



# Centre Transit

Un modèle original d'articulation entre différentes stratégies d'intervention visant à promouvoir le *droit à la santé pour tous* !

Een origineel articulatiemodel tussen de verschillende interventiestrategieën om het *recht op gezondheid voor iedereen* te bevorderen

An original articulation model between different strategies of intervention to promote the *right for health to everybody*

# Le Centre Transit

Bas Seuil

RDR

Outreach

Inclusion Sociale

Studios  
supervisés

2008

Comptoir  
d'échange

1999

Centre de crise

(Centre de jour et  
d'hébergement)

1995

Travail de  
rue

2012

Travail avec  
les détenus

2005



Centre de crise  
(Centre de jour et  
d'hébergement)

1995

# 1. Le bas seuil :

- Une absence totale d'exigence à l'admission.
- Une accessibilité maximum.
- Un cadre tolérant vis-à-vis de la consommation et de la rechute.

## En résumé :

- Le bas seuil représente une certaine **philosophie de travail**
- Mais **jamais**, il ne fait référence pour nous à la nature du public avec lequel nous travaillons (« public bas seuil »)

## 2. Objectifs :

- Offrir un lieu d'accueil, de ressourcement, de resocialisation à un maximum de personnes.
- Effectuer une remise en ordre socio-administrative de la situation de l'utilisateur.
- Permettre une orientation adéquate de l'utilisateur.

=> Finalité : endiguer l'errance & la clandestinité des usagers de drogues en promouvant le droit à la santé et le respect de la dignité humaine.

# 3. Evaluation & résultats

- 1<sup>ère</sup> question : Combien de personnes sont (ont été) prises en charge par le centre de crise ?
  - ⇒ Prise en compte de différents *indicateurs* afin d'évaluer la fréquentation du centre

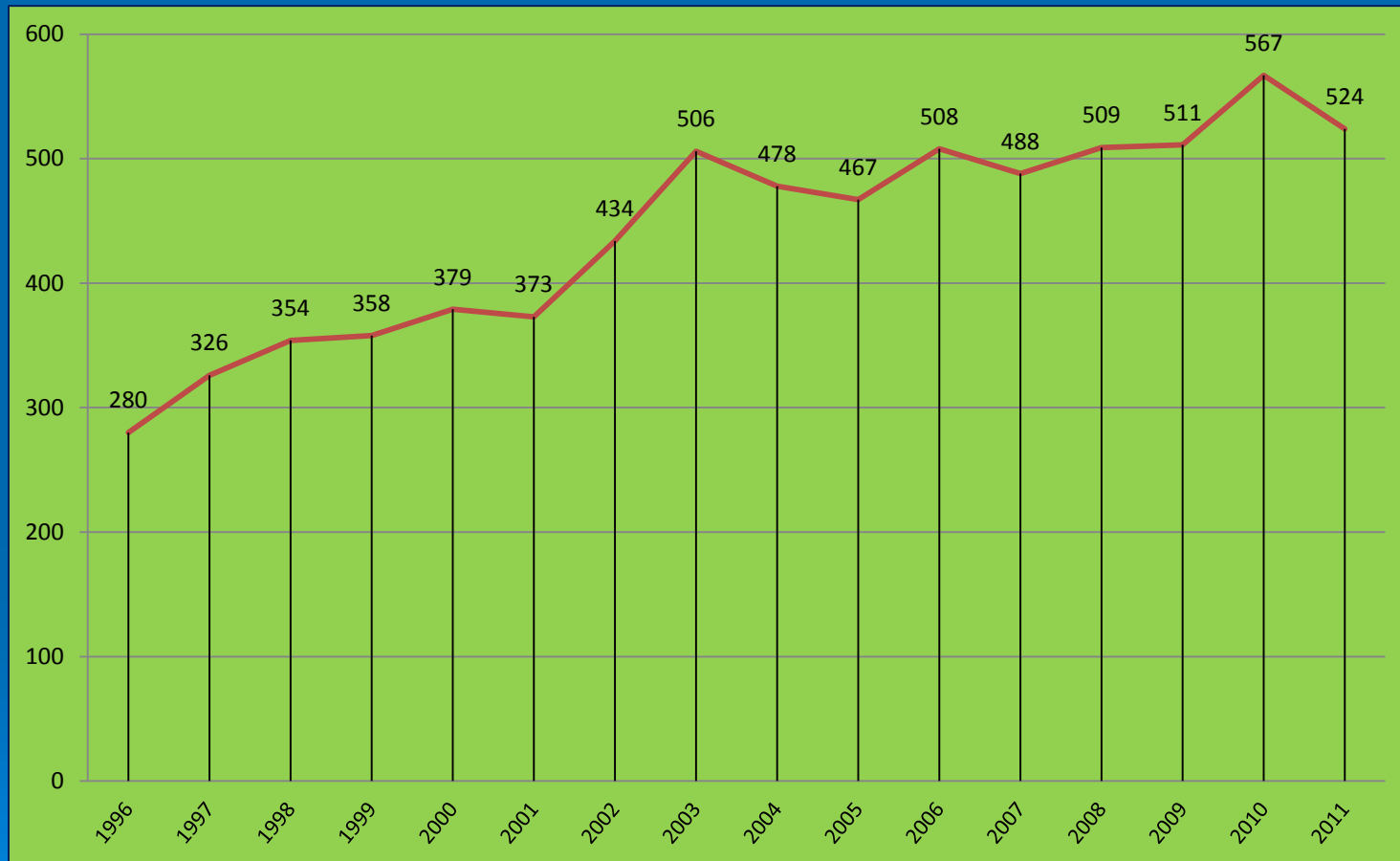
# Nombre total de personnes accueillies (depuis 1995)

- Depuis son ouverture en 1995 jusqu'au 31 décembre 2011, le centre de crise a déjà accueilli (via le centre de jour & via le centre d'hébergement) :

**5418 personnes**

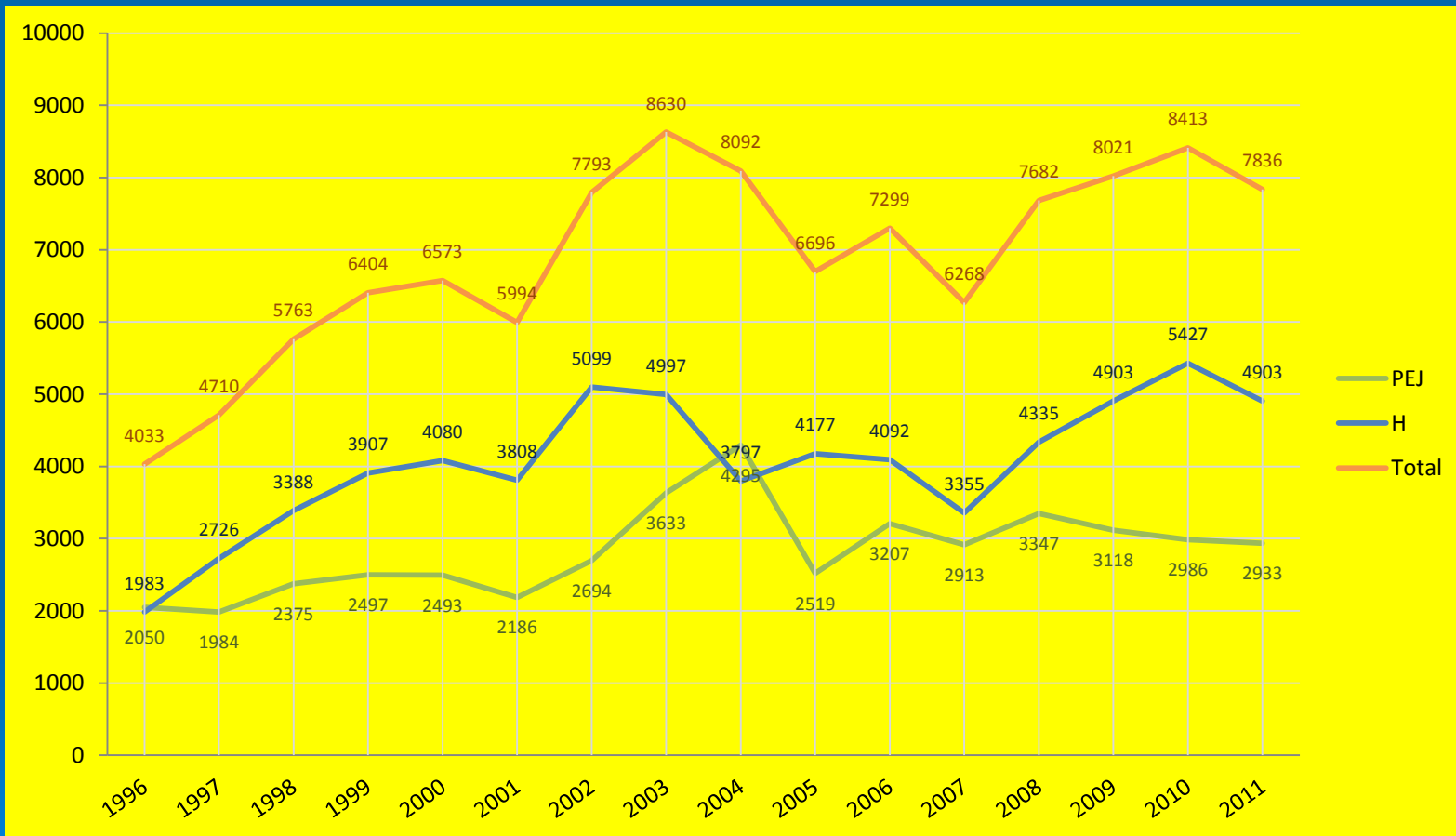
Transit = fonction d'observatoire

# Evolution : file active





# Total : prises en charge (par an)



# Nouvelles demandes (par an)

| Années             | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Nouvelles demandes | 251  | 237  | 213  | 209  | 206  | 181  | 236  | 255  | 201  | 215  | 234  | 205  | 229  | 173  | 241  | 190  |

### 3. Evaluation & résultats

- 2<sup>ème</sup> question : Le dispositif permet-il d'atteindre le public visé (à savoir, les usagers les + marginalisés) ?

# Public cible

## ➤ Sur le plan social :

- 85 % n'ont pas de domicile fixe
- 1,9 % ont une activité professionnelle
- 18 % n'ont aucune source de revenus
- 79 % dépendent financièrement des aides de l'état (CPAS, chômage, mutuelle, invalidité)
- 61 % n'ont pas dépassé le stade des études secondaires inférieures
- 74 % vivent la plupart du temps seuls
- 37 % ont des problèmes avec la justice

# Public cible

- Au niveau consommation (année 2011) :
  - 47,5 % sont dépendants du *cannabis*
  - 47 % sont dépendants de *l'alcool*
  - 46,5 % sont dépendants des *médicaments*
  - 44 % sont dépendants de *l'héroïne*
  - 40% sont dépendants de la *cocaïne*

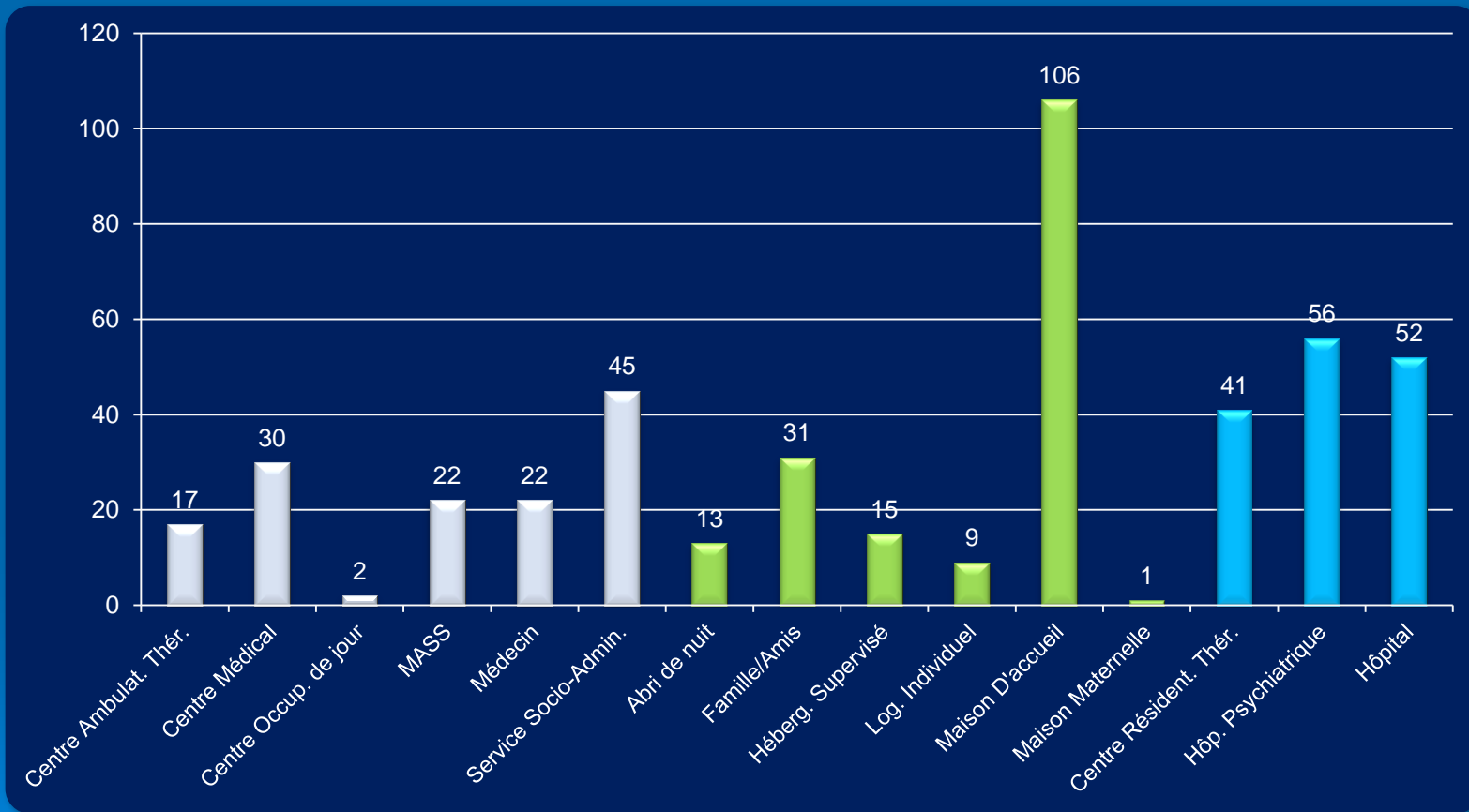
# 3. Evaluation & résultats

- 3<sup>ème</sup> question : En lien avec les objectifs du centre de crise, quelles sont nos statistiques en matière d'orientation ?

# Analyse des orientations

- Au départ du centre de crise, nous distinguons habituellement 3 types d'orientation :
  - Vers le **logement** :
    - 38 % des orientations
  - Vers les services de **soins ambulatoires** (psycho-médico-sociaux) :
    - 30 % des orientations
  - Vers les services de **soins résidentiels** (hospit, centre de cure/post-cure) :
    - 32 % des orientations

# Analyse des orientations







Comptoir  
d'échange

1999

# 1. Fonctionnement

- Situé dans les locaux de l'asbl Transit
- Comptoir d'échange dénommé « LAIRR » (= Lieu d'accueil, d'Information et de RdR)
- Ouvert en septembre 1999 (donc un an avant l'entrée en vigueur de l'AR réglementant l'échange de seringues) dans le but de répondre aux besoins urgents des UDI
- Spécificités :
  - Accessible 24h/24, 7 jours/7
  - Services gratuits & anonymes

## 2. Objectifs

- En terme de santé publique
- En terme de prise en charge
- En terme de sécurité et de réduction des nuisances publiques
- En terme de stratégies d'action

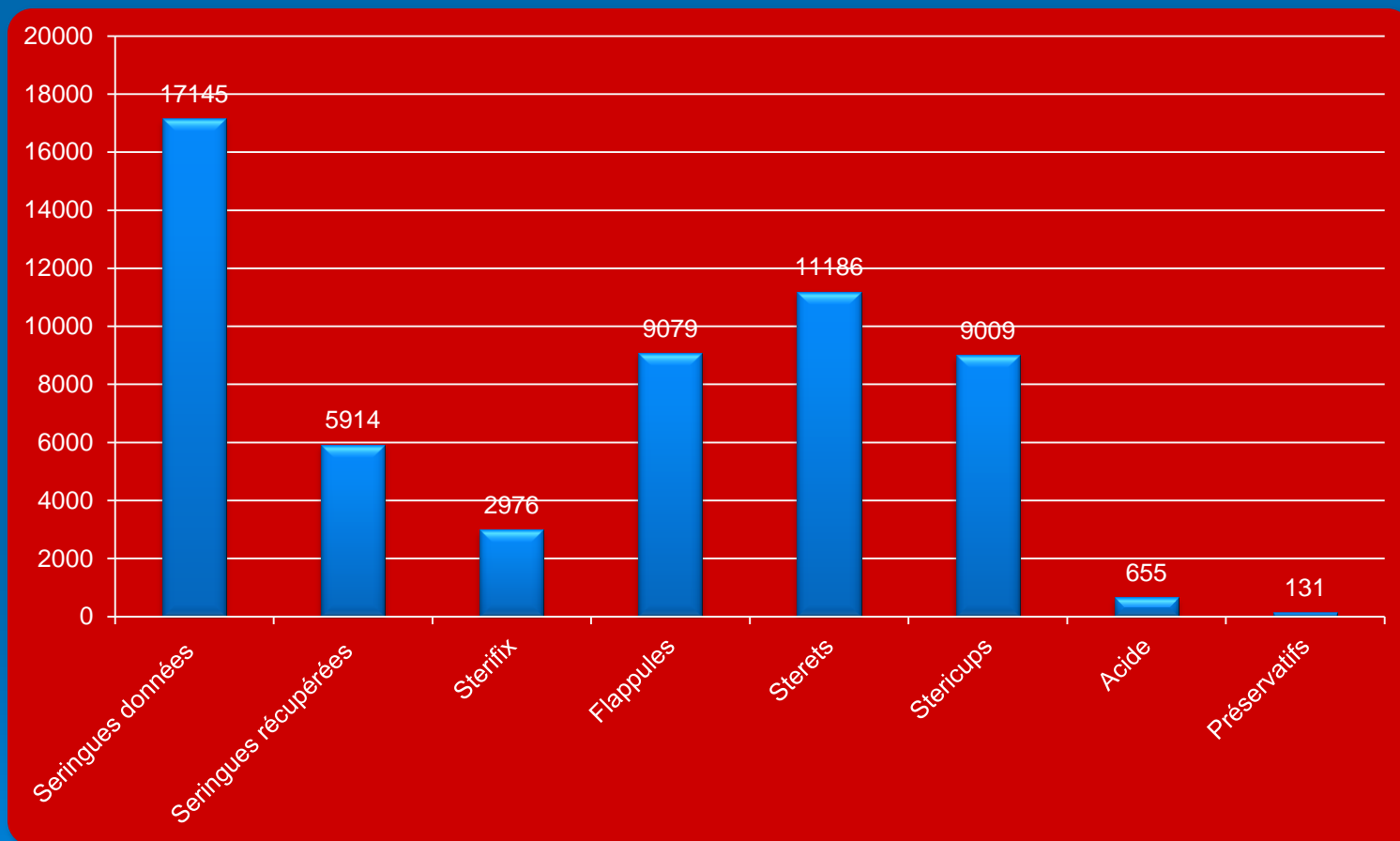
### 3. Résultats : échange de seringues

|                             | 2005 | 2006 | 2007  | 2008 | 2009 | 2010  | 2011  |
|-----------------------------|------|------|-------|------|------|-------|-------|
| <b>Seringues données</b>    | 5874 | 6098 | 13626 | 8820 | 9868 | 10633 | 17145 |
| <b>Seringues récupérées</b> | 4638 | 4478 | 6944  | 6303 | 4737 | 4411  | 5914  |
| <b>Taux de récupération</b> | 79%  | 73%  | 51%   | 71%  | 48%  | 41%   | 34%   |

# Enjeux actuels (comptoirs)

- Comment adapter nos stratégies pour faire face au problème posé par le public des jeunes injecteurs & par les mineurs (- 18 ans) ?
- Comment répondre aux besoins croissants des non injecteurs qui nécessitent d'autres outils de RdR (kit sniff, pipe crack) alors que les moyens sont déjà insuffisants ?
- Comment mener une action de santé publique cohérente avec les UDI qui vivent et s'injectent en rue ?

### 3. Résultats : matériel connexe (2011)



### 3. Résultats : fréquentation

|                           | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Nombre de passages</b> | 701  | 761  | 1000 | 943  | 1068 | 1263 | 1378 |
| <b>Nouveaux contacts</b>  | -    | -    | 107  | 57   | 64   | 176  | 106  |
| <b>File active</b>        | 154  | 233  | 192  | 145  | 160  | 249  | 209  |

# Enjeux actuels (nuisances)

- Comment essayer de réduire les *nuisances publiques* & le *sentiment d'insécurité* causés par la présence de scènes ouvertes ainsi par l'abandon de seringues ?
  - ⇒ Réflexion autour de l'implantation de « **salles de consommation** » qui ont partout fait leurs preuves en matière de lutte contre les nuisances !!!





Travail avec  
les détenus

2005

# 1. Description de nos activités

- *Visites* aux usagers de drogues détenus dans les prisons de Forest, Saint-Gilles et Berkendael
- *Accueils* dans le cadre de :
  - Permissions de sortie
  - Congés pénitentiaires
  - Libérations conditionnelles
- Travail de concertation avec d'autres structures d'aide aux détenus (CAAP)

## 2. Objectifs

- *Répondre aux demandes croissantes des usagers incarcérés*
- *« Aller à la rencontre » (outreach) des détenus en effectuant des visites en prison*

## 2. Résultats

|  | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|------|------|------|------|------|------|
| <b>Nombre de personnes différentes qui sont entrées en contact Transit</b> | 64   | 86   | 48   | 59   | 76   | 68   |
| <b>Nombre total de demandes</b>  | 160  | 165  | 145  | 115  | 132  | 230  |
| <b>Nombre de prises en charges effectives en centre de crise</b>           | 40   | 37   | 54   | 36   | 39   | 42   |



Studios  
supervisés

2008

# 1. Présentation du projet

- *Projet d'inclusion sociale* (du type « housing first ») qui repose sur la mise en autonomie des usagers via l'accès immédiat à un logement (studio)
- Aménagement de 8 studios individuels au sein du bâtiment de l'asbl Transit.
- En continuité avec l'hébergement pratiqué en centre de crise mais possibilité de candidatures externes
- Séjour d'une durée variable, en moyenne 3 mois mais soumis à des *conditions d'admission* préalable

## 2. Objectifs

- *Désengorger le centre de crise (réservé aux situations d'urgence) en proposant des hébergements de plus longue durée*
- *Offrir une alternative aux structures thérapeutiques et aux centres d'hébergement conventionnels.*
- *Comblent le manque cruel de logements sociaux et de structures transitoires (« appartements supervisés ») et ainsi répondre à la problématique du logement en Région bruxelloise.*

### 3. Résultats : prises en charge

|   | 2009    | 2010   | 2011   |
|---|---------|--------|--------|
| Nombre prises en charges                      | 22      | 24     | 19     |
| Candidatures internes                         | 21      | 16     | 11     |
| Candidatures externes                         | 1       | 8      | 8      |
| Taux moyen d'occupation par studio (en jours) | 78,32 j | 71,67j | 95,37j |



### 3. Résultats : orientations (2011)

- 89 % des usagers accueillis ont trouvé, au terme de leur séjour, une solution d'hébergement
- 42 % ont pu intégrer à leur sortie un logement individuel



Travail de rue

2012

# 1. Présentation du projet

- Projet mis en place durant l'année 2012 dans le cadre des *Contrats de Quartier Masui & JAF* (initiatives de la Ville de Bruxelles et de la Région bruxelloise)
- Travail de proximité qui consiste à « aller vers et avec » les usagers dans leur milieu de vie (squats, rue)

## 2. Objectifs

- *Toucher* les usagers qui n'ont toujours pas accès aux différents dispositifs d'aide en matière de santé & de logement
- *Combl*er le manque de dispositifs de RdR en Région bruxelloise et ainsi augmenter la couverture géographique (quartier Nord, Ribaucourt, Annessens)
- Répondre aux *besoins du centre de crise* en permettant un meilleur encadrement des usagers dans leurs démarches socio-administratives

### 3. Constats

- *Confinement géographique* dû aux contraintes inhérentes aux contrats de quartier
- Besoin de développer davantage le travail de « outreach » vu le contexte de vie de certains usagers (précarité – clandestinité)

# Conclusions (1)

- Des initiatives basées sur l'une ou l'autre de ces stratégies d'intervention (voire sur les 4 à la fois) existent, heureusement, mais elles sont clairement *insuffisantes* pour répondre aux besoins du public
  - ⇒ En cause :
    - la saturation du secteur (hôpitaux, MA, bas seuil)
    - la pénurie de logements & l'explosion des prix de l'immobilier à Bruxelles
    - la croissance de certaines problématiques (santé mentale, sans-papiers)
- Toutefois, avant de multiplier les projets, il convient *en priorité* de pérenniser et de renforcer les dispositifs existants (ayant fait leur preuve sur le terrain) via un réel soutien politique et financier !

# Conclusions (2)

- Nous ne pouvons qu'approuver nos politiques dans leur volonté de mettre en place des *programmes d'évaluation*
  - Sur ce point, d'ailleurs, la RdR a toujours constitué une approche basée sur les preuves (« evidence based »)
  - La plupart de nos services accordent d'ailleurs une grande importance à l'évaluation (rapport d'activité, enquêtes)
- Mais comment comprendre alors ce manque d'intérêt et de moyens accordés à la recherche scientifique en RdR
  - D'autres pays (Suisse, Canada), ont pourtant compris l'intérêt de mettre en place des études universitaires (« indépendantes ») afin d'offrir via un soutien méthodologique des recommandations aux travailleurs de terrain et aux politiques en terme de santé publique

Merci pour votre attention !

Bedankt voor uw aandacht !

Tank you for your attention !

Rue Stephenson, 96  
1000 Bruxelles  
02/215.89.90.

[www.transitnet.be](http://www.transitnet.be)  
[transit.asbl@gmail.com](mailto:transit.asbl@gmail.com)

