRR

Les objectifs de LAIRR sont multiples. Bien qu'étroitement liés, chacun d'entre eux entend apporter une réponse à une problématique spécifique :

En terme de prise en charge :

- Etablir un contact, voire même si possible un lien durable, avec les usagers les plus marginalisés en proposant des services accessibles 24h/24 et en fournissant du matériel de réduction des risques gratuit.
- Permettre dans certains cas d'urgence un accueil immédiat des usagers en leur proposant un hébergement au centre de crise ou une orientation vers les services les plus adaptés à leur problématique.

En terme de santé publique :

- Faciliter l'accès à l'ensemble du matériel de réduction des risques et donner de l'information en vue de réduire spécifiquement les risques liés à la transmission du virus HIV, des hépatites B et C et des autres infections virales ou bactériennes (abcès, septicémie, endocardites, syndrome de Popeye, etc...).
- Assurer un accès aux soins infirmiers de base en relayant les personnes qui le souhaitent vers une infirmière spécialisée.

En terme de sécurité et de propreté publique :

- Réduire les nuisances sur l'espace publique en invitant les usagers injecteurs à nous rapporter leur matériel usagé et en les sensibilisant à l'importance de la récupération.
- Distribuer des containers de récupération à fermeture sécurisée afin de donner les moyens aux usagers de se débarrasser de leurs seringues usagées dans des conditions optimales de sécurité.

En terme de prévention :

- Participer à des campagnes spécifiques de prévention (opérations Boule-de-neige, campagne VIH et journée de dépistage hépatite C).
- Assurer auprès des organismes communaux de l'agglomération bruxelloise qui le désirent des formations en matière de réduction des risques.
- Elaborer et implanter de nouveaux outils de prévention tels que des Récupérateurs Extérieurs de Seringues Usagées (RESU) ou encore des bornes automatiques d'échange de matériel.
- Participer au débat politique en vue de promouvoir l'implantation de salles de consommation à moindres risques (SCMR) ainsi qu'au développement d'une politique concertée en matière de santé et de réduction des risques.

5.3 Fonctionnement

Etant un dispositif ouvert 24h/24 et 7 jours/7, le comptoir LAIRR offre la possibilité aux usagers de drogues d'accéder, *à tout moment et en tout anonymat*, à l'ensemble du matériel de réduction des risques (kit d'injection stérile, kit crack, aluminium, garrots, filtres, pailles, etc…). Durant cette rencontre, l'équipe tente de les informer sur les risques liés à l'usage de drogues ainsi que sur les différents moyens de dépistage. Par ailleurs, nous dispensons aussi des soins infirmiers de base ainsi que des conseils pratiques en matière d'hygiène afin de promouvoir une meilleure éducation à la santé ainsi que, en dernier recours, une consommation à moindres risques.

Lors d'un premier contact, une rapide explication de notre service est donnée à la personne. Si elle est intéressée, une inscription est alors réalisée via une fiche d'inscription complétée à cet effet.

5.4 Les services

5.4.1 *L'échange de matériel*

5.4.1.1 La « distribution »

Elle consiste idéalement à remettre à l'usager l'ensemble du matériel stérile nécessaire pour un usage à moindres risques, le tout en nombre suffisant afin d'éviter toute tentative de réutilisation ou de partage de ce même matériel. A Transit, celui-ci est délivré depuis cette année en vrac (et non plus sous forme de sachets stérifix déjà préparés) et comprend :

- des *seringues neuves* pour une injection par voie intraveineuse à moindres risques ;
- des *flapules d'eau stérile* (servant à rendre le produit liquide et donc injectable) ;
- des *stéricups* (contenant une cuillère stérile permettant de réaliser le mélange ainsi qu'un filtre en coton et un tampon sec post-injection) ;
- des *sterets* (tampons alcoolisés servant à désinfecter le lieu d'injection avant le shoot) ;
- des *stérifilts* (filtres conçus spécifiquement pour améliorer la qualité de filtration et éviter ainsi un risque accru d'infection, voire d'abcès) ;
- des *garrots* (afin d'éviter tant que possible à certains usagers de se charcuter les veines) ;
- des *kits crack* (visant à offrir aux usagers de cocaïne une alternative concrète à l'injection à savoir la fumette, sans risquer de se brûler les doigts ou les lèvres) ;
- de *l'acide ascorbique* (afin de permettre aux usagers d'héroïne de diluer leur produit sans recourir à l'utilisation de citron, source potentielle de bactéries et de microbes) ;

- des *feuilles d'aluminium* non alimentaire (en vue d'offrir une alternative à l'injection d'héroïne via l'inhalation ou la fumette) ;
- des *kits sniff* (afin de proposer une alternative face à d'autres modes plus risqués de consommation de cocaïne) ;
- des *champs stériles* (afin de pouvoir poser le matériel sur une surface propre et hygiénique) ;
- des *containers de récupération* à fermeture sécurisée (afin de permettre une récupération optimale des seringues usagées) ;
- des *préservatifs* ainsi que du *lubrifiant* (en libre accès dans le hall d'entrée du centre Transit).

Remarque :

LAIRR a pris le parti de ne faire *aucune restriction au niveau du nombre de seringues données* car nous comptons parmi les usagers qui fréquentent le comptoir un grand nombre de consommateurs de cocaïne et de crack (un type de substance qui induit des consommations fréquentes et répétées). Par ailleurs, certains usagers qui viennent ici emportent des seringues pour d'autres usagers, initiative qui se doit d'être soutenue et renforcée. Enfin, vu que certains d'entre eux viennent parfois de loin pour se procurer le matériel stérile adéquat, ils ont tendance à emporter un grand nombre de matériel pour ne pas devoir revenir chaque jour.

5.4.1.2 La récupération

Avant la remise du matériel à l'usager, il lui est demandé de nous remettre ses seringues usagées dont il voudrait se débarrasser. Il s'agit de la sorte de susciter une vraie dynamique d'échange et de le sensibiliser aux enjeux de la récupération du matériel usagé. *LAIRR a donc opté pour une stratégie de responasabilisation de l'usager plutôt que de lui imposer un échange strict qui risquerait d'avoir des répercussions négatives sur sa santé (réutilisation, voire partage du matériel avec d'autres consommateurs)*.

5.4.2 L'information à l'aide de brochures

Favoriser l'accès à l'information demeure un objectif primordial du comptoir LAIRR. C'est pourquoi, différentes brochures sont mises à la disposition des usagers. Elles sont disposées sur des présentoirs à l'entrée du centre et sont en libre accès. Si nécessaire, des explications complémentaires peuvent apportées par le personnel pour ceux qui ne savent pas lire ou qui ne parlent pas le français.

Il y a *différents types* de brochures :

- **Sur le sida et les hépatites** : des affiches et des brochures expliquant les modes de transmission, les dépistages, les vaccins sont accessibles au comptoir.

- **Sur les produits** : il s'agit de conseils qui portent sur les effets et les risques des différents produits consommés seuls ou en association : héroïne, cocaïne, cannabis, méthadone, XTC, amphétamines, speed, alcool, etc.

- **Sur les techniques d'injection** : différentes brochures comme le « shoot à moindre risque », ou le « shooter propre » indiquent les règles à respecter pour diminuer les risques liés à l'injection (l'hygiène, les lieux d'injection à éviter, l'utilisation du garrot, l'overdose, etc.).

- **Sur les dispositifs d'aide aux usagers** : on peut aussi trouver de l'information sur les structures d'accueil pour sans-abri, les services de douche, les consignes et les lieux pour prendre un repas gratuit ou à prix réduit.

5.4.3 Les soins

Les petits soins infirmiers que viennent demander certains usagers suite à des problèmes relatifs à des injections peuvent être réalisés sur place via notre infirmière spécialisée. Si une plaie devait cependant nécessiter des soins plus conséquents que ceux apportés au comptoir alors l'usager peut également être orienté vers une structure médicale ad hoc.

5.4.4 Le contact

L'objectif de LAIRR ne se résumant pas à réaliser uniquement et anonymement de l'échange de seringues, nous accordons une attention particulière au contact avec les usagers. Nous veillons ainsi le plus possible à maintenir le lien afin d'éviter qu'ils ne retombent dans une forme d'existence clandestine et marginale. Cet accès gratuit au matériel de réduction des risques est donc aussi pour l'équipe une sorte de « produit d'appel » ou plutôt un prétexte pour nouer un contact avec les usagers les plus réfractaires à toute prise en charge psycho-médico-sociale. A l'avenir, c'est-à-dire, dès janvier 2016, l'équipe compte d'ailleurs proposer des permanences de réduction des risques en soirée afin d'offrir un espace d'accueil encore plus convivial et adapté aux besoins de notre public.

5.5 Statistiques et commentaires

5.5.1 *Distribution et récupération des seringues*

Séringues données/récupérées	
	2015
Seringues données	23736
Seringues récupérées	2168
Taux de récupération	9%

Remarque :

Dans la comptabilisation du matériel récupéré, nous n'avons pris en compte que les seringues rapportées par les usagers eux-mêmes au comptoir LAIRR. Ne sont donc pas comptabilisées les seringues rapportées par des professionnels extérieurs au centre Transit (gardiens de la paix, éducateurs de rue, riverains) ni celles évacuées via nos containers et dont l'usager se serait débarassé autrement que par Transit.

Analyse des résultats :

- **Au niveau de la distribution des seringues** : LAIRR a distribué cette année 23.736 seringues, ce qui constitue un *chiffre record* en 16 ans de fonctionnement. Du point de vue de nos objectifs, ce chiffre est donc un résultat extrêmement positif puisqu'il signifie qu'il y a eu un accès très important au matériel stérile d'injection. Par ailleurs, en comparant ce chiffre avec celui lié au nombre de passages au comptoir (n= 2793), on peut voir que les usagers ont pris en moyenne cette année entre 8 et 9 seringues lors de chaque passage au comptoir.

- **Au niveau de la récupération des seringues** : Au vu du nombre de seringues distribuées, il apparaît clairement que les chiffres liés à la récupération sont par contre très faibles cette année, ce qui ne manque pas de nous interpeller. En considérant néanmoins que 235 containers à fermeture sécurisée ont été distribués aux usagers durant la même année (un container ayant en moyenne une capacité de stockage de 25

seringues ce qui représente potentiellement 5800 seringues sur l'année, sans compter les 2168 récupérées au comptoir), on peut légitimement supposer malgré tout qu'une partie de ces seringues ont été éliminées dans des conditions optimales de sécurité. Il n'empêche que l'équipe compte bien se saisir de ce constat pour renforcer son travail de sensibilisation auprès des usagers injecteurs. Mais peut-être doit-on aussi considérer ces chiffres comme étant le reflet ou la conséquence du manque de dispositifs adaptés à ce type de problématique, tels que les salles de consommation à moindres risques (SCMR) ou encore les bornes d'échange automatiques. En effet, tant que certains usagers seront contraints de consommer de façon cachée et clandestine afin d'échapper aux risques d'une interpellation policière, il y a forte à parier qu'un grand nombre d'usagers de rue continueront à privilégier leur propre sécurité (judiciaire) à l'intérêt de la collectivité.

- **Au niveau du taux de récupération** : Celui-ci est passé de *12 %* en 2014 à 9% en 2015 sans que cela n'ait eu en soi un impact négatif au niveau de notre quartier. C'est donc aussi clairement la preuve d'une part que cette problématique n'est pas nouvelle de cette année et d'autre part que nos usagers demeurent réticents à rapporter leur matériel usagé jusqu'à Transit, sans doute de peur de se faire contrôler en chemin par les forces de l'ordre. C'est d'ailleurs la raison principale pour laquelle nous insistons auprès des usagers sur l'importance d'utiliser les containers à fermeture sécurisée qui garantissent à 100 % tout risque de piqûre accidentelle, containers qui ne sont d'ailleurs pas forcément ramenés au comptoir.

5.5.2 *Mise à disposition de l'ensemble du matériel d'injection*

Outre la distribution de seringues, LAIRR a également mis gratuitement à la disposition des usagers l'ensemble du matériel stérile permettant de réduire les risques liés à la consommation de drogues.

Matériel donné	
	2015
Sterifix	4309
Flappules	16965
Sterets	18534
Stericups	15380
Acide	5748
Préservatifs	5880
Sterifilts	1980
Champs stériles	530
Alu	2597
Kits crack	444
Garrots	132
Containers	235

Idéalement, dans l'optique de mener une action de réduction des risques optimale, il faudrait que l'ensemble du matériel d'injection soit distribué et utilisé par l'usager dans les mêmes proportions, c'est ce qu'on appelle dans notre jargon le « 1 pour 1 ». Cela revient pour chaque usager à employer à chaque injection l'ensemble du matériel stérile, à savoir : une seringue en même temps qu'une steret, une flapule d'eau et un stéricup. *En pratique*, malheureusement, on voit bien que certains usagers n'ont toujours pas suffisamment conscience des risques auxquels ils s'exposent puisqu'ils ont encore trop souvent tendance à réutiliser leur matériel.

Analyse des résultats :

- Malgré qu'au départ nos usagers n'étaient pas fort sensibilisés à ce nouveau matériel (kits crack, stérifilits, champs stériles) étant donné que nous étions les seuls en Belgique à le proposer, il n'a finalement pas fallu attendre longtemps pour que les usagers eux-mêmes s'approprient ces outils. Comprenant sans doute la plus-value que ceux-ci pouvaient leur apporter au niveau de leur santé (réduction des abcès, possibilité d'avoir une alternative à l'injection, etc…), nous avons réussi petit à petit à modifier certaines habitudes pourtant bien ancrées dans la pratique de certians usagers, ce qui constitue déjà en soi une vraie victoire.

- Au-delà des chiffres relatifs au matériel distribué, il est intéressant de voir par exemple comment le fait de proposer des kits crack a permis de toucher le public des fumeurs de cocaïne qui jusque-là ne voyaient pas trop l'intérêt de notre dispositif. En outre, grâce aux retours d'information que nous ont faits certaines infirmières travaillant en rue, on a pu constater une réelle amélioration de l'état de santé de certains usagers habituellement consommateurs de cocaïne en injection. Toutes ces indications nous confortent ainsi dans l'idée que nous avons eu raison de croire en la capacité des usagers à prendre soin d'eux-mêmes.

Perspectives d'avenir :

- Il restera en 2016 à aménager au sein de notre dispositif un véritable espace d'accueil qui jusqu'à présent n'offre que trop peu la possibilité aux usagers de se poser ou de se restaurer le temps d'un passage au comptoir. L'idée serait en fait d'assurer des *permanences* deux soirs par semaine durant lesquelles, on offrirait au public la possibilité de prendre une douche, de prendre une collation ou un repas chaud, d'avoir accès à une consigne ou à des vêtements chauds, tout en maintenant bien entendu l'idée d'avoir accès à des conseils de réduction des risques et des soins infirmiers. Tout ceci fera l'objet d'une large desciption dans le rapport d'activité 2016.

5.5.3 *Contacts*

En 2015, 473 personnes différentes ont fréquenté le comptoir LAIRR. *Parmi celles-ci,* 277 personnes n'avaient jamais fréquenté LAIRR avant 2015 et sont donc venues chez nous pour la première fois, ce qui est incontestablement le fruit d'un travail de collaboration soutenu avec nos éducateurs de rue et avec l'asbl « Dune » dont nous sommes notamment partenaires au niveau du projet « Médibus » à Ribaucourt. Par ailleurs, le fait d'être actuellement le seul dispositif en Belgique à proposer l'ensemble du matériel de réduction des risques (kits crack, champs stériles, garrots, stérifilts, aluminium, etc…) est aussi un atout indéniable. Grâce à nos éducateurs de rue, nous savons d'ailleurs qu'un nombre important d'usagers qui auparavant n'arrivaient pas jusqu'à Transit, se rendent désormais au comptoir LAIRR notamment pour s'approvisionner en kits crack, ce qui est une excellente nouvelle. On constate d'ailleurs que grâce à ces nouveaux outils de réduction des risques, LAIRR parvient à toucher des usagers qui ne sont pas (ou plus) directement concernés par une pratique d'injection ce qui est très intéressant tant du point de vue de la santé publique que du point de vue de la création du lien avec de nouveaux publics.

Enfin , au total, il y a eu *2793 contacts* pour de l'échange de matériel en 2015 soit, en moyenne, plus de 7 contacts par jour.

	2015
Passages	2793
Personnes différentes	473
Nouvelles demandes	277
Personnes déjà connues	196

Commentaires :

- *Au niveau de la file active* : Avec *473 personnes* accueillies en 2015 au lieu de 355 en 2014, nous avons donc accueilli **33 % d'usagers en plus** au comptoir LAIRR. En tenant compte des contraintes géographiques inhérentes au fait que notre dispositif est fort éloigné du centre-ville et des principaux lieux de consommation, c'est un résultat très encourageant en du point de vu de notre mission de santé publique.

- Si on tient compte également du fait que **59 % des usagers sont venus au comptoir pour la première fois** cette année, on a aussi à travers ce résultat la confirmation que notre dispositif continue sans cesse de toucher de nouveaux publics, ce qui est une information essentielle quand on sait que malheureusement chaque année des milliers de nouvelles personnes sont infectées par le virus de l'hépatite C (VHC) et parmi celles-ci la toute grande majorité sont des usagers de drogues par injection. (Pour rappel l'estimation des taux de prévalence au VHC en Belgique parmi la communauté des usagers injecteurs seraient +/- de 70 à 80 % et le pire c'est qu'une grande partie de ces personnes ne sont même pas toujours au courant de leur statut sérologique).

- *Au niveau du nombre de passages* : la fréquentation du comptoir LAIRR a encore une fois atteint des records cette année ce qui signifie que les usagers sont venus à de très nombreuses reprises se ravitailler en matériel. Par ailleurs, c'est aussi la preuve que LAIRR progresse d'année en année dans la réalisation d'un de ses objectifs majeurs qui est notamment d'établir un contact et un lien durable avec les usagers les plus marginalisés.

5.5.4 Profil du public

5.5.4.1 Sexe

La répartition hommes - femmes s'organise selon une représentation majoritaire d'hommes (91 %).

Sexe	
	2015
Femmes	44
Hommes	421
Inconnu	8

5.5.4.2 Age

Age	
	2015
Pers. Diff.	473
Pers. Diff. - D. Inc.	465
18-25 ans	37
	8%
26-30 ans	85
	18%
31-35 ans	93
	20%
36-40 ans	74
	16%
41-45 ans	68
	15%
46-50 ans	70
	15%
51-55 ans	31
	7%
56 et plus	7
	2%
Données inconnues	8
	2%

5.5.4.3 Profil de fréquentation

Le nombre de passages par jour :

Passages/J	
	2015
lun.	430
mar.	371
mer.	396
jeu.	327
ven.	386
sam.	423
dim.	426

Le samedi et le dimanche sont avec le lundi les jours durant lesquels la fréquentation du comptoir est la plus importante. Ceci s'explique en grosse partie par le fait que les pharmacies ne sont pas ouvertes ces jours-là, *d'où l'importance d'un dispositif comme le nôtre accessible 7 jours/7, 24 heurs/24, ce qui est tout à fait unique en Belgique* !

5.5.4.4 Répartition des passages sur 24h

Passages/H	
	2015
01h00 - 01h59	31
02h00 - 02h59	34
03h00 - 03h59	24
04h00 - 04h59	15
05h00 - 05h59	13
06h00 - 06h59	6
07h00 - 07h59	8
08h00 - 08h59	16
09h00 - 09h59	24
10h00 - 10h59	60
11h00 - 11h59	53
12h00 - 12h59	89
13h00 - 13h59	216
14h00 - 14h59	199
15h00 - 15h59	194
16h00 - 16h59	243
17h00 - 17h59	216
18h00 - 18h59	232
19h00 - 19h59	209
20h00 - 20h59	194
21h00 - 21h59	197
22h00 - 22h59	152
23h00 - 23h59	119
00h00 - 00h59	57

Les tranches horaires 13h-22h sont les heures où les passages sont les plus fréquents.

5.6 Formations

Bien que nous avons été beaucoup moins sollicités cette année, nous avons malgré tout continué à répondre à certaines demandes de formation en matière de prévention et de réduction des risques (au total : 1 formation é été dispensée à l'asbl Bravvo pour 14 personnes). Par contre, il est intéressant de noter que nous avons été interpellés fin 2015 par l'Ecole Régionale et Intercommunale de Police (ERIP) ainsi que par la société des transports en commun bruxellois (STIB) afin de plannifier pour 2016 - 2017 des sessions de formation pour leurs agents. Au total, ce sont ainsi plus de 900 agents de police et 450 agents de prévention de la STIB qui devraient bénéficier de ces formations.

Quant à ses **objectifs**, cette formation entend bien entendu apporter un éclairage sur les stratégies de prévention et de réduction des risques ainsi qu'une réflexion plus générale sur les enjeux qui découlent de l'usage de drogues. En apportant une information objective sur les produits, les risques et les moyens de les réduire, nous tentons de démystifier quelque peu les préjugés et les idées parfois fausses véhiculées au sein de l'opinion publique et d'éveiller l'esprit critique des participants à l'égard de la toxicomanie, des usagers et de notre système de santé.

Partant des expériences et des connaissances des participants, ces formations se veulent avant tout interactives et basées sur l'expérience pratique. Traitant pour une bonne part de la méthodologie de notre travail au centre d'accueil Transit, cette formation est bien sûr modulable en fonction du public et des exigences de chacun. La théorie y est souvent éclairée à l'aide d'illustrations et d'exemples très concrets issus de notre pratique. Au terme de leur formation, les participants sont ainsi dotés *d'outils conceptuels* qui doivent leur permettre de mieux appréhender ce public et la problématique de l'usage de drogues dans son ensemble. Ils sont également mieux préparés pour faire face à des *situations concrètes* telles que l'intervention et la prise en charge des usagers de drogues, que ce soit en institution ou en rue.

Au niveau du bilan, 1 seule *formation* a ainsi été dispensée en 2015 ce qui a permis de former *14 personnes*. En 12 ans, ce sont donc *au total 1.606 professionnels* qui ont

pu bénéficier de notre aide pour mieux se former au métier de la prévention, du soin ou de la réduction des risques.

5.7 Conclusion

Que ce soit à travers les formations, l'accès au matériel stérile d'injection ou encore à travers les nouveaux aménagements au comptoir, LAIRR continue de participer activement au *développement d'une politique d'accueil et de réduction des risques* liés à l'usage de drogues. En Région bruxelloise, il demeure d'ailleurs depuis plus de 16 ans un dispositif incontournable et reconnu par les professionnels de la santé.

En ce qui concerne les chiffres liés à la fréquentation du comptoir, ceux-ci sont en constante augmentation ce qui donne une bonne indication des *besoins* à pourvoir pour notre public et des *réponses* qui y sont apportées.

Une difficulté subsiste néanmoins, c'est celle liée à la récupération des seringues usagées. C'est pourquoi, nous envisageons en 2016 de réfléchir avec nos usagers et avec certaines communes sur la manière d'améliorer les choses en terme de santé publique et de prévention car il n'est pas question pour notre institution que le développement de nos activités se fassent au détriment de la sécurité des habitants du quartier et, plus largement, des citoyens de notre Région.

6 CLDB : Coordination Locale Drogues Bruxelles

6.1 Historique et définition

Fondée en 2001 par l'asbl Transit et par la Coordination Drogues de Saint-Gilles, la *Coordination Locale Drogues Bruxelles* (*CLDB*) 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 bruxelloise.

Réunissant à la fois des acteurs politiques actifs à des degrés divers en matière de toxicomanie et des travailleurs de terrain, la CLDB constitue une plate-forme de rencontre en étant tout à la fois un lieu de réflexion, d'action et d'échange de pratiques qui se veut fédérateur et représentatif des différents dispositifs communaux. A ce titre, elle est d'ailleurs reconnue depuis le départ par les pouvoirs locaux bruxellois, le Forum Belge pour la Prévention et la Sécurité Urbaine, et les autres coordinations locales. C'est pourquoi, on peut véritablement dire que Bruxelles et sa Région disposent, à l'instar des autres grandes villes du pays, d'un organe de concertation et de coordination des travailleurs communaux actifs en matière de toxicomanie.

Le siège social de la CLDB étant situé au centre Transit, celui-ci accueille donc les rencontres et les réunions de ses membres. En outre, à titre de représentant et de porte-parole de la CLDB, Transit a également l'occasion de participer aux réunions de la Plate-forme des Coordinations Locales Drogues (PCLD) qui rassemble, par définition, les coordinations des cinq grandes villes du pays : Bruxelles, Anvers, Liège, Charleroi et Gand.

6.2 Objectifs de la CLDB

- Améliorer la prise en charge des usagers de drogues en assurant la visibilité et la cohérence des actions des services communaux spécialisés en toxicomanie.
- Favoriser la collaboration des différents intervenants et susciter l'émergence de positions communes concernant des thèmes spécifiques liés à l'usage de drogues.
- Planifier et réaliser des actions qui répondent aux besoins des intervenants et des usagers de drogues.

6.3 Actions

- Organisation de rencontres régulières entre intervenants communaux de la Région bruxelloise mais aussi des autres régions du pays.
- Animation de la Plate-forme des Coordinations Locales Drogues.
- Analyse et évaluation des besoins des usagers et des intervenants communaux.
- Elaboration et mise au point d'actions concertées entre services communaux.
- Amélioration de l'accessibilité des services aux usagers.
- Organisation ponctuelle de conférences, séminaires et colloques en rapport avec l'actualité et l'usage de drogues.
- Création, édition et diffusion de brochures d'information à l'intention des intervenants de terrain.
- Elaboration d'avis et de recommandations destinés à promouvoir une politique intégrée en matière d'usages de drogues.

6.4 Fonctionnement

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 directrice du centre Transit.

Le bureau assure la coordination d'une cellule 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. Ce fut notamment le cas en 2009 avec la constitution du sous-groupe de travail « Etat des lieux ».

6.5 Membres de la C.L.D.B.

- **TRANSIT asbl** : Centre d'accueil et d'hébergement pour usagers de drogues, Bruxelles.
- **LE S.A.S.** : Service d'Accompagnement psychosocial du C.P.A.S. de la Ville de Bruxelles.
- **Latitude Nord** : Service de Prévention Schaerbeekois des Usages de Drogues.
- **Le RePR** : Réseau de Prévention à la récidive, Schaerbeek.
- **Le S.C.A.T.** : Service Communal d'Accompagnement des personnes Toxicodépendantes, Anderlecht.
- **JETTE-S.A.T.** : Service d'Accompagnement pour personnes Toxicodépendantes, Jette.
- **Le SPA** : Service Prévention des Assuétudes de Forest.
- AINSI QUE DES MEMBRES DES 19 SERVICES DE PRÉVENTION DE LA RÉGION BRUXELLOISE DONT l'ASBL BRAVVO,…

Les membres de la CLDB représentent une diversité de services prenant en charge un public qui, en général, échappe aux structures d'aide traditionnelles. Ils proposent un accueil « bas seuil » et de proximité reposant sur l'expérience d'acteurs de terrain qui entendent allier leurs complémentarités et leurs multidisciplinarités. Il en résulte une concertation visant une approche globale et intégrée du phénomène d'usage de drogues.

6.6 Synthèse des réunions de travail de la CLDB

Au cours de l'année 2015, la CLDB a assuré sa vocation première c'est-à-dire sa fonction d'espace de concertation permettant l'échange de pratiques et le partage d'informations. Cependant, cette année a surtout été marquée par l'apparition d'importantes inquiétudes quant à la prolongation des P.S.S.P. et sur le maintien des projets « drogues » au sein de ceux-ci. Dans ce contexte, la CLDB a également joué son rôle en tant que membre de la Plateforme de Coordination Locale Drogues (PCLD) en fédérant les « Plans drogues » des 5 grandes villes du royaume et en faisant part de ses inquiétudes auprès des autorités compétentes et du FBPSU.

A côté de cela, 2015 a aussi été l'année durant laquelle les réflexions sur les Salles de Consommation à Moindre Risque (S.C.M.R.) se sont accélérées. Etant donné l'avis favorable du secteur à l'égard d'un tel dispositif, la CLDB a systématiquement prolongé ses réunions par des rencontres sur cette thématique. Elle a considéré qu'il était intéressant d'élargir ce groupe de réflexions à d'autres acteurs pertinents (Liaison Anti-Prohibitionniste, Modus Vivendi, la FEDITO Bruxelloise, le projet Lama, la free-clinic et l'Asbl Le Comptoir) et d'organiser avec eux le *colloque du 28 avril 2015* à l'Hôtel de Ville afin notamment de diffuser les connaissances et recommandations en la matière, colloque intitulé « Regards croisés sur les salles de consommation à moindre risque » organisée avec le soutien du Ministre-Président de la Région de Bruxelles-Capitale et dont le programme ainsi que les actes du colloque sont consultatbles sur le site interet suivant (FR) : http://www.urbansecurity.be/Salles-de-consommation-a-moindre-risque-regards-croises-en-Region-de-Bruxelles? et en (NL) : http://www.urbansecurity.be/Risicobeperkende?lang=nl

Au niveau de la CLDB, *deux volets* ont été opérationnalisés en 2015 :

- Un volet d'espace de concertation intercommunale :
    - la diffusion du Plan régional de réduction des risques liés à l'usage de drogues commandité par la Ministre de la Santé de la Commission Communautaire Française qui vise à faire un état des lieux du contexte de la réduction des risques à Bruxelles et à proposer un plan formulé par les acteurs à partir de cet état des lieux (dit diagnostic). Ce plan

porte spécifiquement sur plusieurs milieux de vie : la rue, les institutions de soins, les milieux carcéral, festif, sportif et enfin un groupe dit transversal. Les porteurs de ce projet sont Modus Vivendi en tant qu'opérateur principal et méthodologique, la Fedito et la CLDB.

- la participation de Muriel Goessens et Laetitia Nolet comme référentes de la CLDB lors des réunions du réseau des fonctionnaires de prévention bruxellois du FBPSU asbl ;

- Un volet d'échanges de pratiques entre professionnels des services communaux de prévention qui s'est concrétisé à travers 4 réunions :
  - 26/02/15 : Echanges de pratiques préventives de la consommation en collaboration avec les écoles (9 participants)
  - 04/06/15 : Echanges de pratiques préventives en matière de consommation de rue et plan de travail 2015-2016 à Anderlecht (8 participants) :
  - 8/10/15 : Echanges de pratiques préventives sur le travail en rue à Ixelles (13 participants)
  - 26/11/15 : Echange d'outils de prévention des drogues et assuétudes à Molenbeek Saint Jean avec 7 communes bruxelloises différentes (24 participants)

Les autres points à l'ordre du jour de la CLDB étant les suivants :

- 6ème Réforme de l'Etat : transfert de compétences, suivi du processus de régionalisation en cours et avenir des volets « drogues » au sein des PSSP
- Actualisation et diffusion de la brochure des services communaux bruxellois d'aide aux usagers de drogues
- Actualités dans les communes bruxelloises
- Harmonisation des données épidémiologiques en matière de toxicomanie
- Concertation avec les partenaires (et notamment les MASS) afin d'anticiper les conséquences de la réforme institutionnelle
- Réflexions conjointes autour de projets innovants (AERLI, Housing First…).

7 PHASE IV : STUDIOS SUPERVISÉS

7.1 Présentation

La « *Phase IV* », baptisée comme telle en référence avec les *phases I, II* et *III* qui jusque-là structuraient le séjour des usagers au centre de crise, s'inscrit pleinement dans la continuité des projets déjà mis en place depuis 1995 par Transit même si, comme nous le verrons plus loin, les modalités de cette prise en charge sont un peu différentes des autres services déjà offerts par le centre d'hébergement.

Disposant à l'époque d'un étage inexploité dans le bâtiment, l'asbl Transit a ainsi souhaité développer un nouveau projet, en partenariat avec le CPAS de la Ville de Bruxelles, qui consiste à aménager 8 studios. Ceux-ci ont été inaugurés le 20 juin 2008 au terme de plus d'un an de travaux conséquents et sont, depuis lors, mis à la disposition des usagers qui souhaitent bénéficier d'un accompagnement vers le logement. Ils répondent notamment à la volonté de l'institution d'augmenter sa capacité d'accueil afin notamment de faire face au problème récurrent d'engorgement du centre tout en permettant d'héberger les usagers sur une plus longue durée. De même, cette initiative se veut être une réponse concrète à la problématique bien connue du logement bruxellois qui affecte tout particulièrement les personnes en situation précaire.

Implantés depuis 2008 au 2ème étage du bâtiment, les studios supervisés sont conçus, à la différence du centre d'hébergement de crise, pour être occupés chacun *de façon individuelle (ou exceptionnellement en couple)* durant une période variable d'environ 3 à 9 mois. Chaque séjour faisant l'objet d'une évaluation constante, celui-ci n'est reconduit d'un mois supplémentaire qu'en fonction du respect des objectifs et des exigences inhérents à la phase IV (ex : le règlement d'ordre intérieur et le contrat d'accompagnement social).

7.2 Modalités d'accès en phase IV

7.2.1 Procédure de candidature

Initialement prévue pour héberger exclusivement les usagers du centre de crise qui étaient motivés par la recherche d'un logement, la « Phase IV » s'est ouverte depuis 2009 aux candidatures extérieures, ce qui signifie concrètement qu'il ne faut plus nécessairement passer par un hébergement dans le centre de crise pour y accéder.

Il existe ainsi **deux procédures** différentes pour poser sa candidature en Phase IV :

- soit via un hébergement au centre de crise, c'est ce qu'on appelle une *candidature interne* ;
- soit via une autre institution, c'est ce qu'on appelle une *candidature externe*.

Dans le cas d'une candidature interne, la demande d'admission n'est pas formulée par l'usager mais par l'équipe attachée au centre de crise. Celle-ci évalue avec l'aide d'une « cellule d'admission » la pertinence d'un hébergement en phase IV et veille à ce que les conditions d'admission (dont nous parlerons juste après) soient respectées. Cette procédure est finalement assez brève surtout avec les candidats qui remplissent d'emblée toutes les conditions.

Dans le cas d'une candidature externe, la demande est par contre formulée par l'usager. Cette possibilité concerne essentiellement ceux qui sont en phase de réinsertion dans d'autres institutions telles que les centres de post-cure et les communautés thérapeutiques. Ici, la procédure de candidature repose sur **trois entretiens** préalables qui ont toujours lieu au centre Transit.

- Un **premier entretien** avec la personne responsable de la phase IV permet une première rencontre avec le candidat. Il est ainsi informé des modalités de séjour, du règlement d'ordre intérieur et du contrat d'accompagnement social tels que définis par le centre Transit. Son adéquation à ce type de projet est alors évaluée et le candidat est ensuite invité, au terme de cet entretien, à reprendre contact avec l'équipe afin de s'informer de la suite donnée à sa demande.

- Si celle-ci est acceptée, un **deuxième entretien** est fixé une semaine plus tard cette fois avec le psychologue du centre afin d'évaluer le profil du candidat et son adéquation avec le projet phase IV.

- Enfin, un **troisième entretien** réalisé une semaine plus tard avec un assistant social du centre de crise clôture la procédure de candidature.

Si la candidature est acceptée, une entrée en phase IV sera alors possible dès réception du premier mois de loyer et sous réserve de place(s) disponible(s) dans les studios.

7.2.2 Conditions d'admission

En ce qui concerne l'admission en Phase IV, un certain nombre de **conditions** doivent être respectées pour pouvoir accéder à un studio :

- *Tout d'abord*, l'usager doit avoir fait la preuve, avant son admission, d'une réelle motivation et d'un réel investissement dans la recherche d'un logement.

- *Ensuite*, il doit aussi être capable de faire preuve d'autonomie et être stabilisé au niveau de sa consommation, si celle-ci est toujours d'actualité.

- *Enfin*, il s'agit pour l'usager d'attester, cette fois sur le plan administratif et économique, qu'il est en mesure de pouvoir payer une redevance forfaitaire mensuelle (l'équivalent d'un loyer).

Comme on le voit, si la formule d'hébergement de la « Phase IV » a depuis toujours été conçue pour être complémentaire à celle du centre de crise, elle n'en est pas moins devenue un dispositif un peu à part. En effet, à la différence de tous les autres services qui sont, rappelons-le, totalement gratuits, l'hébergement en phase IV est soumis au paiement d'une redevance mensuelle et à la constitution obligatoire d'une épargne relogement. En ce sens, on pourrait même dire, au vu de cet argument financier et des autres conditions d'accès, que la « Phase IV » ne répond plus vraiment aux critères d'un dispositif « bas seuil » si ce n'est qu'elle reste en lien étroit avec les autres services du centre Transit. C'est d'ailleurs précisément grâce à cette complémentarité avec le centre de crise qu'elle est en mesure de pouvoir accueillir des personnes encore très précarisées.

Un autre aspect singulier de la « Phase IV » est que, dès son admission à l'étage des studios supervisés, l'usager perd automatiquement la possibilité durant son séjour d'avoir accès aux services dispensés gratuitement au niveau du centre de jour et du centre de crise. Ce choix institutionnel est la conséquence logique de la philosophie animant le projet « Phase IV » qui veut que le résident soit ici immédiatement confronté à la réalité de la vie en autonomie (c'est-à-dire avec un encadrement minimum mais suffisant de la part de l'équipe sociale) dans le but notamment d'apprendre à gérer seul son quotidien et son budget.

7.2.3 *Contrat d'accompagnement social*

Un hébergement en phase IV implique aussi, comme on l'a dit plus haut, l'adhésion de l'usager à un accompagnement social qui lui est proposé sous la forme d'un contrat que nous avons appelé : le **contrat d'accompagnement social.**

Concrètement, il s'agit pour l'usager :

- D'être présent au minimum deux fois par semaine aux permanences psychosociales afin d'être épaulé dans sa recherche de logement ainsi que dans les autres démarches inhérentes à son projet de réinsertion.
- De participer chaque semaine à une réunion d'évaluation individuelle avec son référent pour faire le point de la situation au niveau de la gestion de son studio ainsi que sur l'avancée de ses recherches en matière de logement.
- De mettre en place une activité occupationnelle (bénévole, sportive, culturelle, etc.), une formation ou, si c'est possible, une activité professionnelle.
- D'être accompagné, si nécessaire, au niveau thérapeutique par le psychologue du centre ou celui d'un service extérieur.

7.3 Objectifs et bénéfices de la Phase IV

A côté de cet *objectif général* qui consiste à préparer les usagers à la vie en autonomie, la phase IV poursuit aussi les buts suivants :

- *Elle vise tout d'abord à désengorger le centre de crise* en veillant à préserver la disponibilité de celui-ci pour les situations d'urgence.
- *Elle a aussi pour but d'offrir une alternative aux usagers* qui, à défaut d'autres solutions d'hébergement, ont parfois tendance à se réfugier dans des structures thérapeutiques inadaptées à leurs besoins ou dans des structures d'accueil qui leur conviennent peu.
- Enfin, elle vise à combler, au moins en partie, le manque cruel de logements sociaux et de structures transitoires (du type « appartements supervisés ») pour les usagers de drogues à même de faire preuve d'autonomie.

7.4 Statistiques et résultats

Afin d'atteindre ces objectifs, le travail de l'équipe va consister à tout mettre en œuvre pour que le séjour du résident se passe le mieux possible et qu'au bout du compte, il puisse si possible trouver une solution d'hébergement adaptée à sa situation économique et sociale.

Cependant, vu le profil de notre public et la complexité que cela peut représenter pour certaines personnes de vivre en autonomie, il ne faut pas s'attendre au niveau des résultats à ce que les résidents soient tous orientés vers un logement individuel. Certains vont déjà avoir du mal à s'adapter à ce nouveau mode de vie qui implique de gérer seul son budget, les repas, ou encore de faire face à des problèmes tels que la solitude, l'ennui et les risques de (re)consommation. D'autres y parviendront mais se heurteront par contre à la difficulté de trouver un logement adapté à leurs moyens financiers vu notamment que de plus en plus de propriétaires refusent de louer leur bien à des personnes dépendant du CPAS ou à des personnes sans emploi.

Mais, quoi qu'il en soit, même ces tentatives « infructueuses » ne doivent pas être considérées comme un échec car on peut supposer que l'expérience acquise au terme de cet hébergement en phase IV ne sera pas perdue et qu'au fond cela fait finalement partie du processus d'apprentissage de la personne. Le projet Phase IV est donc à considérer comme une opportunité et une expérience supplémentaire dans le parcours de l'usager.

Après ces quelques remarques préliminaires, voyons à présent ce qu'il en est des résultats sur un plan quantitatif et qualitatif.

7.4.1 Nombre de prises en charge

Phase 4 - Prises en charge	
	2015
Pers. différentes	23
Hébergements	24
Candidatures internes	13
Candidatures externes	11
Nbre de jours total d'occupation des studios (365j=2920)	2184
Taux d'accupation par studio (jours)	273,00
Durée moyenne d'occupation par personne	91,00

Entre le 1er janvier et le 31 décembre 2015, **23 personnes différentes** se sont succédées et ont bénéficié d'un hébergement au sein des 8 studios dont nous disposons. Comme on peut le constater en regardant le tableau ci-dessus, le nombre de personnes prises en charge est resté identique par rapport à l'année passée bien qu'elles soient restées en moyenne moins longtemps dans leur studio. Par ailleurs, notons également que nous avons accueilli une même personne à deux reprises en 2015, ce qui explique la différence entre le nombre d'hébergements (n = 24) et le nombre de personnes différentes (n = 23).

Cette continuité dans nos résultats est réellement très encourageante pour l'équipe de Transit car cela prouve, d'une part, la cohérence et la pertinence de ce projet et, d'autre part, cela montre qu'il répond à une réelle demande et à un réel besoin de la part de notre public.

7.4.2 *Durée d'occupation*

Si on calcule pour 2015 le nombre de jours ou de nuitées durant lesquels nos résidents ont séjourné dans leur studio, on peut avoir une idée plus précise de la durée d'occupation totale sur l'année qui est de : **2184 jours**. Celle-ci est d'ailleurs en constante augmentation depuis 6 ans, bien que ça semble se stabiliser depuis 2014, ce qui est manifestement la preuve d'un allongement progressif des séjours en phase IV avec le temps. Ceci s'explique en grosse partie par le choix de l'institution de vouloir donner toutes les chances à nos résidents de trouver une solution de logement au niveau du marché locatif bruxellois, quitte à les accompagner un peu plus longtemps en Phase IV pour y parvenir. Par ailleurs, il est certain que les conditions socio-économiques que nous connaissons actuellement et qui s'abattent de plein fouet sur les allocataires sociaux ont également un impact à ce niveau.

En ce qui concerne précisément la durée moyenne des séjours, on peut voir que le taux d'occupation des studios par personne est redescendu cette année à **91 jours** ce qui demeure un excellent résultat. En clair, cela signifie que nos résidents restent *en moyenne 3 mois dans leur studio* mais il y a bien entendu des différences très importantes d'une personne à l'autre. Ainsi durant l'année 2015, il est arrivé que certains résidents soient hébergés durant une période supérieure à 6 mois. Ce sont évidemment des cas assez exceptionnels mais cela montre en tout cas que l'équipe est prête à soutenir le temps nécessaire les usagers dans leur démarche de relogement mais, cela montre aussi qu'il faut énormément de temps pour réinsérer un usager vers le logement privé. Nous ne pouvons d'ailleurs que déplorer cette situation qui reflète malheureusement la dure réalité du marché locatif en particulier pour les personnes à faible revenu.

Face à une situation socio-économique aussi difficile, nous faisons évidemment ce que nous pouvons pour redonner non seulement une chance mais un peu d'espoir à notre public qui, via cette expérience inédite, aura pu expérimenter la vie en autonomie.

7.4.3 *Orientations*

En ce qui concerne maintenant les orientations des personnes résidant en phase IV, l'année 2015 fait apparaître les résultats suivants :

- **12 personnes** ont été orientées dans un logement individuel dont 5 dans un *logement social* du Foyer bruxellois via le projet « phase V» (cfr : chapitre suivant) ;
- **3 personnes** ont pu réintégrer un hébergement en famille ou chez un ami ;
- **1 personne** a été admise dans un centre thérapeutique résidentiel ;
- **1 personne** a été orientée en maison d'accueil ;
- **1 personne** a été réorientée vers le centre de crise de Transit et de là a pu être orientée vers une maison d'accueil endéans les 10 jours ;
- **1 personne** s'est vue notifier une fin de contrat et est donc repartie sans solution d'hébergement à la clef (orientation inconnue).

Remarque :

Sur un total de *24 hébergements*, 5 d'entre eux étaient toujours en cours en 2016 et ne sont donc, à juste titre, pas repris dans nos statistiques. C'est pourquoi, nous ne comptabilisons que *19 orientations* au total.

Commentaires :

- Excepté une personne dont nous sommes restés sans nouvelles, toutes ont trouvé une *solution d'hébergement* au terme de leur séjour en phase IV, soit au total **95 % du public**, ce qui constitue vraiment une énorme satisfaction pour nous.
- La principale destination des personnes hébergées en phase IV est représentée par le *logement individuel* qui constitue au total **79 % de nos orientations**.

Remarque :

Avec un taux d'orientation vers le logement aussi élevé, on peut vraiment dire que notre projet « Phase IV » a, plus que jamais, maintenu toutes ses promesses en matière d'insertion. A ce titre, il peut réellement être considéré comme une expérience pilote aboutie et comme un véritable tremplin vers la vie en autonomie et le logement durable.

7.5 Conclusion

Après plus de 7 ans de fonctionnement, le projet phase IV fait apparaître, dans l'ensemble, des résultats extrêmement satisfaisants et encourageants.

En effet, depuis le lancement de ce projet en 2008, ce sont plus de 160 personnes *différentes* qui ont pu bénéficier d'un hébergement en phase IV donnant lieu à un grand nombre de *prises en charge* étant donné que certains résidents ont eu l'occasion d'être accueillis plusieurs reprises dans nos studios et compte tenu également du fait que nous avons accueilli des couples certaines années . Dans 79% des cas, cet accompagnement a permis d'orienter les usagers directement vers un logement individuel ce qui, compte tenu du contexte socio-économique actuel et des caractéristiques de notre public, est un résultat sans précédent.

Sur un plan qualitatif, le projet phase IV a également permis à toute une série de personnes de (ré)apprendre à vivre en autonomie en faisant l'expérience de gérer leur budget, leur quotidien ainsi que leur consommation. Quand on sait que parmi nos usagers, certains n'avaient encore jamais vécu seuls ou bien n'avaient connu que des conditions de vie très précaires, on mesure peut-être encore mieux le chemin qui a été accompli par ces personnes. Cela dit, même s'il n'a pas été possible pour tous les usagers de trouver leur propre logement au terme de leur séjour, il n'en demeure pas moins qu'ils ont pu bénéficier de notre soutien pour apprendre et réaliser toute une série de démarches essentielles. Ainsi, ils ont notamment pu découvrir toute une série d'aspects pratiques comme : introduire une demande de garantie locative auprès du fond du logement ou d'un CPAS, rédiger un curriculum vitae en vue d'obtenir un emploi ou encore effectuer une demande

d'article 60, etc. Tous ces acquis, s'ils peuvent paraître élémentaires pour le citoyen ordinaire, ne le sont pas pour nos résidents et pourront se révéler utiles à l'avenir quand ils auront à se débrouiller par eux-mêmes.

Un dernier mot enfin sur le travail de partenariat qu'implique le projet phase IV. Afin de mettre en place des relations de collaboration fructueuses avec les différentes institutions du secteur ainsi que dans le but de faire connaître notre projet, l'équipe du centre Transit a été amenée, depuis 2008, à collaborer avec différents services : les appartements supervisés d'Hestia, le RBDH (Rassemblement Bruxellois pour le Droit à l'Habitat), des maisons d'accueil, certains hôpitaux, des centres de cure et de post-cure, des centre de jour... Ce travail en réseau et ces rencontres institutionnelles nous ont permis, en retour, d'accueillir une diversité de personnes venues aussi bien du secteur de la toxicomanie que du secteur de l'aide au logement.

8 PHASE V : ACCÈS AU LOGEMENT SOCIAL

8.1 Naissance du projet

Dans l'optique de *faciliter l'accès au logement social* de nos résidents séjournant en Phase IV, nous avons souhaité rencontrer les responsables du **Foyer bruxellois** – service qui, pour rappel, fait partie des 30 Sociétés Immobilières de Service Public (SISP) en Région de Bruxelles-Capitale - afin de discuter d'un éventuel partenariat entre nos deux institutions.

Confronté en effet aux difficultés d'orienter des candidats de la Phase IV vers le logement social, en raison notamment des délais d'attente extrêmement longs ici à Bruxelles, il s'agissait pour nous d'étudier la faisabilité d'un accord qui permettrait d'accélérer la procédure d'inscription et d'attribution d'un logement social pour les usagers séjournant dans nos studios supervisés. Concrètement, nous avons été invités, au terme de plusieurs réunions de travail, à poser notre candidature par écrit afin d'éventuellement bénéficier d'une « convention de contractualisation des attributions » avec la société du Foyer bruxellois en sa qualité de propriétaire du parc immobilier social de la Ville de Bruxelles.

Notre demande formulée en juillet 2013 a finalement été retenue ce qui a donc donné lieu à la signature d'une **convention de partenariat** entre l'asbl Transit et le Foyer bruxellois. Cet accord a néanmoins été subordonné au respect de *plusieurs conditions* pour notre institution.

- *Tout d'abord*, notre équipe s'est engagée à proposer des candidats satisfaisant à toutes les obligations relatives à la législation régissant le domaine du logement social en région de Bruxelles Capitale.

- *Ensuite*, nous nous sommes engagés à fournir pour chaque candidat un rapport confidentiel d'enquête détaillé justifiant l'octroi d'un logement en dérogation à l'ordre des candidats locataires. L'attribution se faisant ainsi sur base de ce rapport et moyennant l'accord de la société du Foyer Bruxellois.

- *Et pour finir*, nous nous sommes également engagés à assurer un accompagnement social personnalisé des bénéficiaires dès leur accès au logement social, ce qui inclut au moins une visite régulière sur place et, si nécessaire, une assistance dans l'accomplissement des démarches administratives et budgétaires liées à la gestion du logement ainsi que des conseils en matière d'entretien et d'utilisation rationnelle de l'habitation.

De son côté, le Foyer bruxellois s'est engagé à mettre à disposition de l'asbl Transit *cinq logements sociaux*, dont trois de type « studio » et deux de type « une chambre », avec à la clef un renouvellement annuel de cette offre. Le candidat locataire pouvant, quant à lui, occuper le bien à durée illimitée moyennant bien entendu le respect des conditions relatives au bail locatif.

En clair, notre institution a obtenu de pouvoir jouer en quelque sorte le rôle d'intermédiaire entre le candidat locataire et le Foyer bruxellois bien que Transit ne puisse pas être tenu pour responsable d'un éventuel échec de l'usager en cas de non-paiement du loyer ou de dégradation du logement.

8.2 Résultats

Notre collaboration avec le Foyer bruxellois ayant débuté au 1er janvier 2014, nous avons eu l'opportunité *en 2015* d'orienter **cinq candidats** de la Phase IV directement vers le logement social (cfr : chiffres d'orientations phase IV). En tenant compte des trois autres candidats également orientés par ce biais-là en 2014, ça fait donc en deux ans **8 orientations** accomplies dans le cadre de la Phase V.

8.3 Conclusion

Avec la concrétisation de ce projet inédit baptisé « Phase V », le centre Transit s'est doté non seulement d'un outil extraordinaire mais, en plus, complémentaire avec celui de la Phase IV en vue d'accomplir sa mission d'accompagnement vers l'autonomie et d'insertion vers le logement.

Sans aller jusqu'à dire que ce projet représente la quadrature du cercle, vu que nous gardons encore l'ambition de développer un jour d'autres projets innovants dans le champ des assuétudes, comme par exemple l'idée d'accueillir un jour « une salle de consommation à moindre risques » au sein de notre centre, ce projet Phase V nous permet en tout cas d'aller jusqu'au bout de notre mission d'insertion avec nos usagers. Depuis la rue où ils peuvent depuis 2012 déjà bénéficier du soutien de nos éducateurs de rue, en passant par notre comptoir LAIRR et le centre de crise où ils peuvent être accueillis 24h/24 par une équipe psychosociale, en passant par les studios Phase IV où ils peuvent (ré)apprendre à vivre en autonomie, jusqu'à la Phase V grâce à laquelle ils peuvent maintenant être orientés dans un logement social, tout ce long trajet vers l'insertion est désormais couvert et assuré via les différentes missions du centre Transit.

Plus qu'une fierté pour notre institution, ce qui nous réjouit avant tout dans la concrétisation de ce projet, c'est la possibilité d'offrir réellement une seconde chance et un nouvel espoir à tous ces hommes et ces femmes qui, ces derniers temps, n'ont bien souvent connu que l'errance, les échecs et les refus.

Avant de clôturer le bilan de cette Phase V pour 2015, nous tenons sincèrement à remercier une fois encore le Foyer bruxellois ainsi que les autorités de la Ville de Bruxelles et de la Région bruxelloise pour leur soutien indéfectible dans la réalisation de ce projet sans lequel rien de tout cela n'aurait été possible.

9 TRAVAIL DE RUE

9.1 Origine du projet

Ce projet inauguré en 2012 grâce au soutien apporté conjointement par la Ville de Bruxelles et la Région bruxelloise via les contrats de quartier « Masui », « Jardin aux Fleurs », a permis à notre institution de s'investir pour la première fois dans un travail de prévention et d'accompagnement en rue (« outreach ») afin de lutter plus efficacement contre le problème de l'exclusion sociale des usagers de drogues en rue. Partant en effet du constat que des problèmes de nuisances subsistaient au niveau de ces mêmes quartiers (toxicomanie, alcoolisme, sans-abrisme) et qu'un grand nombre d'usagers n'avaient toujours pas (suffisamment) accès aux différents services de première ligne (CPAS, services d'insertion socio-profesionnel, de soins de santé, logement social, etc…), il nous a paru essentiel de développer un projet consistant à aller à la rencontre de ces personnes pour leur proposer une aide et un accompagnement dans leurs démarches d'insertion.

Pour faire face à ces enjeux qui concernent autant le domaine de la santé publique que de la sécurité, il nous a paru essentiel d'y répondre de façon structurelle en axant notre travail autour de *plusieurs actions* que nous avons articulées en **3 axes** :

- la présence en rue et sur l'espace public (**axe 1**) ;
- l'information, la prévention et la réduction des risques liés à l'usage de drogues (**axe 2**) ;
- la prise en charge, l'accompagnement (psycho-médico-social) et l'orientation des usagers (**axe 3**).

9.2 Objectifs

Les différentes ***missions*** qui sont menées à travers la réalisation de ce projet sont donc les suivantes :

Finalités :

- Améliorer l'état de santé et les conditions de vie des usagers du quartier ;
- Lutter contre l'exclusion sociale et contre la stigmatisation des usagers de drogues ;
- Réduire les nuisances sociales dues à l'usage de drogues ainsi que le sentiment d'insécurité au sein des habitants du quartier.

Objectifs stratégiques :

- Favoriser et améliorer l'accès aux soins médicaux, aux services sociaux et au logement pour les usagers précarisés ;
- Sensibiliser les usagers à la prévention et à la réduction des risques liés à l'usage et à l'abus de drogues ;
- Renforcer le lien entre les usagers marginalisés et les acteurs sociaux ;
- Sensibiliser les usagers au respect des autres et de l'espace public afin d'améliorer le vivre ensemble.

Objectifs opérationnels :

- Aller vers les usagers en étant à l'écoute de leur situation et de leurs besoins sans jugement de valeur ;
- Distribuer du matériel de réduction des risques pour lutter contre la transmission des maladies infectieuses telles que le sida, les hépatites, etc… ;
- Donner de l'information (par oral & par écrit) aux usagers sur les produits, leurs effets, les risques de dépendance, les risques d'overdose afin de promouvoir une meilleure éducation à la santé ;
- Accompagner les usagers dans leurs démarches auprès des différents services d'aide et de soins (CPAS, mutuelle, services d'ISP, hôpitaux, services de santé mentale, etc…) ;
- Distribuer aux usagers des containers de récupération à fermeture sécurisée.

9.3 Nature du projet

Etant donné que le contrat de quartier Masui est arrivé à échéance fin 2014 et que dans le même temps nous avons obtenu un nouveau budget via le Contrat de quartier Jonction (2015 – 2018), notre travail a consisté en 2015 à implanter et développer notre projet au sein de ce nouveau périmètre tout en poursuivant encore pour cette année nos activités sur Jardin aux Fleur (2012 – 2015).

En pratique, toutefois, notre effectif comme nos actions sur le terrain sont demeurées sensiblement les mêmes puisqu'il s'agit toujours d'une équipe composée de *deux travailleurs de rue* (Léonard Michelot, historien de formation et Mar Gomez, psychologue) chargés d'assurer un travail de première ligne et de liaison avec un ensemble de partenaires issus de différents secteurs (soins de santé, logement, aide sociale, justice ou encore ISP). Cette complémentarité des acteurs étant pour nous tout à fait indispensable pour garantir une approche cohérente, intégrée et globale.

Etant donné le changement d'environnement, il a donc fallu pour nos collègues Mar et Léo en repasser par tout ce travail d'immersion sur le terrain, ce qui leur a demandé de prendre le temps d'identifier les différents acteurs mais aussi les diverses ressources du quartier. C'est ainsi qu'ils ont été amenés dès le début du projet à rencontrer l'ensemble des services qui travaillent, tantôt occasionnellement, tantôt quotidiennement dans l'aide et l'assistance aux usagers de drogues et aux personnes sans-abri comme : les pharmacies, les éducateurs de rue de la Ville de Bruxelles, les CPAS, les maisons médicales, les gardiens de la paix, la police des métros, Diogène, les infirmières de rue, les restaurants sociaux, etc… ainsi bien sûr que certains partenaires du Contrat de quartier. Tous ces acteurs sont d'ailleurs rapidement devenus des partenaires incontournables comme l'atteste d'ailleurs le nombre important de démarches et d'orientations réalisées au cours de l'année 2015.

Toute cette connaissance du réseau a bien sûr nécessité durant les premiers mois un travail d'immersion et d'observation intensif de la part de nos deux éducateurs de rue afin de se faire connaître à la fois du secteur et des bénéficiaires proprement dits. Ce travail a d'ailleurs été largement décrit et commenté dans les rapports

d'activité précédents auxquels je vous renvoie si vous souhaitez de plus amples explications quant à la méthodologie employée. Mais, dès lors que notre projet est entré dans sa « phase d'opérationnalisation », il s'est finalement structuré et organisé autour de *trois axes d'intervention prioritaires et complémentaires* que voici…

9.3.1 L'axe 1 : le travail de rue

Le premier axe qui est vraiment le noyau central de notre projet est lié au **travail de rue** proprement dit, c'est-à-dire à tout ce travail de lien et de présence dans le quartier. Cela consiste concrètement à « aller vers » les usagers du quartier (« outreach ») ainsi qu'à « être présent » là où ils se trouvent et là où ils vivent : dans les squats, sur l'espace public, aux abords de certaines stations de métro (ex : Rogier, Yser, Gare du Nord, Bourse, Annessens, etc…) et des cités de logements sociaux afin de leur proposer une aide et un accompagnement en matière d'insertion (remise en ordre administrative, aide au logement, accès aux soins). Pour nos éducateurs, cette présence sur le terrain est tout à fait essentielle car c'est souvent au travers de ces différentes interactions qu'une accroche va pouvoir se créer avec la personne.

Certaines prises de contact vont, suivant les cas, donner lieu à un suivi ponctuel, allant d'un travail d'écoute à un travail de prévention spécifique, jusqu'à la mise en place d'un suivi régulier comprenant des accompagnements (physiques) dans les démarches psycho-médico-sociales, ou encore la réalisation complète d'un projet d'insertion avec l'usager. Mais, dans tous les cas, il s'agit pour nos collègues d'effectuer un travail personnalisé (chaque situation étant singulière) en faisant appel à l'ensemble des ressources dont dispose la personne. Car, en effet, la plupart des personnes qui vivent en rue ont déjà autour d'elles un réseau d'aide, sans parler de celles qui sont adeptes du « shopping social ». Il s'agit donc souvent avec l'accord de l'usager de se mettre en contact avec des services partenaires afin d'analyser ensemble la meilleure manière de collaborer et d'éviter de la sorte de faire double emploi avec le suivi qu'ils proposent déjà. Il n'est d'ailleurs pas question pour nos éducateurs de se substituer aux structures existantes et une de leur préoccupation est justement de savoir s'il est pertinent avec cette personne-là d'assurer un suivi en rue ou bien s'il est préférable de relayer vers un autre service. En

définitive, il s'agit toujours dans ce genre de suivi de se demander : qui fait quoi et jusqu'où ?

En rue, la création du lien de confiance est parfois rendue compliquée surtout avec le public avec lequel nous travaillons. Et puis, tous les usagers ne sont pas forcément demandeurs d'une aide ou d'un suivi. Mais l'inverse est aussi très fréquent, à savoir qu'une fois identifié, le travailleur social est assailli de demandes de la part de personnes qui, autrement, ne se seraient peut-être pas déplacées jusqu'à un service d'aide. Dans leur pratique quotidienne, nos éducateurs font d'ailleurs régulièrement le constat que les personnes précarisées ou très marginalisées ont du mal à effectuer seules leurs démarches, de peur parfois d'être jugées ou mal accueillies auprès de certaines administrations, ce qui explique en partie pourquoi celles-ci échouent à leur venir en aide. D'où l'intérêt d'un travail de liaison qui consiste à faire le trait d'union entre la rue et les services de première ligne. De manière générale, il s'agit, à partir d'un travail de proximité et de présence en rue (axe 1), de faire émerger auprès du public une demande de prise en charge, laquelle pourra alors se décliner sous la forme d'un travail de prévention et de santé publique (l'axe 2) et/ou sous la forme d'un projet d'insertion sociale (axe 3).

9.3.2 L'axe 2 : la réduction des risques & la prévention

Le deuxième axe de notre intervention relève comme nous venons de le dire d'un **travail de santé publique et de prévention** autour des nuisances publiques. Etant donné en effet qu'une grande majorité des personnes vivant à la rue souffrent conjointement de problèmes de santé mentale et d'assuétudes (drogues/alcool), il est vraiment essentiel de répondre spécifiquement à ces deux types de problématiques si l'on souhaite agir de façon cohérente et globale. C'est pourquoi, une de nos priorités est notamment de répondre aux situations de crise et d'urgence via un travail d'écoute et de soutien. De même, il s'agit avec une partie du public d'orienter notre intervention vers un travail de prévention et de réduction des risques liés à la consommation de drogues et d'alcool étant donné que ces problématiques sont malheureusement omniprésentes dans certains quartiers.

Concrètement, notre mission est d'aller à la rencontre des différents usagers de drogues (jeunes/adultes ; usagers de drogues douces/dures ; drogues légales/illégales) pour leur offrir une aide, un suivi ou encore de *l'information* sur :

- les drogues, leurs effets et les risques sociaux qui peuvent en découler (exclusion sociale, violence familiale et urbaine, décrochage scolaire, poursuites judiciaires, marginalisation, etc…) ;

- les éventuels risques sanitaires (sida, hépatites, overdoses, dépendance, troubles de la santé mentale : dépression, troubles psychotiques et anxieux, etc…) ;

- les règles d'hygiène de base et la promotion de la santé ;

- les lieux de dépistage (gratuits), les comptoirs d'échange de seringues (LAIRR, Dune, Latitude Nord) et les dispositifs d'aide ou d'accueil d'urgence (Samu social, Abri de nuit Pierre d'Angle, Médecins du Monde, Transit, etc…) ;

- l'existence de matériel de prévention (kit d'injection stérile, préservatifs, brochures d'information).

L'intérêt d'une telle démarche étant bien entendu d'inviter la personne à une réflexion sur soi, sur son parcours et sur son état de santé. Toutefois, parallèlement à cette démarche axée sur la personne et relevant de la santé publique, notre intervention vise tout autant à répondre aux attentes des habitants du quartier étant donné que notre ambition est aussi de *réduire l'insécurité et les nuisances* causées par la présence sur l'espace public de personnes toxicomanes, sans domicile fixe et/ou sans-papiers. En faisant en sorte que ces personnes ne soient plus en rue et qu'elles puissent accéder à des centres d'accueil comme Transit ou à d'autres services d'urgence ou de première ligne, on parvient du même coup à réduire le nombre d'incivilités (ex : abandon de seringues), d'actes de vandalisme et d'infractions commises dans le quartier (ex : le nombre de vols ainsi que l'usage de stupéfiants sur la voie publique), ce qui contribue à renforcer l'image du quartier et le vivre-ensemble.

9.3.3 *L'axe 3 : l'insertion sociale*

Enfin, le troisième axe est celui de **l'insertion sociale** proprement dit. Ainsi, en plus d'un suivi psychosocial personnalisé, les éducateurs peuvent également proposer un accompagnement des personnes dans leurs démarches. Selon les cas, il pourra s'agir d'un *accompagnement social* auprès d'un CPAS, d'une mutuelle, d'un service d'aide juridique (Ciré, Sireas, le Sampa) ou d'un service judiciaire (maison de justice, tribunal) afin de rétablir leurs droits sociaux ou leur situation. Ça pourrait être aussi un *accompagnement médical ou psychologique* pour les personnes intéressées par un programme de sevrage (cure/post-cure) ou pour les personnes nécessitant des soins de santé urgents (médecin, psychologue, infirmier). Mais ça peut être aussi un *accompagnement vers l'emploi* ou vers des services d'insertion socio-professionnelle ce qui implique de travailler en étroite collaboration avec l'ensemble des partenaires du contrat de quartier ou autres qui ont ce genre de mission dans leurs compétences. Et enfin il peut encore s'agir d'un *accompagnement vers le logement* comme par exemple vers Transit, vers d'autres maisons d'accueil ou encore vers un service d'aide au logement quel qu'il soit.

Face à des problématiques aussi sensibles et complexes que celles de l'exclusion sociale, de la toxicomanie et de la santé mentale où se mêlent à la fois des enjeux liés à la santé et à la sécurité publique, notre intervention vise ainsi, comme vous pouvez le constater, à y répondre de façon structurelle et transversale.

9.4 Analyse des résultats

Afin d'aider le lecteur à bien comprendre la nature du travail entrepris, et ce dans toute sa diversité, il nous a semblé opportun de préciser quelques notions afin d'éviter tout risque de confusion :

- Les *accompagnements* : sont à entendre comme étant des démarches physiques entreprises avec l'usager auprès d'un service donné. Ces services étant regroupés en 5 catégories en fonction de la nature spécifique de leur objet. Il y a ainsi les services d'aide socio-administratifs (ex : CPAS, mutuelle, organismes de chômage, etc…), les services de soins de santé, les services d'aide au logement, les services judiciaires et les services d'insertion socio-professionnelle (ISP).

- Les *acquis* : sont à entendre au sens de résultats concrets obtenus par le bénéficiaire et correspondant à l'aboutissement d'une démarche réalisée auprès de l'un ou de l'autre de ces 5 types de services. Comme vous pouvez l'imaginer, l'obtention d'un seul acquis suppose bien souvent la réalisation préalable de toute une série de démarches ou d'accompagnements auprès des services concernés. A titre illustratif, l'obtention d'un revenu d'intégration sociale (RIS) nécessite en règle générale pas moins de 3 ou 4 rendez-vous au CPAS et au moins autant de rendez-vous auprès d'autres services afin de rassembler l'ensemble des documents utiles à une ouverture de droit. Il arrive même très fréquemment que ces démarches ne débouchent sur rien de concret, ce qui du coup ne donne lieu à aucun résultat en terme d'acquis pour l'usager !

- Les *orientations* : sont à entendre comme le résultat d'un accès au logement ou à un service de soin résidentiel. Il va sans dire qu'au vu de la complexité des situations rencontrées et de la nature intrinsèque de notre public (usagers extrêmement marginalisés et en situation de crise), la concrétisation d'une orientation pour une personne suivie en rue relève souvent de l'exploit !

9.4.1 Résultats par rapport aux accompagnements (axe 3)

9.4.1.1 Informations générales

Au total sur l'année 2015, nos deux éducateurs ont assuré un suivi personnalisé et des accompagnements pour **48 personnes** dans le cadre du Contrat de quartier Jardin aux Fleurs & Jonction.

9.4.1.2 Données socio-économiques relatives au public (en %)

INDICATEURS	EN POURCENTAGE (%)
Sexe	Homme : 81% Femme : 19%
Age	18-25 ans : 4% 26-40 ans : 40% 41-60 ans : 56% + 60 ans : /
Nationalité	Belge : 25% CEE : 10% Hors CEE : 65%
Situation de vie	Seul : 79% En couple : 13% Cohabitation : 4% Famille : 4%
Lieu de vie	Logement stable : 27% Logement variable : 4% Institution (maison d'accueil / hôpital) : / Prison : / Squat : 23% Rue : 46%
Ressources financières	Revenu professionnel : / Chômage : 13% Mutualité / Invalidité : 13% CPAS : 27% Aucun revenu : 46% Etudiant : / Autre : 2%
Situation administrative	Ayant droit : 67% Visa touriste : / Illégal / en demande de régularisation : 33%

9.4.1.3 Profil de consommation (drogues licites / illicites)

PRODUIT	Oui (consommé)	Injecté	Sniffé	Fumé	Ingéré
Opiacés *(hero/ morphine/ opium/ methadone)*	22	8		21	
Stimulants *(coke/crack/speed/amphetamines/ XTC)*	35	8	16	32	
Cannabis *(herbe/shit)*	34			34	
Hallucinogène *(LSD/champignon/kétamine)*	4		2		3
Alcool *(bières/vins/whisky/etc…)*	44				44
Solvants *(gaz/ colle/ détergents)*	2		2		1
Médicaments *(calmants/somnifères/benzodiazépines)*	29				29

En résumé :

- 92 % ont une consommation très problématique / dépendance à l'alcool (avec des conséquences somatiques +/- sévères)
- 73 % ont une consommation très problématique / dépendance à la cocaïne
- 71 % ont une consommation de cannabis (consommation régulière, abusive, voire réelle dépendance)
- 60 % ont un usage abusif / illicite de médicaments (pharmacodépendance)
- 46 % ont une consommation problématique / dépendance aux opiacés
- 8 % ont recours à des hallucinogènes
- 2 % sniffent ou inhalent des solvants

9.4.1.4 Type de suivi

- Administratif : 52 %
- Judiciaire : 4 %
- Médical / santé mentale : 25 %
- Logement : 16 %
- ISP : 4 %

Remarque : comme on peut le constater au vu des chiffres ci-dessus, les principales demandes concernent le suivi administratif et médical des usagers, ce qui n'est pas du tout surprenant… En effet, dans l'ordre logique des choses, il est d'abord primordial d'être en règle sur le plan administratif sans quoi il est illusoire de vouloir prétendre à un emploi, à un logement ou, tout simplement, à des soins de santé !

9.4.1.5 Nombre d'accompagnements

- Accompagnements socio-administratifs : 464
- Accompagnements en matière de justice : 36
- Accompagnements médicaux / santé mentale : 223
- Accompagnements en matière de logement : 137
- Accompagnements vers l'ISP : 23

Au total : **883 accompagnements** ont été effectués par nos collègues Mar & Léo durant la seule année 2015 !

9.4.1.6 Acquis

Pour les 48 personnes ayant bénéficié d'un suivi personnalisé en 2015, notre action a permis les acquis suivants (en lien avec une obtention ou un maintien de droit) :

- *Sur le plan <u>administratif</u>* :
  - le recouvrement de 125 documents administratifs divers

- Sur le plan *<u>financier</u>* :
  - l'octroi de 13 revenus d'intégration sociale (auprès du CPAS)
  - l'octroi de 10 aides sociales (auprès du CPAS)
  - l'octroi de 4 allocations de chômage

- l'octroi de 3 allocations de mutuelle

- Sur le plan *médical* :
  - 27 acquis majeurs en matière de soins de santé (accès à un traitement, à un suivi médical, à une prothèse dentaire, etc…)

- Sur le plan du *logement* :
  - 10 acquis octroyés par le CPAS sous la forme d'une garantie locative

- Sur le plan *ISP* :
  - 6 réponses positives en matière de formation et d'aide à l'emploi

9.4.1.7 Orientations

Tout comme les acquis, les orientations sont souvent le fruit d'un long processus qui commence toujours par la mise en place d'un projet, puis par de nombreux entretiens téléphoniques afin d'obtenir un, voire souvent plusieurs rendez-vous. Tout cela en vue d'accéder soit à un service de soin résidentiel (hospitalisation, cure, post-cure), soit à un logement individuel ou communautaire (accès au logement).

Pour l'année 2015 nous pouvons comptabiliser très précisément nos orientations :

- *Vers le soin :*
  - *Hospitalisations :* ***17***
  - *Cure / post-cure (centres thérapeutiques résidentiels) :* ***6***
- *Vers le logement :*
  - *logement communautaire (maison d'accueil/centre Transit):* ***9***
  - *Logement privé :* ***6***

Au total cela représente **38 orientations** vers le soin résidentiel & vers le logement ! Quand on croise ces résultats avec les données de constat relatives au public, on mesure mieux la qualité du travail entrepris !

9.4.1.8 Maintien de contact & concertation clinique

Pour être complet dans notre analyse des résultats liés aux suivis et aux accompagnements, il faut encore préciser que le travail de nos éducateurs de rue ne s'arrête pas une fois que le bénéficiaire a obtenu certains acquis et/ou une orientation adéquate. Ainsi, une fois que la personne a intégré son logement ou une

structure résidentielle de soin, nos éducateurs veillent systématiquement à maintenir le contact et le lien avec l'usager, ce qui se traduit bien souvent par une série de visites effectuées soit au domicile, soit au centre où il séjourne. C'est une façon très efficace de maintenir le lien avec l'usager et de lui faire sentir que l'équipe est toujours présente auprès de lui, bien qu'il ne soit plus en rue. En fin de compte, c'est souvent une étape essentielle du suivi car, c'est bien souvent au moment où la personne accède à son logement qu'elle a le plus besoin d'aide et de soutien étant donné qu'elle se retrouve seule du jour au lendemain à devoir gérer son nouveau cadre de vie, ce qui très souvent source d'angoisse et d'anxiété. Ceci est bien entendu valable dans le cas d'une orientation vers le logement individuel. Dans les autres cas (logement communautaire & structures thérapeutiques résidentielles), la personne bénéficie évidemment d'un encadrement sur place, nous direz-vous. Dès lors, l'intérêt d'une visite répond plutôt au besoin de se réunir autour du patient avec l'équipe soignante afin de transmettre les informations nécessaires - c'est ce qu'on appelle dans notre jargon une concertation clinique - ou de préparer sa sortie future (en fin séjour ou en fin d'hospitalisation). C'est donc dans tous les cas une façon de faciliter la transition entre un lieu de vie et un autre ainsi qu'une manière de renforcer le lien avec l'usager.

Au niveau du nombre de suivis :
- Visite à domicile : 68
- Visite en maison d'accueil / Transit : 9
- Visite durant un séjour hospitalier / durant la cure : 22
- Concertation clinique : 5

Au total, **104 visites** ont ainsi été effectuées durant l'année 2015 dans l'idée de maintenir et de renforcer le lien avec l'usager et/ou dans une optique de concertation clinique. Comme vous pouvez le remarquer, cette partie du travail est donc loin d'être anecdotique étant donné en plus que cela représente un investissement considérable en terme de temps de travail. Une visite à domicile pouvant facilement durer 2 à 3 heures !

9.4.1.9 Interruption de suivi

Sur l'ensemble des 48 personnes qui ont bénéficié d'un suivi personnalisé, nos éducateurs de rue ont malheureusement été confrontés à **6 reprises** à une interruption temporaire ou définitive du suivi.
En pratique, 3 personnes ont été *incarcérées* ce qui a inévitablement suspendu au moins partiellement le suivi en cours d'année.

Par ailleurs, nos éducateurs ont été confrontés à deux reprises à une *fin prématurée du suivi* (perte de contact avec l'usager & une fin de suivi décidée par l'éducateur).

Enfin, malheureusement, une personne est *décédée* en cours de suivi des suites d'un problème de santé.

Au total, cela représente quand même **13% des suivis**, ce qui témoigne à la fois des conditions de vie difficiles du public et des contraintes inhérentes au travail de rue.

9.4.2 *Résultats du travail de rue (axe 1) & de la réduction des risques (axe 2)*

En ce qui concerne l'axe 1 du projet, il est pour ainsi dire impossible de présenter des résultats quantitatifs. Tout d'abord, parce que cette mission relève d'un travail quotidien (et souvent informel !) d'observation, de présence sur l'espace public et de rencontres institutionnelles. Il est donc difficile d'objectiver et de mesurer l'impact de ce travail avant tout qualitatif. Ensuite, parce que méthodologiquement, il serait extrêmement fastidieux pour les éducateurs de rue de comptabiliser le nombre de personnes rencontrées en rue ou dans les institutions qu'ils fréquentent.

Pour ce qui est de l'axe « réduction des risques et travail de prévention », il est important de signaler que nos éducateurs de rue se sont investis durant toute l'année 2015 à raison de 2 jours par semaine dans le projet Médibus mis en place conjointement par l'asbl Dune (spécialisée dans la RdR et l'échange de matériel d'injection stérile) et par Médecin du Monde. Concrètement, ce travail consiste à assurer la gestion d'un comptoir mobile d'échange de seringues via un bus aménagé à cet effet près de la station du métro Yser (1000 Bruxelles) bien connue pour être un lieu de deal et de consommation de stupéfiants.

Parallèlement à cette permanence qui a lieu tous les mardi et jeudi après-midi, cette collaboration de terrain avec l'asbl Dune est aussi l'occasion pour notre équipe d'aller à la rencontre des usagers de drogues dans leur milieu de vie pour essayer de sensibiliser le public aux enjeux de la réduction des risques, de la prévention des nuisances et de la santé. Malheureusement, il nous est ici aussi impossible de tenir un registre précis du nombre de prestations réalisées avec les usagers de rue et du nombre d'usagers rencontrés. Il est en effet déjà très compliqué d'entrer en contact avec des personnes croisées en rue et de récolter de l'information sur leur situation ou leur parcours lorsqu'elles sont sous l'emprise de produits psychotropes ou en état de manque. Dans ces conditions, vouloir collecter des informations précises et systématiques pour les besoins de l'évaluation n'est ni le bon moment ni une priorité.

C'est pourquoi nous ne disposons d'aucuns chiffres et d'aucunes statistiques concernant cette partie du travail alors bien même que cette mission représente un temps de travail conséquent pour nos éducateurs. En outre, le matériel de réduction

des risques étant fourni par l'asbl Dune, nous n'avons pas accès directement aux données chiffrées liées à la distribution du matériel (exemple : nombre de seringues, de préservatifs, de sterets, de kit de prévention, etc…).

9.5 Conclusion et perspectives

Au terme de cette première année d'activités sur le quartier Jonction, notre conclusion est la suivante :

1. La pertinence ainsi que la nécessité d'un projet visant à promouvoir l'insertion des publics très précarisés n'est plus à démontrer au vu des constats que nous avons pu tirer au niveau du profil socio-économique et du profil de consommation du public. Les besoins à couvrir au niveau de notre public cible étant en effet très nombreux !

2. La structuration de notre projet en 3 axes distincts mais complémentaires permet en effet de répondre à la diversité des besoins et des problématiques rencontrées sur le terrain en particulier ceux liés aux besoins d'un accompagnement vers les principaux dispositifs d'insertion (administratifs, soins, justice, logement & ISP), aux besoins exprimés en matière de réduction des risques, etc… Mais l'articulation et l'équilibre entre ces 3 axes d'intervention n'est pas toujours facile à maintenir sur le terrain au vu notamment du nombre de suivis déjà entrepris et au vu de la charge de travail que ces accompagnements représentent (cfr : pages précédentes).

3. Si, à l'échelle du quartier Jonction, la problématique du sans-abrisme et plus globalement celle des nuisances est loin d'être résolue à ce stade, notre expérience prouve que des actions bien ciblées qui allient démarches d'insertion, stratégies de santé publique et prévention des nuisances publiques sont porteuses de résultats. Il n'est sans doute pas utile d'insister ou de passer en revue ici l'ensemble des points forts du projet, mais *ce qui apparaît déjà comme une évidence c'est qu'agir (et investir) pour améliorer l'image du quartier et agir en faveur de l'insertion des publics marginalisés sont 2 choses indissociables qui doivent être pensées de façon conjointe et*

transversale. En effet, même si la plus-value d'un projet comme le nôtre, conjugué aux efforts entrepris par d'autres de nos partenaires dans ce contrat de quartier, n'est pas toujours visible immédiatement à l'échelle d'un quartier, il ne fait aucun doute que cela aura un jour un impact significatif sur la qualité de vie des habitants. Idéalement ce genre d'initiatives devrait être multiplié pour avoir justement plus d'impact, mais nous sommes déjà très heureux et très reconnaissants vis-à-vis des autorités de la Ville de Bruxelles et de la Région d'avoir eu l'opportunité, via ce contrat de quartier, de contribuer à cet objectif commun.

3ÈME PARTIE – ANNEXES

10 ANNEXES

10.1 Transit : Formations, immersions et colloques suivis par le personnel en 2015

FORMATIONS - COLLOQUES	Date	Lieu	Noms des inscrits
Paroles d'enfant	17 & 18/12/15	Paris	Hélène
Colloque détention préventive Comment sans sortir ?	04/12/2015	Bruxelles	Raphaël Karim
Le détenu, ce patient non désiré Ambulatoire Forest Journée anniversaire	26/11/2015	Bruxelles	Kris Héloïse Pierre L
Rasanam *Parentalité et u**sage de drogues : quand cela pose question***	24/11/15	Dave	Romuald Mar
Journées nationales des prisons Temps de réflexion sur la prison	Du 14 au 21 /11/15	Bruxelles	Kris
Forum des mal-logés La Strada	19/11/15	Bruxelles	Léo Kris
Semaine du secteur bruxellois de l'aide aux sans-abri	Du 16 au 20/11/15	Différents lieux	Audrey D. Raph Isa Djenna Manu Nico Héloïse
MDM 4ème Midi-débat Santé et prison : l'équation impossible ?	13/11/15	Bruxelles	Pierre L Héloïse Kris
RBDH Contrôle de la salubrité des logements bruxellois	12/11/15	Bruxelles	Isa
PFCSM Santé mentale et assuétudes	26,27 &28 /10/15	Bruxelles	Steph 28/10 Romu 26,27,28 Pierre L 27/10 Karim 27/10 Julien F 27,28
CAPB Drugcourts Les tribunaux de traitement de la toxicomanie	23/10/15	Bruxelles	Kris Julien F Raph Héloïse Mar Pierre L Nathalie

			Karim
Modus Vivendi ***RDR Injection***	22/10/15 & 27/10/15	Bruxelles	Roch Carolina Julien L Olivier Héloïse
Drugscongres ***Studiedag***	16/10/15	Gent	Nico
FBLP ***Fabrique des pauvres***	16/10/15	Tour et Taxis	Jérôme Héloïse Karim Pierre L Julien J
Droits quotidiens ***Domiciliation,*** *radiation, adresse* ***de référence : comment faire ?***	08/10/15	Namur	Romu
Séminaire Naxolone ***Fédération des addictions***	07 &08/10/15	Paris	Steph Karim Kris Mar Julien F
Fares ***Formation tuberculose***	29/09/15	Bruxelles	Héloïse
Congrès EMF ***Equipes mobiles, une mise en tension de la psychiatrie***	10 & 11/09/15	Bruxelles	Romu
Journées de la psychothérapie institutionnelle	12/06/15	Bruxelles	Romu
RAT Conférence débat ***De la guerre à la drogue à la réduction des risques***	11/06/15	Bruxelles	Stéphanie
IREPS ***7ème rencontre santé-justice de Picardie***	01 & 02/06/15	Amiens	Kris
ADDE Intervisions Quelles démarches mettre en œuvre en cas de radiation des registres ?	07/05/15	Bruxelles	Léo Nathalie Mar Julien J
ALTER EGO ***20 ans de collaboration entre soin et justice***	30/04/15	Châtelet	Héloïse Kris Raph
LWSM Consommation problématique d'alcool	23/04/15	Nivelles	Romu Mar Karim Olivier
ADDEI Intervisions ***Comment rédiger une demande d'autorisation de séjour pour maladie grave ?***	26/03/15	Bruxelles	Léo Nathalie Mar

Mercredis midi de l'assuétude ***Etat limite, alcool et dépendances***	25/03/15	Bruxelles	Héloïse Romu Nico
MDM ***Accès aux soins***	24/03/15	Bruxelles	Héloïse
Atelier des droits sociaux ***Le projet Médiprima***	19/03/15	Bruxelles	Raph
Exaequo ***Bases du VIH***	14/03/15	Bruxelles	Stephanie
WaB ***Fondements et fonctionnement du*** *réseau* ***Wab***	13/03/15	Dave	Carolina Olivier
CEFEC ***Formation à l'écoute***	06/03/15 13/03/15 20/03/15 27/03/15	Bruxelles	Carolina Olivier
Apsy Méridien ***Rencontre avec René Kaës***	06/03/15	Bruxelles	Romuald
PFASS Quelles visions de la santé en Flandre, Wallonie & Bxl ? Conférence	24/02/15	Bruxelles	Nico
Atelier des droits sociaux	19/02/15 19/03/15 02/04/15 07/05/15 04/06/15	Bruxelles	Mar Léo
ADDE Intervisions ***Comment introduire une demande d'autorisation de séjour pour circonstances exceptionnelles ?***	12/02/15	Bruxelles	Léo Nathalie Mar
Mercredis midi de l'assuétude ***Toxicomanie, jouissance ou défense ?***	28/01/15	Bruxelles	Héloïse Romu
SMES ***Tables d'échanges***	22/01/15	Bruxelles	Nico
Infirmiers de rua ***Conférence de presse*** ***Sortir de la rue, c'est possible***	22/01/15	Bruxelles	Nico Véro Héloïse Stephanie
IFCSM ***Cours de secourisme***	22/01/15	Bruxelles	Laetitia Manu Hamza Fred Stéphanie Mélanie Nicolas Marjorie Olivier Cédric Léonard Julien F

MDM L'accès au soin ***Aide médicale urgente, réquisitoires, conventions internationales***	20/01/15	Bruxelles	Héloïse Manu Laetitia
Modus Vivendi ***Introduction à la réduction des risques à l'usage de drogues***	20/01/15 & 03/02/15	Bruxelles	Olivier Jérôme Arnaud Nicolas

IMMERSIONS	**Date**	**Nom**
INB St Michel	04/02/15	Nicolas
CATS	10 /03/15 & 12/03/15	Manu
Enaden crise		Raph
INB St Michel	18/02/15	Raph
CATS		Raph
SSM Primavera	23/03/15	Hélène
INB St Michel		Hélène
CATS	07/04/15 & 09/04/15	Héloïse
INB St Michel		Héloïse
MASS	18/03 /15	Antoine
INB St Michel	11/02/15	Antoine

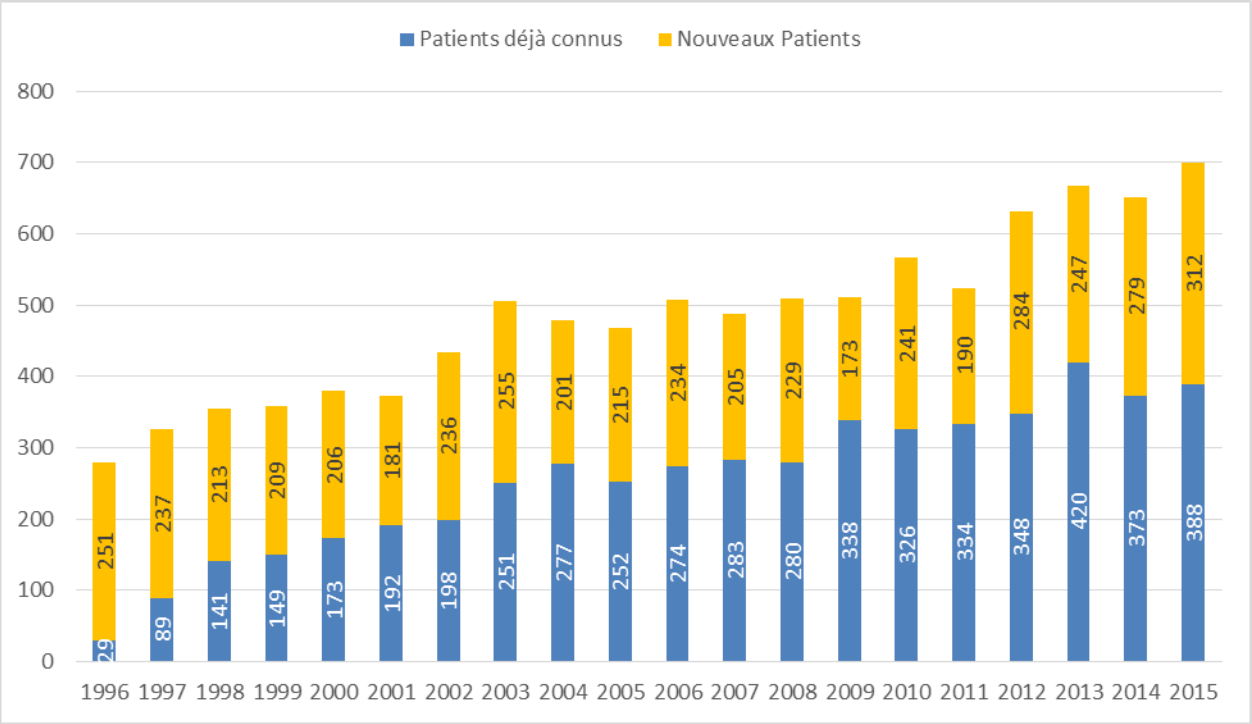
10.2 Stages, mémoires : année académique 2015 - 2016

Nom du stagiaire	Ecole	Etude	Durée du stage	Maître de stage
Anaïs COUTIER	Haute Ecole de Bruxelles Defré	3ième année éducatrice spécialisée	21/09/15 au 18/12/2015	Julien MANGIER
Anne BISKUP	Haute Ecole Paul-Henri Spaak IESSID	3ième année assistante sociale	Octobre 2015 - Mars 2016	Nicolas DE TROYER Laetia PEETERS
Djenna EMPAIN	Haute Ecole Paul-Henri Spaak IESSID	2ème année assistante sociale	9 novembre 2015 au 22 mars 2016	Isabelle MAERTEN
Audrey VANDENBEM	ULB	Fin de Master en criminologie	Février 2015 – Mars 2015	Emmanuelle MANDERLIER
Salomé GERVAIS	Centre scolaire Saint Stanislas Joseph	5ème année secondaire	Du 28 au 30 octobre 2015	Henri-Emmanuel GERVAIS
Alicia SUDOWICZ	Haute Ecole Paul-Henri Spaak IESSID	3ième année assistante sociale	Octobre 2015 à fin mars 2016	Frédéric WYHIER / Julien JARDON

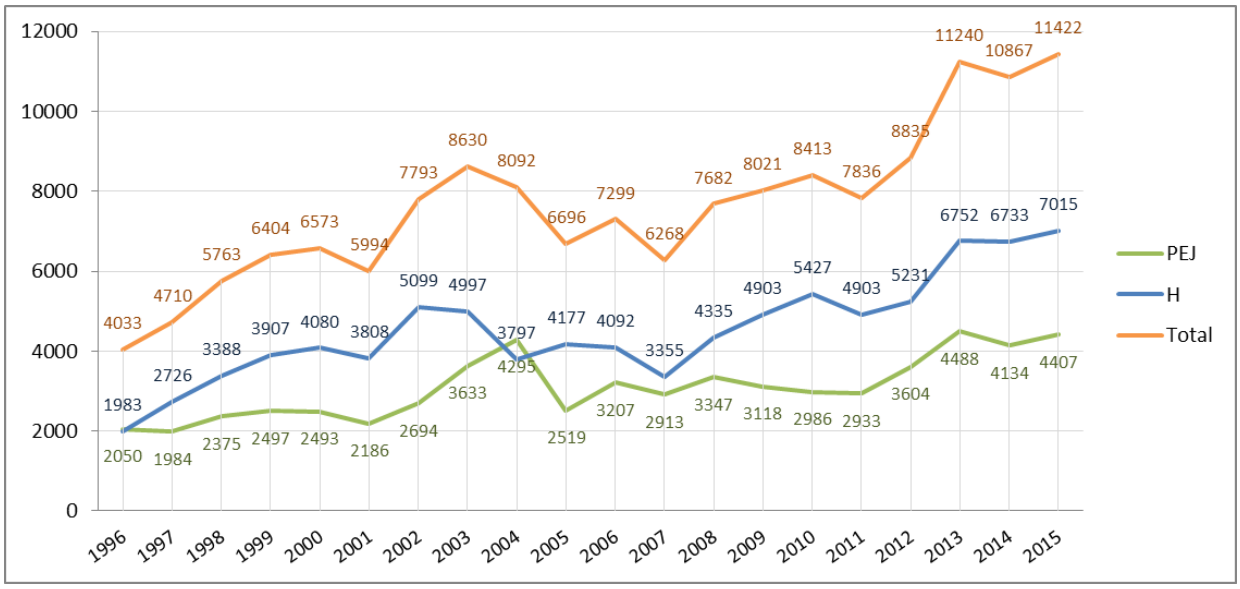
10.3 Transit : détail des données de constat et de résultats

10.3.1 Prises en charge

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Personnes différentes	467	508	488	509	511	567	524	632	667	652	700
Nouveaux Patients	215	234	205	229	173	241	190	284	247	279	312
Patients déjà connus	252	274	283	280	338	326	334	348	420	373	388



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Patients Tot.	280	326	354	358	379	373	434	506	478	467	508	488	509	511	567	524	632	667	652	700
PEJ	2050	1984	2375	2497	2493	2186	2694	3633	4295	2519	3207	2913	3347	3118	2986	2933	3604	4488	4134	4407
H	1983	2726	3388	3907	4080	3808	5099	4997	3797	4177	4092	3355	4335	4903	5427	4903	5231	6752	6733	7015
Total	4033	4710	5763	6404	6573	5994	7793	8630	8092	6696	7299	6268	7682	8021	8413	7836	8835	11240	10867	11422
Moy. pers. /J	11,02	12,90	15,79	17,55	17,96	16,42	21,35	23,64	22,11	18,35	20,00	17,17	20,99	21,98	23,05	21,47	24,14	30,79	29,77	31,29



Ancienneté des patients déjà connus par rapport a TRANSIT											
	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Patients déjà connus - D. Inc.	186	223	254	274	271	315	320	331	397	357	365
1 - 5 an(s)	106	122	147	166	181	194	170	161	215	193	190
	57%	55%	58%	61%	67%	62%	53%	49%	54%	54%	52%
6 - 10 ans	80	95	84	75	53	63	76	86	103	75	90
	43%	43%	33%	27%	20%	20%	24%	26%	26%	21%	25%
11 ans et plus	0	6	23	33	37	58	74	84	79	89	85
	0%	3%	9%	12%	14%	18%	23%	25%	20%	25%	23%
Données inconnues	66	51	29	6	67	11	14	17	23	16	23
	35%	23%	11%	2%	25%	3%	4%	5%	6%	4%	6%

10.3.2 Sexe

Sexe	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Patients Tot. - D. Inc.	467	508	488	509	511	567	524	632	667	652	700
Hommes	397	427	425	433	443	481	453	544	565	563	606
	85%	84%	87%	85%	87%	85%	86%	86%	85%	86%	87%
Femmes	70	81	63	76	68	86	71	88	102	89	94
	15%	16%	13%	15%	13%	15%	14%	14%	15%	14%	13%
Données inconnues	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

10.3.3 Age

Age	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Patients Tot. - D. Inc.	386	419	448	453	461	500	461	535	571	557	602
18 - 25 ans	46	58	54	55	44	52	36	41	40	37	46
	12%	14%	12%	12%	10%	10%	8%	8%	7%	7%	8%
26 - 30 ans	61	57	73	76	62	67	55	83	69	60	70
	16%	14%	16%	17%	13%	13%	12%	16%	12%	11%	12%
31 - 35 ans	91	90	87	92	95	93	86	76	89	76	95
	24%	21%	19%	20%	21%	19%	19%	14%	16%	14%	16%
36 - 40 ans	114	122	122	101	129	119	90	114	112	106	111
	30%	29%	27%	22%	28%	24%	20%	21%	20%	19%	18%
41 - 45 ans				85	85	93	101	110	111	115	129
				19%	18%	19%	22%	21%	19%	21%	21%
46 - 50 ans				30	37	59	65	77	101	97	83
				7%	8%	12%	14%	14%	18%	17%	14%
51 - 55 ans	74	92	112	9	8	11	20	26	37	47	47
				2%	2%	2%	4%	5%	6%	8%	8%
56 - 60 ans				5	1	5	6	7	11	14	18
				1%	0%	1%	1%	1%	2%	3%	3%
Plus de 60 ans				0	0	1	2	1	1	5	3
	19%	22%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%
Données inconnues	81	89	40	56	50	67	63	97	96	95	98
	17%	18%	8%	11%	10%	12%	12%	15%	14%	15%	14%

10.3.4 Nationalité

Nationalité											
	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Patients Tot. - D. Inc.	420	470	456	455	447	520	469	534	575	569	654
Belgique	258	282	271	270	257	326	285	319	341	317	349
	61%	60%	59%	59%	57%	63%	61%	60%	59%	56%	53%
UE	37	49	53	39	45	36	42	52	52	66	74
	9%	10%	12%	9%	10%	7%	9%	10%	9%	12%	11%
Hors UE	125	139	132	146	145	158	142	163	182	186	231
	30%	30%	29%	32%	32%	30%	30%	31%	32%	33%	35%
Données inconnues	47	38	32	54	64	47	55	98	92	83	46
	10%	7%	7%	11%	13%	8%	10%	16%	14%	13%	7%

10.3.5 Scolarité

Scolarité											
	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Patients Tot. - D. Inc.	354	381	413	407	406	433	414	478	523	520	547
Primaire	52	52	47	42	37	40	35	56	62	66	75
	15%	14%	11%	10%	9%	9%	8%	12%	12%	13%	14%
Sec. Inférieur	191	207	239	230	237	241	218	264	262	252	250
	54%	54%	58%	57%	58%	56%	53%	55%	50%	48%	46%
Sec. Supérieur	77	95	89	91	95	104	113	114	137	146	158
	22%	25%	22%	22%	23%	24%	27%	24%	26%	28%	29%
Bachelier/Master	19	22	26	34	27	32	27	26	38	31	35
	5%	6%	6%	8%	7%	7%	7%	5%	7%	6%	6%
Autre	0	0	0	1	2	8	11	10	13	15	17
	0%	0%	0%	0%	0%	2%	3%	2%	2%	3%	3%
Aucun	15	5	12	9	8	8	10	8	11	10	12
	4%	1%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
Données inconnues	113	127	75	102	105	134	110	154	144	132	153
	24%	25%	15%	20%	21%	24%	21%	24%	22%	20%	22%

10.3.6 Situation de vie

Situation de vie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Patients Tot. - D. Inc.	-	-	-	-	-	-	-	-	529	550	566
Seul	-	-	-	-	-	-	-	-	425	443	448
	-	-	-	-	-	-	-	-	80%	81%	79%
En couple	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10%
Avec un/mes parent(s)	-	-	-	-	-	-	-	-	16	11	14
	-	-	-	-	-	-	-	-	3%	2%	2%
Avec d'autres membres de ma famille	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Avec des amis ou autres personnes	-	-	-	-	-	-	-	-	12	12	36
	-	-	-	-	-	-	-	-	2%	2%	6%
Autre	-	-	-	-	-	-	-	-	20	24	2
	-	-	-	-	-	-	-	-	4%	4%	0%
Seul avec enfant(s)	-	-	-	-	-	-	-	-	18	18	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	3%	3%	-
Avec un partenaire et sans enfant(s)	-	-	-	-	-	-	-	-	33	28	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	6%	5%	-
Avec un partenaire et enfant(s)	-	-	-	-	-	-	-	-	5	14	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	1%	3%	-
Données inconnues	-	-	-	-	-	-	-	-	138	102	134
	-	-	-	-	-	-	-	-	21%	16%	19%

10.3.7 Situation administrative

Situation administrative	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Patients Tot. - D. Inc.	-	-	-	-	-	-	-	-	479	546	560
Ayant droit	-	-	-	-	-	-	-	-	410	464	454
	-	-	-	-	-	-	-	-	86%	85%	81%
Illégal	-	-	-	-	-	-	-	-	60	71	70
	-	-	-	-	-	-	-	-	13%	13%	13%
Illégal (En cours de régularisation)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4%
Visa touriste (Eu)	-	-	-	-	-	-	-	-	9	11	15
	-	-	-	-	-	-	-	-	2%	2%	3%
Données inconnues	-	-	-	-	-	-	-	-	188	106	140
	-	-	-	-	-	-	-	-	28%	16%	20%

10.3.8 Situation d'habitation

Situation d'habitation											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Patients Tot. - D. Inc.	-	-	-	-	-	-	-	-	494	551	572
Domicile fixe	-	-	-	-	-	-	-	-	97	89	116
	-	-	-	-	-	-	-	-	20%	16%	20%
Domicile variable	-	-	-	-	-	-	-	-	397	411	110
	-	-	-	-	-	-	-	-	80%	75%	19%
Rue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	223
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39%
Institution	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35	86
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6%	15%
Prison	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	37
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3%	6%
Données inconnues	-	-	-	-	-	-	-	-	173	101	128
	-	-	-	-	-	-	-	-	26%	15%	18%

10.3.9 Lieu du domicile

Domicile											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Patients Tot. - D. Inc.	365	380	401	411	457	456	465	541	515	497	548
Région Bruxelles-Capitale	228	228	218	204	263	241	255	290	265	284	254
	62%	60%	54%	50%	58%	53%	55%	54%	51%	57%	46%
Région Wallonne	65	61	57	74	76	75	70	81	70	66	67
	18%	16%	14%	18%	17%	16%	15%	15%	14%	13%	12%
Région Flamande	20	16	25	30	42	31	20	32	29	19	19
	5%	4%	6%	7%	9%	7%	4%	6%	6%	4%	3%
Etranger	3	3	1	1	2	3	3	0	1	0	2
	1%	1%	0%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%
Aucun domicile	49	72	100	102	74	106	117	138	150	128	206
	13%	19%	25%	25%	16%	23%	25%	26%	29%	26%	38%
Données Inconnues	123	129	110	156	67	176	202	111	185	203	152
	25%	25%	22%	28%	13%	28%	30%	17%	26%	29%	22%

10.3.10 Situation financière

Ressources financières											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Patients Tot. - D. Inc.	397	409	437	440	451	481	425	542	516	499	559
Revenu professionnel	9	7	11	3	4	8	8	20	8	8	14
	2%	2%	3%	1%	1%	2%	2%	4%	2%	2%	3%
Allocation de chômage	67	70	97	77	75	86	71	77	65	65	53
	17%	17%	22%	18%	17%	18%	17%	14%	13%	13%	9%
RIS / Aide sociale	137	127	106	114	119	141	136	131	139	117	143
	35%	31%	24%	26%	26%	29%	32%	24%	27%	23%	26%
Indemnité de mutuelle	79	79	74	88	94	89	93	101	107	115	90
	20%	19%	17%	20%	21%	19%	22%	19%	21%	23%	16%
Indemnité d'invalidité	26	29	28	36	30	36	36	46	39	32	40
	7%	7%	6%	8%	7%	7%	8%	8%	8%	6%	7%
Pension de retraite ou de survie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Autre	3	5	2	2	4	4	3	6	2	11	5
	1%	1%	0%	0%	1%	1%	1%	1%	0%	2%	1%
Aucune	76	92	119	120	125	117	78	161	156	151	211
	19%	22%	27%	27%	28%	24%	18%	30%	30%	30%	38%
Données Inconnues	111	79	72	71	116	43	207	125	136	201	141
	23%	16%	14%	13%	22%	7%	31%	19%	19%	29%	20%

10.3.11 Documents d'identité

Documents d'identité											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Patients Tot. - D. Inc.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	517
Carte d'identité belge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	187
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36%
Carte d'identité non belge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4%
Carte de séjour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14%
Att. perte carte d'identité belge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10%
Att. perte carte d'identité non belge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Att. perte carte de séjour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4%
Passeport	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3%
Autre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2%
Aucun	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	139
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27%
Données inconnues	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	183
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26%

10.3.12 Mutuelle

Mutuelle											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Patients Tot. - D. Inc.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	524
Oui	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	414
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	79%
Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	110
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21%
Données Inconnues	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	176
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25%
Assurabilité en ordre											
Mutu Oui - D. Inc.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	396
Oui	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	358
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90%
Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10%
Données Inconnues	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4%
Aucune couverture sociale											
(Patients Tot. - D. Inc.)-D. Inc. Assurabilité	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	506
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	148
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29%
Status BIM/OMNIO											
Mutu Oui - D. Inc.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	382
Oui	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	217
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57%
Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	165
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	43%
Données Inconnues	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8%
Carte de réduction											
Mutu Oui - D. Inc.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	369
Oui	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15%
Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	315
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85%
Données Inconnues	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11%

10.3.13 Carte médicale

Carte médicale											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Patients Tot. - D. Inc.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	485
Oui	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19%
Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	394
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81%
Données Inconnues	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	215
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31%

10.3.14 Consommation

Consommation											
	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Personnes ayant une info de conso	394	386	436	443	498	552	472	570	573	540	575
Personnes ayant consommé (- abst.)	391	380	417	425	476	525	453	538	566	539	513
Non consommateur	3	6	19	18	22	27	19	32	7	1	20
	1%	2%	4%	4%	4%	5%	4%	6%	1%	0%	3%
Périodes d'abstinence											81
											14%
Données Inconnues	73	122	52	66	13	15	52	62	94	112	125
	16%	24%	11%	13%	3%	3%	10%	10%	14%	17%	18%
Héroïne	148	203	220	235	215	244	198	206	238	207	206
	38%	53%	53%	55%	45%	46%	44%	38%	42%	38%	40%
Méthadone	140	185	228	232	218	254	195	213	231	179	82
	36%	49%	55%	55%	46%	48%	43%	40%	41%	33%	16%
Buprénorphine									2	4	3
									0%	1%	1%
Fentanyl											0
											0%
Autres Opiacés								4	4	4	4
								1%	1%	1%	1%
Cocaïne en poudre	177	216	242	250	225	224	182	216	260	251	118
	45%	57%	58%	59%	47%	43%	40%	40%	46%	47%	23%
Crack									5	8	156
									1%	1%	30%
Amphétamines	17	23	25	31	28	22	19	27	22	15	32
	4%	6%	6%	7%	6%	4%	4%	5%	4%	3%	6%
Methamphétamines											1
											0%
MDMA et dérivés									4	2	11
									1%	0%	2%
Méphédrone											0
											0%
Autres Stimulants									1	2	5
									0%	0%	1%
Barbituriques											0
											0%
Benzodiazépines								1	37	40	126
								0%	7%	7%	25%
GHB/GBL											0
											0%
Autres Hypnotiques et Sédatifs								1	3	2	14
								0%	1%	0%	3%
Lyserginezuurdiëthylamide (LSD)								0	1	1	3
								0%	0%	0%	1%
Kétamine											1
											0%
Autres Hallucinogènes								4	3	2	2
								1%	1%	0%	0%
Inhalants Volatiles	3	3	5	2	3	2	4	2	1	0	2
	1%	1%	1%	0%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	0%
Cannabis	143	200	240	242	207	231	215	259	256	210	-
	37%	53%	58%	57%	43%	44%	47%	48%	45%	39%	
Marijuana (herbe)											162
											32%
Haschisch (résine)											105
											20%
Alcool	98	137	202	193	186	225	213	288	307	295	301
	25%	36%	48%	45%	39%	43%	47%	54%	54%	55%	59%
Autre	2	1	4	3	1	3	2	244	67	51	1
	1%	0%	1%	1%	0%	1%	0%	45%	12%	9%	0%
Total des produits consommés	851	1144	1387	1434	1309	1451	1247	1465	1442	1273	1335
Moyenne des produits /pers.	2,18	3,01	3,33	3,37	2,75	2,76	2,75	2,72	2,55	2,36	2,60

Consommation - Nbre produits/pers.											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Personnes ayant une info de conso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	513
1 produit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	143
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28%
2 à 3 produits	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	244
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	244%
4 à 5 produits	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	103
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20%
plus de 5 produits	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4%
Données Inconnues	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%

Consommation - Modes de consommation (global)											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total des produits consommés	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1335
Injection	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	125
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9%
Fumer/Inhaler	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	622
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47%
Manger/Boire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	558
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42%
Sniffer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7%
Autre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%

Consommation - Modes de consommation (Héroïne)											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nbre. pers. ayant conso. ce produit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	206
Injection	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27%
Fumer/Inhaler	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	160
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78%
Manger/Boire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Sniffer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3%
Autre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%

Consommation - Modes de consommation (Cocaïne)											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nbre. pers. ayant conso. ce produit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	274
Injection	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20%
Fumer/Inhaler	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	190
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69%
Manger/Boire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Sniffer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26%
Autre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%

10.3.15 Problème(s) judiciaire(s)

Problème Judiciaire											
	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Patients Tot. - D. Inc.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	495
Oui	207	184	215	193	203	234	193	187	198	180	179
	44%	36%	44%	38%	40%	41%	37%	30%	30%	28%	36%
Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	316
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64%
Données Inconnues	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	205
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29%

10.3.16 AS de justice

AS de justice											
	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Patients Tot. - D. Inc.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	477
Oui	115	114	115	104	122	122	100	95	100	76	93
	25%	22%	24%	20%	24%	22%	19%	15%	15%	12%	19%
Non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	384
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81%
Données Inconnues	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	223
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32%

10.3.17 Provenance

Suivi - Provenance											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total des Passages - D. Inc.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5169
Provenances géographique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4705
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91%
Provenances réseau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	464
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9%
Suivi - Provenance - Détail											
Abri de nuit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	967
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19%
Centre médical	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Centre thérapeutique ambulatoire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Centre thérapeutique résidentiel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
CPAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Educateurs de rue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Famille/Amis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	748
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14%
Hébergement supervisé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Hôpital général	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	123
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2%
Hôpital psychiatrique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Hôtel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Justice	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
LAMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Logement individuel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1002
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19%
Maison d'accueil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	310
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6%
MASS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Médecin généraliste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Pharmacie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Police	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%

Police - Anderlecht	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Police - Bruxelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Police - Etterbeek	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Police - Forest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Police - Ixelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Police - Koekelberg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Police - Molenbeek	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Police - Schaerbeek	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Police - St. Gilles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Police - St. Josse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Police - Autre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Prison	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Rue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1149
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22%
Service de réinsertion social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Squat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	395
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8%
Transit - Educateurs de rue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Transit - Phase4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Données Inconnues	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	222
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4%

10.3.18 Prestations

Suivi - Prestations											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total des Passages	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5391
Total des Prestations (1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10344
Total des Prestations (sauf Matériel et Mise à l'abri et Occ. Solitude) (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4177
Nbres moy. de Prestations par Passages sur (1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,92
Nbres moy. de Prestations par Passages sur (2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,77
Administratif	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1068
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26%
Formation/Emploi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	117
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3%
Judiciaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	300
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7%
Juridique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	140
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3%
Logement	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	645
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15%
Matériel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3494
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Médical/Santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1317
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32%
Mise à l'abri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1590
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Occupationnel/Solitude	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1083
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santé mentale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	590
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14%

10.3.19 Démarches

Démarches											
	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Personnes ayant au moins 1 démarche (non manquée)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	371
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53%
Personnes n'ayant pas fait de démarche(s)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	329
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47%
Démarches efféctuées	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4440
Démarches manquées	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	522
Total des démarches	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4962
Moyenne des démarches /pers.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11,97
Centre d'action sociale et humanitaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Centre médical	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	230
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5%
Centre thérapeutique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	225
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5%
CPAS Anderlecht	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
CPAS Bruxelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	266
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6%
CPAS Etterbeek	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
CPAS Forest	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
CPAS Ixelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
CPAS Koekelberg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
CPAS Molenbeek	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
CPAS Schaerbeek	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2%
CPAS St. Gilles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
CPAS St. Josse	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
CPAS de Bruxelles - Autre commune	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
CPAS Flandre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
CPAS Wallonie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Formation/Emploi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	103
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2%
Hébergement supervisé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Hôpital général	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	255
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6%

Hôpital psychiatrique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2%
LAMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	255
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6%
Logement individuel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Maison communale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2%
Maison d'accueil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	281
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6%
Maison de justice/SEMJA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
MASS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	322
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7%
Médecin généraliste/Dentiste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	145
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3%
Mutuelle	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	147
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3%
Organisme de chômage	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2%
Pharmacie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	796
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18%
Police	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	149
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3%
Service d'aide à la régularisation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Service d'aide au logement	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Service d'aide aux justiciables	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Service d'aide et de prévention	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Service d'aide juridique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Service de réinsertion sociale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2%
Service de santé mentale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Service d'insertion socio-professionnel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Service administratif - Autre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	223
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5%
SPJ/SAJ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Tribunal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%

10.3.20 Acquis

Acquis											
	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Personnes ayant au moins 1 acquis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	326
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47%
Total des acquis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1675
Moyenne des acquis/pers.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,14
1er mois de loyer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Adresse de référence	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Aide médicale urgente (AMU)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Aide sociale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Allocation de chômage	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Allocation Vierge Noire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Argent de poche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3%
Attestation de détention	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Attestation(s) diverse(s)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	254
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15%
Carte médicale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5%
Contrat de bail	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Document d'assurabilité	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3%
Document d'identité	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	118
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7%
Emploi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Formation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Garantie locative	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Indemnité de mutuelle	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Rapport médical	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Réquisitoire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3%
RIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2%
Traitement	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	794
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47%
Autre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	113
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7%

10.3.21 Destinations/Orientations

Suivi - Destination/Orientation											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total des Passages - D. Inc.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4826
Total des orientations	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	528
Nbre pers. ayant au moins 1 orientation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	275
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39%
Moyenne orientations/pers.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,92
Destinations des personnes orientées											
Hôpitaux	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	121
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23%
Centres thérapeutiques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8%
Hébergement d'urgence	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	158
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30%
Logement communataire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	132
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25%
Logement individuel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4%
Milieu familial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9%
Détail des destinations / Orientations											
Abri de nuit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	987
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20%
Orientation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	155
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29%
Appel du 100 (Urgences)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Orientation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7%
Centre Thérapeutique Résidentiel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2%
Orientation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8%
Famille/amis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	746
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15%
Orientation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9%
Hébergement supervisé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Orientation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Hôpital général	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	62
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Orientation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7%
Hôpital psychiatrique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	61
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Orientation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9%

Hôtel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Orientation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Logement individuel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1005
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21%
Orientation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Maison d'accueil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	390
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8%
Orientation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	132
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25%
Police	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Orientation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Prison	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1%
Orientation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Rue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	913
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19%
Orientation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Squat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	384
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8%
Orientation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Transit - Phase4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0%
Orientation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2%
Données Inconnues	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	565
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10%

10.4 Transit Phase 4 : détail des données de constat et de résultats

10.4.1 Prises en charge

Phase 4 - Prise en charge											
	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Pers. différentes	-	-	-	-	-	-	-	-	29	23	23
Hébergements	-	-	-	-	24	29	28	28	29	21	24
Candidatures internes	-	-	-	-	23	23	22	24	22	13	13
Candidatures externes	-	-	-	-	1	6	6	4	7	10	11
Nbre de jours total d'occupation des studios (365j=2920)	-	-	-	-	1589	1796	1906	1936	2075	2592	2184
Taux d'accupation par studio (jours)	-	-	-	-	198,63	224,50	238,25	242,00	259,38	324,00	273,00
Durée moyenne d'occupation par personne	-	-	-	-	66,21	61,93	68,07	69,14	71,55	123,43	91,00

10.5 Lairr : détail des données de constat et de résultats

10.5.1 Prises en charge

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Passages	701	761	1000	943	1068	1263	1378	2693	2651	2240	2793
Personnes différentes	154	233	192	145	160	249	209	304	319	355	473
Nouvelles demandes	-	-	107	57	64	176	106	170	154	174	277
Personnes déjà connues	-	-	85	88	96	73	103	134	165	181	196

10.5.2 Sexe

Sexe											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Femmes	-	-	-	-	-	-	-	32	23	24	44
Hommes	-	-	-	-	-	-	-	269	296	328	421
Inconnu	-	-	-	-	-	-	-	3	0	3	8

10.5.3 Age

Age											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pers. Diff.								304	319	355	473
Pers. Diff. - D. Inc.								296	318	352	465
18-25 ans	-	-	-	-	-	-	-	20	16	13	37
	-	-	-	-	-	-	-	7%	5%	4%	8%
26-30 ans	-	-	-	-	-	-	-	79	74	71	85
	-	-	-	-	-	-	-	27%	23%	20%	18%
31-35 ans	-	-	-	-	-	-	-	51	65	76	93
	-	-	-	-	-	-	-	17%	20%	22%	20%
36-40 ans	-	-	-	-	-	-	-	43	43	57	74
	-	-	-	-	-	-	-	15%	14%	16%	16%
41-45 ans	-	-	-	-	-	-	-	39	40	48	68
	-	-	-	-	-	-	-	13%	13%	14%	15%
46-50 ans	-	-	-	-	-	-	-	60	69	63	70
	-	-	-	-	-	-	-	20%	22%	18%	15%
51-55 ans	-	-	-	-	-	-	-	6	10	18	31
	-	-	-	-	-	-	-	2%	3%	5%	7%
56 et plus	-	-	-	-	-	-	-	3	1	6	7
	-	-	-	-	-	-	-	1%	0%	2%	2%
Données inconnues	-	-	-	-	-	-	-	8	1	3	8
	-	-	-	-	-	-	-	3%	0%	1%	2%

10.5.4 Matériel donné et récupéré

Séringues données/récupérées											
	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Seringues données	5874	6098	13626	8820	9868	10633	17145	12234	15242	15022	23736
Seringues récupérées	4638	4478	6944	6303	4737	4411	5914	6712	2699	1782	2168
Taux de récupération	79%	73%	51%	71%	48%	41%	34%	55%	18%	12%	9%

Matériel donné											
	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
Sterifix	-	2056	1952	1559	2409	2258	2976	4055	6125	5837	4309
Flappules	5808	4840	6059	4365	6797	6624	9079	9393	12911	12609	16965
Sterets	5798	4505	5042	3855	6976	6982	11186	10474	13728	13355	18534
Stericups	2904	2232	2595	2230	4635	5599	9009	9126	12856	12419	15380
Acide	333	70	153	154	492	504	655	1180	1833	3450	5748
Préservatifs	-	-	-	-	44	53	131	2476	1475	2812	5880
Sterifilts	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1980
Champs stériles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	530
Alu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2597
Kits crack	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	444
Garrots	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	132
Containers	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	235

10.5.5 Fréquentation

Passages/H											
	2005	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**
01h00 - 01h59	-	-	-	-	-	28	19	64	57	42	31
02h00 - 02h59	-	-	-	-	-	16	17	34	30	25	34
03h00 - 03h59	-	-	-	-	-	13	7	22	28	21	24
04h00 - 04h59	-	-	-	-	-	13	6	18	16	5	15
05h00 - 05h59	-	-	-	-	-	12	7	17	10	11	13
06h00 - 06h59	-	-	-	-	-	9	7	15	15	1	6
07h00 - 07h59	-	-	-	-	-	5	6	9	5	5	8
08h00 - 08h59	-	-	-	-	-	13	7	12	9	6	16
09h00 - 09h59	-	-	-	-	-	10	10	18	14	15	24
10h00 - 10h59	-	-	-	-	-	24	18	26	20	41	60
11h00 - 11h59	-	-	-	-	-	28	29	46	53	67	53
12h00 - 12h59	-	-	-	-	-	38	40	52	59	67	89
13h00 - 13h59	-	-	-	-	-	52	59	110	90	121	216
14h00 - 14h59	-	-	-	-	-	51	81	113	117	132	199
15h00 - 15h59	-	-	-	-	-	72	88	190	151	183	194
16h00 - 16h59	-	-	-	-	-	75	116	192	190	166	243
17h00 - 17h59	-	-	-	-	-	102	92	208	217	198	216
18h00 - 18h59	-	-	-	-	-	116	135	215	220	213	232
19h00 - 19h59	-	-	-	-	-	140	149	255	287	221	209
20h00 - 20h59	-	-	-	-	-	129	155	279	286	221	194
21h00 - 21h59	-	-	-	-	-	124	127	268	291	248	197
22h00 - 22h59	-	-	-	-	-	92	96	243	200	178	152
23h00 - 23h59	-	-	-	-	-	49	66	166	182	139	119
00h00 - 00h59	-	-	-	-	-	35	32	110	101	95	57

Passages/J											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
lun.	-	-	-	-	-	175	194	364	371	337	430
mar.	-	-	-	-	-	156	148	338	331	317	371
mer.	-	-	-	-	-	154	174	319	381	303	396
jeu.	-	-	-	-	-	141	148	366	351	355	327
ven.	-	-	-	-	-	162	201	347	344	334	386
sam.	-	-	-	-	-	210	237	456	418	398	423
dim.	-	-	-	-	-	256	276	503	459	396	426

10.6 Vignettes cliniques

10.6.1 Trajectoire idéale

Benjamin fréquente le centre Transit depuis 2013. Lorsqu'il est arrivé pour la première fois, il était sans solution d'hébergement et cherchait un endroit où pouvoir se poser quelques jours. Il était en ordre de tout au niveau administratif. Il avait déjà entamé un parcours de cure-postcure, sa problématique principale étant la cocaïne combinée à l'alcool. Malgré quelques rechutes, il finit par se sevrer de lui-même et en septembre 2013, il est orienté à Trempoline, centre de postcure, où il restera 6 mois environ. Ensuite, il passe par 2 maisons d'accueil (l'armée du salut et les Petits Riens) et il fait un passage par le Solbosch, un autre centre de postcure, pour consolider le travail thérapeutique déjà entamé. Le problème principal de Benjamin reste le logement et ce qu'il craint, c'est qu'il ne retombe dans la consommation au vu de sa situation précaire.

C'est dans ces conditions que Benjamin arrive à Transit fin février 2015, son objectif premier étant de trouver une solution d'hébergement durable.

Lors de l'entretien d'accueil, le point a été fait sur sa situation administrative. Il touche de la mutuelle depuis plusieurs années et a toujours veillé à faire ses démarches pour ne pas que son revenu soit coupé… Il a une carte d'identité et son adresse officielle est celle du dernier centre où il se trouvait, à savoir le Solbosch. Le problème est que comme il n'y réside plus depuis un certain temps, il est en proposition de radiation. Nous avons donc téléphoné à la commune et nous apprenons que la radiation sera effective en mars 2015. Il est donc urgent de trouver une solution, à savoir une nouvelle adresse, car si la mutuelle sait que Benjamin n'a plus d'adresse officielle, ses indemnités pourraient être coupées et il se retrouverait sans ressource financière. Les possibilités qui s'offrent à lui sont soit de trouver un endroit où se domicilier soit de demander une adresse de référence au cpas de la ville où il réside dès que sa radiation définitive sera actée.

Au niveau de ses ressources financières, il y a également une particularité dans la situation de Benjamin. Par le passé, il a contracté un certain de nombre de dettes et il a également eu une activité d'indépendant qui ne s'est pas très bien terminée. La situation a pris une telle ampleur que la justice a été saisie et un règlement collectif de dettes a été imposé à Benjamin. Un médiateur de dettes a donc été désigné. Les conséquences pour Benjamin sont que ses revenus mensuels de la mutuelle sont versés au médiateur qui rembourse une partie de ses dettes et reverse le reste à Benjamin. Ce dernier se retrouve donc à devoir subvenir à ses besoins avec un revenu d'environ 700 euros, ce qui nous le verrons plus tard, ne facilite pas la recherche d'un appartement.

Le travail qui va être effectué à partir du centre de crise avec Benjamin va se concentrer essentiellement sur la recherche d'une solution d'hébergement tout en ne perdant de vue le fait qu'il n'aura bientôt plus d'adresse officielle.

Deux solutions sont possibles pour Benjamin :

1. Les maisons d'accueil : en 13 jours, le temps d'un hébergement à transit, c'est la solution qui semble la plus judicieuse car elle lui permettrait d'avoir un toit et de pouvoir s'y domicilier. Le problème est que Benjamin ne touche que 700 euros par mois et qu'une maison d'accueil nécessite en général un paiement de 2/3 des revenus. De ce fait, Benjamin n'aura plus beaucoup d'argent pour vivre et mettre de l'argent de côté pour ensuite chercher un appartement. De plus, ce dernier est dans une dynamique où se retrouver en communauté n'est peut-être pas la situation idéale au vu de son abstinence relativement récente.

2. L'appartement : Benjamin préfèrerait opter pour cette solution mais son budget mensuel lui permettrait de consacrer 400 euros par mois à la location d'un appartement, ce qui sur Bruxelles semble difficile, surtout en 13 jours.

C'est après avoir fait ce bilan et après avoir constaté que Benjamin était vraiment motivé et préoccupé par sa situation, que nous avons envisagé la possibilité de lui proposer un appartement supervisé en Phase 4. Nous avons donc effectué une

balance budgétaire et vérifié avec son médiateur de biens si cette solution serait envisageable de son côté. Et nous n'avons pas perdu de vue que si une Phase 4 se concrétisait, une adresse de référence devrait être demandée au cpas de 1000 Bruxelles dès qu'il serait radié de son ancienne adresse. Toutes les conditions étant remplies, Benjamin a effectué les 3 entretiens obligatoires pour prétendre à un appartement phase 4 et sa candidature a été acceptée.

C'est le 6 mars 2015 qu'il intègre son studio Phase 4 dans les locaux de Transit et c'est également à cette date que nous apprenons que Benjamin est radié d'office. Le 9 mars 2015, une adresse de référence est demandée auprès du cpas de 1000 bruxelles. Plusieurs documents devront être remis au cpas à savoir notamment, une attestation de sa radiation, une attestation d'hébergement en Phase 4, les extraits de compte des 3 derniers mois et la preuve de sa sanction de l'Onem puisque Benjamin n'a plus droit au chômage. Ensuite, le dossier a été analysé par le cpas et l'adresse de référence a été octroyée à Benjamin début avril. Il a donc pu aller s'inscrire à la commune de 1000 Bruxelles et ses revenus de mutuelle n'ont à aucun moment été coupés. La situation de Benjamin est donc tout à fait réglée au niveau administratif et il est dans de bonnes conditions pour pouvoir entreprendre ses recherches d'appartement ce qu'il a commencé à faire mi-mars.

Nous avons également veillé à ce qu'il mette quelques activités en place car la solitude, après plusieurs années d'errance et de vie en communauté, peut être un facteur de rechute dans la consommation. Ceci dit, Benjamin avait déjà pris les devants puisqu'il s'investit déjà depuis quelques temps déjà dans les narcotiques anonymes, ce qui lui apporte occupation et surtout soutien. Il se rend à ses séances plusieurs fois par semaine. De plus, il va s'inscrire aux activités de mini-foot du centre occupationnel de jour HOBO.

Il entame également des démarches pour pouvoir renouer contact avec ses enfants. En effet, Benjamin a 2 enfants (4 et 7 ans) qu'il n'a plus vu depuis plusieurs années. La justice lui impose de faire des tests d'urine régulièrement pour, dans un premier temps, pouvoir voir ses enfants un samedi sur deux de manière encadrée… Pour se faire, il va s'atteler avec notre aide à trouver un médecin et un laboratoire d'analyses, ce qui lui permettra de rapidement revoir ses enfants (en juin 2015 pour

la première fois). A partir de ce moment-là, ils vont être la force de Benjamin pour avancer et rester abstinent, malgré les difficultés de la vie…
Il renouera également avec quelques amis et membres de sa famille au fil des mois passés en Phase 4.

En ce qui concerne les recherches de logement, Benjamin s'investit beaucoup et il fait énormément de visites mais il rencontre des difficultés au niveau du loyer qu'il peut concéder. De plus, s'il trouve un appartement avec un loyer élevé, la garantie locative sera également conséquente. Et comme il a bénéficié d'une garantie locative d'un autre cpas par le passé, le cpas de 1000 Bruxelles ne peut plus lui en octroyer une. Il est donc impératif que Benjamin trouve un appartement à loyer modéré.

C'est à ce moment, en juin 2015, que l'équipe de la phase 4 pense à proposer à Benjamin un logement social via la Phase 5. Cela lui permettrait d'avoir un loyer en fonction de ses revenus et d'avoir une garantie locative moins élevée qu'il pourrait payer en partie avec le peu d'argent qu'il a de côté. Après lui en avoir parlé et réuni toute une série de documents, sa candidature est proposée au Foyer Bruxellois et acceptée. Il intègrera son logement social en octobre 2015 après avoir passé 7 mois en phase 4.

Pendant toute cette période, Benjamin a été suivi au niveau psychologique par le centre Lama d'Ixelles. Il a énormément travaillé sur lui et a appris à gérer les situations parfois difficiles de la vie quotidienne. Il a petit à petit repris confiance en lui et son entourage a, lentement mais sûrement, accepté de revenir vers lui. Il a repris son rôle de père auprès de ses enfants, même si ce n'est pour l'instant que quelques heures par mois et il espère un jour pouvoir les accueillir chez lui. Pendant tous ses mois de reconstruction, il a tenu bon au niveau de la consommation même si cela n'a pas toujours été évident pour lui. Il continue à être suivi par Transit au niveau de ses démarches administratives quand cela s'avère nécessaire.

10.6.2 Cumul de démarches pour un seul acquis

Tout d'abord, nous allons exposer le **cas de Mr P**. qui est sorti de prison au mois de décembre, à fond de peine.

Monsieur P. est âgé de 41ans, célibataire. Il est connu de nos services depuis décembre 2014, suite à des contacts établis lors de son incarcération à la prison de Tournai. Il a commencé à consommer à l'âge de 12 ans du cannabis et de l'alcool. À l'âge de 15ans, il a touché aux amphétamines, extcasy. Vers ses 18 ans, il a escaladé jusqu'à la consommation de cocaïne et héroïne. Quand il est sorti de prison, il est abstinent avec un traitement de méthadone, qui le stabilise.

Il débute un hébergement chez nous, après 52 mois de prison. Il arrive à Transit car n'a pas de solution d'hébergement et doit se remettre en ordre au niveau de sa situation administrative. Très vite, il dépose ses attestations de détention à la mutuelle, ce qui le remet en ordre d'assurabilité.

Pour le reste, il est domicilié à la prison où il était incarcéré (à Tournai). Il a une carte d'identité et avait une aide ponctuelle du CPAS avant son entrée en prison. En téléphonant au CPAS en charge de son dossier, l'équipe sociale a appris qu'il touchait momentanément du CPAS car était sanctionné du chômage. Il s'agissait bien d'une aide ponctuelle et non d'un revenu d'intégration social qu'il a perçu. L'équipe vérifie auprès de l'ONEM s'il n'est plus sous mesure de sanction. Il s'avère qu'il peut retoucher des indemnités de chômage. Ce qui va retarder cette mise en ordre de ses ressources financières, c'est que le CPAS demande un remboursement de l'avance et va donc s'adresser directement auprès du syndicat de Mr P. Il en résulte que le syndicat bloque le versement en attendant que le CPAS leur fasse parvenir un décompte.

Une fois que l'équipe sociale obtient les bonnes informations au sujet du revenus de Monsieur P, celui-ci va pouvoir se réinscrire à Actiris, déposer ses attestations de détention et son inscription à son syndicat du chômage.

Durant l'hébergement, Monsieur P. a appelé tous les jours les maisons d'accueil. L'hébergement a duré 21 jours, le temps que le CPAS se fasse rembourser l'aide

sociale, via les allocations de chômage de Monsieur P. Il finit l'hébergement chez nous avec son revenu, mais sans solutions d'hébergement autre que l'abri de nuit de Bruxelles.

Le cas de Mr A.

Monsieur A. est âgé de 30 ans. Il est né en Algérie en '87 et arrivé en Belgique en 2011. En Algérie, il avait commencé assez jeune à consommer de l'alcool et cannabis. Arrivé en Belgique pour travailler, il a commencé à toucher à l'héro. Durant des mois, il n'a fait que voler et consommer ce qui lui a valu son séjour en prison.

Monsieur A. est venu chez nous en août 2015. Il est sorti de prison quelques jours plus tôt. Il est sorti après 40 mois d'incarcération, sans conditions.

Au niveau de sa situation de vie, il est né en Algérie et est arrivé en Belgique en 2011. Il a consommé assez jeune de l'alcool et du cannabis. Arrivé en Belgique pour travailler, il ne trouve pas de travail. Il a rapidement commencé à consommer de l'héroïne. Ne trouvant pas de travail et sa consommation prenant de l'ampleur, il a volé pour se payer sa consommation. Il n'a aucun droit en Belgique, n'a jamais fait de démarches auprès de l'Office des étrangers. Il n'a pas non plus de suivi médical, ni même une carte médicale.

Il arrive en hébergement à Transit, avec une demande de pouvoir arrêter sa consommation d'héroïne. Pour cela, nous devons donc trouver un suivi médical adapté ainsi qu'ouvrir son droit à l'aide médicale urgente. Le lendemain de son arrivée, l'infirmière de Transit obtient un rendez-vous dans un centre médical spécialisé dans la prise en charge des traitements de substitution (le projet Lama). Il y obtient une prière d'aide médicale urgente ainsi qu'une ordonnance.

Entretemps, l'équipe sociale obtient un rendez-vous avec une assistante sociale au CPAS de Bruxelles. Lors de ce rendez-vous, il donne la prière d'aide médicale urgente et fait sa demande de carte médicale. Pour que son dossier au CPAS de Bruxelles soit complet, il doit ramener une série de documents. Il doit rapporter une

attestation de fin de détention, avoir une preuve de son identité et avoir introduit une demande à l'office des étrangers. Il a un délai de 4 jours pour faire cela.
L'attestation de détention est obtenue le jour-même. Monsieur A. s'est présenté ensuite dans deux services d'accompagnement et d'aide aux demandes de régularisation. Il est également passé dans un bureau d'aide juridique pour trouver un avocat prodeo afin d'introduire sa demande à l'Office des étrangers. Il fera au total quatre services différents, sans que cela avance au niveau de sa situation de régularisation.

Ce qui posera le plus de difficulté dans sa situation c'est que pour avoir un avocat, il faut un document d'identité. Monsieur A. n'a ni carte d'identité du pays, ni passeport, ni acte de naissance. Il nous explique aussi qu'il ne sert à rien d'aller à l'ambassade d'Algérie pour avoir un passeport, car il a pas mal transité en Europe et n'a pas d'argent pour payer un passeport. Il n'a plus aucun contact en Algérie pour obtenir un acte de naissance.

Après 19 jours d'hébergement, il obtiendra tout de même sa carte médicale de la part du CPAS de Bruxelles sans avoir d'autre preuve de son identité que son attestation de détention.

Le cas de Mr F.

Monsieur F. est passé pour la première fois au courant du mois de mai 2015. Il a été orienté vers Transit suite aux conseils de son médecin psychiatre de l'INB Saint Michel. Monsieur F. demandait à pouvoir être à l'abri et à trouver un centre de cure et une communauté thérapeutique. À terme, il aimerait retrouver un logement.

Au niveau de son histoire, Monsieur F. est né au Maroc et est arrivé en Belgique en 2003. Il explique ne pas avoir fait d'études au Maroc et n'avoir jamais travaillé de sa vie à cause de sa maladie. Depuis qu'il est petit, il entend des voix dans sa tête. Il est arrivé en Belgique, seul, dans l'espoir de pouvoir se soigner. En Belgique, il a fait plusieurs hospitalisations : Brugmann - Sanatia – INB St-Michel - St-Pierre - César de Paepe. Entre les différents séjours en milieu hospitalier, il dort en rue.

Au niveau de sa situation administrative : quand il arrive à Transit en mai 2015, Monsieur F. touche un revenu d'intégration sociale du CPAS de Saint Josse. Il a une adresse sur la commune de Saint Josse (son ancien logement, qu'il a perdu). Monsieur F. est en possession d'une attestation d'immatriculation- Modèle A (dite carte orange), renouvelable tous les 3 mois. C'est un document pour les ressortissants « non Union Européenne ». C'est une attestation remise en attendant la décision de l'Office des Etrangers sur son droit au séjour. Par rapport à sa demande de régularisation médicale (9ter), Monsieur F. est suivi par un avocat. Du fait de sa situation en cours de régularisation, Monsieur F. n'a pas de mutuelle en Belgique, mais a droit à une aide médicale urgente via le CPAS de Saint-Josse.

Au niveau médical, Monsieur F. est suivi régulièrement par un médecin psychiatre. Monsieur F. souffre d'une maladie psychique depuis son enfance, sous le versant d'une psychose, accompagnée d'hallucinations auditives. En plus de cela, Monsieur F. consomme régulièrement de l'alcool, du cannabis, des médicaments (type méthadone et benzodiazépine) ainsi que de la cocaïne. Cette poly-consommation le déstabilise et amène de la souffrance chez lui.

Monsieur F. fera sept hébergements chez nous, du mois de mai 2015 au mois de décembre 2015, sans compter les passages au centre de jour. Durant ces sept mois de suivi, Monsieur F. a logé quelques temps dans deux maisons d'accueil différentes. Il a aussi hébergé à l'abri de nuit de Bruxelles. Il a également séjourné en milieu hospitalier, suite à des dégradations au niveau de sa santé mentale. Durant ces mois, nous voyons Monsieur F. se dégrader tant psychologiquement que physiquement. Sans compter qu'au mois de novembre 2015, sa situation administrative va, elle aussi, se dégrader. Il devient de plus en plus difficile d'avoir des informations claires et correctes au niveau de sa situation, tant Monsieur F. se déstructure.

Au mois de novembre 2015, nous apprenons donc que Monsieur F. est assimilé à une personne illégale sur le territoire. Lors d'un entretien social, en contactant la commune de Saint- Josse, nous apprenons qu'il a été radié de son ancienne adresse. Cela a engendré un arrêt de l'aide sociale du CPAS de Saint-Josse.

En contactant le CPAS de Saint-Josse, l'assistante sociale nous apprend aussi que son aide médicale urgente est arrêtée et qu'il va devoir introduire une nouvelle demande, via la commune où il réside. Vu que Monsieur F. est en hébergement à Transit, l'équipe sociale l'envoie faire une demande d'aide médicale urgente vers le CPAS de Bruxelles. C'était à la fin du mois de novembre. Il obtient un rendez-vous pour le 10 décembre 2015. Pour cette nouvelle demande d'aide médicale urgente, il doit obtenir l'attestation de fin de compétence de l'ancien CPAS (donc Saint-Josse), avoir un document d'identité, une nouvelle demande de son médecin, des extraits de compte et une attestation prouvant qu'il ne touche d'aucun autre revenu.

L'équipe sociale a récolté les différents documents, en téléphonant régulièrement aux différents services car malheureusement, Monsieur F. n'a pas les moyens de faire ce type de démarches. Il est d'ailleurs difficile à cette période-là de garder Monsieur F. en hébergement car celui-ci part du centre sans donner de nouvelles pendant plusieurs jours. Vu qu'il n'a plus l'aide médicale urgente, il n'arrive plus à suivre son traitement. Il souffre de plusieurs rechutes au niveau de sa stabilité mentale et de sa consommation. Il rate d'ailleurs le dernier rendez-vous, avec son assistante sociale du CPAS de Bruxelles. Ce rendez-vous aurait permis la clôture du dossier, en vue du passage au comité du CPAS de Bruxelles. C'est lorsque Monsieur revient en hébergement fin décembre, que nous pouvons à nouveau relancer le dossier, en date du 29/12. Lors de cet hébergement, l'équipe a également sollicité l'aide d'un service d'accompagnement pour les personnes illégales en Belgique (la DASS). Ce suivi a permis qu'un travailleur social accompagne Monsieur F. lors des rendez-vous afin de créer un suivi régulier.

Durant l'année 2016, la demande d'AMU a finalement été acceptée au mois de mars, soit 3 mois après le début du suivi au CPAS de Bruxelles. Durant cette période, Monsieur F. a passé plusieurs séjours aux urgences psychiatriques, suite à des décompensations psychologiques.

Travail en prison
Cas 1 :

En 2009, nous rencontrons pour la première fois Mr Michel. Il arrive sur les conseils d'une autre résidente. Michel vient de perdre l'appartement qu'il louait sur Anderlecht suite à plusieurs loyers impayés. En effet, à plusieurs reprises, l'entièreté de son revenu passait dans la consommation d'héroïne et de cocaïne. Jusqu'en 2011, il bénéficie de plusieurs hébergements à Transit pour faire une pause avec la vie d'errance et stabiliser sa consommation. Ces différentes prises en charge lui ont notamment permis de concrétiser des projets thérapeutiques. Il a pu intégrer des structures comme Enaden ou Sanatia malgré que sa situation administrative ne fût pas en ordre.

En effet, Michel a été radié des registres de la population en 2007 suite à la perte d'un appartement. Ayant une carte de séjour C (durée illimitée), il était censé ne plus avoir aucun droit sur le territoire belge malgré qu'il soit né ici et qu'il ait toujours vécu ici. Néanmoins, il a pu bénéficier d'un « flou » administratif ou d'une mauvaise communication entre les différents services, lui permettant ainsi de percevoir un revenu de la mutuelle et d'avoir une couverture soins de santé en ordre.

En 2011, la justice le rattrape pour des faits de stupéfiants. Il est incarcéré à la prison de Forest et se voit condamné à 4 ans d'emprisonnement. Il a ensuite passé la majeure partie de sa détention à la prison d'Ittres. A sa demande, nous allons lui rendre visite et, suite à différents contacts téléphoniques avec lui et son avocat, il a été possible de l'accueillir à Transit dans le cadre de différentes permissions de sorties et autres congés pénitentiaires. Michel est finalement libéré début décembre 2014, a fond de peine. Il arrive avec son traitement en ordre pour 3 jours, ce qui nous permet de débuter un hébergement dans des conditions optimales.

Par contre, c'est la situation administrative qui a changée. En effet, son passage en prison a permis aux administrations de prendre conscience de leurs erreurs passées et de mettre les compteurs à zéro. Ainsi, Michel arrive en hébergement dans une situation administrative « irrégulière ». Il n'a plus aucun droit sur le territoire et doit prouver, auprès de l'Office des Etrangers, sa présence sur le territoire depuis sa

radiation en 2007. Dans ce cadre, il était donc impossible de mettre en place un quelconque projet étant donné que sa situation administrative ne lui permettait aucun avenir en Belgique.

Avec l'aide du SIREAS (service d'aide à la régularisation), il a été possible de déterminer et de prouver auprès de l'Office des Etrangés que Michel avait toujours un droit de séjour. Sur cette base, nous avons commencé un long et fastidieux travail auprès du CPAS afin de prouver que Michel avait bien droit au revenu d'intégration sociale, à une adresse de référence, etc… Il a fallu ainsi quelques mois, plusieurs rendez-vous et plusieurs recours pour qu'il obtienne gain de cause. Pendant toute cette procédure, voyant que le vent tournait progressivement à son avantage, il nous a été possible de négocier et d'entretenir une collaboration étroite avec le Foyer Georges Motte.

Cette maison d'accueil a décidé d'accueillir Michel en dépit du fait qu'il n'était pas encore en mesure de payer. Il a donc dû s'endetter le premier mois mais, à l'issue de la procédure avec le CPAS, il a été en mesure de régler son séjour tous les mois et de rembourser ses arriérés.

Cas 2 :

En 2007, nous avons eu un premier contact avec Mme Stéphanie qui a déjà, à l'époque, de gros soucis avec la justice. Elle est sortante de prison et arrive suite aux conseils du substitut du procureur du Roi. Elle a déjà 28 chefs d'inculpation à son actif pour des histoires de vol dans le but de se payer sa consommation.

C'est une dame qui a aujourd'hui 49 ans mais qui a un très lourd passé. Très jeune, elle a dû fuir son pays natal, le Congo-Brazzaville. A l'époque, c'est son père, un diplomate, qui l'a emmenée en France pour se mettre à l'abri du contexte politique et des guerres locales. Elle a très vite été délaissée par ce dernier et placée à la DDASS en France. Elle a donc eu une enfance assez mouvementée marquée par un investissement affectif assez faible, une tentative de suicide, etc… Elle s'est néanmoins reprise en main et a mené des études universitaires à la Sorbonne. Elle a été jusqu'au bout du cursus et a travaillé quelques temps dans l'enseignement Freinet.

Très jeune, elle a par ailleurs testé les différents produits licites ou illicites et est restée attachée à la cocaïne et à l'alcool sans que cela ne soit problématique et mette en péril son parcours professionnel.

Elle arrive en Belgique début des années 2000 pour travailler dans l'enseignement. Quelques temps plus tard, l'un des enfants dont elle s'occupait a été victime d'un accident « domestique ». Stéphanie ne s'en est jamais remise et a culpabilisé de plus en plus, se persuadant qu'elle était la seule responsable. Suite à ses évènements et un état dépressif grandissant, elle a perdu son travail. Elle s'est alors enfoncée peu à peu dans une consommation problématique de cocaïne et d'alcool en fréquentant constamment les bars, le milieu de la nuit, de la prostitution, commettant des vols, etc…

Quand Stéphanie nous arrive pour la première fois, il s'avère qu'elle a déjà complètement laissé aller sa situation. Ainsi, ses consommations à répétition l'ont amené progressivement vers une temporalité sensiblement différente qui ne lui

permettait plus de se rendre aux rendez-vous convenus avec les différentes administrations.

Elle arrive donc en 2007 des suites d'une incarcération pour vol. A ce moment-là, il s'avère qu'elle est déjà radiée depuis quelques mois des registres de la population, elle n'a déjà plus de revenus et une assurance soins de santé qui arrive a expiration. Au vu de sa situation « irrégulière » en Belgique, il nous a été impossible d'entrevoir un quelconque projet. Nous avons essayé de réactiver ses droits sur notre territoire par tous les moyens mais les échecs se sont succédé. En effet, elle n'avait plus droit à l'aide d'un CPAS, d'une adresse de référence, plus le droit de se réinscrire dans une mutualité, etc… Impossible donc d'envisager un quelconque projet thérapeutique ou une quelconque orientation dans un centre d'accueil pour femme.

Elle s'est alors débrouillée comme elle pouvait, hébergeant chez une connaissance, pour ensuite se remettre en couple, dormant à gauche à droite, au samu social ; autant de solutions qui ne tenaient pas dans le temps, avec, en problématique de fond, une consommation qui ne faisait qu'augmenter et des ressources financières toujours inexistantes, la poussant constamment dans l'illégalité. Nous avons dû nous résoudre au bout de quelque temps à lui faire prendre conscience que la seule piste envisageable consistait en un retour en France pour rouvrir ses droits. Connaissant la Belgique depuis maintenant une dizaine d'années, elle n'était pas du tout dans cette perspective au début. Elle a donc continué comme elle l'avait toujours fait jusqu'à présent.

Malheureusement, en janvier 2015, c'est la justice qui la rattrape. Elle se voit incarcérée à la prison de Berkendael pour une durée de 6 mois. A sa demande, nous avons été lui rendre visite dans le but de la soutenir. Nous avons aussi pu faire les démarches et collaboré avec le service infirmier de la prison pour qu'elle obtienne, à sa sortie, 72 heures de traitement médical prescrit par la prison. Durant toute son incarcération nous avons eu des contacts réguliers avec son avocat mais aussi avec le SIREAS (service d'aide à la régularisation) qui la suivait en prison.

Une fois libérée, nous avons pu reprendre en main le travail là où nous l'avions laissé. Stéphanie était beaucoup plus stabilisée au niveau de sa consommation même si

elle se sentait encore fragile. Elle était de plus en plus ouverte à l'idée de retourner en France pour effectuer un travail thérapeutique et rouvrir ses droits, au niveau administratif.

Nous avons donc pu commencer les démarches en ce sens et après de nombreux entretiens téléphoniques et de nombreuses tentatives infructueuses, il a été possible de créer une bonne collaboration avec le Centre André Le Gorrec en Dordogne. Elle y réside actuellement depuis fin octobre 2015 et pour une période de 24 mois.

10.7 Rapport qualitatif : Projet « immersion dans les institutions du réseau ABC-VBH »

Présentation des résultats au questionnaire d'évaluation du projet
Nbre de réponses au questionnaire : 7 sur 12 travailleurs qui ont pris part au projet

1. Quel(s) apport(s) du projet pour le travailleur ?
Les réponses à cette question tournent autour des 3 thèmes suivant :
- la meilleure connaissance des pratiques des autres/le réajustement de sa pratique
- le contact personnel avec les autres travailleurs du secteur
- le réajustement de la connaissance qu'ont les autres de son institution

« Meilleure connaissance des pratiques (…) in vivo »
« J'ai pu constater un énorme intérêt de la part d'institutions de soins ambulatoires pour toxicomanes envers notre institution hospitalière. J'ai pu constater également un désespoir -si j'ose dire- de ces institutions de ne pas trouver une collaboration possible ou facile avec une institution hospitalière, ils se sentent souvent seuls à être confrontés à des difficultés de prises en charge qui sont en réalité partagées par tant d'autres institutions (aussi par nous-mêmes à l'hôpital). J'ai constaté que ces institutions semblent ignorer la manière de travailler de notre service, notamment le travail que nous faisons avec les patients toxicomanes, du coup elles ne s'adressent pas facilement à nous alors qu'elles en ont besoin et se disent que nous allons refuser leur demande »
« Contact personnel avec les travailleurs »
«Rencontrer les personnes avec lesquelles on collabore (mettre un visage sur un nom) »
« Découvrir un autre lieu et une autre façon de travailler»
« J'ai aussi été très frappée de voir que les institutions que j'ai visité se sont montrées fort intéressées par le service où je travaille. Par notre philosophie de travail, nos critères d'admission de patients toxicomanes, notre prise en charge et notre travail autour de l'abstinence, nos critères de fin d'hospitalisation, etc
« La possibilité de rectifier, d'améliorer et/ou de préciser l'image que l'institution renvoie au secteur »

« Cela permet de découvrir un nouveau cadre de travail et de découvrir comment d'autres professionnels travaillent. Cela permet de s'ouvrir à d'autres champs de travail ». 2 Projet « immersion dans les institutions du réseau ABC-VBH » Coordination : Romuald Lorquet Présentation des résultats au questionnaire d'évaluation Doc de travail

2. Quel(s) apport(s) du projet pour l'institution ?

Les réponses à cette question tournent autour des 4 thèmes suivant :

- le retour auprès de l'équipe de l'expérience de cet échange
- la connaissance interpersonnelle /la confiance interinstitutionnelle
- la meilleure orientation pour le patient
- le renforcement des partenariats et du travail en réseau ?

« Partage de ses journées d'immersion au sein des équipes. Ainsi, quelques éclaircissements, de nouvelles informations sur les partenaires « réseau » ont pu être amenées »

« Facilitation du travail d'orientation »

« Augmente la possibilité de relais »

« Se faire connaître des autres acteurs »

« Le projet m'a permis de pouvoir rendre les orientations proposées aux patients plus adéquates, de pouvoir les « rassurer » sur le fonctionnement d'une institution »

« Découverte des locaux »

« Créer, voire renforcer des partenariats »

3. Citer 3 points forts du projet

Les réponses à cette question tournent autour des 3 thèmes suivant :

 l'organisation (choix et diversité des institutions, délai court, explications et disponibilité)

 l'information préalable (le mode d'emploi)

 l'accueil dans l'institution qui reçoit (encadrement par des travailleurs)

« La communication des dates pour les immersions »

« Le délai rapide entre la prise de contact et une date d'immersion »

« La visibilité »

« Information préalable dans le mode d'emploi très pertinente »

« La liste des institutions proposées » 3 Projet « immersion dans les institutions du réseau ABC-VBH » Coordination : Romuald Lorquet Présentation des résultats au questionnaire d'évaluation Doc de travail

« L'immersion sous forme de journée »

« L'encadrement par les professionnels »

« Les regards croisés »

« met fin au mythe »

« excellente organisation »

« pratiquement facile à réaliser, ouverture des équipes, accueil, disponibilité,… »

4. Citer 3 points à améliorer

Les réponses à cette question tournent autour des 4 thèmes suivant :

- l'organisation avant et pendant les journées (cité une fois)
- la publicité du projet (cité 3 fois parmi les nouvelles institutions partenaires)

« Par contre j'ai été fort interpellée par le fait que quasi personne -pour ne pas dire personne- des institutions que j'ai visité ne semble au courant du projet...Du coup ils sont tout d'un coup super étonnés, ils se disent que c'est fort intéressant »

- le nombre et le type d'institution

« Pas toujours évident de savoir s'il faut organiser l'immersion avec la coordination ou avec l'institution en direct »

« Publicité du projet, à savoir, donner envie aux professionnels du secteur d'y participer ».

« Un plus grand nombre de structure amènerait une richesse supplémentaire »

« À développer (…) dans tout le secteur ambulatoire, hospitalier et résidentiel de Bruxelles »

5. Avez-vous des remarques/suggestions à nous faire ?

Les réponses à cette question tournent autour des 2 thèmes suivant :

- L'évaluation en fin de journée d'immersion par l'institution qui accueille
- Le maintien du projet

« Très chouette initiative. J'ai beaucoup apprécié mon immersion et beaucoup apprécié rencontrer les professionnels d'autres institutions qui venaient chez nous. Merci »

Ce rapport d'activité ainsi que toutes documentations concernant les activités du centre de crise, de LAIRR, de la CLDB, de la Phase 4 & 5 et du travail de rue, sont disponibles sur simple demande adressée au secrétariat du centre.

Ce rapport d'activité est également téléchargeable sur le site Internet du Centre Transit : **www.transitnet.be**

Muriel GOESSENS
Directrice

Rue Stephenson, 96
1000 Bruxelles

Tél. : 02/215.89.90
Fax : 02/215.60.10

transit.asbl@gmail.com
www.transitnet.be