

FEDITO BXL

Définition du dispositif bruxellois de salle de consommation à moindre risque

Version, 21 avril 2016

Table des matières

1. La Charte de la Réduction des Risques comme cadre général.....	2
1.1 Définition.....	2
1.2 Enjeux de la Réduction des Risques.....	3
1.3 Les constats.....	3
1.4 Les valeurs.....	3
1.5 Principes d'intervention.....	4
2. Définition du dispositif de la Salle de Consommation à Moindre Risque (SCMR) et des services de consommation supervisée (SCS) à Bruxelles.....	5
2.1 Le nécessaire complément au réseau existant.....	5
2.2 Un dispositif inscrit dans le réseau socio-sanitaire.....	6
2.3 Un dispositif nécessairement durable.....	7
2.4 Adaptabilité du dispositif.....	9
2.5 Expertises des intervenants :.....	9
2.5.1 Collaboration avec des experts du vécu.....	9
2.5.2 Formation des intervenants spécialisés.....	10
2.6 Présentation de la Salle de Consommation à Moindre Risque (SCMR).....	11
2.6.1 Implantation.....	11
2.6.2 Accessibilité.....	11
2.6.3 Personnel et infrastructure.....	12
2.7 Présentation des services de consommation supervisée (SCS).....	13
2.8 Résumé des ressources humaines et du budget nécessaires.....	14

1. La Charte de la Réduction des Risques¹ comme cadre général

1.1 Définition

La réduction des risques est une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de « drogues »². Elle concerne tous les usages, qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance. La réduction des risques peut également s'adresser aux personnes qui s'apprêtent à consommer une drogue pour la première fois. Les risques principalement associés aux drogues sont les risques de dépendance, de lésions somatiques et les risques psychosociaux. Ils peuvent avoir pour conséquences une morbidité, une mortalité et une exclusion sociale que ces stratégies visent à réduire.

Cette approche s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé physique, mentale et sociale. La RdR se distingue de la prévention de l'usage et des traitements, dont elle se veut complémentaire. En effet si les traitements ont pour objectif un impact positif d'ordre sanitaire et / ou psychosocial, si la prévention a pour objectif de diminuer l'incidence de l'usage de drogues dans la population, la réduction des risques, quant à elle, a pour objet de réduire les risques liés à l'usage de drogues et de prévenir les dommages que l'usage de drogues peut occasionner chez les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir d'en consommer.

1.2 Enjeux de la Réduction des Risques

Les épidémies du sida et des hépatites ont démontré qu'il était urgent d'aborder l'usage de drogues en termes de santé comme défini par l'OMS. En conséquence, la réduction des risques se propose de promouvoir la santé, le bien être, la dignité et la citoyenneté des usagers de drogues. Cette approche socio-sanitaire de l'usage de drogues est parfois en tension avec d'autres enjeux, notamment sécuritaires.

1.3 Les constats

- Une société sans drogues n'existe pas
- Le risque zéro n'existe pas
- La notion de risque est relative

1, 29/03/2016. Charte signée par une très large majorité des institutions de terrain actives en matière d'usage de drogues à Bruxelles

2 Dans la charte, le terme « drogue » doit être entendu comme toute substance psychoactive, licite ou illicite, pouvant provoquer des dommages pour la santé mentale, physique et sociale, susceptible d'un usage abusif et pouvant ou non faire l'objet d'une dépendance.

- La prohibition des drogues maximalise les risques
- Une information objective n'est pas incitatrice

1.4 Les valeurs

Reconnaître l'usager de drogues comme une personne à part entière : La réduction des risques reconnaît l'usager de drogues avant tout comme une personne, avec sa dignité, son humanité. L'usage de drogues et la prise de risques associée peuvent avoir un sens pour la personne, même si ce sens lui échappe.

Ne pas juger la consommation de drogues : En tant que professionnels de l'aide sociale et de la santé, nous respectons l'usager de drogues dans ses choix et décisions en ce qui concerne la consommation de drogues. Il ne nous appartient pas de poser un jugement moral sur la consommation des personnes.

Reconnaître des finalités propres à la réduction des risques : Les objectifs de la réduction des risques liés à l'usage des drogues, et en particulier la prévention du sida et des hépatites, ne doivent être confondus avec la prévention de l'usage de drogues. La prévention, le traitement et la réduction des risques concourent ensemble à la promotion de la santé de la population en général et des usagers de drogues en particulier. Pragmatique, la réduction des risques intervient auprès des usagers de drogues, à tous les stades de leur consommation, de ses pratiques et de son insertion sociale. Les objectifs de la réduction des risques ne sont pas subordonnés à ceux de l'abstinence, du traitement ou de la répression de la criminalité.

Affirmer le droit de l'usager de drogues à la participation sociale : En dépit du statut illégal de certains de ses comportements, comme tout individu, l'usager de drogues a droit à la participation sociale, à la santé, à l'éducation, au travail, au respect,. Pour autant que les moyens leur en soient donnés, la plupart des usagers de drogues sont capables d'agir de manière responsable vis-à-vis d'eux-mêmes et d'autrui, peuvent être acteurs de la société et de la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Il n'y aurait, par exemple, pas d'échange de seringues sans la participation responsable des usagers de drogues.

1.5 Principes d'intervention

Ne pas banaliser l'usage de drogues : La réduction des risques se préoccupe de ne pas banaliser le recours aux drogues.

Donner aux usagers de drogues les moyens de réduire les risques : La réduction des risques s'attache à rendre accessible l'information sur les risques liés aux consommations et les manières de les réduire et, au-delà, à procurer des outils pratiques tels que matériel stérile d'injection, préservatifs, analyse scientifique de substances, traitements de substitution etc.

Encourager les prises de responsabilité des usagers de drogues : Les interventions de réduction des risques visent à permettre aux usagers de drogues de s'approprier les moyens et outils de réduire les risques pour eux-

mêmes, leur entourage et la société. Elles soutiennent la création et le développement d'associations d'auto-support.

Aller à la rencontre de l'utilisateur de drogues dans son milieu de vie : La rencontre des usagers de drogues est activement recherchée par les intervenants de réduction des risques. Ils privilégient l'approche « de proximité » c'est à dire l'intervention dans les lieux de vie mêmes des usagers de drogues, en rue, en prison, au travail, en milieu festif, etc.

Faire participer les usagers de drogues : Les interventions de réduction des risques se développent sur base de l'articulation entre le savoir scientifique, les connaissances tirées de l'expérience des usagers de drogues et leurs préoccupations. Ainsi, nous considérons comme essentiel le partenariat avec des usagers de drogues à tous les stades des interventions, depuis leur élaboration jusqu'à leur évaluation.

Faire évoluer les représentations sociales sur les usagers de drogues : L'utilisateur de drogues véhicule généralement une image négative, relayée, entretenue, amplifiée voire générée par certains médias et discours politiques: asocial, dangereux, hors-la-loi, malade, etc. Ces représentations sociales négatives entretiennent la stigmatisation et l'exclusion des usagers de drogues. Renforçant ainsi les pratiques clandestines de ces derniers, elles restreignent l'accessibilité aux dispositifs socio-sanitaires et donc contribuent à augmenter les risques. Au défi de ces représentations sociales dominantes, la réduction des risques fait valoir la dignité des usagers de drogues tant auprès de publics spécifiques, tels que le monde politique, le monde associatif, les pharmaciens, les médecins, etc. qu'auprès du grand public.

Sensibiliser les professionnels de différents horizons aux interventions : Les interventions de réduction des risques visent à associer dans nos interventions toutes les personnes en contact ou susceptibles d'être en contact avec des usagers de drogues (pharmaciens, employés communaux, agents pénitentiaires, agents de protection de l'environnement, agents de police, ...).

Développer une réflexion et une évaluation constantes : La dimension expérimentale du champ de la réduction des risques et les questions éthiques qu'elle soulève, imposent une évaluation constante des interventions, des pratiques et des besoins ainsi qu'une recherche sur les objectifs et les méthodes.

2. Définition du dispositif de la Salle de Consommation à Moindre Risque (SCMR) et des services de consommation supervisée (SCS) à Bruxelles

2.1 Le nécessaire complément au réseau existant

Le réseau bruxellois est riche en offres diverses à l'égard des publics d'utilisateurs de drogues. Néanmoins, des lacunes persistent, notamment pour ce qui a trait à la réduction des risques : au-delà du fait que les stratégies de RdR doivent

encore gagner en consolidation et en reconnaissance dans les textes légaux, il semble évident qu'un dispositif de salle de consommation à moindre risque serait pleinement pertinent à Bruxelles. Parallèlement, les services destinés à ces publics ne couvrent pas l'ensemble du territoire. On constate des zones où aucune offre spécifique n'est développée (si ce n'est par le passage d'éducateurs de rue). Parmi ces zones on retrouve le centre-ville. Or, cet espace - aux abords du métro Bourse plus spécifiquement - se trouve est une scène de consommation ; un lieu où des actions de santé devraient pouvoir se développer.

Bruxelles compte sur son territoire divers publics éloignés de la santé : c'est notamment le cas pour les usagers de drogues les plus désinsérés, dont seulement une partie entre en contact avec les services de première ligne, les centres de crise ou encore les dispositifs à bas seuil d'accès.

Les stratégies d'outreach (travail de rue par exemple) qui peuvent être développées ne pallient que partiellement à cette difficulté de lien. Quand le contact est établi, les associations se trouvent limitées dans l'aide qu'elles peuvent amener aux usagers de drogues actifs, n'étant légalement habilitées (en vertu de l'arrêté royal du 5 juin 2000), qu'à la distribution de matériel de réduction des risques. La situation actuelle n'apportant en effet aucune réponse adéquate au problème du lieu de consommation, elle place de ce fait les usagers les plus marginalisés comme les intervenants dans un grand inconfort, ceux-ci n'ayant d'autres choix que de les inviter à aller consommer leur produit à l'extérieur, c'est-à-dire en rue, dans les WC publics, les stations de métro, etc... mettant ainsi en danger non seulement le consommateur lui-même mais aussi les autres citoyens du quartier.

C'est donc clairement pour palier à cette incohérence que les acteurs spécialisés s'accordent sur le fait qu'**une salle de consommation à moindre risque et des services de consommation supervisée à Bruxelles viendrait en complément au réseau déjà existant.**

2.2 Un dispositif inscrit dans le réseau socio-sanitaire

Les professionnels du secteur considèrent primordial qu'une **SCMR soit intégrée dans le réseau socio-sanitaire existant** : la SCMR doit être en contact avec l'ensemble du secteur spécialisé et des acteurs socio-sanitaires bruxellois, qu'ils soient ambulatoires, hospitaliers ou résidentiels.

Le dispositif intégral, constitué d'une salle de consommation à moindre risque et de services de consommation supervisée, est par essence décentralisé. Par ailleurs, il est fortement soutenu par des accompagnateurs psycho-sociaux, dont certains auront la mission de faire le lien entre le dispositif et le large réseau socio-sanitaire.

En effet, l'enjeu est bien que le dispositif puisse donner l'opportunité, aux usagers de drogues demandeurs, de démarrer certaines démarches ou certains accompagnements, quels qu'ils soient: démarches administratives, traitement médical, accompagnement psychologique, réinsertion socio-professionnelle, etc.

Le dispositif global doit donc être fortement intégré dans l'ensemble du réseau

socio-sanitaire bruxellois, afin de permettre toutes les articulations nécessaires avec les services généralistes et spécialisés, ambulatoires et résidentiels, sociaux et de santé.

Par ailleurs, il sera également primordial que ce dispositif soit soutenu et s'inscrive dans un réseau élargi d'acteurs comprenant les forces de police, les acteurs communaux en charge de la prévention (gardiens de la paix, éducateurs de rue, médiateurs sociaux) ce qui nous imposera également de penser à la formation de ces différents professionnels. Sur ce point, il est important de rappeler que certains services membres de la Fédito disposent déjà d'une expérience précieuse dans ce domaine puisque des cycles de formations sont régulièrement dispensés par les asbl Dune, Modus Vivendi et Transit auprès de ces mêmes acteurs (Services de prévention, IBGE, école de police ERIP). Celles-ci pourraient bien entendu se multiplier si besoin en est.

2.3 Un dispositif nécessairement durable

Les acteurs du secteur spécialisé sont particulièrement attentifs à la nécessité de penser le dispositif de manière durable. En l'occurrence, ils voudraient éviter si possible l'expérience du projet TADAM, projet-pilote liégeois de Traitement Assisté à la DiAcétylMorphine, qui s'est arrêté après son évaluation, non pas faute d'une inadéquation du projet par rapport aux besoins, mais faute d'un cadre légal permettant son implémentation sur le long terme, et donc le financement. L'arrêt de l'offre d'un service qui au terme de l'évaluation s'avèrerait pertinent peut conduire à augmenter les dommages que le dispositif participaient à endiguer.

Les acteurs du secteur spécialisé soulignent donc l'impérieuse nécessité que le dispositif soit pensé sur un terme long, l'idéal étant une révision du cadre légal actuel. A défaut, les autorités bruxelloises devraient profiter de leurs (nouvelles) compétences pour assurer la **continuité du dispositif au-delà d'une éventuelle évaluation**, sauf forcément s'il ressortait de cette évaluation des éléments contraires.

Egalement en accord avec les valeurs et principes d'actions de la Réduction des Risques, pour assurer le caractère durable du projet, les acteurs spécialisés proposent de **le construire avec les usagers** concernés. Une enquête d'implémentation pourrait les impliquer. Au-delà de cela, le dispositif doit se fonder notamment sur l'aide d'**experts d'expériences**, en l'occurrence d'(ex-)usagers de drogues actifs pouvant aider autant leurs pairs que les professionnels.

Enfin, il est nécessaire de prendre en considération le **nécessaire refinancement, sur le long terme, du matériel** de consommation de drogues à moindre risque, ainsi que le matériel de soins infirmiers. De même, les besoins intrinsèques à une éventuelle collecte de données doivent être pensés dès les préalables du projet.

Un dispositif forcément à proximité d'une scène de consommation

A Bruxelles comme dans les autres villes où une salle de consommation à moindre risque a pu être mise en place, il sera forcément crucial que le dispositif soit à proximité directe d'une scène de consommation, l'objectif étant bien de faciliter au maximum l'accès à un public fortement désinséré. Il serait donc malvenu d'installer la salle de consommation dans un lieu éloigné d'où se trouve déjà le public auquel elle se destine.

En ce moment, en Région de Bruxelles-Capitale, deux lieux sont fréquemment identifiés comme constituants des scènes de consommation, à savoir Ribaucourt et Bourse / Annessens.

Adaptabilité du dispositif

Les acteurs spécialisés bruxellois soulignent l'opportunité de penser le dispositif de manière **processuelle voire transférable**, c'est-à-dire qui soit apte à prendre en compte diverses évolutions, comme l'affluence plus grande que prévu, les changements des besoins, ou les déplacements géographiques du public.

Il paraît donc pertinent de **penser un dispositif de manière suffisamment flexible**, constitué d'une salle de consommation à moindre risque, mais aussi de services de consommation supervisée, plus petits, plus aptes à pallier aux manques de la SCMR, venant renforcer les services existants. Ces services pourraient être répartis au sein de structures spécialisées existantes. L'un d'entre eux pourrait être mobile. Parallèlement, la mise en place de SCS de plus petite taille pourrait permettre de désengorger la SCMR. Ce mouvement réduirait également l'afflux possible du public cible dans le quartier qui verra la SCMR s'implanter afin d'éviter un éventuel « appel d'air ».

2.5 Expertises des intervenants :

2.5.1 Collaboration avec des experts du vécu

Le projet devrait être l'occasion de s'adjoindre de **5 experts d'expérience à temps partiel (2.5 ETP)**, à l'instar des « usagers-experts » soutenant les secteurs du sans-abrisme (soutenu par le SPP Intégration Sociale³) ou de la santé mentale. Le principe est que dès la construction même du dispositif SCMR, des (ex-)usagers de drogues puissent y prendre part afin d'**épauler les parties prenantes** dans le meilleur profilage possible du projet. Par la suite, ils pourront accompagner le projet et faire remonter les éventuelles satisfactions et insatisfactions du public à l'égard d'éléments précis. Ils pourront également faciliter le travail de mise en lien avec les usagers les plus précarisés et éloignés du système de soins. Ces experts d'expérience

pourraient être formés et encadré par l'asbl Modus Vivendi, laquelle a une longue expérience dans ce type de partenariat.

Objectifs recherchés dans le partenariat avec des experts du vécu :

Garantir l'adéquation des services développés aux besoins des bénéficiaires

A quoi bon monter un projet qui s'avérerait au final ne pas répondre aux caractéristiques du public visé, et qui serait de ce fait sous-utilisé ? Quels sont les meilleurs horaires d'ouverture ? Quels seraient les meilleurs emplacements ? Quels seraient les services connexes à développer ? Quels pourraient être les freins à l'utilisation du dispositif proposé ?

De manière à répondre, des pairs du public cible sont les experts de ces questions. Notons ici que des projets déjà existants, comme le projet « Boule de neige » (information de pairs à pairs) pourraient d'ores et déjà être mobilisé pour travailler sur les questions d'adéquations des services aux besoins, comme à leur promotion (voir infra).

Assurer la création de liens des usagers les plus précarisés vers les structures SCLM, SCS et autres acteurs du réseau

Certains usagers particulièrement précarisés, pourrait rejoindre plus aisément les services développés s'ils y étaient invités par la présence rassurante de pairs. Cultures communes, sensibilités, facteurs de confiance, des paires expertes du vécu sont des médiateurs entre un public fragilisé quelque peu frileux à l'idée de rejoindre des structures d'aide et de soin et ces structures. Leurs présences favoriseront l'inclusion de ces publics spécifiques et souvent cachés dans les dispositifs développés.

Intégration dans le quartier - sécurité et prévention

Des experts du vécu expressément formés et soutenu dans leurs fonctions pourront également assurer des liens, contacts, actions de médiations entre les usagers des services, les riverains, et les autres acteurs gravitant aux abords des dispositifs développés. Par ailleurs, à Bruxelles, comme à Charleroi et à Genève, les Comptoirs d'échanges de seringues ont déjà développé des projets de « récupération de matériel usagé » dans l'espace publique. Ces projets participent à revaloriser la figure du consommateur en le positionnant comme citoyen responsable, soucieux de son environnement et inséré dans la cité. Ce travail sur « l'image » des personnes participant à réduire les stéréotypes actifs à leur encontre et favorise à terme une bonne insertion des dispositifs dans les quartiers.

2.5.2 Formation des intervenants spécialisés

Le travail des acteurs de première ligne dans le cadre des CSC et des SCMR (professionnels psycho-médicosociaux, ente de prévention, services de polices, ...comme experts du vécu) est un travail nouveau en Belgique. Ces acteurs doivent être solidement équipés pour le mener à bien.

Certains points de formations ont déjà pu être identifiés :

- Geste de premier secours ;
- Utilisation des appareillages de santé (défibrillateur, ...) ;
- Réduction des Risques liés à l'injection de produits psychotropes ;
- Accompagnement et Education aux Risques liés à l'Injection (AERLI⁴)
- Principes d'éducation à la santé ;
- Pratiques de consulting, technique sociale et capacité relationnelle
- Gestion du stress et des émotions ;
- Ramassage de seringues usagées
- ...

A l'heure actuelle, à Bruxelles, beaucoup de ces formations sont déjà dispensées par les services spécialisés. Si cette offre de formation est à renforcer, elle n'est pas à créer. Le réseau existant procède déjà en cette matière des expertises à valoriser.

2.6 Présentation de la Salle de Consommation à Moindre Risque (SCMR)

2.6.1 Implantation

A Bruxelles comme dans les autres villes où une salle de consommation à moindre risque a pu être mise en place, il sera forcément crucial que le dispositif soit **à proximité directe d'une scène de consommation**, l'objectif étant bien de faciliter au maximum l'accès à un public fortement désinséré. Il serait donc malvenu d'installer la salle de consommation dans un lieu éloigné d'où se trouve déjà le public auquel elle se destine.

En ce moment, en Région de Bruxelles-Capitale, deux lieux sont fréquemment identifiés comme constituant des scènes de consommation, à savoir **Ribaucourt et Bourse / Annessens**. Sur ce point, il est intéressant de préciser que la STIB dispose déjà actuellement de toute une série d'éléments d'information ainsi que d'une excellente cartographie des principales stations concernées par ce phénomène de nuisances sociales. C'est d'ailleurs en partie sur base de ces éléments que nous avons pu identifier les principales zones à risque.

4 Projet développé par Médecins du Monde France et l'association Gaïa et bénéficiant d'une évaluation très positive de la part de l'Agence National de Recherche contre le sida française).

2.6.2 Accessibilité

Les professionnels du secteur spécialisé bruxellois pensent que **la SCMR devrait être ouverte 7 jours sur 7, de 15.00 à 23.00**. Ces horaires devraient pouvoir être revus si d'aventure ils s'avéraient ne pas correspondre à la réalité des besoins. Ces points pourront être approfondis par des enquêtes impliquant le public cible.

Conformément aux valeurs et principes d'actions de la réduction des risques, le dispositif se voudra **pleinement ouvert et anonyme**. Un counseling systématique avant le passage en espace de consommation sera mis en place de manière plus poussée que lors d'une simple visite (café, demande soin, demande matériel,...) Le personnel sera spécialement formé à ce type d'entretien de consulting. L'objectif visé est de garantir un accès au service en adéquation aux besoins et aux situations de chaque bénéficiaire, tout en évitant les situations de surconsommation ou de demandes inadaptées. Un système de code identifiant sera mis en place de manière à pouvoir mener des évaluations poussées de la population touchée par la SCMR ou les SCS, dans le respect des principes d'anonymat.

2.6.3 Personnel et infrastructure

Plusieurs professionnels du secteur ont déjà eu l'occasion de visiter diverses SCMR, telles que Quai 9 à Genève. Ils se basent sur leurs visites et leur connaissance de ces centres et de la littérature, ainsi que des besoins du public, pour déterminer le dispositif le plus opportun à Bruxelles.

Il est toujours difficile d'estimer le nombre de consommateurs actifs de drogues illégales. Néanmoins, les professionnels du secteur estiment à 1000, les personnes qui pourraient être intéressées par un dispositif de SCMR à Bruxelles.

Sachant cela, les professionnels proposent une SCMR avec **10 postes de consommation de produits psychotropes : 5 en injectable et 5 en inhalation ; les consommateurs utilisant alternativement les modes et la consommation par inhalation posant également des problèmes d'ordres sociaux, sanitaires et sécuritaires**.

Un **accueil permettrait d'accueillir 20 personnes dans un même temps**, que ces personnes attendent leur tour avant de pouvoir s'installer à un poste de consommation, qu'elles bénéficient du moment de pré-counseling ou qu'elles se reposent un peu avant de sortir de la SCMR. A l'instar de Quai 9, des tables, chaises et canapés pourraient être disposés à l'accueil, ainsi qu'un système de tickets permettant d'organiser l'ordre de passage.

La **supervision constante** des consommations seront effectuées par 1 infirmier et 1 accompagnateur psycho-social, eux-mêmes épaulés, le cas échéant, par 1 médecin de garde. Cette fonction de médecin de garde sera tournante, préférablement au sein des médecins déjà actifs dans le secteur spécialisé. Quant à la fonction d'accompagnateurs psycho-sociaux, si elle a

déjà été définie dans le projet-pilote « RAPS », ⁵les professionnels insistent sur une nécessaire formation adéquate (voir infra) .

1 infirmier sera disponible pour la fonction de dispensaire, visant à prodiguer les soins infirmiers pour des personnes consommatrices de drogues, mais aussi vivant en grande précarité.

3 employés seront nécessaires **pour organiser au mieux l'accueil**, en l'occurrence **2 accompagnateurs psycho-sociaux et 1 infirmier** : ces trois personnes auront pour mission de gérer l'accueil, recevoir les demandes, suppléer aux besoins du public (pré- et post-consommation), et distribuer le matériel de consommation.

Cette équipe interne à la SCMR sera renforcée par **1 accompagnateur psycho-social situé directement à l'extérieur** de la SCMR : cet accompagnateur veillera à pacifier les environs immédiats du dispositif et à effectuer un travail communautaire avec les acteurs du quartier.

1 accompagnateur psycho-social mobile aura pour fonction de faire le lien entre la SCMR et le réseau socio-sanitaire au sens large, pour toute éventuelle orientation ou accompagnement à réaliser avec d'autres acteurs, spécialisés ou généralistes.

Cette équipe sera consolidée par **1 administratif** attaché à la gestion de la SCMR en ce compris du matériel de consommation, et **1 responsable de projet**, en charge notamment de la coordination générale, des ressources humaines et du lien avec les **experts d'expérience**.

2.7 Présentation des services de consommation supervisée (SCS)⁶

Concrètement, il s'agit de penser également au développement de **dispositifs décentralisés soutenant une SCMR et les services existant**. Certaines associations sont en contact avec des usagers actifs de drogues : l'échange de seringues et plus généralement les stratégies de réduction des risques sont déjà appliquées concrètement dans plusieurs centres et installées en divers endroits de la région.

Les professionnels soulignent dès lors qu'une seule SCMR pour toute la Région de Bruxelles-Capitale ne pourra sans doute pas s'adresser à tous les usagers actifs présents sur le territoire. Ils ont néanmoins conscience de la difficulté, notamment budgétaire, pour mettre en place deux SCMR distinctes.

Il s'agit de développer des **services de consommation supervisée, intégrés dans des centres existants**. Cela pourra porter sur 3 à 5 centres qui pratiquent déjà maintenant des stratégies de réduction des risques sur Bruxelles, tels que les comptoirs d'échange de seringues ou des services à bas seuil d'accès. Le principe serait donc de permettre à ces services d'accueillir un public dans le cadre d'une offre pleinement complémentaire à la SCMR, évitant

5 <http://www.observatbru.be/documents/publications/2012-rapport-externe-smes-b-recherche-action-reseau-daccompagnateurs-psycho-sociaux.xml?lang=fr>

6 Notons ici la récente sortie d'un rapport de la Fédération Française d'Addictologie, recommandant ce type de dispositions.

de drainer une population trop importante vers cette dernière et permettant un accueil plus personnalisé pour des consommations à moindre risque.

En l'occurrence, il s'agirait, selon les différents contextes de ces institutions (et l'étendue de l'horaire auquel le SCS sera accessible), de financer un aménagement spatial et de renforcer les équipes pour qu'**un accompagnateur psycho-social mobile et un infirmier** puissent être présents lors des permanences de consommation à moindre risque.

Le coût pourrait être abordable, sachant que ces institutions n'ouvriraient pas forcément leurs lieux de consommation tous les jours et pendant de nombreuses heures. Il s'agirait d'une approche efficiente puisque intégrée dans des services existants, mais néanmoins nécessaire pour pallier à ce à quoi ne pourra pas répondre la SCMR et au besoin actuel des services déjà existant en termes de cohérence de l'offre.

2.8 Résumé des ressources humaines et du budget nécessaires

A priori, la SCMR serait ouverte 56 heures par semaine. En comptant un temps nécessaire de briefing des équipes, hors périodes d'ouverture, les différentes fonctions devraient être disponibles 57 heures par semaine. En conséquence, les ressources humaines pour la SCMR seront de :

- pour les postes infirmiers, 4,5 ETP
- pour les postes d'accompagnateurs psycho-sociaux, 7,5 ETP
- pour le médecin de garde, 1 ETP
- pour l'administratif, 1 ETP
- pour le responsable de projets, 1 ETP
- pour les experts d'expérience, 2.5 ETP.

A cela, il faut ajouter les fonctions d'infirmier et d'accompagnateur psycho-social pour les trois services de consommation supervisée, tous deux devant être présents à chaque permanence dans chaque centre. Sachant que ni ces centres ni leurs heures de supervision de consommation ne sont définis, nous évaluons les besoins globaux pour les services de consommation supervisée à :

- pour les postes infirmiers, 0,5 ETP par service, pour les 3 services
- pour les postes d'accompagnateur psycho-social, 0,5 ETP par service pour les 3 services.

Fonctions	ETP SCMR	ETP SCS	Total en ETP
Infirmiers	4,5	1,5	6
Accompagnateurs	7,5	1,5	9
Médecin de garde	Détaché d'un service spécialisé		Détaché

Administratif	1	0	1
Responsable projet	1	0	1
Experts d'expérience	2.5		2.5