



**Commission communautaire française
Région de Bruxelles-Capitale**

RAPPORT D'ACTIVITÉS 2014

**DUNE a.s.b.l. – Dépannage d'Urgence de Nuit et Echanges
Service actif en matière de toxicomanie agréé par la Commission communautaire
française
Siège social : 47, rue des Foulons – 1000 Bruxelles**



SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
I. INTRODUCTION.....	6
II. TRAVAIL DE RUE.....	7
II.1. Maraudes à pieds	7
II.2. Médibus	12
A. Sites d'implantation	12
B. Maraudes.....	13
C. Partenariat et équipe pluridisciplinaire	14
II.3. Données relatives à l'outreaching.....	14
A. Nombre de contacts.....	15
B. Matériel distribué.....	15
C. Soins infirmiers.....	17
D. Bénéficiaires de soins.....	18
II.3. Conclusion : un chaînon manquant.....	18
III. PREVENTION	20
III.1. Accueillir : le CLIP bien plus qu'un comptoir d'échange.....	20
A. Cadre de l'accueil	21
B. Fréquentation du CLIP et exigüité des locaux.....	22
C. Services proposés dans le cadre de l'accueil	24
D. Profil des personnes fréquentant le CLIP	26
E. Conclusion : les UDI, de quelle population parle-t-on ?	30
III.2. Accès au matériel stérile.....	33
A. Notre approche de la réduction des risques	34
B. Le comptoir d'échange en quelques chiffres.....	35
C. Conclusion : le DAMSI, un enjeu de santé publique négligé par les politiques	40
III.3. Information pour les usagers de drogues et leur entourage	42
III.4. Boule-de-Neige : la prévention par les pairs.....	42
III.5. Information et sensibilisation de la population	44
A. Un nouveau site	45
B. Scoop.it : revue de presse / revue de web	46
C. Réseaux sociaux : une présence active sur Facebook	46
III.6. Actions envers les acteurs socio-sanitaires	46
A. Rencontre avec les pharmaciens	47

B. Sensibilisation des futurs professionnels de la santé.....	47
C. Communications dans des colloques	48
III.7. Formation d'intervenants confrontés aux usagers de drogues	50
III.8. Conclusion.....	53
IV. ACCOMPAGNEMENT.....	57
IV.1. Accompagner l'émergence d'une demande.....	57
IV.2. Guidance sociale et administrative	61
IV.3. Orienter et accompagner physiquement vers d'autres services	64
IV.5. Conclusion : du processus au réseau	67
V. LE DISPENSAIRE DU CLIP	69
V.1. Soins infirmiers au CLIP	70
A. Chiffres de fréquentation	70
B. Profil des patients	72
C. Profil socio-économique des patients	75
D. Nature des soins	76
V.2. Consultation de médecine générale, sans rendez-vous.....	77
V.3. Conclusion	78
VI. RESEAU NOMADE « PRECARITE ET ASSUETUDES »	80
VI.1. Les Midis du Nomade.....	80
A L'espace de parole : pourquoi et comment inviter les personnes sans-abri et mal-logées à des discussions publiques et collectives ? - 3 avril	81
B. Home street home. Les personnes sans-abri et les espaces publics : Quelle rencontre possible au travers d'une exposition et d'une journée d'étude ? - 16 juin.....	82
C. Quels engagements pour le professionnel du soin et de l'aide sociale ? - 25 septembre	82
VI.2. Le monitoring : un répertoire de pratiques participatives	83
VI.3. Conclusion	84
VII. LE BON PLAN.....	85
VII.1. L'agenda 2015	85
VII.2. Diffusion	86
VII.3. Évaluation.....	87
VII.4. Conclusion : perspectives 2015- édition 2016.....	88
IX. AUTRES RESEAUX ET PARTENARIATS.....	89
IX.1. GT AERLI.....	89
IX.2. Collectif morts de la rue	89
IX.3. Ateliers Traces de rue	91

IX.4. Pispot Festival	92
IX.5. Article 27	93
IX.6. Projet FEDER	93
IX.7. Partenaires communaux.....	94
A. Saint-Gilles	94
B. Molenbeek-Saint-Jean.....	94
IX.8. Quelques autres... ..	95
VIII. DEQ	96
VIII.1. Thématique(s) choisie(s) et objectifs	96
VIII.2. Mise en œuvre	97
VIII.3. Constats concernant les effets produits par le projet DEQ	98
XI. CONCLUSION GENERALE	101
XII. BIBLIOGRAPHIE	103
XIII. ANNEXES.....	105
XIII.1. Conseil d'administration.....	105
XIII.2. Assemblée générale	105
XIII.3. Membres de l'équipe 2014	106
XIII.4. Formations suivies en 2014	107



I. INTRODUCTION

L'objectif stratégique de DUNE – ce qui nous fonde, ce qui nous a rassemblé dès 1998, ce qui mobilise nos énergies – est la réduction des dommages liés à l'usage des drogues, particulièrement par voie injectable. Celle-ci vise la préservation du meilleur état de santé possible – aux moyens d'actions prophylactiques bien ciblées compte tenu des pratiques à risques – avec pour finalité éthique de donner plus de chance à l'inclusion sociale, à la résilience, au rétablissement, à la réhabilitation. Dans le domaine de la santé publique, il est convenu de la classer dans la catégorie tertiaire de la prévention. Cette stratégie repose sur les fondamentaux de la promotion de la santé et interagit sur les déterminants de la santé. Elle est nécessairement participative en prenant en considération les compétences individuelles des usagers à qui elle s'adresse.

Depuis 2009, l'ASBL DUNE dispose d'un agrément comme service actif en matière de toxicomanie dans le cadre du décret ambulatoire¹. Cet agrément s'est renforcé en 2013 par une reconnaissance dans le cadre du projet spécifique d'une partie de notre dispositif infirmier jusqu'alors soutenu par le SPP Intégration sociale (ce qui s'apparente en quelque sorte à un premier transfert de compétences). A ceci s'ajoute un agrément comme promoteur du réseau Nomade, en vertu des articles 177 à 196 du même décret.

Cette reconnaissance par la Cocof permet à DUNE de mettre en œuvre son objectif stratégique dans un cadre normatif sécurisant. Il se déploie autour des missions de prévention et d'accompagnement, d'un projet spécifique que complètent les moyens mis à disposition par le Fonds assuétudes et d'un réseau qui renforce la transversalité auquel nous invitent les situations individuelles complexes au cœur de notre travail quotidien.

En 2014, DUNE n'a pas démerité : elle renforce et améliore la qualité de ses interventions. La DEQ nous permet par ailleurs d'affiner notre recueil de données. Chacun se rend compte – aujourd'hui plus encore qu'hier – que nous devons intégrer dans notre travail la dimension d'incomplétude à laquelle nous renvoie la vulnérabilité psycho-sociale (extrême) de nos bénéficiaires. Sans cet exercice, nous risquerions de perdre le sens même de notre travail qui est avant tout d'ordre relationnel. C'est bien ce sens qui donne de la plus-value au « prendre soin » de notre métier et qui permet d'avoir un impact concret sur les facteurs de vulnérabilité.

C'est avec cette clef et au travers d'un outil expérimenté dans le travail de rue – nommée la « posture de proximité » – que nous vous invitons à découvrir nos activités en 2014. Bonne lecture !

¹¹ Décret 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, *M.B.*, 8 mai 2009.

II. TRAVAIL DE RUE

En parallèle des activités de prévention et d'accompagnement menées au comptoir de réduction des risques, DUNE a développé depuis 2009 un projet spécifique « travail de rue ». Ce projet vise à aller à la rencontre des populations, qui pour toute une série de raisons, ne sont (globalement) pas touchées par les services de première ligne, qui ne parviennent pas à capter une partie de leur public cible, malgré leur bas seuil d'accessibilité. La méthodologie du travail de rue ou « *outreaching* » permet en effet de réduire les distances sociales et symboliques qui existent entre le monde de la rue et celui des institutions, afin de faire tomber les obstacles qui rendent difficiles le contact avec les structures d'aide pour certaines franges des populations fragilisées.

Notre position en tant que travailleur de rue (et d'un comptoir de réduction des risques) se situe dans la « ligne 0.5 », la ligne de soins intermédiaire, recommandée dans chaque ville, par l'INAMI et Médecins du Monde, dans leur *Livre blanc*. DUNE appartient en effet à cet « ensemble de structures et/ou services ayant une approche multidisciplinaire, flexible et proactive, où les personnes exclues des soins peuvent bénéficier de soins de santé primaire (y compris la santé sexuelle et reproductive dans sa globalité), avec des conditions d'accès non discriminantes et respectueuses mais qui ont pour objectif à terme de réintégrer le patient dans la première ligne traditionnelle »².

Avec le travail de rue, notre objectif est avant tout de créer des opportunités favorisant la rencontre en rue et dans les lieux de vie des usagers de drogues (squats, gares, stations de métro...) afin qu'au fil des interactions, se tissent les liens nécessaires à la formulation de demandes d'aide spécifiques.

Les maraudes à pieds, avec sac à dos (1) ont été complétées, à partir de fin 2013, par un dispositif mobile de prévention et de soins infirmiers, le Médibus (2). Dans la troisième partie de ce chapitre, nous présentons les données quantitatives relatives à ce travail d'*outreaching* (3).

II.1. Maraudes à pieds

Les lieux parcourus à pieds lors des maraudes couvrent un large territoire du centre de Bruxelles. Les quartiers de maraudes sont choisis en fonction des lieux de consommation et de vie des usagers connus des travailleurs grâce aux échanges qu'ils ont avec les bénéficiaires et d'autres travailleurs de rue : places, parcs, parkings, terrains en friche, squats, stations de métro et gares. Dans d'autres cas, les travailleurs se déplacent sur l'appel de citoyens ou de collègues d'autres associations qui sont

² *Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique*, INAMI, Médecins du Monde, 2014, [en ligne], <http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-blanc.pdf>.

entrés en contact avec des usagers de drogues et qui cherchent un appui et un relais pour leur venir en aide. D'autres fois, ce sont les usagers eux-mêmes qui nous contactent afin de voir si nous ne sommes pas dans le quartier pour un dépannage, un soutien social ou une intervention paramédicale : par exemple, lorsqu'un usager est blessé ou ne peut se déplacer vers une structure d'aide et de soin.

Bien souvent, dans ce travail qui consiste à se rendre dans les lieux de vie et de consommations, nous sommes face à notre propre impuissance à agir avec un public qui ne demande (plus) rien. Comment alors prendre soin de ces personnes ? Devons-nous ne plus nous en soucier puisqu'elles ne demandent rien ou devons-nous, au contraire, opter pour une démarche proactive qui consisterait à mettre en place l'aide sociale à tout prix, sous prétexte que ce qui est face à nous désarçonne, déstabilise.

Nombreux sont ceux qui refusent d'aller vers les institutions à cause d'un passé institutionnel douloureux, d'une peur des institutions ou par découragement. Des éléments tels que la temporalité particulière liée au monde de la rue et le syndrome d'auto-exclusion, si bien décrit par Furtos³, ne sont que quelques pistes qui permettent de comprendre ces blocages car la complexité des parcours de vie est parfois telle qu'aucun élément pris séparément ne peut suffire à expliquer les ruptures entre le monde de la rue et les institutions.

Pour intervenir dans ce contexte et avec ce type de public, il faut faire le deuil de la toute-puissance à pouvoir venir en aide à l'autre, malgré la détresse qui se joue devant nous et nous mets, en tant que professionnels, également dans une certaine détresse. Il faut adapter et réadapter continuellement nos pratiques pour faire une offre qui fasse sens.

Les dépannages en rue permettent ainsi souvent l'instauration d'un premier contact où chacun s'apprivoise. Petit à petit, nous tentons d'amener la personne vers le CLIP où il sera possible d'entamer des démarches administratives (carte d'aide médicale urgente, mutuelle, carte d'identité, aide du CPAS, etc.), de réaliser des soins infirmiers dans de meilleures conditions et de l'accompagner vers d'autres structures selon ses besoins et demandes. Malgré tout, les refus existent. Il est dès lors utile de se rappeler que le rôle du travailleur social ou de l'infirmier est avant tout d'accompagner et de soigner, dans les limites imposées par l'utilisateur. Il ne s'agit pas de forcer. L'important est de garder la confiance de la personne, si elle refuse un service un jour, il n'est pas dit qu'elle ne l'acceptera pas le lendemain.

Il n'y a pas de solution miracle avec ces publics. Il faut simplement accorder le temps nécessaire à la création du lien qui nous permettra de répondre à la première demande

³ Pour les développements relatifs à ces éléments, voyez *infra*, « accompagner l'émergence d'une demande ».

(implicite) à laquelle nous sommes confrontés : la demande d'une écoute active, une demande avant tout d'ordre relationnel. Accorder le temps nécessaire à la création de la relation suppose de respecter les temporalités de l'autre, tout en s'abstenant d'un quelconque jugement de valeur pour que se tisse au fil des rencontres – qui sont autant de prétextes à la construction d'une demande secondaire – le lien de confiance indispensable à l'émergence d'autres demandes. Ceci requiert de la part du travailleur social une très grande faculté d'adaptation au contexte, à la personne et aux difficultés rencontrées par celle-ci. C'est ici que le travail social de rue prend tout son sens dans la mesure où adapter son intervention à la personne sous-entend se rendre compte de ce qu'elle vit au quotidien.

L'objectif, même si nous emportons du matériel stérile d'injection en rue, n'est donc pas d'en distribuer un maximum à un maximum de personne. Il s'agit avant tout de créer et de recréer du lien avec des personnes qui ne vont pas (ou plus) vers les structures d'aide. Ces dernières leur semblent trop rigides et leur cadre apparaît parfois en inadéquation avec la réalité vécue par les usagers de la rue.

L'offre est donc relationnelle avant d'être axée sur une quelconque résolution de la problématique. C'est davantage le processus que le résultat qui importe dans la rencontre, comme le souligne Fustier⁴. Avec des personnes qui sont généralement en souffrance socio-affective, la mise en projet et l'instauration d'une dynamique de changement ne peuvent se faire que si le lien créé en rue est suffisamment fort.

Pour entrer en contact et créer du lien avec les usagers de drogues les plus précarisés, marginalisés et exclus, nous devons développer une approche complexe et particulière : il s'agit d'adopter une posture dite de proximité. Cette notion de « posture de proximité » ne recouvre pas seulement la réduction des distances physiques qui séparent le professionnel du public-cible (même si notre travail nous y conduit) mais vise surtout à réduire les distances symboliques et sociales qui séparent le professionnel du bénéficiaire.

Entrer en contact lors de maraudes n'est pas une chose évidente. Tout public est abordé. En effet, malgré notre spécificité, il n'est pas marqué sur le front des personnes abordées que ce sont des usagers de drogues. Dans le cas contraire, conseils, services, explications et réorientation leur sont donnés/proposés. Le contact avec un/des toxicomane(s) est un travail qui se fait en plusieurs étapes.

Ce n'est pas toujours facile et encore moins évident d'aborder ce public. L'approche d'un usager peut se faire avec de l'empathie, de la

⁴ P. FUSTIER, *Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial*, Paris, Dunod, 2005.

compréhension, une certaine forme de compassion ou une dose d'humour millimétrée.

La mise en confiance est très importante. Une petite plaisanterie ou une histoire courte est toujours la bienvenue car c'est un bon moyen de détendre la personne, la faire sourire ou rire.

La présence d'une infirmière et d'un travailleur social est le binôme parfait pour le travail en rue. L'approche d'un usager se fait plus facilement par le fait d'apercevoir un soin banal de « bobologie », un problème qui peut être cutané ou veineux, ou une blessure. Dans ce cas, la/les personnes abordée(s) se sentent de suite en confiance si un soin leur est donné. Inciter la personne à se rendre à l'infirmierie du CLIP pour des soins plus appropriés est alors une aubaine pour un bon suivi et devient plus facile.

(Jean-Philippe, travailleur social à DUNE)

Comme le dit si bien Pierre Roche, il s'agit d'entendre la posture de proximité comme être « auprès de », « avec »⁵. L'objectif de cette posture professionnelle est avant tout d'aller vers l'autre en évitant de poser des barrières (langage institutionnel, relation régie par le cadre..) entre le bénéficiaire et le professionnel, sans pour autant construire des liens trop proches qui seraient destructeurs. C'est considérer le bénéficiaire comme un autrui « tout à la fois semblable car appartenant au genre humain et différent car n'occupant pas les mêmes places sociales »⁶. Cette posture professionnelle permet donc d'aller au contact et d'entrer en relation avec un public qui se trouve bien souvent éloigné des institutions.

Aller vers notre public-cible et entrer en relation, nécessite une présence régulière destinée à acquérir une connaissance non-négligeable du terrain, de ses particularités et des usagers, de manière à comprendre ce qui fait sens dans ce contexte bien particulier. Sur cette base, il s'agit d'inventer et de réinventer notre pratique pour proposer une approche qui corresponde aux spécificités du public-cible. Le travail de maraude à pieds nous donne ainsi la formidable opportunité d'être sur place, d'observer, de sentir et de ressentir, par la mobilisation de tous nos sens, la réalité vécue par les personnes qui constituent notre public pour définir les contours de notre pratique. Le froid, la puanteur, l'insalubrité, la détresse sur les visages sont autant d'indicateurs permettant de saisir au mieux leurs réalités. Il s'agit d'un long travail d'observation et d'imprégnation du milieu qu'on ne peut acquérir que par la proximité physique, qui nous amène à explorer les lieux où les personnes se trouvent.

⁵ P. ROCHE, « Les défis de la proximité dans le champ professionnel », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2007, vol, 1, n° 3, pp. 63-82.

⁶ V. JANKÉLÉVITCH, *Le pur et l'impur*, Paris, Flammarion, 1960, cité par P. ROCHE, *op. cit.*, p. 66.

L'une des particularités de cette posture de proximité est qu'elle remet en question les cadres institutionnels du travail social institué dans la mesure où elle implique nécessairement un mode de socialité plus symétrique que la relation induite par les règles, le cadre des institutions intra-muros où chacun est renforcé dans son rôle et son statut par la nature même du fonctionnement de la structure. Ce n'est pas l'utilisateur qui s'adapte mais bien le professionnel qui doit redéfinir à chaque rencontre son approche car c'est lui qui va vers l'utilisateur, sur son territoire et pas l'inverse. On n'est plus dans la posture classique où l'utilisateur pousse la porte d'un service pour formuler une demande. On n'est pas dans le cas de figure où l'utilisateur est tributaire du travailleur social qu'il rencontre lorsqu'il formule sa demande dans le cadre bien tracé d'un bureau de permanence sociale. Ici, la personne ne demande rien et nous ne lui proposons, dans un premier temps, qu'une offre relationnelle qui doit nécessairement précéder la demande d'aide. C'est donc bien le travailleur qui est tributaire de l'utilisateur dans la mesure où si ce dernier refuse la relation, il ne peut entrer en contact avec lui : refuser le don quel qu'il soit engendre un refus d'entrer en relation.

Pour le professionnel, la complexité et l'exigence de la posture de proximité viennent du fait qu'elle lui demande d'avoir une réflexion continue sur sa pratique. Quelle juste distance instaurer pour ne pas entrer dans une relation trop fusionnelle avec l'utilisateur qui serait néfaste à chacun des protagonistes ? Cela demande de pouvoir se décentrer de son système de références pour approcher au mieux la réalité de l'autre, comprendre ses modes de fonctionnements et ces comportements face au monde.

La posture de proximité, si particulière soit-elle par rapport à ce que l'on apprend dans les écoles sur la juste distance entre professionnel et utilisateur, si difficile soit-elle à tenir au regard des limites parfois floues entre socialité primaire et secondaire, n'en n'est pas moins nécessaire dans la pratique de notre travail à DUNE. La plupart du temps, nous sommes en relation avec des personnes qui sont quotidiennement en proie aux difficultés de la vie en rue et aux conséquences d'une consommation parfois déréglée qui conduisent au découragement, au « pétage de plombs », à l'isolement, à la rupture.

Pour conclure sur ce point, rappelons que l'objectif n'est pas, dans un premier temps, de résoudre une quelconque problématique sociale de la personne mais de lui permettre, par l'échange et le don d'individuation, de petit à petit reprendre une part dans un processus de valorisation de ses ressources et de changement. Ainsi, la posture de proximité permet de travailler à la réduction de plusieurs risques : les risques médicaux et sanitaires liés à la prise de drogues, mais aussi les risques de désocialisation que court le consommateur dans son mode de vie.

II.2. Médibus

Partenaires : Médecins du Monde, Transit.
Sources de financement spécifiques : Loterie nationale (achat et aménagement du bus), STIB et Ello mobile (fonctionnement).

Depuis novembre 2013, le travail de maraudes à pieds est complété par un dispositif innovant, unique à Bruxelles : le Médibus. Il s'agit d'un mobile-home transformé en salle de consultations infirmières et en un comptoir d'information et de réduction des risques liés aux usages de drogues.

Cet outil d'outreaching permet d'aller à la rencontre des personnes en situation de grande précarité sur leur lieu de vie mais surtout d'offrir en rue un lieu plus adéquat à la réalisation des soins ainsi qu'un lieu où le consommateur peut librement venir se poser pour parler. Toute sortie du Médibus est accompagnée par une équipe qui effectue des maraudes à pieds.

A. Sites d'implantation

De novembre 2013 à juillet 2014, les permanences ont été assurées par une équipe mixte DUNE-Médecins du Monde, sur plusieurs sites :

- ✓ Gare du Nord : Jeudi de 19h30 à 21h
- ✓ Gare Centrale : Le lundi de 18h30 à 21h
- ✓ Ribaucourt : Jeudi de 18h à 19h (de novembre 2013 à février 2014)

Suite aux observations de terrain, nous avons jugé opportun de concentrer nos forces sur le quartier Ribaucourt et de laisser à Médecins du Monde la gestion des autres sites, dans la mesure où c'est à Ribaucourt que nous rencontrons le plus notre public-cible, les usagers de drogues, contrairement aux autres sites qui sont principalement fréquentés par des personnes ne présentant pas de problème d'assuétude.

A cet égard, relevons que la plateforme associative et citoyenne locale « Ribaupôle » (qui regroupe des habitants, des associations, la commune et la police locale et a travaillé 5 ans sur les aspects de convivialité, de sécurité et de cohésion sociale) constatait en 2012 :

*Le carrefour Ribaucourt se trouve dans un quartier précarisé qui souffre d'un sentiment élevé d'insécurité. Il y a des **violences autour du trafic, de la consommation**. La répression semble inefficace et inappropriée, la problématique des assuétudes serait désinvestie par une grande part des acteurs de terrains en regard de la complexité du travail que celle-ci soulève. Les différents groupes d'usagers ont évolué au fil du temps, les profils des usagers et les origines sont multiples et cosmopolites. Une grande partie des usagers de drogues du carrefour Ribaucourt vivent dans la **grande précarité** parfois sans protection sociale ni accès aux soins ou aux services spécialisés et sont en situation de désinsertion ou de désaffiliation sociale majeure. Les acteurs de la Plateforme Ribaupôle sont préoccupés par l'état de **santé très dégradé** de certains usagers. (...) La*

*présence des usagers de drogues à Ribaucourt, ne date pas d'hier, comme en témoigne les différents articles de presse qu'il est possible de trouver sur le sujet. Le quartier a fait l'objet de nombreux investissements de la part des pouvoirs communaux, via les contrats de quartier et de sécurité, sans pouvoir parvenir à répondre efficacement ou à pacifier le problème de l'usage de drogue dans cette partie de la commune. Ces dernières années, **la sociologie des usagers a fortement évolué**. Les usagers autrefois issus principalement du quartier partagent désormais cet espace avec d'autres publics méconnus des services de proximité⁷.*

Ce quartier est donc marqué par une « scène ouverte » de deal et d'usages en rue, attestant de la pertinence du choix d'implantation du Médibus pour notre travail d'outreaching. Le rapport « Riboutique » souligne :

*Il y a une **centaine d'usagers problématiques** et en situation d'errance sur l'espace de Ribaucourt, plus les usagers "chalands" qui fréquentent le lieu pour acheter le produit, **quelques 300-400 usagers** si on infère le pourcentage des patients issus des services ambulatoires bas seuil actuellement en traitement et fréquentant Ribaucourt en vue d'acheter des produits illégaux⁸.*

Depuis février 2014, le Médibus est donc disponible deux après-midis par semaine dans le quartier Ribaucourt, le long du Boulevard Léopold II (Place Saintelette) : le mardi de 15h à 18h et le jeudi de 15h à 18h. Les moments de présence sur le quartier n'ont pas été choisis au hasard, mais suite aux longues observations de terrain, aux échanges formels (focus groupes) et informels en rue (discussions). Cette plage-horaire de la fin d'après-midi est apparue comme opportune pour le travail d'outreaching car elle correspond mieux aux habitudes de fréquentation du quartier par les usagers. Le changement d'horaire a toutefois eu un impact sur les modalités du partenariat avec Médecins du monde, étant donné que notre partenaire n'était pas en mesure d'assurer la présence de bénévoles sur ce quartier en journée.

B. Maraudes

Si les premiers résultats sont encourageants, ce n'est qu'un début et nous devons être patients, car le public que nous souhaitons toucher est, comme on l'a vu, en rupture avec les structures de soins classiques et cultive souvent beaucoup de méfiance à l'égard des aidants.

Pour favoriser le travail d'« outreaching », qui consiste à « aller vers », notre équipe déploie un travail de rue aux alentours du Médibus. En effet, toute permanence du

⁷ M. KIRZIN, H. MIMOUNI, E. HUSSON, *Concertation bas seuil. Projet « Riboutique »*, décembre 2012, <http://reductiondesrisques.be/wp/wp-content/uploads/2013/03/Rapport-Riboutique-last.pdf>, pp. 2-4.

⁸ M. KIRZIN *et al.*, *op. cit.*, p. 36.

Médibus est accompagnée par deux travailleurs qui sillonnent le quartier aux alentours du bus, dans la poursuite d'un double objectif :

- ✓ faire connaître le dispositif auprès des usagers ;
- ✓ laisser le temps aux usagers encore méfiants d'aller vers le dispositif, en travaillant à la création d'un lien de confiance.

Les maraudes et la présence régulière du dispositif mobile doivent d'inscrire dans le temps pour déployer toutes leurs potentialités.

C. Partenariat et équipe pluridisciplinaire

Pour renforcer l'offre de soins et d'aide sociale sur le quartier Ribaucourt, nous avons développé un partenariat avec l'ASBL Transit dont les travailleurs de rue participent aux permanences du Médibus.

Cette collaboration avec les travailleurs de rue de Transit offre une réelle plus-value au projet en termes d'expérience de travail avec ce type de public. Cela facilite également les relais et les accompagnements vers d'autres structures, de manière rapide, dans la mesure où les travailleurs de rue de Transit ont plus de disponibilités pour accompagner les bénéficiaires. Les relais entre DUNE et Transit, deux services actifs en toxicomanie, sont alors facilités par la présence d'une équipe mixte sur le terrain.

Outre un accès aux soins via la consultation infirmière, nous proposons la présence d'une équipe pluridisciplinaire (éducateurs, infirmiers, assistants sociaux), à l'instar de ce que nous faisons au comptoir, pour permettre une prise en charge efficiente du patient (ex. travail administratif pour une carte médicale, orientation et accompagnement vers la seconde ligne).

II.3. Données relatives à l'outreaching

Nous présentons ici les données quantitatives relatives au travail de rue, dans ses deux acceptations : les maraudes à pieds et le Médibus.

Pour rappel, les objectifs spécifiques du travail de rue peuvent être synthétisés de la manière suivante :

- ✓ rencontrer de nouveaux usagers de drogues et recréer du lien avec les usagers de drogues les plus fragilisés dans l'optique de les réorienter ;
- ✓ offrir des soins curatifs et préventifs à une population d'usagers de drogues vivant en situation de grande précarité ;
- ✓ (re)créer un lien entre cette population et des professionnels de la santé ;
- ✓ améliorer l'information sur la réduction des risques liés aux usages de drogues ;
- ✓ donner accès au matériel stérile dans les lieux de vie des usagers de drogues qui ignorent ou s'intègrent difficilement au réseau de soins spécialisés en

toxicomanie ;

- ✓ favoriser les relais vers le CLIP et plus généralement, vers les structures de soins du bas seuil, en médecine générale classique et en toxicomanie.

Au cours de l'année 2014, nous avons effectués 128 maraudes (en rue à pieds) et 95 sorties avec le Médibus, soit un total de 223 sorties en rue. Le Médibus a permis d'augmenter significativement les contacts en rue, l'offre de soins et l'accès au matériel.

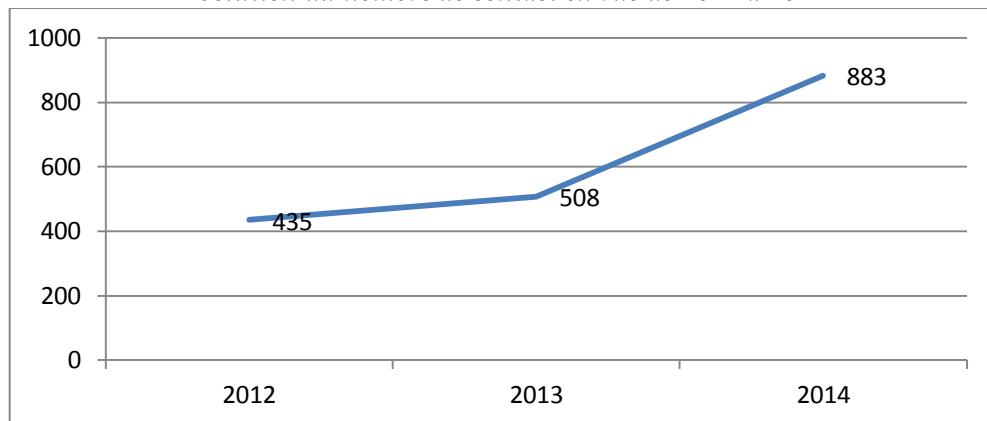
A. Nombre de contacts

Le terme contact comprend uniquement les situations où nous avons pu établir un dialogue avec les personnes rencontrées durant les maraudes. La plupart des contacts effectués en rue concernent des usagers déjà connus par les travailleurs soit parce que ceux-ci fréquentent ou ont fréquentés le CLIP ou le Médibus, soit parce que des contacts préalables ont déjà eu lieu en rue au fil des années. Nous estimons qu'environ 10% des contacts concernaient de nouveaux usagers.

Contact dans le cadre des dispositifs d'outreaching

Rue	Médibus	Total
566	317	883

Evolution du nombre de contact en rue de 2012 à 2014

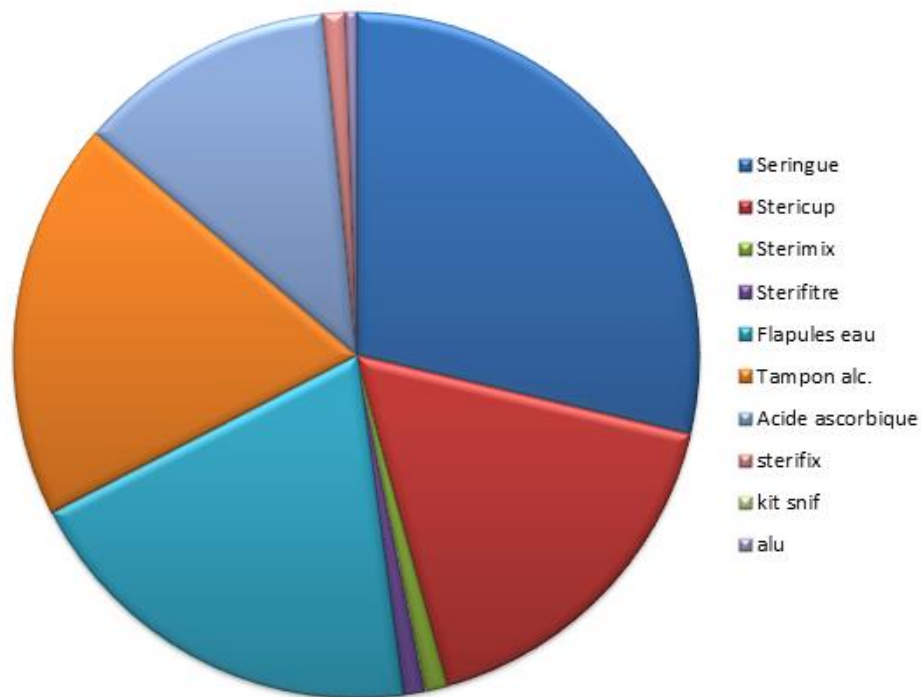


B. Matériel distribué

Il n'est pas inutile de répéter que nous ne considérons pas le don de matériel en rue comme une finalité mais plutôt comme un moyen d'entrer en relation avec notre public. Parfois, plusieurs rencontres sont nécessaires avant que la demande de matériel ne soit formulée, malgré qu'ils soient informés de cette possibilité. Demander aux travailleurs sociaux du matériel stérile est faire l'aveu de sa toxicomanie à un inconnu, ce qui n'est pas toujours évident lorsque l'on connaît les blessures narcissiques que la dépendance aux produits réactive sans cesse...

Pour certains usagers, les rencontres en rue se limiteront à l'échange de matériel et ils n'en demanderont pas plus. C'est très bien comme ça pour le moment et nous respectons leur choix, tout en laissant la porte ouverte. Il s'agit bien souvent d'usagers qui ne vont pas (encore) vers les comptoirs de réduction des risques. D'autres consommateurs, déjà connus par notre service, ne formuleront qu'épisodiquement des demandes de dépannage car ils se fournissent déjà dans les comptoirs. Pour cette catégorie de personnes, la rencontre en rue est avant tout un moment de discussions et d'échange informel qui servira à renforcer le lien créé depuis des années.

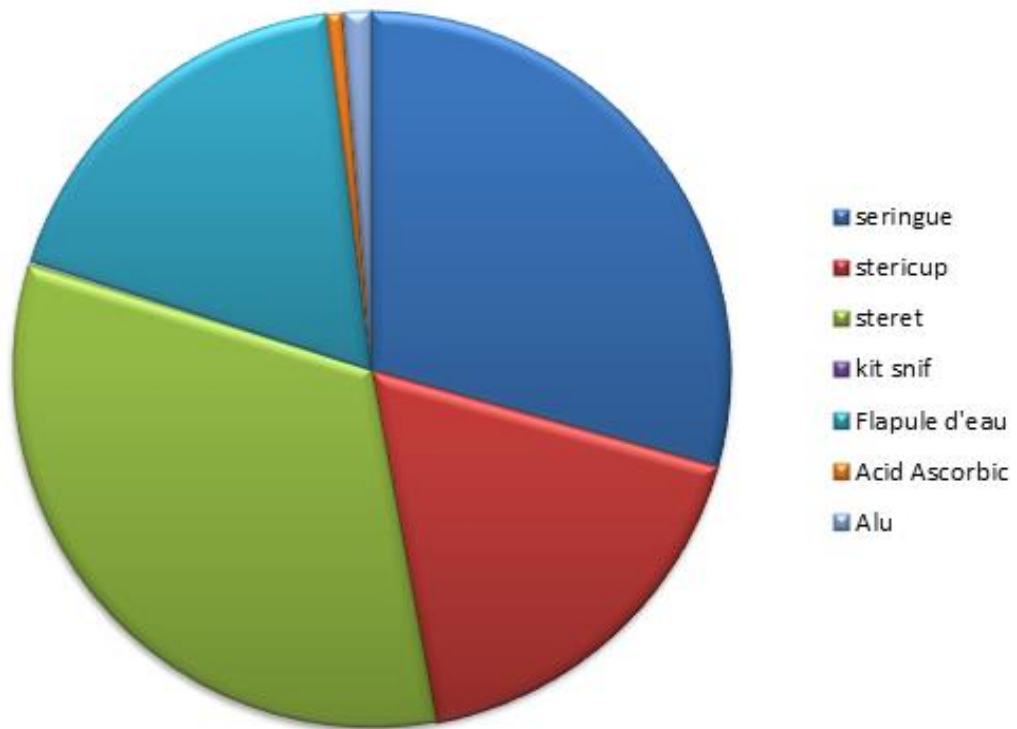
Matériel distribué dans le cadre du Médibus



Médibus									
Sering.	Stéricup	Sterimix*	Stérifitre	Flapule d'eau	Tampon alcool	Acide ascorb.	Stérifix	Kit snif	alu
2072	1230	75	74	1413	1355	879	77	0	39

*Cuillère stérile et filtre nouvelle génération

Matériel distribué dans le cadre des maraudes à pieds



Maraudes						
seringue	stéricup	steret	kit snif	Flapule d'eau	Acide asc.	Alu
1062	642	1180	7	655	26	46

C. Soins infirmiers

Le Médibus a indéniablement permis d'augmenter significativement l'offre de soins en rue. En effet, nous sommes passés de 24 soins effectués en rue en 2013 à 301 soins en rue en 2014 : 295 dans le dispositif mobile et 6 au cours des maraudes « traditionnelles » à pieds.

Cette différence importante s'explique par le fait que nous avons privilégié la présence des infirmier(ère)s dans le cadre des consultations mobiles et au dispensaire du CLIP. Les maraudes à pieds sont essentiellement faites par nos travailleurs sociaux, en dehors et parallèlement aux heures de présence en rue du Médibus.

Le tableau qui suit reprend le nombre de soins prodigués dans le Médibus.

Soins par site	
Ribaucourt	86
Gare centrale	127 (du 11/2013 - 07/2014)
Gare du Nord	82 (du 11/2013 - 07/2014)
Total soins	295

Pour rappel, si au départ, le dispositif fonctionnait avec une équipe mixte (DUNE/Médecins du Monde) sur les différents sites, en cours d'année, nous avons recentré nos activités sur Ribaucourt afin de rencontrer prioritairement notre public cible, qui se faisait plus rare sur les deux autres sites.

D. Bénéficiaires de soins

Ces données reprennent uniquement les patients rencontrés dans le cadre du Médibus.

File active	
Patients Ribaucourt	52
Patients Gare Centrale	77
Patients Gare du Nord	60
Total Patients	189

En ce qui concerne les caractéristiques du public rencontré en rue, il est intéressant de constater qu'il présente les mêmes particularités que le public qui fréquente le dispensaire du CLIP. En effet, tout comme pour les usagers du CLIP, la catégorie d'âge la plus représentée est celle des 25-35 ans, qui représente plus de 30% de la file active. De même, en ce qui concerne le sexe, on constate la même proportion : seulement 10% de femmes constituent le public du dispositif mobile.

Après une année de fonctionnement du Médibus, nous allons mettre en place un processus évaluatif permettant de mesurer le taux d'orientation vers les structures sédentaires afin de vérifier si le dispositif rencontre l'objectif d'offrir une porte d'entrée vers les services de secondes lignes (ou le CLIP).

A l'heure actuelle, nous ne sommes pas en mesure d'établir avec précision le nombre de personnes passées par le Médibus qui se sont ensuite rendues au CLIP pour poursuivre leurs soins et obtenir un soutien en termes de réduction des risques. Par contre, les observations de terrain permettent de dire que le public fréquentant le Médibus n'est pas le même que celui venant au CLIP. Il s'agit en effet de personnes, parfois inconnues des travailleurs (certains usagers sont là depuis plus de 10 ans), qui bien souvent ignorent l'existence de structures telles que les nôtres.

II.3. Conclusion : un chaînon manquant

En guise de conclusion, nous souhaitons mettre en évidence la nécessité sanitaire de mettre en place des dispositifs complémentaires, tels que les salles de consommation à moindre risque.

Quoi de plus explicite et interpellant qu'un récit et quelques photos.

Nous connaissons S. depuis de longs mois, c'est une personne attachante et généreuse. Elle prend du matériel d'injection stérile régulièrement. Elle arrive un jour au Médibus et nous présente une amie.

S. est agitée et nerveuse : l'amie lui a demandé de lui injecter le produit qu'elle vient d'acheter, ce qui la stresse beaucoup. Son amie ne veut pas s'injecter seule, elle n'y arrive pas : c'est toujours quelqu'un d'autre qui lui fait l'injection.

S. exprime sa nervosité à l'idée de procéder à l'injection, disant qu'elle refuse généralement de le faire. Après avoir essayé sans succès de convaincre l'amie de s'injecter elle-même, j'explique à S. l'importance de se calmer, et nous regardons les veines utilisables. A l'aide d'un marqueur, je trace le trajet de la veine qui me paraît la plus facile à utiliser. Les veines sont fines et difficiles à trouver. J'aimerais pouvoir les guider, les rassurer par ma présence et leur assurer un lieu propre, calme et à l'abri des regards, je ne peux que donner quelques conseils théoriques... et les envoyer se débrouiller au mieux à l'extérieur du Médibus.

Je sais où elles vont aller, j'ai déjà vu la « pièce » près du canal où vont les usagers. Il n'y a plus de lumière, et des détrituts et des seringues usagées jonchent le sol, ainsi que du sang, de l'urine, une odeur difficile à supporter. Je les laisse partir toujours dans l'urgence et le stress.*

* « La pièce » : salle d'injection à.... haut risques...



III. PREVENTION

L'article 7 du décret 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé stipule :

Le service actif en matière de toxicomanies exerce les missions d'accueil et d'information pour les usagers de drogues, leur famille et leur entourage et au moins une des missions générales suivantes : (...)

3° la prévention :

a) Le service actif en matière de toxicomanies organise des activités de prévention ou collabore à l'organisation d'activités ayant pour objet la prévention, notamment la prévention des dommages encourus par les usagers de drogues.

b) Les activités de prévention peuvent notamment consister en :

1. l'information, la sensibilisation et l'éducation de la population ainsi que des acteurs sociosanitaires, psychosociaux, scolaires et socioculturels en matière de toxicomanies et de prévention des dommages encourus par les usagers de drogues;

2. les interventions spécifiques de prévention envers des groupes ciblés, notamment envers des personnes confrontées ou susceptibles d'être confrontées à des problèmes de toxicomanies.

Dans cette partie du rapport, le lecteur pourra constater que DUNE remplit l'ensemble des missions énoncées dans une démarche de complémentarité des activités qu'elle développe, qui concourent à la réduction des risques liés aux usages de drogues grâce une diversité de dispositifs à très bas seuil d'accès. Nous présenterons donc les activités relatives aux missions préalables d'accueil (1) et d'information aux usagers de drogues et leur entourage (3, 4), à la prévention (dans sa déclinaison RdR) des dommages encourus par les usagers (2), à l'information et la sensibilisation de la population (5) et des acteurs socio-sanitaires (6) ainsi qu'aux interventions auprès d'intervenants confrontés aux usagers de drogues en rue (7). En conclusion, nous ferons part de notre frustration, liée à l'incomplétude des dispositifs destinés à notre public cible qui questionne le sens de nos actions (8).

III.1. Accueillir : le CLIP bien plus qu'un comptoir d'échange

Lorsque le lien a pu être créé et que de multiples rencontres ont pu avoir lieu en rue ou lors des passages au CLIP, parfois furtifs, pour prendre uniquement du matériel, certains commencent à trouver leurs repères au sein de notre local d'accueil. Pour que celui-ci soit le plus accessible possible, nous proposons d'accueillir les personnes sur base de trois principes : l'inconditionnalité, l'anonymat et la gratuité.

A. Cadre de l'accueil

Au CLIP, comme dans toute institution, un cadre est à respecter pour que chacun puisse se sentir accueilli. Toutefois, nous voulons que ce cadre soit le plus souple possible et, pour garantir le calme et la sécurité, nous préférons la discussion autour des balises plutôt que d'y faire référence. Faire constamment référence au cadre infantilise et déshumanise la relation dans la mesure où l'autre n'est plus considéré comme sujet mais comme un bénéficiaire devant se comporter de telle ou telle manière pour respecter les règles édictées par le professionnel. Cela reviendrait à remettre l'autre dans sa position d'usager de drogues bénéficiant d'un service alors que nous essayons, au contraire, de ne pas le considérer uniquement au travers de sa consommation.

La mise à disposition d'un lieu d'accueil tel que nous l'avons pensé est d'autant plus pertinente qu'il est nécessaire de (re)créer du lien avec un public qui est d'ordinaire peu enclin à parler de ses difficultés relatives notamment aux modes de vie liés à la consommation de drogues. Le travail entamé en rue ou lors des passages au comptoir (pour du matériel) peut se poursuivre sur le même registre avec l'avantage que ce lieu offre la possibilité, au choix et sans obligation, de bénéficier des services développés au comptoir (soins infirmiers, permanence sociale, consultation médicale, lavoir social, douches, dons de vêtements/couvertures/nourriture...). Tous ces services sont présentés aux usagers qui poussent la porte du CLIP sans qu'il n'y ait aucune obligation. L'accès est libre, inconditionnel. Cette méthodologie de l'accueil permet de leur laisser du temps pour apprivoiser les lieux et de les respecter dans leur choix de vouloir ou non bénéficier des services disponibles. Ils peuvent simplement se poser, se reposer, parler de choses et d'autres, sans que leur situation sociale ne soit au cœur du débat. Certains l'appellent « *la maison* », « *la famille* » ou « *le repère* ». C'est bien de ça dont il s'agit : offrir un espace reposant, apaisant qui permette de se retirer, de se réfugier de la rue, de se réfugier.

Tout comme en rue, ne pas axer uniquement les échanges sur les problématiques vécues par la personne lui redonne une place de sujet, d'autrui, d'être partageant la même humanité que vous et moi. C'est remettre de l'humain là où bien souvent, les rapports sont occultés par le statut de « *tox* », de « *SDF* » ou de « *bon à rien* » que les personnes véhiculent malgré elles, avec la conséquence qu'elles ne sont plus perçues comme des êtres mais comme étant uniquement constituées de tous les stéréotypes liés aux statuts désignés ou assignés.

Néanmoins, ce n'est pas parce que la problématique de l'usager n'est pas au centre des discussions que les travailleurs se contentent d'observer la détresse de l'autre sans lui proposer un accompagnement ou de bénéficier d'un service, sous prétexte qu'ils

considèrent l'autre comme acteur posant des choix. Il faut être fin dans la relation et saisir au bon moment les ficelles à actionner pour permettre aux usagers de formuler l'une ou l'autre demande.

Les multiples contacts effectués par l'intermédiaire de l'accueil nous permettent, pour certains, d'amorcer la première phase de l'accompagnement qui consiste à faire émerger des demandes chez des personnes qui ne demandent (plus) rien... Ce processus de maturation est nécessaire avant d'entrer dans la seconde phase de l'accompagnement qui consiste à être aux côtés des usagers pour travailler l'objet de leur(s) demande(s) et, ensuite, les accompagner physiquement dans l'orientation éventuelle vers des services plus spécifiques. La convivialité de notre lieu d'accueil est donc primordiale pour permettre à ces personnes de sortir de leur isolement et à nouveau oser demander de l'aide.

B. Fréquentation du CLIP et exigüité des locaux

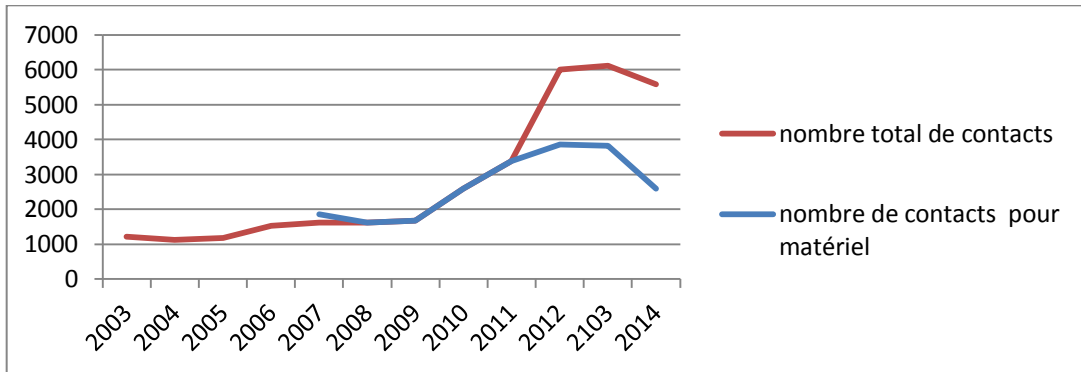
L'augmentation constante de la fréquentation du CLIP met en péril notre travail car nous n'avons pas toujours la superficie nécessaire pour offrir un espace de qualité et une écoute active si importante dans un processus de création du lien.

En effet, en 2014, sur le nombre total de contacts réalisés au CLIP (5581), ce sont 2996 passages qui ont été uniquement objet d'un accueil⁹, sans don de matériel. Parmi les passages d'usagers prenant du matériel (2585), environ 30% sont restés à l'accueil.

Ces données et le graphique ci-dessous montrent combien l'accueil en soirée est essentiel pour les usagers fréquentant le CLIP et que notre travail ne se limite pas à la distribution de matériel destiné aux usagers pratiquant l'injection et aux problèmes que cette pratique génère. Il s'adresse à tous les usagers de drogues en situation de grande précarité, quelques soient leurs pratiques et les produits utilisés, dans le cadre d'une approche globale de la réduction des risques, qui se préoccupe de tous les facteurs d'exclusion rencontrés par ce public cible, prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé.

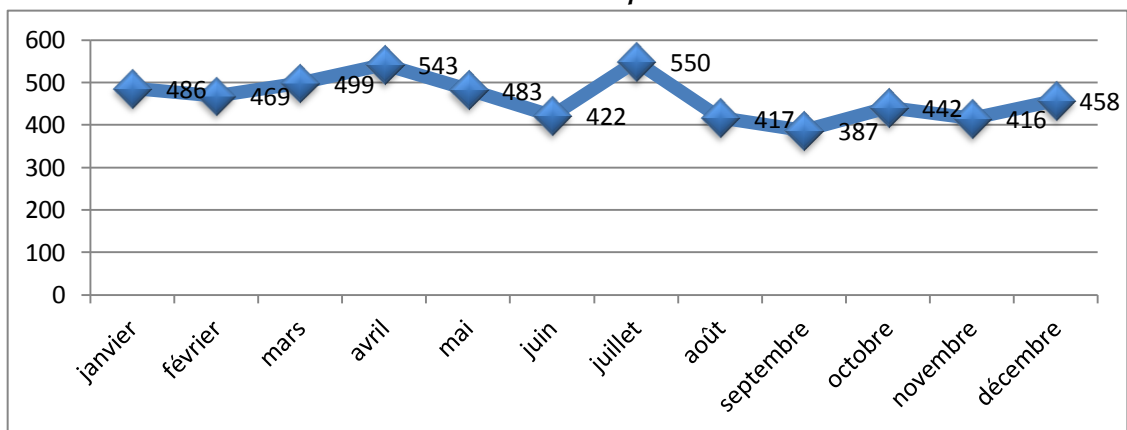
⁹ L'accueil est comptabilisé si la personne reste plus de 20 minutes dans les locaux.

Evolution du type de contact de 2007 à 2014



Ce tableau comparant la courbe des contacts liés à l'échange de matériel à celle du nombre total de contacts montre bien l'importance du travail d'accueil et de lien, les usagers ne venant pas uniquement pour prendre du matériel mais bien pour bénéficier du lieu, de l'accueil ainsi que des autres services proposés par le CLIP.

Contacts ventilés par mois



L'augmentation constante de la fréquentation du CLIP par les usagers entraîne une pression plus importante sur les travailleurs dont le nombre reste inchangé. Certains soirs, la présence de plus d'une dizaine d'usagers en même temps dans les locaux peut devenir difficile à gérer par les deux travailleurs qui sont de permanence en raison notamment de l'exiguïté des locaux.

Notre recherche de nouveaux locaux trouve l'une de ses sources dans la nécessité d'augmenter notre capacité d'accueil afin de garantir un service de qualité aux usagers. En effet, nous sommes malheureusement aujourd'hui contraints, quelque fois, de devoir demander aux personnes de quitter les lieux tellement nos locaux sont saturés. Avouons qu'une pièce d'accueil d'environ 15m² n'est vraiment pas suffisante (surtout si on ajoute les chiens et les sacs qu'emmènent les usagers) pour garantir un travail de qualité – qui consiste à passer du temps avec les usagers afin de créer du lien – alors

que pas moins de 17 personnes sont accueillies, en moyenne, par soirée pour l'accueil. En plus de susciter beaucoup de débats en équipe, cette mesure conduit régulièrement à des situations de tensions lorsque les usagers sont invités à quitter les locaux par manque de place.

Depuis plusieurs années, DUNE est à la recherche de locaux pour réaliser ses activités, et surtout améliorer les conditions d'accueil des bénéficiaires. Dans un premier temps, nous avons tenté de louer des locaux plus spacieux mais l'état du marché locatif bruxellois joint à la stigmatisation des UDI ont laissé nos recherches infructueuses, voire nous ont confronté à l'effet NIMBY. Les refus d'implantation de notre association dans un quartier ont émané tant de certains habitants que d'autorités communales ne donnant pas leur accord à un changement d'affectation d'un bâtiment en « équipement d'intérêt collectif», malgré l'accord de la région bruxelloise, au motif (non exprimé formellement) de la spécificité de notre public cible. Cette situation particulière montre combien, encore aujourd'hui, le combat est encore grand pour faire évoluer les mentalités à l'égard de ces personnes en souffrance.

Le conseil d'administratif a donc décidé, en sa séance du 24 octobre 2014, de mandater la direction de rechercher les fonds afin que DUNE puisse devenir propriétaire de locaux¹⁰. Si le problème de réputation des usagers pourrait également jouer un rôle dans une opération d'acquisition, le fait de ne plus être à l'avenir locataires mettra nos activités à l'abri de la pression du marché locatif et de la répétition de situations d'incertitude (e.a. fin de bail) et de la « perte » de temps liée aux projets avortés. Ainsi, un dossier de demande d'accord de principe à l'achat et l'aménagement d'un bâtiment sera introduit à la Cocof en 2015.

C. Services proposés dans le cadre de l'accueil

Les services développés par DUNE à l'attention des usagers de drogues en situation de grande précarité sont inconditionnels, entièrement gratuits et, pendant le temps nécessaire au bénéficiaire, anonymes. Nous expliquerons les motifs pour lesquels notre philosophie d'intervention repose sur ces trois principes dans le 4^{ème} chapitre relatif à l'accompagnement.

Dans le cadre de la mission d'accueil et d'accompagnement, les services suivants ont été mis en place, pour compléter l'accès au matériel stérile d'injection, ou nécessaire à d'autres modes de consommation :

- ✓ une permanence sociale où les usagers peuvent être aidés dans leurs démarches ;
- ✓ un service infirmier où les usagers peuvent recevoir des soins de première ligne ;

¹⁰ Ce mandat a été confirmé et précisé lors de la séance du CA du 21 janvier 2015.

- ✓ une consultation médicale de médecine générale ;
- ✓ un lavoir social permettant de faire une lessive par semaine ;
- ✓ un vestiaire ;
- ✓ un service de douches, en collaboration avec une maison médicale.

Il est intéressant d'observer que tous ces services ont été mis en place au fil du temps, en fonction des observations des travailleurs de terrain. Ils ont vu la pertinence de développer une approche globale des difficultés rencontrées par nos usagers, liées souvent à grande précarité. Nous essayons de mener des actions qui prennent en compte les particularités de ce public, car c'est la seule manière de faire de la réduction des risques de manière cohérente. Pour ce faire, il ne suffit pas de donner une seringue propre, il faut prendre en compte le contexte social, médical et psychologique de la personne et de son environnement.

Prendre une douche (1) et avoir des vêtements propres (2-3) permet de retrouver sa dignité, et d'éviter d'être jugé. Cela facilite sans aucun doute les accompagnements et orientations vers les intervenants médico-psycho-sociaux en palliant à certains manques d'hygiène marqués qui constituent des situations délicates et provoquent des réactions de rejet. Le lecteur trouvera rapport des activités relatives aux autres services (permanence sociale, service infirmier, consultation médicale) dans deux autres chapitres.

1. Accès aux douches

Depuis plusieurs années, DUNE a mis en place un service de douches, grâce au partenariat avec la maison médicale des Marolles, située rue de la Samaritaine. La petite salle de bain qui se trouve au fond d'un local de consultation et qui servait depuis un certain temps de débarras a été réaménagée à ce effet. L'accompagnement pour une douche (sur rendez-vous pris par le bénéficiaire) se fait en dehors des heures de consultation de la maison médicale, avant de partir en maraude en rue.

En fonction des dons et de nos possibilités financières, nous distribuons shampoing, savon, coton-tige, brosse à dents et dentifrice.

En 2014, les usagers du CLIP ont bénéficié de 78 douches. Notre projet d'achat de nouveaux locaux prévoit l'installation de douches sur place, ce qui facilitera l'accès à ce service, pour lequel certains usagers déclinent parfois le rendez-vous pris.

2. Don de vêtements et couvertures

Ayant constaté que les personnes accompagnées à la douche n'avaient pas toujours de vêtements propres pour se changer, nous avons également mis en place un service de vestiaire à partir duquel les bénéficiaires peuvent recevoir des vêtements de rechange, des vestes, des chaussures...

Il est alimenté par des vêtements reçus des Petits Riens, des travailleurs et de leurs connaissances professionnelles et personnelles. En hiver, on se procure des couvertures.

3. Lavoir social

Depuis l'été 2008, DUNE a également développé un lavoir social offrant aux bénéficiaires la possibilité de faire une lessive par semaine. Ce service complète le service de douches et le vestiaire puisqu'ils peuvent disposer de linge propre, sans avoir à se débarrasser de leurs vêtements trop sales ou infestés de poux de corps, impossible à faire partir sans une lessive bouillante.

En 2014, nous avons effectués 377 machines mais le service n'a pas pu tourner de manière efficiente durant l'année. En effet, la machine à laver et le sèche-linge ont commencé à donner des signes d'usure et des pannes sont survenues en cours d'année. Le service a d'ailleurs dû être suspendu, puis ralenti, pendant plusieurs mois. Fin 2014, un projet a été rendu dans le cadre de l'appel 2015 du Fonds Pauvreté, géré par la Fondation Roi Baudouin : le soutien obtenu permettra d'acheter de nouvelles machines professionnelles début 2015.

D. Profil des personnes fréquentant le CLIP

Bien que les bénéficiaires puissent accéder aux services de manière anonyme, lors de l'accueil, il leur est demandé de communiquer leur prénom, date de naissance et code postal, qui forment leur identifiant. Ces éléments nous permettent de produire quatre types de données quantitatives : la file active, à savoir, le nombre de personnes différentes accueillies sur l'année (1), la répartition par sexe des bénéficiaires (2), leur distribution par tranches d'âge (3) et leur répartition géographique (4).

1. File active

Dans le cadre de la démarche d'évaluation qualitative, DUNE s'était proposé de mettre en place une base de données permettant d'objectiver, avec le plus de précision possible, les demandes effectués par le public à nos différents services (comptoir, service social, infirmerie...) afin de mieux cibler nos actions pour y répondre.

La création de cet outil a eu un autre bénéfice, celui d'améliorer la fiabilité de la récolte et de l'analyse des données, en trouvant des solutions pour éviter certaines erreurs portant sur la file active annuelle, induites par l'identifiant attribué à chaque usager¹¹.

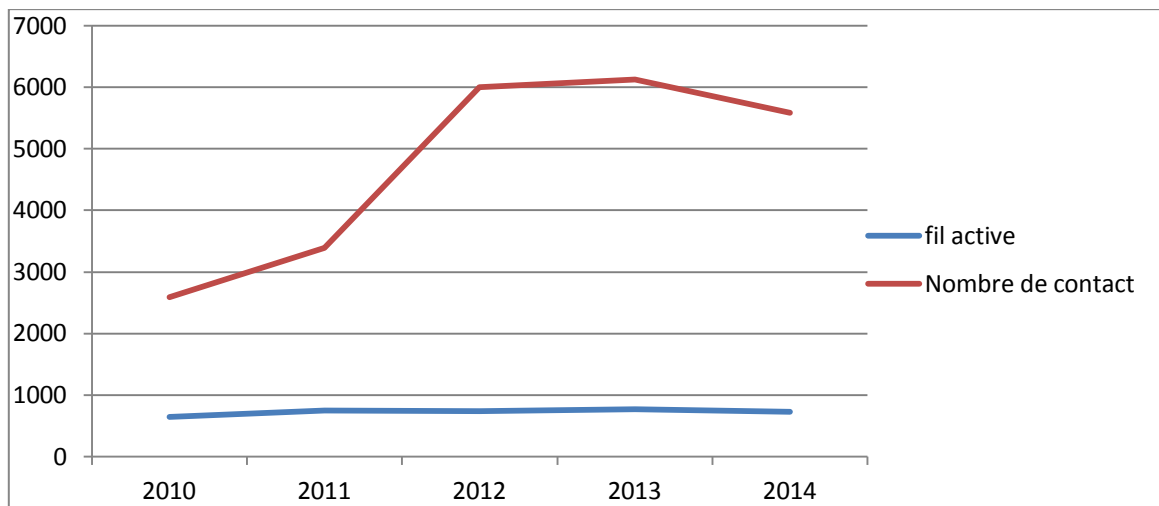
¹¹ Pour les explications sur ce point, voyez le chapitre relatif à la DEQ.

Nous avons donc procédé à une correction des données fournies depuis 2010 afin de coller au plus près de la réalité.

	2010	2011	2012	2013	2014
File active	642	751	742	774	728
Nombre de contacts	2595	3389	5998	6124	5581

Le graphique ci-dessous permet de mettre en évidence l'évolution de la file active et des contacts : on observe que la file active reste relativement stable depuis 2011. Notons que nous avons rencontré 29 nouveaux usagers au CLIP en 2014. Quant au nombre de contacts, on voit qu'il est en nette augmentation, malgré la stabilité du volume de la file active d'année en année.

Évolution de la file active et du nombre de contacts

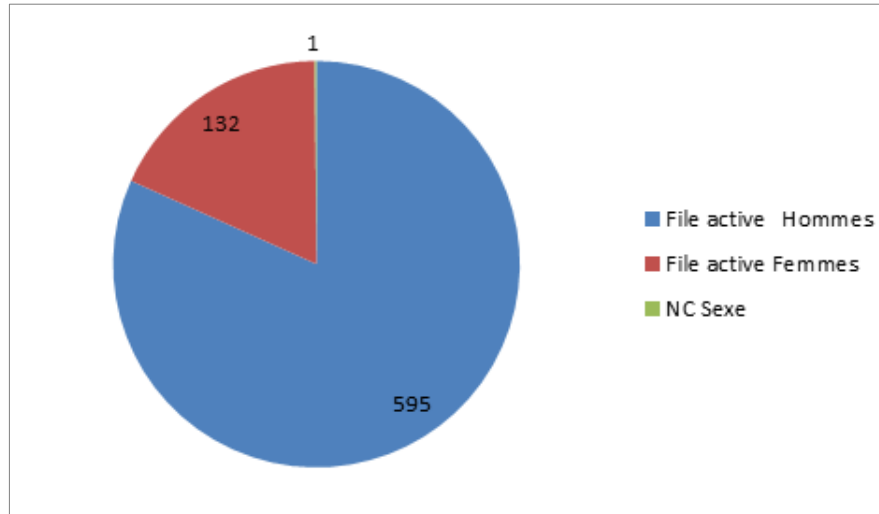


2. Répartition par sexe

La répartition par sexe des usagers fréquentant le CLIP est relativement stable d'année en année.

Il y a plus d'injecteurs hommes, ce que confirment les données épidémiologiques. La toxicomanie est à l'homme ce que l'anorexie est à la femme (en proportion inversée). Rentrer dans de longues explications causales et probables sur les fragilités proprement masculines ou féminines qui sont à la source de ces comportements différenciés voire « pathologiques » n'est évidemment pas le lieu de ce rapport. Simplement la proportion hommes/femmes à DUNE est à l'identique de ce qui se retrouve dans le secteur bruxellois, belge, européen, voire mondial. Le constat est le même pour la courbe des âges.

Répartition de la file active par sexe

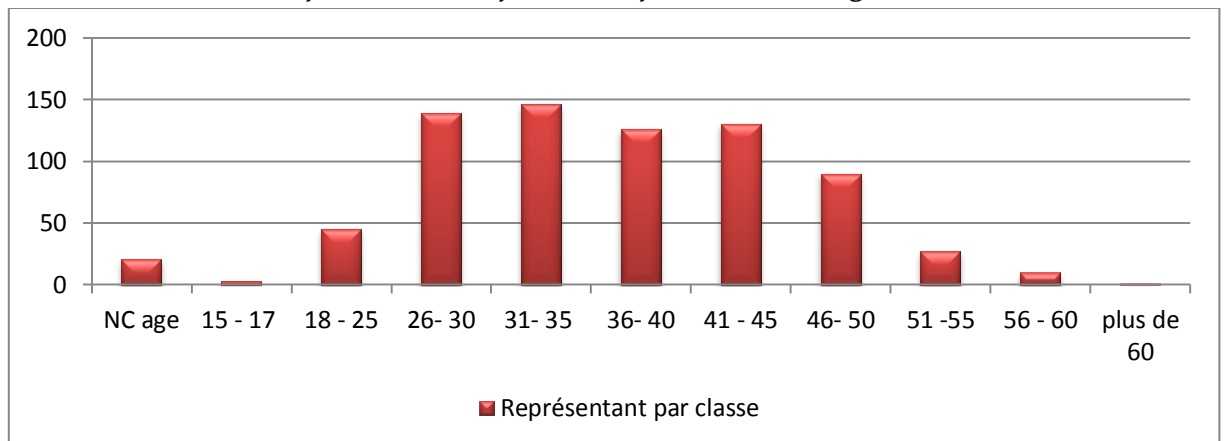


N.C : erreur d'encodage

3. Répartition par tranches d'âge

La file active est constituée pour l'essentiel d'utilisateurs adultes qui se trouvent dans la classe d'âge des 25-45 ans.

Répartition de la file active par tranches d'âge



Nous voyons également que les jeunes consommateurs sont très peu représentés à l'instar des années précédentes (de même que les plus de 50 ans). Cinq mineurs sont venus au CLIP : il s'agit d'un groupe très difficiles à toucher, malgré le fait qu'ils soient également concernés par les pratiques d'injection.

Les jeunes injecteurs, et plus généralement les primo-injecteurs, entrent difficilement en contact avec les services spécialisés en toxicomanie car ils ne se reconnaissent pas dans l'étiquette de « toxicomane ». L'enjeu pour un service tel que le nôtre est de pouvoir les toucher afin d'agir à la prévention et réduction des risques et dommages

liés à l'injection, d'autant que l'enquête 2013 menée auprès des UDI qui fréquentent les programmes d'échanges de seringues en Communauté flamande (par le biais d'un questionnaire anonyme, volontaire, et structuré depuis 2001) fait état de données interpellantes :

- ✓ plus de la moitié des UDI (N=264) ont été initiés à l'injection avant leur 21 ans ; l'âge moyen pour commencer à utiliser des drogues par voie intraveineuse est 21,8 ans ;
- ✓ 14,3 % des participants qui avaient moins de 15 ans au moment de la première injection ;
- ✓ 65% des personnes interrogées indiquent que la première injection a été effectuée par quelqu'un d'autre ;
- ✓ 64 % des participants à l'étude ont indiqué qu'ils connaissaient au moins un UDI qui n'était pas en contact avec les programmes d'échange de seringues¹².

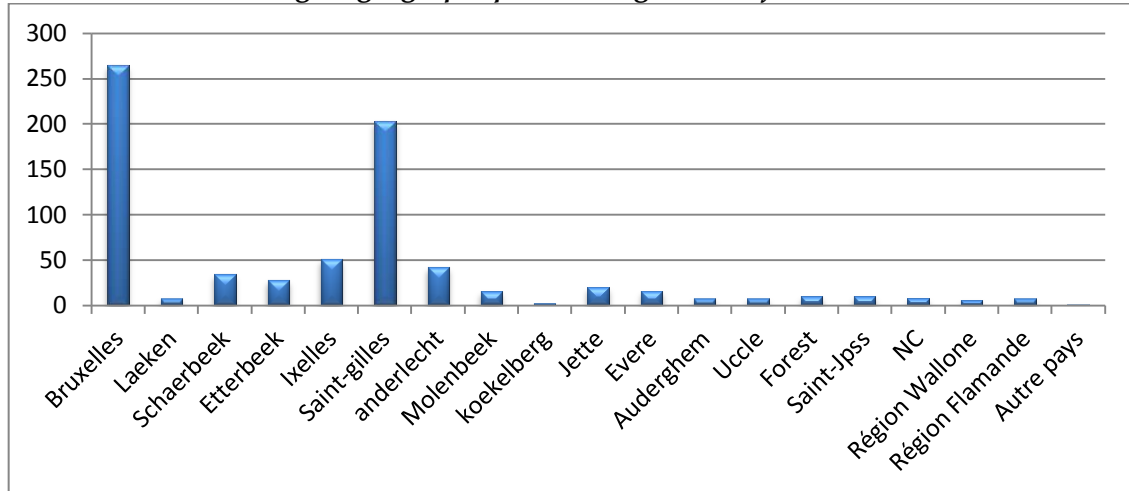
Ces données confirment nos constats de terrain : l'âge nettement plus élevé des usagers fréquentant le CLIP indique que la majorité des UDI pratiquent déjà des injections depuis plusieurs années (sans sécurité) avant d'entrer en contact avec des programmes de réduction des risques.

4. Répartition géographique

La répartition géographique du public du CLIP est déterminée par les codes postaux que les usagers fournissent comme étant leur lieu de vie.

Le graphique suivant permet de distinguer les usagers qui résident dans la Région de Bruxelles-Capitale de ceux qui vivent en dehors de Bruxelles. Il montre que la majorité des usagers fréquentant le CLIP vivent en région bruxelloise. L'analyse des données relatives à Bruxelles montre que la ville de Bruxelles compte la représentation la plus importante d'usagers. Pourtant, dans la pratique, on remarque que ces chiffres peuvent être tronqués. En effet, une proportion assez importante de nos usagers est sans abri et n'a pas d'adresse de référence. Ils donnent pour la plupart le code postal de 1000 Bruxelles parce qu'ils passent une partie importante de leur temps sur le territoire de la commune alors que, bien souvent, ils voyagent de commune en commune au gré des lieux d'abris (squat, gare, station de métro...) qu'ils trouvent pour se loger.

¹² T. WINDELINCKX, *Evaluatie onderzoek project spuitenuil 2012*, Antwerpen, Vlaamse spuitenuil, Free clinic vzw, 2013 ; T. WINDELINCKX, *Rapport evaluatie onderzoek spuitenuil vlaanderen 2013*, Antwerpen, Vlaamse Spuitenuil, Free Clinic vzw, 2014. Données synthétisées par K. DE RIDDER, « Usagers de drogues à haut risque », in *Rapport national sur les drogues 2014 (données 2013). Tendances et évolution*, Bruxelles, Institut national de santé publique, Février 2015, p. 84.

Origine géographique des usagers de la file active**E. Conclusion : les UDI, de quelle population parle-t-on ?**

Bien qu'une part de nos bénéficiaires ne pratiquent pas (ou plus) l'injection (adoption de modes de consommation moins risqués, traitement de substitution, utilisation de produits non-injectables...), DUNE a fait sa place dans le secteur de la toxicomanie comme comptoir d'échange de seringues et garde comme spécificité de s'adresser aux usagers de drogues par voie injectable (UDI) en situation de grande précarité.

À ce titre, nous sommes régulièrement interpellés par les médias ou les secteurs connexes (notamment le secteur sans abri) quant à la prévalence des usagers de drogues au sein de la population des sans-abri et mal logés à Bruxelles ainsi que la prévalence des UDI en général. Le constat des chercheurs¹³ à cette dernière question est qu'à défaut d'enquête de prévalence, il est difficile d'estimer précisément le pourcentage des UDI à Bruxelles, et de manière plus générale, en Belgique. Si la prévalence de l'usage d'alcool ou de cannabis est relativement bien documentée, ce n'est pas le cas pour d'autres substances, telles que la cocaïne, les opiacés ou les stimulants.

L'estimation réalisée par l'Institut de santé publique quant à la prévalence de l'usage de drogues par voie injectable se base sur la « méthode du multiplicateur de référence » : elle a été appliquée pour estimer la prévalence des personnes qui ont utilisé des drogues injectables au moins une fois dans leur vie (de 18 à 64 ans), en

¹³ D. DOUMONT, A. DECCACHE, *Politique de réduction des risques : quelle efficacité des programmes d'échange de seringues ? 1^{ère} partie : état des lieux en Belgique*, UCL – RESO, Unité d'Éducation pour la Santé, Institut de Recherche Santé et Société, Série de dossiers techniques, juillet 2013, réf : 13-68, p. 4, en référence à : D. SACRÉ., C. DAUMAS, M. HOGGE, *Recherche-Action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection en Région Wallonne*, Bruxelles, Modus Vivendi – Eurotox, 2010 ; M. RWUBU, M. HOGGE, *L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2011-2012*, Bruxelles, Eurotox, 2013.

Belgique, en utilisant les données du registre national VIH/SIDA et d'une étude de sérosurveillance et de surveillance des comportements parmi les usagers de drogues par voie injectable¹⁴.

En 2013, la prévalence des UDI a été estimée à 3,5/1.000 habitants (IC 95 % : [2,5 ; 4,8]) et le nombre total d'UDI en vie à 25.673 (IC 95 % : [18.135 ; 34.987]). Aucune tendance temporelle significative n'a été enregistrée.

D'autres sources existent pour tenter de mieux connaître la population des UDI et si ce rapport n'est pas le lieu pour en faire état de manière détaillée, qu'il nous soit permis de reprendre les données issues de deux d'entre elles, qui concernent plus particulièrement la région bruxelloise.

L'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT) a mis au point un monitoring annuel qui permet d'obtenir des données standardisées et comparables au niveau européen. L'un des indicateurs épidémiologiques, l'indicateur de demande de traitement (TDI, pour *Treatment Demand Indicator*) consiste à enregistrer, chaque année civile, les demandes de traitement relatives à un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale¹⁵.

Sur cette base, Hogge rapporte, en ce qui concerne Bruxelles, la prévalence des comportements d'injection actuels (au cours des 30 derniers jours) et passés parmi l'ensemble des admissions et des premières demandes¹⁶, enregistrées sur la période 2005-2011 : un peu plus d'un quart (26,3%) des patients ayant introduit une demande de traitement a déjà eu recours à des comportements d'injection, contre 12,2% des patients primo-demandeurs¹⁷.

Il dresse également les profils différentiels des personnes ayant eu recours à l'injection au cours des 30 derniers jours précédant l'introduction de la demande de traitement et des personnes n'ayant jamais eu recours à l'injection (non-UDI) :

Les UDI sont davantage de sexe masculin et non-belge que les non-UDI. Ils ont aussi un profil davantage marqué par la marginalité que les non-UDI : ainsi, ils sont plus fréquemment sans logement ou vivant en institution/prison peu avant d'introduire la demande de traitement ;

¹⁴ K. DE RIDDER, « Usagers de drogues à haut risque », in *Rapport national sur les drogues 2014 (données 2013). Tendances et évolution*, Bruxelles, Institut national de santé publique, Février 2015, p. 78.

¹⁵ Pour une présentation plus complète du TDI, voyez M. HOGGE, *Plan bruxellois de réduction des risques liés à l'usage de drogues. Carnet 3 – Situation épidémiologique relative à l'usage de drogues en Régions de Bruxelles-Capitale*, Bruxelles, Modus Vivendi, janvier 2014, pp. 13-15.

¹⁶ Ensemble des admissions : n = 4880, non-réponses = 1480 ; premières demandes : n = 1376, non-réponse = 278.

¹⁷ M. HOGGE, *op. cit.*, 2014, p. 29.

ils ont moins fréquemment un travail rémunéré et bénéficient plus souvent de revenus de remplacement ; ils ont plus fréquemment des antécédents judiciaires que les non-UDI. Ils ont aussi plus souvent des antécédents thérapeutiques pour un problème d'assuétude, sont majoritairement consommateurs d'opiacés, et ont une durée de dépendance au produit plus élevée que celle déclarée par les non-UDI. Enfin, ils sont moins souvent en ordre de couverture de soins de santé que les non-UDI.

Cette population d'UDI ayant introduit une demande de traitement dans un centre bruxellois diffère toutefois quelque peu de celle des UDI ayant introduit une demande de ce type en Wallonie, et vit dans l'ensemble dans une précarité plus grande: il y a proportionnellement moins d'UDI en couple au niveau des centres bruxellois par rapport aux centres wallons (11,9% versus 19,2%), mais en revanche plus d'UDI qui vivaient en institution au moment de l'introduction de la demande (15,8% versus 3,9%). Et les UDI « bruxellois » ont moins fréquemment leur propre logement que les UDI « wallons » (30,4% versus 41,2%), et ils sont plus fréquemment sans revenus (18,8% versus 13,9%)¹⁸.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, nous ne disposons pas d'un outil structuré, comme c'est le cas en Flandre, pour collecter les données relatives aux UDI qui fréquentent les comptoirs d'échange de seringues¹⁹. C'est à travers les opérations Boule-de-Neige, organisées par Modus Vivendi depuis 1993, que des données sont récoltées sur les comportements à risques des UDI, bien que le questionnaire soit conçu comme un outil de contact et, à ce titre, n'est pas vraiment normalisé²⁰.

- ✓ Sur 408 questionnaires récoltés sur la période 2009-2012 (en Région de Bruxelles-Capitale), 394 personnes (96,6%) ont déclaré avoir consommé un produit psychotrope autre que le tabac et l'alcool au cours du dernier mois:
- ✓ Plus de la moitié des répondants (59,4%) a déjà eu recours à l'injection au cours de leur vie.
- ✓ Un peu plus d'un tiers des répondants (37,3%) a déclaré avoir eu recours à l'injection au cours du dernier mois.
- ✓ Les produits les plus consommés au cours du dernier mois sont, par ordre d'importance, l'alcool (76,6%), la cocaïne (69,8%), l'héroïne ou dérivés (67,5%), et le cannabis (57,4%). La méthadone illégale et les médicaments non-prescrits ont été cités par un peu moins d'un tiers des répondants (31% et 27,7%,

¹⁸ M. HOGGE, *op. cit.*, 2014, p. 32. Nous renvoyons à cette étude pour plus de détails.

¹⁹ T. WINDELINCKX, *op. cit.*, cité par K. DE RIDDER, « Usagers de drogues à haut risque », *op.cit.*, pp. 84-85.

²⁰ Voyez *infra* pour plus d'information concernant les opérations Boule-de-Neige. Les données reprises ci-dessous proviennent de M. HOGGE, *Carnet 3 – Situation épidémiologique relative à l'usage de drogues en Régions de Bruxelles-Capitale*, Plan bruxellois de réduction des risques liés à l'usage de drogues, Bruxelles, Modus Vivendi, janvier 2014, pp. 56-63.

respectivement).

- ✓ Le phénomène de polyconsommation est particulièrement marqué chez ces usagers, les répondants ayant déclaré avoir consommé en moyenne 4 produits différents au cours du dernier mois.
- ✓ Plus de la moitié (63%) des répondants ont déclaré suivre au moment de l'enquête un traitement de substitution prescrit. Ces patients suivaient principalement un traitement à la méthadone (89,7%), et plus rarement un traitement à base de Subutex (6,9%), de Suboxone (1,7%).
- ✓ Un peu plus d'un quart (27,5%) des répondants a déclaré avoir déjà fait une overdose.
- ✓ Chez certains UDI actifs, les comportements à risque persistent : utilisation de matériel connexe d'injection usagé appartenant à une autre personne (25,9%) et, dans une moindre mesure, utilisation de seringues usagées appartenant à une autre personne (12,9%). Une importante proportion des UDI actifs sont également enclins à prêter leurs seringues (23,1%) ou matériel usagé (32,7%).

III.2. Accès au matériel stérile

Dans de nombreux pays dits industrialisés, les programmes d'échange de seringues sont actuellement un des éléments clés des politiques de réduction des risques liés aux usages de drogues. Pourtant, ils ont été mis en place – parfois non sans difficulté – dans un contexte d'urgence, marqué par l'épidémie de sida au milieu des années 1980.

En Belgique comme dans d'autres pays, les usagers eux-mêmes se sont emparés du problème de risque de transmission du VIH par l'usage de drogues par voie intraveineuse : avec le soutien d'associations et de militants (comme le CCLA – Citoyens comme les autres), une distribution officieuse du matériel nécessaire à l'injection s'est développée. L'ouverture des comptoirs d'échanges de seringues s'est ainsi effectuée « en douce » à partir de 1994 alors que la législation en la matière autorisait seulement les pharmacies et les services médicaux à délivrer du matériel stérile d'injection. Il a fallu attendre juin 2000 pour qu'un arrêté royal vienne combler le vide juridique dans lequel travaillaient les comptoirs²¹.

Les dispositifs d'échanges de seringues ont fait la preuve de leur efficacité sur la diminution de la transmission du VIH chez les usagers de drogues mais ils doivent actuellement faire face à l'épidémie d'hépatite C.

Dans cette partie, après une brève présentation de notre approche de la réduction des

²¹ Arrêté royal du 5 juin 2000 portant exécution de l'article 4, § 2, 6° de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, M.B., 7 juillet 2000.

risques (RdR) (A), nous transmettons les données disponibles au sujet de l'activité du comptoir d'échange (B), pour conclure par un plaidoyer concernant le dispositif d'accès au matériel stérile d'injection (DAMSI) (C).

A. Notre approche de la réduction des risques

Le comptoir d'échange de DUNE est ouvert six jours sur sept, de 19h à 23h. À l'origine, cet horaire d'ouverture a été choisi pour garantir l'accès au matériel stérile d'injection après la fermeture des pharmacies. Pour compléter le dispositif d'accès au matériel stérile, on l'a vu, deux travailleurs sillonnent les rues de Bruxelles, sac accroché sur l'épaule, pour aller à la rencontre des usagers de drogues pendant que d'autres s'affairent, deux fois par semaine, à la gestion du dispositif mobile RdR (Médibus).

Pour faire de la réduction des risques, il ne suffit toutefois pas de mettre à disposition du matériel stérile. La délivrance doit nécessairement s'accompagner de messages de RdR et de prévention autour de l'utilisation du matériel, mais aussi de mises en garde à l'égard de certains produits, pointés notamment par le système d'alerte précoce d'Eurotox (sous-point focal « *Early Warning System* » pour la Fédération Wallonie-Bruxelles). Nous tentons également de sensibiliser les usagers aux dangers que représente l'abandon de seringues dans l'espace public pour les autres citoyens, que ce soit dans le cadre du travail quotidien ou par le biais de séances collectives de ramassage de matériel en rue.

Par ailleurs, la réduction des risques est avant tout une approche globale, une philosophie emprunte de valeurs humanistes. Isabelle Vitry, ancienne travailleuse à DUNE définit parfaitement cette idée d'approche globale de la réduction des risques :

La réduction des risques (RdR) est une idée générale qui consiste à ne pas considérer l'usager uniquement à travers son usage de drogues, mais à le considérer comme une personne à part entière, qui prend des risques. La RdR tente de limiter, de calculer les risques pris pour permettre de mieux vivre avec son mode de vie, et parfois ses dysfonctionnements. La réduction des risques est socio-sanitaire, c'est à dire qu'elle agit sur le plan médical et sur le plan humain. Elle est « reliée au monde »: il s'agit de réduction des risques d'exclusion et de précarisation psychologique, sociale, judiciaire, sanitaire. Sur le plan médical, la RdR est outillée par des supports : le matériel lié à l'injection et les conseils de « shooter propre », réduire les risques de contracter un virus par l'échange de seringues, de coton, etc. Nous les sollicitons à prendre soin d'eux et des autres, et pas seulement sous l'angle de la maladie. Sur le plan « humaniste », par le travail de proximité et le travail de rue, des contacts s'établissent, se développent entre travailleurs et usagers de drogues, et tentent de tenir une position de réduction des risques de désocialisation²².

²² I. VITRY, « La proximité, un travail sur le fil : La complexité du lien avec des personnes en

B. Le comptoir d'échange en quelques chiffres

Cette partie vise à présenter le travail de notre dispositif d'échange de matériel stérile d'injection (et d'autres modes de consommation). Le lecteur y trouvera des données quantitatives concernant la distribution de seringues (1), la récupération des seringues usagées (2) ainsi que la distribution du matériel connexe nécessaire à l'injection et du matériel utilisé dans d'autres modalités de consommation (3).

Pour rappel, les bénéficiaires peuvent recevoir gratuitement le matériel suivant :

- ✓ seringue ;
- ✓ tampon alcoolisé servant à la désinfection du point d'injection ;
- ✓ stéricup : kit comprenant un récipient en aluminium pour la préparation de la solution injectable, un filtre pour le filtrage de la solution injectable, un tampon sec à appliquer sur le point d'injection après l'injection pour obturation de la plaie ;
- ✓ flapule d'eau stérile : eau en dosette servant à diluer la solution injectable ;
- ✓ acide ascorbique (usage d'héroïne) afin de chasser les impuretés de la solution injectable ;
- ✓ feuilles d'aluminium pour ceux qui pratiquent la fumette ;
- ✓ paille à utilisation unique.

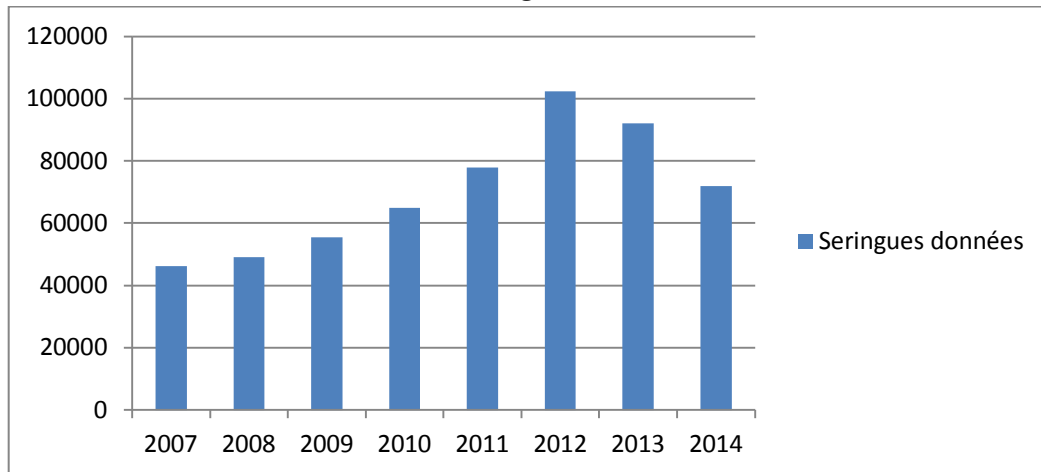
1. Seringues distribuées

En 2014, les travailleurs ont distribué, au CLIP, plus de 71.892 seringues aux usagers de drogue par voie intraveineuse. Le graphique ci-dessous montre l'évolution du nombre de seringues distribuées au CLIP.

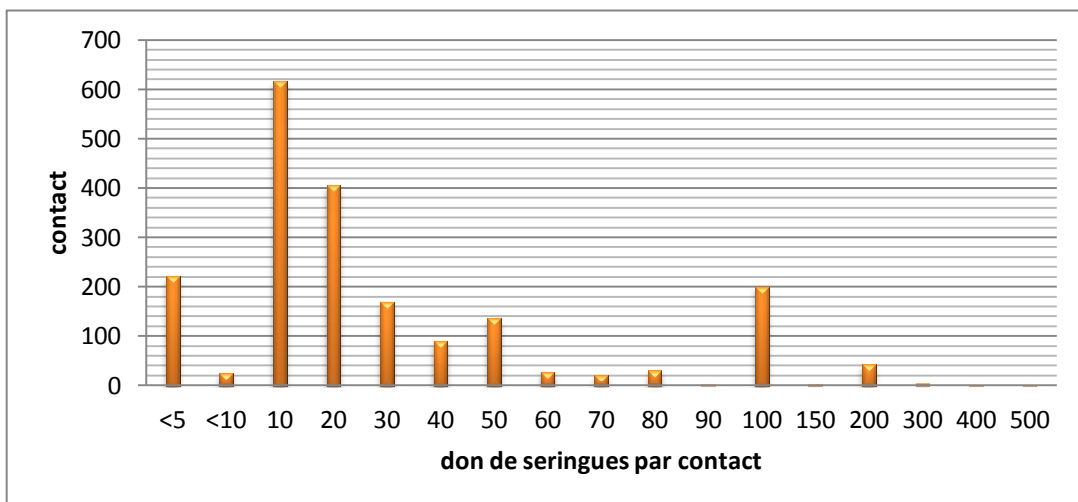
En raison des spécificités du public qu'elle rencontre, DUNE est un mauvais observatoire d'une diminution des pratiques d'injection et, on l'a vu, si les données collectées sur les UDI restent parcellaires, elles sont encore plus lacunaires concernant certaines populations, comme les personnes originaires de l'Est ou les jeunes (tout en se rappelant que d'autres pratiques de consommation sont plus valorisées/moins stigmatisées).

errance socio-affectives », 2009, p. 2, [en ligne],
http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/formationcontinue/documents/Isabelle_VITRY.pdf

Evolution du nombre de seringues distribuées de 2007 à 2014



Nombre de seringues distribuées par contact



Nbre seringues par don	<5	<10	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	150	200	300
Nbre d'usagers	221	26	617	406	169	90	137	28	22	30	2	201	3	43	4

Nous voyons, dans le tableau et le graphique ci-dessus, les demandes de matériel se font le plus souvent par 10 seringues, soit un paquet entier d' « insulines ». Les demandes qui viennent en deuxième position portent sur 20 seringues. Le nombre peu élevé de don de matériel par contact est à mettre en relation avec le style de vie de nos usagers, qui vivent pour la plupart en rue et ne souhaitent pas trop s' encombrer, ou ont peur des contrôles de police.

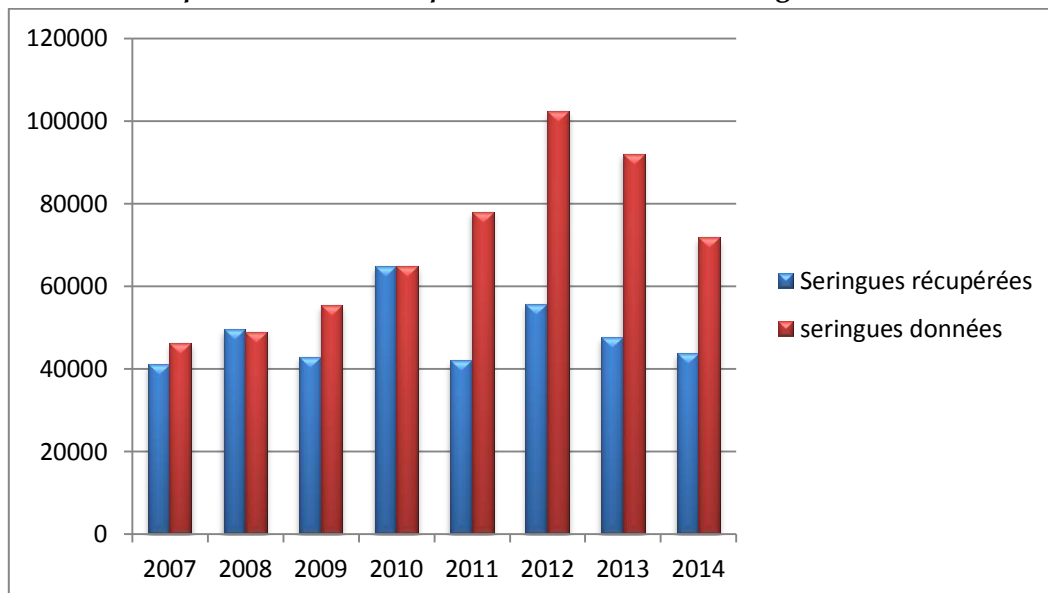
Il est également intéressant de noter que nous avons limité le nombre de don de seringues à 200 unités par jour et par personne car nous avons constaté que ceux qui emportaient beaucoup de matériel avec eux ne fréquentaient plus le comptoir de

manière aussi régulière. Hors, c' est bien par les contacts que nous avons avec notre public que prend son sens le travail de réduction des risques. Le nombre de 200 unités peut paraître énorme mais nous savons que ce type de demandes vise à procurer du matériel à d' autres usagers qui vivent, par exemple, dans le même squat, voire permet de limiter les dommages dans des pratiques d'injection compulsive de cocaïne.

2. Seringues récupérées

En ce qui concerne le matériel récupéré, ce sont 43.682 seringues qui ont été récupérées en 2014, soit environ 4.000 de moins qu'en 2013. Cela dit, proportionnellement au nombre de seringues données, le taux de récupération est le plus haut depuis 2011, soit 60,76%.

Comparaison de la récupération et du don de seringues de 2007 à 2014



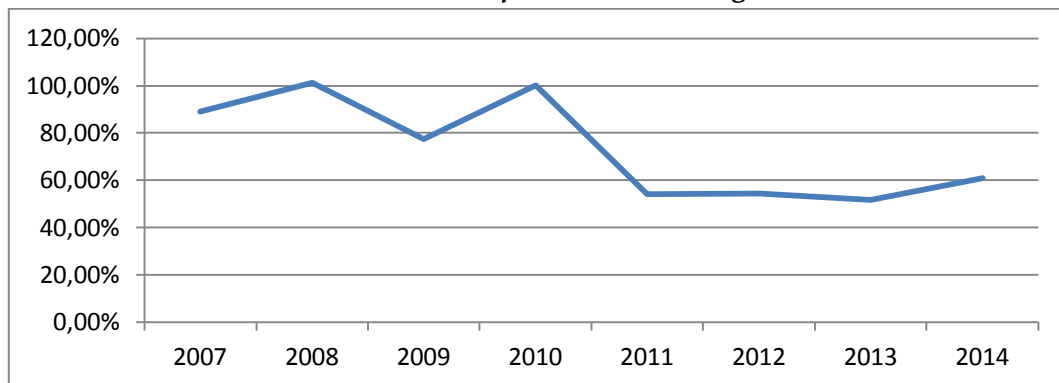
Dans le rapport d'activités 2013, nous annonçons avoir pris trois mesures pour tenter d'augmenter le taux de récupération du matériel usager.

- ✓ Nous avons questionné les usagers sur la manière dont ils se débarrassent du matériel afin d'intensifier les facteurs sur lesquels on pourrait agir pour améliorer le taux de récupération. La plupart des usagers qui fréquentent le CLIP sont en situation de rue. Pour eux, utiliser les conteneurs de récupération ou se promener avec du matériel souillé représente plusieurs risques et désavantages : risques de se faire contrôler par la police, encombrement, conteneurs peu adaptés (couleur, taille, forme...). Ils préfèrent donc se débarrasser directement du matériel via des poubelles publiques, en le jetant dans une bouteille, ou... en le laissant sur place.

- ✓ Ensuite, nous avons réorganisé des séances de ramassage de seringues dans l'espace public avec des usagers jobistes. C'est une manière pour nous de les sensibiliser à la problématique de la dissémination du matériel dans l'espace public.
- ✓ Enfin, avec l'aide d'une stagiaire infirmière en santé communautaire, nous avons mis en place une campagne de sensibilisation à destination des usagers pour les encourager à ramener le matériel. Nous avons également renforcé notre discours lors de la délivrance du matériel sur l'importance des retours et afficher une lettre ouverte à destination de nos bénéficiaires où nous leur rappelons l'importance des retours.

En 2014, nous avons continué à appliquer ces trois mesures qui nous ont permis d'augmenter proportionnellement le taux de récupération. Cela dit, nous pensons que cette augmentation du taux de récupération est également à mettre en rapport avec la diminution du don de matériel d'injection.

Évolution du taux de récupération des seringues de 2007 à 2014

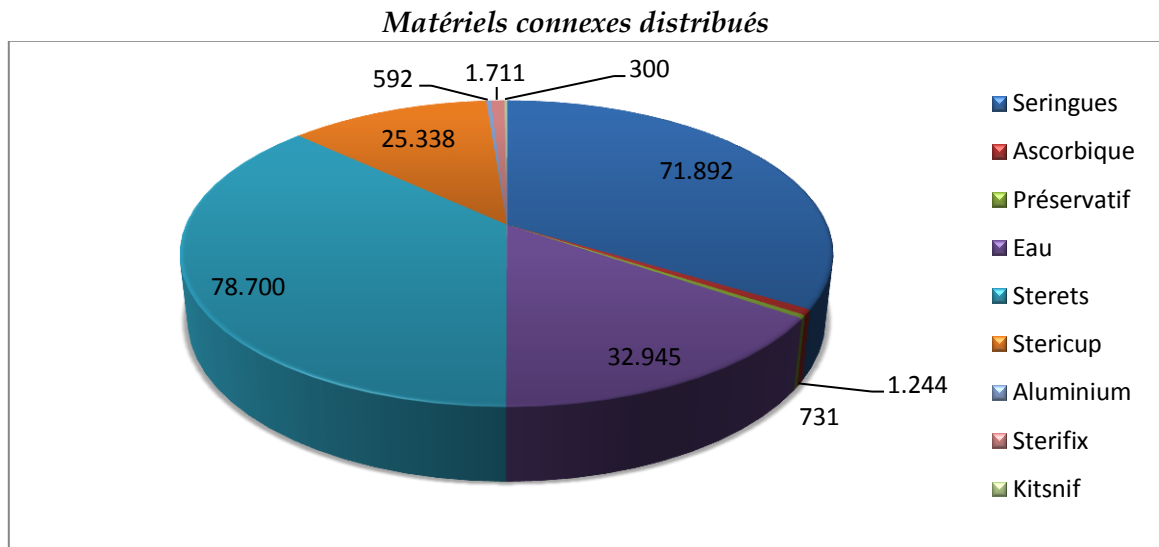


D'autres mesures pourraient être envisagées pour augmenter le taux de récupération. Par exemple, procéder à de l'échange stricte du matériel (1 pour 1) afin d'augmenter les retours et répondre au cadre défini par l'arrêté royal réglementant l'échange. Toutefois, cet arrêté royal précise que dans le cadre d'une urgence, l'échange strict n'est pas prescrit. Nous estimons qu'avec notre public, nous sommes constamment dans l'urgence. Dès lors, nous ne souhaitons pas opter pour cette formule et nous préférons faire un travail de fond avec les usagers pour augmenter le taux de récupération.

3. Matériels connexes

Nous observons qu'en moyenne, pour trois seringues données, seul un « stericup » est emporté par l'utilisateur. Dans une optique de réduction des risques liés aux usages par voie intraveineuse, cette situation constitue un problème majeur : pour réduire au maximum les risques qui y sont liés, il est nécessaire que les usagers utilisent, pour

chaque consommation, l'ensemble du matériel. Les données récoltées en 2014 attestent que nous sommes très loin de cet idéal.



Seringues	71892
Aluminium	592
Sterets	78700
Flapules d'eau	32945
Acide ascorbique	1244
Stéricups	25338
Stérifix	1711
Kits « snif »	300
Préservatifs	731

Remarquons que le nombre de préservatifs distribués est inférieur à la réalité car dans une stratégie de discrétion, ils ne sont pas comptabilisés à l'unité, les usagers pouvant se servir dans un grand récipient situé sur le comptoir. Cela dit, on peut relever que l'usage intensif de drogues, voire la précarisation à l'extrême diminue l'appétence sexuelle et donc les relations sexuelles, même si certains aspects ne sont pas à négliger en termes de RdR (prostitution, absence de partenaire stable, auto-négligence généralisée et donc prise de risque plus élevée).

Pourquoi les usagers de drogues ne se fournissent pas en matériel d'injection en quantité « 1 pour 1 », à savoir une seringue accompagnée de l'ensemble du matériel connexe ? Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette tendance, que l'on retrouve dans d'autres comptoirs en Wallonie et à Bruxelles :

- ✓ Les usagers vivant en rue ne souhaitent pas emporter beaucoup de matériel sur eux par peur des contrôles. Ils privilégient dès lors la seringue au matériel connexe.
- ✓ Le matériel mis à disposition n'est pas toujours adapté aux modes de consommation et n'encourage pas les usagers à l'utiliser de manière unique.

Deux exemples pour illustrer notre propos. Les flapules d'eau contiennent 5 ml, ce qui est largement suffisant pour plusieurs injections. La même flapule est donc réutilisée pour plusieurs shoots alors qu'une fois ouverte, celle-ci contient rapidement des bactéries qui augmentent les risques de destruction du capital veineux. De plus, il y a un risque majeur pour les infections et VHC car deux personnes peuvent se servir dans la même flapule. Des flapules de 2 ml seraient parfaitement adaptées mais nous ne pouvons pas nous en procurer. Les usagers gardent les filtres utilisés plusieurs fois pour en extraire les principes actifs du produit lorsqu'ils sont en manque. Il s'agit d'une pratique très répandue. D'autres filtres que ceux que nous avons à disposition ne permettent pas cette pratique mais nous n'avons pas la possibilité budgétaire de les acheter.

- ✓ Les usagers de drogues qui sont inscrits dans la consommation depuis plusieurs années ont adopté des pratiques non exemptes de risques et véhiculent certaines croyances quant à la manière de faire un shoot. Pour une partie de ceux-ci, seul l'usage unique de la seringue est important pour réduire les risques. Pourtant, le matériel connexe, en cas de partage ou de réutilisation peut être vecteur d'infection.

Dans notre travail quotidien, nous tentons, lors de chaque échange, d'encourager l'utilisateur à prendre l'ensemble du matériel mais la tâche est ardue car beaucoup refusent notre offre. Nous essayons alors d'objectiver les risques encourus en cas de réutilisation du matériel, en nous aidant de divers supports (« shooter propre »...) pour qu'ils en prennent conscience. Nous constatons que c'est avec les primo-injecteurs que cette approche fonctionne le mieux alors que les plus anciens sont plus difficiles à convaincre.

Cela dit, si chaque usager adoptait une pratique moins risquée en utilisant tout le matériel d'injection qu'une seule fois, un gigantesque pas en avant serait réalisé en termes de réduction des risques, mais nous serions, en réalité, incapable d'en assumer financièrement le coût, tant le dispositif d'accès au matériel stérile d'injection (DAMSI) est sous-financé en région bruxelloise.

C. Conclusion : le DAMSI, un enjeu de santé publique négligé par les politiques

On le sait, pour réduire efficacement les risques de transmission des virus du SIDA et des hépatites, ainsi que les dommages sanitaires comme les abcès et phlébites, pour chaque seringue donnée et utilisée, le matériel connexe (stéricup, tampon alcoolisé, flapule d'eau, filtre...) se doit d'être donné et utilisé en nombre équivalent. Cette pratique est nommée « 1 pour 1 ».

La consommation par voie intraveineuse reste le facteur principal de contamination du virus de l'hépatite C en raison du partage de seringues mais également du matériel connexe d'injection, qui peut aussi être contaminé par le sang d'un usager infecté. De plus, le virus de l'hépatite C résiste plusieurs jours à l'air libre alors que le virus du

SIDA résiste beaucoup moins longtemps à l'air libre (de quelques minutes à 24h) et une plus grande quantité de sang est nécessaire à sa transmission.

Le message de la RdR du « 1 pour 1 » est intenable pour un comptoir comme DUNE, par manque de financement : un dispositif cohérent nécessiterait une somme de 40.000€.

En 2014, le dispositif d'échange de seringues de DUNE a coûté 20.535€ (en ce compris l'évacuation des seringues usagées par Bruxelles Propreté). Son financement provient du montant issu de la clé de répartition du subside (inchangé depuis des années) de 35 000€ alloué par la Communauté française à l'ensemble des comptoirs et au Stérifix (à travers la Centrale d'achat gérée par Modus Vivendi), soit 16.209€. Ce montant diminue d'année en année en raison de l'augmentation du nombre de comptoirs et des demandes des usagers. Le solde a émergé cette année sur le subside provenant du Fonds de lutte contre les assuétudes.

Le manque de financement chronique du dispositif d'échange de seringues place les travailleurs dans une situation paradoxale de faire passer un message et de ne pas pouvoir donner le matériel adéquat !

Par ailleurs, les usagers se plaignent de n'avoir accès qu'à deux types de seringues et que certains matériels (comme les pipes à crack) ne sont pas disponibles au comptoir. Du point de vue de la réduction des risques, il est essentiel d'améliorer l'accès du matériel nécessaire à d'autres modes de consommation dont le partage fait également encourir le risque de transmission de maladies infectieuses. Eurotox relève à cet égard le constat documenté suivant : « le risque de transmission chez les usagers de drogues par voie nasale est également relativement élevé en cas de partage du matériel (paille, billet, etc.) servant à priser la substance (...), et ce en raison de la résistance exceptionnelle du virus (plusieurs jours) au contact de l'air. En outre, de récentes études suggèrent qu'il n'est pas exclu qu'une contamination puisse également se produire en cas de partage d'un matériel d'inhalation (pipe à eau, narguilé, pipe à crack) »²³.

Pourtant, le montant nécessaire pour couvrir les besoins de tous les comptoirs en Communauté française dans le cadre d'un dispositif cohérent d'accès au matériel d'injection correspond à ce que coûte le traitement pendant un an de trois personnes qui ont l'hépatite C.

L'hépatite C est aujourd'hui un problème majeur de santé publique.

On estime qu'en Belgique, 1% de la population en est atteint.

(Réseau hépatite C)

²³ Pour des données relatives aux maladies infectieuses, voyez L. CASERO, M. HOGGE, M. RWUBU, Ph. BASTIN, M. DAL, C. VANHUYCK, *L'usage de drogues en Communauté française, Rapport Communauté française 2010*, Bruxelles, Eurotox, 2011, pp. 98-99.

III.3. Information pour les usagers de drogues et leur entourage

La réduction des risques liés aux usages de drogues passe non seulement par la distribution de matériel stérile d'injection afin de prévenir les contaminations (HIV, hépatites), overdoses et autres problèmes de santé, mais aussi par l'éducation et la prévention quant aux usages de drogues.

Pour nous aider à diffuser les messages de prévention et les rendre compréhensibles à l'ensemble du public, nous nous appuyons sur diverses brochures et publications ainsi que des outils didactiques. Ces outils d'information et de prévention sont indispensables dans la mesure où une part de notre public ne maîtrise pas la langue française alors que d'autres éprouvent certaines difficultés dans la compréhension des messages et des conseils.

De manière générale, l'ensemble des publications et outils didactiques sont fournis par des partenaires de terrain : Modus Vivendi, réseau hépatite C, centre Elisa, Plateforme prévention Sida, Gaia Paris, SAFE France...). Ces brochures portent sur diverses thématiques : prévention relative aux différents produits et à leurs usages, préventions sur l'utilisation du matériel stérile à moindre risque, prévention et éducation à la santé, lieux de soins concernant les IST...

Par ailleurs, DUNE produit aussi son propre matériel d'information et de prévention : carte des sites d'injections traduite en plusieurs langues, carte des associations actives en matière de toxicomanie et l'agenda Le Bon plan que nous éditons chaque année (cf. *infra*). Il convient également de mentionner la présence de DUNE sur internet et les réseaux sociaux (cf. *infra*).

III.4. Boule-de-Neige : la prévention par les pairs

Il s'agit d'une méthode de prévention par les pairs, coordonnée et financée par Modus Vivendi, qui s'appuie sur des services de première ligne. Ses objectifs sont :

- ✓ toucher un public d'usagers de drogues marginalisés qui ont peu ou pas de contacts avec les structures de soins et sont peu touchés par les campagnes de prévention destinées au grand public ;
- ✓ recueillir des informations sur les comportements et pratiques des usagers²⁴.

Le principe de la « boule de neige » est que les usagers de drogues transmettent eux-mêmes à d'autres usagers de leur connaissance des messages de prévention du SIDA, des hépatites et autres risques associés à la consommation de drogues. Ces usagers, rémunérés comme « jobistes » sont sollicités pour leur expertise. Ils sont susceptibles de toucher des usagers inconnus des services spécialisés et disposent sans doute d'une

²⁴ Site internet de Modus Vivendi : <http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?rubrique30>

crédibilité auprès des autres usagers de drogues que les professionnels ne possèdent pas.

Les jobistes sont chargés de deux missions :

- ✓ ils participent au cycle de sensibilisation (8-10 séances) au cours duquel une information est donnée sur différents sujets (SIDA, hépatites, overdoses...) ; il s'agit également d'échanger sur les croyances et les expériences liées à l'usage de drogues et à la RDR, dans un contexte de non-jugement des attitudes ou des conduites des consommateurs ;
- ✓ ils se rendent ensuite sur le terrain pour relayer l'information auprès d'une quinzaine d'usagers, avec comme support de la rencontre un questionnaire et des brochures de prévention.

À l'issue de ce processus, Modus Vivendi réalise l'évaluation des opérations sur la base des questionnaires fournis par les jobistes et des rapports demandés aux animateurs.

L'opération Boule-de-Neige « rue » s'est déroulée dans nos locaux, en octobre et novembre 2014. La difficulté pour le recrutement des participants a été la spécificité du public cible, à savoir des personnes injectrices car il s'agit d'un public qui vit souvent des situations d'urgence et qui a donc parfois plus de difficultés à suivre l'opération dans son entièreté. Pourtant, nous pouvons souligner que 7 jobistes sur les 9 inscrits ont terminé l'opération : une femme et 6 hommes, de 23, 28, 33 (femme), 42, 43, 43 et 45 ans.

L'opération comportait 7 séances portant sur les thèmes suivants :

- ✓ 1^{ère} : présentation,
- ✓ 2^{ème} : SIDA,
- ✓ 3^{ème} et 4^{ème} : hépatites,
- ✓ 5^{ème} : overdose,
- ✓ 6^{ème} : préparation aux questionnaires,
- ✓ 7^{ème} : le verre d'amitié avec paiement.

Le thème de l'opération étant l'injection, il a été décliné en fonction du thème spécifique de chaque séance. Le groupe était bien informé sur les différents thèmes abordés : nous avons passé le dvd « une injection à moindre risque »... les jobistes relevaient les risques pris avant même que l'orateur du dvd ne les nomme.

Pour la récolte des questionnaires, les jobistes ont investigué plusieurs lieux : quartier Ribaucourt, 1000, 1050, 1060, 1480, 1210, 1090. Ils ont collecté 43 questionnaires de personnes allant de 17 à 57 ans. Les difficultés rencontrées par les jobistes sont assez diverses : par exemple, un jobiste a investi Ribaucourt mais les consommateurs souvent dans l'urgence n'ont pas répondu favorablement à ses demandes. Un autre jobiste a investi un endroit de consommation sur Tubize : cela a eu un impact très positif sur le groupe et notamment sur les jeunes consommateurs. Le jobiste de 23 ans a

pu remplir les questionnaires auprès d'un public aussi très jeune (17-19 ans).

L'animation et l'organisation sont le fruit d'une collaboration entre travailleur social de DUNE et un travailleur du LAMA. L'opération a bénéficié d'une observatrice de Transit, qui a participé à la phase de recrutement, ainsi que de la présence d'une travailleuse de Modus Vivendi lors de la séance sur l'overdose. Si habituellement, l'une de nos infirmières participe à l'opération en prison (qui n'a malheureusement pas eu lieu), le personnel soignant a travaillé dans l'ombre au suivi du projet (réflexion méthodologie, recrutement, appui aux formateurs...). Lors des séances portant sur les hépatites, nous avons invité Lise Meunier (médecin au Lama et hépatologue) et Sarah Vanderwaeren (psychologue au Lama et au Réseau hépatite C). La présence de cette dernière visait à favoriser un futur relais de prise en charge vers le Réseau Hépatite C, via l'effet « boule de neige ».

Les membres de l'équipe qui sont chargés des opérations Boule-de-Neige participent aux réunions de concertation et d'échanges que Modus Vivendi organise avec tous les animateurs de ces opérations en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Pour 2015, deux opérations « Boule-de-Neige » relative au public « rue » sont programmées, l'une mixte l'autre réservée aux femmes, en partenariat avec le Projet Lama.

III.5. Information et sensibilisation de la population

Internet et les médias sociaux sont actuellement des vecteurs de communication indispensables à la vie d'une association active et désireuse de faire bouger les représentations, les pratiques et les politiques en matière d'accompagnement des usagers de drogues en situation de grande précarité. Cette année, plusieurs initiatives ont été menées dans ce sens.

Ces initiatives participent à l'implication des DUNE dans l'un des principes d'action formalisé par la Charte de la réduction des risques :

Faire évoluer les représentations sociales sur les usagers de drogues. L'usager 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.

A. Un nouveau site

DUNE a mis en place un nouveau site internet (mars 2014). Ce dernier a été structuré de manière sobre, de façon à améliorer la visibilité des différentes activités développées par notre association, mais aussi de promouvoir la réduction des risques et la participation des bénéficiaires.

Sur ce portail sont repris :

- ✓ La philosophie d'intervention de DUNE ancrée dans la réduction des risques liés aux usagers de drogues ;
- ✓ La présentation des services à destination des usagers de drogues en situation de grande précarité et les informations pratiques les concernant ;
- ✓ la philosophie du réseau Nomade, les informations pratiques, le calendrier des activités, les procès-verbaux des réunions, ainsi que le monitoring d'expériences participatives.

Le site nous permet de diffuser notre approche, notre philosophie de travail, de faire le lien avec les réseaux sociaux et aussi de communiquer sur les événements que nous organisons (rencontres-débats et journées d'étude).

www.dune-asbl.be

En 2015, nous souhaitons développer un site avec un design plus clair et épuré. Pour ce faire, il sera nécessaire de changer d'hébergeur car nous sommes actuellement confrontés aux contraintes graphiques du CMS²⁵ qu'il propose et, d'une manière générale, à son manque de fiabilité et à ses ressources limitées. Nous envisageons de créer un site via le CMS Wordpress, soit en faisant appel à un professionnel, soit en permettant au chargé de communication de DUNE de suivre une formation à cet effet²⁶, ce qui permettrait une certaine autonomie de l'association dans la gestion du site. L'une de ces deux options n'a pas encore pu être mise en œuvre, faute de budget suffisant.

²⁵ CMS signifie : Content Management System (Système de gestion de contenu). Il s'agit d'un « programme », ou plutôt d'un ensemble de scripts accessibles, en général, par un navigateur, qui permettent de gérer le contenu d'un site web sans avoir de connaissances informatiques poussées dans la conception de sites web. Efficace, accessible en termes de compétence et accessible financièrement.

²⁶ <http://www.vertige.org/Wordpress-Creer-et-gerer-son-site,366.html>

B. Scoop.it : revue de presse / revue de web

DUNE dispose également d'une page scoop.it. Il s'agit d'un outil en ligne qui permet de mettre en place et de partager une veille d'information.

En d'autres termes, DUNE propose quotidiennement une revue du web / revue de presse consacrée à l'actualité de la réduction des risques et des secteurs précarité et assuétude.

www.scoop.it/duneasbl

C. Réseaux sociaux : une présence active sur Facebook

2014 a vu la création d'une page DUNE ASBL/CLIP sur Facebook. Cette dernière est de plus en plus en plus suivie (165 inscrits au 31 janvier 2014 pour 430, le 16 mai 2015), probablement grâce à son dynamisme. Elle est, en effet, directement alimentée par les liens présents sur notre page scoop.it.

Notre page Facebook est avant tout un fil d'actualité à vocation informative et préventive pour le grand public, les usagers et les professionnels. Elle permet également une articulation réticulaire avec les organisations du secteur sur un plan international (exemple : participation à la journée d'action mondiale « Soutenez, ne punissez pas »²⁷).

Scoop.it et Facebook sont donc deux outils complémentaires pour une meilleure visibilité de notre démarche sur le net.

Prochaines étapes : développer la présence de DUNE sur twitter et rechercher un budget destiné à pouvoir exploiter les pages Facebook et scoop.it au maximum de leur potentiel.

www.facebook.com/duneasbl
www.twitter.com/duneasbl

III.6. Actions envers les acteurs socio-sanitaires

Trois types d'actions peuvent être mis en exergue dans nos activités 2014 : une campagne auprès des pharmaciens (A), des interventions dans les écoles d'infirmiers et assistants sociaux (B), des communications dans des colloques ou journées d'étude (C).

²⁷ <http://supportdontpunish.org/fr/>

A. Rencontre avec les pharmaciens

En raison d'un manque chronique de moyens du dispositif d'accès au matériel stérile d'injection (DAMSI), les officines ne sont plus approvisionnées en stérifix (kit d'injection). Cette situation pose un problème important de santé publique dans la mesure où certains usagers n'ayant pas connaissance de l'existence des comptoirs peuvent adopter des pratiques à risques lorsqu'ils se voient signifier que les stérifix ne sont plus disponibles en pharmacie.

Du 14 juillet au 8 août 2014, DUNE a mené une campagne d'information auprès des pharmaciens bruxellois. C'est à l'initiative et avec la collaboration d'un usager que nous avons été à la rencontre des pharmaciens du centre de Bruxelles : la liste des pharmacies a été définie en amont principalement en se basant sur l'expertise de l'usager ; les pharmacies ont ensuite été démarchées une à une par l'usager et un travailleur.

Ces rencontres poursuivaient un triple objectif :

- ✓ faire connaître nos services auprès d'usagers de drogues ne connaissant pas les comptoirs d'échanges mais fréquentant les pharmacies ;
- ✓ offrir une alternative aux pharmaciens en proposant d'orienter le public vers le comptoir, diminuant ainsi le risque d'être confronté à la colère des usagers, qui bien souvent se voient signifier l'impossibilité d'obtenir du matériel sans qu'aucune autre solution ne leur soit proposée ;
- ✓ via un questionnaire, prendre le pouls des pharmaciens quant à leur volonté de se voir un jour réapprovisionnés en matériel stérile d'injection destinés des consommateurs de drogues ; les questionnaires récoltés ont été transmis à Modus Vivendi, qui porte le projet Stérifix, afin d'alimenter l'argumentaire de son dossier de recherche de soutien financier.

Le projet a malheureusement dû être stoppé suite à un problème rencontré par l'usager y participant, sans qu'un autre usager ne se porte volontaire pour le remplacer. Malgré sa brièveté, cette démarche a cependant été bénéfique. Ce type de projet est justifié au vu de l'enthousiasme de l'usager pour le mettre en œuvre, du lien de confiance créé entre celui-ci et le travailleur et d'une meilleure connaissance du réseau des pharmacies bruxelloises pour notre association. L'idéal serait de réaliser ce projet en mobilisant plus d'usagers.

B. Sensibilisation des futurs professionnels de la santé

Présenter le travail infirmier de DUNE aux élèves infirmiers ou assistants sociaux, par exemple, est une expérience enrichissante pour les élèves et pour nous-même. Il est intéressant de se rendre compte à quel point les élèves sont loin d'imaginer la pauvreté et l'exclusion qui existent au sein de notre société. De même, le concept de la réduction des risques leur est étranger et leur paraît même dérangeant de prime abord.

Cet apriori négatif envers l'articulation entre soins et réduction des risques se rencontre fréquemment chez les étudiants, comme chez certains professionnels : la fonction de l'infirmier est de soigner, et de soigner de la façon qui lui semble la plus appropriée. Comment, dès lors, accepter qu'un soin ne puisse être qu'un accompagnement, une collaboration avec une personne qui fait ses choix et dont les choix ne semblent pas toujours concorder avec les principes de l'art infirmier ? Comment accepter l'idée d'un travail auprès de personnes qui peu à peu se détruisent, « jusqu'à devenir de véritables tableaux expressionnistes de mises à mort annoncées »²⁸ ?

Face aux remarques et questions des étudiants, nos présentations mettent actuellement plus l'accent sur les définitions, valeurs et concepts de la réduction des risques liés à l'usage de drogues dans l'espoir de favoriser une meilleure compréhension et acceptation de la part des élèves du travail particulier des soignants dans le cadre de la réduction des risques et d'un service de la « ligne 0,5 » comme le nôtre.

Les deux interventions menées en 2014 ont eu lieu à :

- ✓ l'Institut Parnasse-Deux Alice pour les bacheliers en soins infirmiers (mars)
- ✓ l'Institut Supérieur de Formation Sociale et de Communication, aux étudiants bacheliers assistants sociaux (novembre)

Par ailleurs, 4 stagiaires ont été encadrés à DUNE au cours de l'année :

- ✓ Amandine Mpaka, infirmière communautaire
- ✓ Jenny Morais, assistante sociale
- ✓ Noemie Mertz, assistante sociale
- ✓ Enora Le Damany, éducateur

C. Communications dans des colloques

Cette année, DUNE a été sollicitée pour participer à deux événements à destination des acteurs socio-sanitaires.

1. Journée d'étude AERLI : enjeux, pertinence et perspectives – 13 mai 2014

Lors cette journée d'étude, organisée le 13 mai 2014 par le BELSPO et la FEDITO bruxelloise, sur l'aide et l'éducation aux risques liés à l'injection (AERLI), nous avons été interpellés en tant qu'acteur de première ligne pour venir partager nos constats avec le public et les différents professionnels présents lors de cette journée.

²⁸ P. JAMOULLE, *Fragments d'intime. Amours, corps et solitudes aux marges urbaines*, Bruxelles, La Découverte, 2009, Coll. « Collection Alternatives sociales », p. 245.

Christopher Collin, le coordinateur de l'équipe de 1^{ère} ligne, a présenté une approche de terrain visant à répondre à deux questions :

- ✓ Pourquoi certaines blessures apparaissent de manière récurrente chez les usagers de drogues ?
- ✓ Pourquoi, malgré les dispositifs d'échanges (qui ont déjà fait leurs preuves en termes de prévention de la contamination par VIH), le taux de prévalence de l'hépatite C est-il si élevé dans le public qui fréquente les comptoirs d'échanges ?

Selon nos observations et les dialogues que nous avons avec les usagers au comptoir, en rue ou lors de focus groupes, cet état de fait est du à plusieurs facteurs :

- ✓ une mauvaise connaissance des usagers quant à l'utilisation du matériel ;
- ✓ une sous-utilisation du matériel connexe : certains ne veulent pas s'encombrer, malgré les messages réguliers véhiculés par les travailleurs sociaux sur de l'importance de son utilisation ;
- ✓ le matériel disponible n'est pas toujours adapté aux pratiques de consommation et à l'injection de différents produits (méthadone, médicaments...) ;
- ✓ la mauvaise qualité de certains produits ;
- ✓ l'adoption de « mauvaises pratiques » d'injection initiées par les pairs ;
- ✓ le stress et la rapidité d'exécution lors de l'injection ;
- ✓ les mauvaises conditions d'hygiène ;
- ✓ le manque de disponibilité du matériel.

Nous avons alors présenté le travail des infirmières et plus particulièrement, ce qu'elles mettent en place, malgré le cadre légal très strict, pour diminuer au maximum les risques de lésion et de contamination. Par exemple, trouver les veines, montrer comment utiliser le matériel ou positionner un garrot. C'est un tout premier pas vers l'AERLI, qui propose l'accompagnement à l'injection.

Actuellement, le cadre légal belge ne permet pas d'aller beaucoup plus loin dans l'accompagnement des usagers de drogues par voie intraveineuse, malgré la frustration des équipes face à la récurrence des problèmes liées aux pratiques d'injection et les constats d'échecs quant à la réduction de la prévalence de l'hépatite C sur les usagers de drogues par voie intraveineuse.

2. Entre ombre et lumière : Les addictions. Relation de dépendance, relation thérapeutique ? – 22 novembre 2014

Le RAT (Réseau d'aide aux toxicomanes) et le LAAP (Laboratoire d'anthropologie prospective) de l'UCL ont organisé un colloque international les 21 et 22 novembre 2014, sur le thème : « Relation de dépendance, relation thérapeutique ? »

Le thème était explicité de la manière suivante :

« Dans le contexte toujours normatif dans lequel baigne la conception que notre culture a des addictions, il nous semble opportun de poser et de déployer une réflexion critique sur ces conceptions, de les historiciser, de les relativiser, voire de les positiver dans certains des cas que nous rencontrons.

Pour cette quatrième édition de notre colloque, nous voulons orienter notre regard sur la relation de dépendance qui lie « l'addict » à son objet, que celui-ci soit objet d'addiction ou personne qui s'engage avec lui dans une relation, quelles qu'en soient les visées. Nous voudrions ouvrir et décrypter ce nœud qui lie autonomie et dépendance, en passant par l'autarcie, ou l'exclusion et dont les conduites dites addictives sont le paradigme par essence ».

DUNE a été sollicitée pour participer à ce colloque et expliquer l'approche particulière relative à la construction du lien en rue avec des personnes dépendantes. Christopher Collin a présenté une communication intitulée : *La posture de proximité pour créer du lien dans le contexte d'un comptoir d'échange et du travail social de rue. Retour du terrain.*

III.7. Formation d'intervenants confrontés aux usagers de drogues

L'agrément de DUNE comme service actif en toxicomanie ne prévoit pas la mission générale de formation. Pourtant, nous sommes régulièrement sollicités par divers organismes pour un soutien méthodologique concernant l'approche du travail de rue avec un public dit « toxicomane ».

Les questions pour lesquelles nous sommes interpellés concernent l'approche à adopter pour entrer en relation avec les usagers de drogues en situation de grande précarité. En effet, plusieurs services (services communaux de prévention, gardien de la paix, gardiens de parc, éducateur de rue) qui travaillent extra-muros éprouvent souvent des difficultés à entrer en contact avec ce public qui, il est vrai, fait preuve de beaucoup de méfiance envers les services sociaux de manière générale. Nous nous rendons alors sur place à la rencontre des équipes pour leur expliquer notre travail ainsi que notre approche, tout en essayant de démystifier l'image de l'utilisateur de drogues qui constitue bien souvent un frein pour les travailleurs de terrain, éprouvant peur et réticence à entrer en contact avec ce public. Après ces rencontres, nous proposons d'aller sur le terrain avec les équipes pour entrer en contact avec les usagers de drogues. Les objectifs sont de créer un premier lien, une première accroche qui permettra aux travailleurs des équipes nous ayant sollicité de poursuivre avec la personne des démarches d'aide sociale et de proposer un relais vers notre service.

En 2013, suite à une demande de l'IBGE, nous avons construit un module de formation à destination des gardiens de parc, en partenariat avec l'asbl Transit et Modus Vivendi.

Ces formations ont eu lieu en 2014 et ont été dispensées à une centaine de gardiens de parc (8 séances).

L'objectif de la formation est de permettre aux participants de mieux comprendre le contexte sociétal dans lequel on se trouve aujourd'hui par rapport à l'aide que l'on peut offrir aux personnes consommatrices. Cette formation comporte également une approche théorique des différents concepts liés à la consommation de drogues ainsi qu'une description des produits et modes de consommation. Elle propose ensuite des outils pratiques adaptés aux réalités de terrain pour intervenir avec des personnes consommatrice.

Au cours de dernier trimestre 2014, nous avons reçu une demande des travailleurs de rue de l'asbl BRAVOO visant à dispenser une formation sur deux journées à une vingtaine de travailleurs. Les séances débuteront en septembre 2015.

Ci-dessous, vous trouverez le plan de formation qui a servi de base aux séances dispensées à l'IBGE.

Plan de formation

1. Définition et éclaircissement du concept « Drogues »

→ Travail en sous-groupes & jeu des « post-it »

→ Il s'agit soit de proposer une *définition*, soit d'associer des *représentations* attachées à ce mot (*intérêt* : voir en fin de journée si les représentations des participants ont évolué sur le sujet !)

→ A la fin de l'exercice : on propose notre définition basée sur 3 considérations :

- Substance psychotrope *licite/illicite* (cf. : + infra)
- *Pouvant* conduire à une dépendance *physique et/ou psychique* (?)
- *Pouvant* présenter des risques pour *santé et/ou société*

2. Question de la légalité/illégalité & histoire de la prohibition

→ Usage de drogues : phénomène universel, lié au contexte (social/culturel/religieux/économique/politique) en vigueur dans la société à une certaine époque...

Mots-clefs : guerre de l'opium, ligues de tempérance, péril jaune aux USA, maladie du soldat, l'histoire de l'héroïne, conférence de Shanghai, loi du 24 février 1921, circuits criminels & blanchiment d'argent, accessibilité des produits, évolution des prix, apparition des nouvelles drogues de synthèse, etc.

→ *Idée* : montrer que la prohibition est un phénomène récent / ne repose pas sur des critères de santé publique (enjeux politiques & économiques, questions idéologiques)

→ Pendant que l'un présente, l'autre retrace une ligne du temps afin de mieux visualiser ces différents événements dans le temps

→ Si nécessaire : clarifier brièvement les ≠ régimes légaux : prohibition – légalisation (≠ libéralisation) – dépénalisation

→ Attention ! Ne pas empiéter sur le jeu des brochures où on reparlera certainement de la distinction entre drogues légales/illégal.

3. Problème de la dépendance

- Pour vous, c'est quoi ? Qu'est-ce qui est problématique ? Pourquoi et comment devient-on dépendant ? L'usage de drogues est-il nécessairement problématique ?
- Distinction entre usage occasionnel / usage régulier / usage compulsif (dépendance)
- Illustrer cela au moyen du schéma de la pyramide (pointe vers le bas)
- Introduction des concepts : tolérance, symptômes de sevrage, compulsion, sensations de manque

4. Philosophie de la RdR

- De quoi s'agit-il ? Quelqu'un en a-t-il déjà entendu parler ? Quelle différence avec la prévention et le soin ? Pourquoi faire de la RdR ?
- On propose éventuellement une brève *définition*
- Présentation de la *Charte de la RdR* : constats, valeurs & enjeux (épidémie du sida, hépatites)
- > Présentation de nos institutions (DUNE - Modus Vivendi - Transit) : à travers cette présentation de nos dispositifs, on évoque les différentes stratégies de RdR auxquelles on recourt actuellement dans nos pratiques (échange de seringues - travail de rue - testing & RdR en milieu festif - accompagnement social & RdR sociaux) et éventuellement les dispositifs que nous tentons d'implanter (bornes - SCMR - AERLI)
- On termine cette introduction en remettant aux participants différents outils (Bon Plan - Folder « Ixelles ») répertoriant les adresses utiles des principaux services « assuétudes » en région bruxelloise.

5. Possibilités d'intervention

- La question du *mandat* et de l'*uniforme* des travailleurs de rue (GDP - EDR - gardiens de parc, etc.) dépendants l'autorité communale ou régionale.
- Nature & limites de vos missions : santé publique >< prévention des nuisances ; créer du lien >< réduire les incivilités ; nécessité de travailler en relais & partenariat.
- Processus d'intervention (règles de base) :
 - 1/ le temps de l'observation, de l'information & de l'immersion (travail de rue)
 - 2/ la création du lien avec le public (accueil - disponibilité)
 - 3/ le moment de l'intervention (loi - interdit - cadre)
 - 4/ la prise en charge, l'orientation & les limites de l'intervention
- Comment relayer une demande vers un autre service ?

6. Infos sur les produits (jeu des brochures)

- Classification des produits par les participants en se basant sur des critères de leur choix (ex : drogues naturelles >< synthétiques ; prix ↑ >< prix ↓ ; drogues festives >< drogues de défoncé ; drogues dures >< drogues douces ; risques de dépendance ↑ >< risques de dépendance ↓ ; drogues illégales >< drogues légales, etc.)
- On dit un mot sur les risques d'overdose (en fonction des produits) et sur la manière de réduire les risques.
- On remet en cause le mythe basée sur la distinction entre drogues douces >< dures (usages doux - dures) et on propose éventuellement une autre nomenclature (ex. : hiérarchisation des produits en fonction de leur pouvoir addictogène : rapport Pelletier)
- On propose enfin une classification « par effets » (3 familles de psychotropes) : quel produit dans quelle colonne ?
- On conclut la matinée par le « set and setting » (produit - individu - contexte)

7. Modes de consommation

- On commence par leur demander de *citer* les différents modes de conso (4), puis par les *relier* aux différents produits
- Présentation du « stérifix » : A quoi ça sert ? Pourquoi en distribuer gratuitement aux UDI (enjeux de santé publique) ? Où peut-on se le procurer/l'acheter ?
- Faire tourner la pochette (*but* : identifier l'ensemble du matériel de RdR & pouvoir reconnaître les éventuels *signes* de consommation)
- Cadre législatif entourant les PES (AR du 5 juin 2000)
- Cas particulier de la « loi cannabis » : directive ministérielle 2005 (si pas déjà abordé au « point 2 » traitant des lois sur les stupéfiants)

8. Jeux de rôle

1ère situation : « Je suis face à un UD qui consomme des drogues par injection : que dois-je faire ; que puis-je faire ; qu'est-ce qui me dérange ? »

- Présentation sous forme de mise en scène par les participants (*buts* : mise en situation pratique afin d'évaluer leur savoir-faire ; identifier & valoriser les bonnes pratiques ; éviter les discours ou les gestes inadéquats)

2ème situation : « Je tombe nez-à-nez avec une seringue : comment je réagis et que puis-je éventuellement faire pour m'en débarrasser sans prendre de risques ? »

- Présentation à nouveau sous forme de mise en scène par les participants ; (*intérêt* : amener les participants à relativiser & dédramatiser la situation, ce qui ne veut pas dire banaliser les risques !)
- Présentation de la *procédure en 10 étapes* (Ville de Liège)
- Repérage des *indices de consommation* (cf. point 6)

3ème situation : « Je me suis piqué avec une seringue, qu'est-ce que je risque ? »

- Aborder la *thématique du sida & hépatites* : que savent-ils de ces virus, quels sont réellement les risques encourus lors d'une piqûre accidentelle (cf. : données de l'étude canadienne), durée de survie des virus à l'air libre ?
- *Techniques d'intervention* (secourisme) : présentation de la technique PLS & procédure d'appel des secours.

III.8. Conclusion

L'une des grandes sources de frustration de l'équipe de DUNE prend paradoxalement naissance dans l'objet premier d'un comptoir d'échange : la délivrance de matériel stérile pour éviter les complications liées à l'injection.

Nous sommes en effet interpellé, dans notre pratique quotidienne, par la récurrence des dégâts corporels engendrés par les pratiques d'injection : abcès à répétition, ulcères multiples, destruction partielle ou totale du capital veineux, infections, mycoses... sans compter un taux de prévalence élevé d'hépatite C et ce, malgré la mise à disposition du matériel stérile et les conseils que nous prodiguons simultanément à la délivrance, conformément à l'arrêté royal réglementant l'échange.

Pour aider la personne à réduire les risques et dommages liés à l'injection, nous nous appuyons sur divers supports (la brochure « Shooter propre », carte des sites d'injections, des démonstrations pour utiliser le matériel sans le souiller...), mais cela reste assez théorique. Pour reprendre les mots de Laurence Przylucki, directrice du comptoir de Charleroi :

Nous sommes comme des maîtres d'auto-école qui devraient transmettre le savoir conduire en passant uniquement par la transmission de la théorie et sans jamais pouvoir inviter l'apprenant à prendre le volant pour le guider, le conseiller, le corriger. Il y a fort à parier qu'un tel mode de formation à la conduite amènerait à de nombreux accidents.

(Journée d'étude AERLI, 13 mai 2014)

Par contre, à l'infirmerie, un lieu discret où la personne se trouve en colloque singulier avec l'infirmier(ère), il est parfois plus aisé de montrer certains gestes²⁹ à adopter en s'appuyant sur la demande de soin. Mais cela reste encore limité... Le cadre légal belge ne permet pas d'aller beaucoup plus loin dans l'accompagnement des UDI, malgré notre frustration et les constats d'échecs en matière de réduction des risques face à la récurrence des dommages physiques.

La pratique d'une injection à moindre risque n'est pas quelque chose d'inné. La méconnaissance des bonnes pratiques peut être avancée pour comprendre les multiples blessures et contaminations : partage et réutilisation de seringues mais aussi du matériel connexe sous-utilisé.

Pourtant, il est erroné d'envisager les problèmes engendrés par l'injection comme étant uniquement dus à de « mauvaises pratiques » de la part des consommateurs de drogues par voie intraveineuse. Ils ne sauraient pas se shooter alors que nous autres professionnels saurions comment faire ...

Pour bien comprendre, il faut placer les pratiques d'injection dans leur contexte en faisant intervenir trois facteurs : l'individu, le moment et le produit. Imaginons un consommateur de drogues en manque. Il vient de se procurer son produit (ou un substitut). Il doit le consommer en rue car il n'a pas accès à un espace privé pour le faire. Il est aisé d'imaginer l'état de stress de l'utilisateur lorsqu'il prépare son shoot dans l'espace public (le long du canal, dans une station de métro), le plus souvent dans un environnement sanitaire désastreux (déjections, détritits), avec la peur de se faire interpeller par les forces de l'ordre... Dans une telle situation, il est extrêmement difficile que l'injection se passe dans les meilleures conditions, même si la personne

²⁹ Par exemple, trouver les veines, montrer comment utiliser le matériel ou positionner un garrot.

dispose des connaissances et de l'expertise nécessaire à l'art de réduire les risques.

La frustration qui gagne les travailleurs d'un comptoir de réduction des risques se trouve dans ce facteur du contexte de l'injection : nous donnons du matériel stérile et nous renvoyons les gens s'injecter dans la rue, dans des conditions déplorables qui augmentent les risques sanitaires qu'ils encourent. La frustration nous gagne car, finalement, l'accès au matériel stérile n'est qu'un élément, dont l'efficacité en termes de RdR est influencée par d'autres paramètres : nos marges de manœuvre sont actuellement trop étroites pour agir sur ces derniers.

Nous avons souvent l'impression que notre travail n'est pas reconnu à sa juste valeur, qu'il équivaut à mettre des rustines sur les plaies de toutes natures, qu'elles soient physiques, sociales ou psychologiques. Les conditions dans lesquelles nos bénéficiaires en situation de grande précarité sont contraints de consommer, parfois aux yeux des passants, ne jouent certainement pas en faveur de l'estime de soi que nous essayons de valoriser, notamment par le lien que nous parvenons à construire avec eux et les services que nous leur proposons. Cela ne contribue pas non plus à améliorer l'image des usagers de drogues dans la société, dont certains membres se trouvent confrontés à ces scènes de consommations, contribuant à nourrir les stéréotypes destructeurs véhiculés par certains médias peu soucieux de l'amélioration de l'image et du bien-être de ces citoyens en souffrance.

Comment parvenir à faire de la réduction des risques cohérente face aux entraves qui limitent le travail de terrain ? Et elles sont nombreuses. Des entraves financières (e.a. pas assez de moyens pour financer un dispositif d'échange cohérent), sanitaires (mauvaises pratiques et situation sanitaire des usagers), législatives (un cadre qui rend difficile le développement de dispositifs innovants : salle de consommation à moindre risques, AERLI, bornes d'échange de seringues...) et sociétales (l'image négative véhiculée par les UDI déforce fortement notre travail par l'exclusion qu'elle renforce).

Pour tenter d'atténuer ces limites, nous appelons à ce que l'approche pragmatique de la réduction des risques (consistant à aider ceux et celles qui sont dans la souffrance en leur proposant des alternatives pour vivre le mieux possible, lorsque l'arrêt de la consommation n'est pas envisageable) soit reconnue, dans les textes législatifs, comme 4^{ème} pilier des politiques de santé en matière de drogues, à côté des trois piliers existants que sont la prévention, le traitement et la répression. L'étude intitulée *Drogues en chiffres III*, réalisée en 2011 par le Département de droit pénal et de criminologie de l'Université de Gand, dresse la carte des dépenses publiques relatives à la politique de l'Etat belge et de ses entités en matière de drogues. Elle met en évidence que la réduction des risques au sens strict (e.a. testing et échange de seringues) fait l'objet d'un sous-financement structurel, « malgré son efficacité prouvée »³⁰.

³⁰ Cité par le compte rendu de la FEDITO du 19 novembre 2011, [en ligne],

Il faut dès lors aussi œuvrer à l'évolution des mentalités pour faire avancer le débat démocratique et soutenir l'initiative, voire le courage politique, sur des projets qui sont les compléments indispensables à nos stratégies de RdR comme les salles de consommation à moindre risque, les projets AERLI et, fondamentalement, le financement adéquat du matériel stérile. Sans ces initiatives, nous sommes nécessairement dans une incomplétude qui questionne le sens de nos actions. Surtout lorsque les arguments qui plaident pour une mise en place rapide de ces nouveaux dispositifs puisent leur fondamentaux dans les stratégies de promotion de la santé, celles précisément auxquels nous invitent l'OMS.

IV. ACCOMPAGNEMENT

Le service actif en matière de toxicomanies **accompagne la demande** des bénéficiaires et assure, en son sein, par un suivi individualisé, la **guidance psychosociale et administrative** en concertation avec les personnes et institutions concernées, notamment les acteurs sociosanitaires, scolaires et socio-culturels. Il peut ensuite **orienter ou réorienter** les bénéficiaires en fonction de leurs besoins vers des personnes ou institutions plus appropriées.

L'une de spécificités de DUNE, en tant que service à bas seuil d'accès, est que tous les services sont accessibles **gratuitement, de manière inconditionnelle et anonyme**.

Ainsi, les usagers de drogues qui entrent en contact avec nos travailleurs peuvent se faire appeler Pierre, Mustapha ou Noël, cela n'est pas très important pour nous mais ça l'est vraiment pour eux.

Nous ne leur demandons pas – et d'ailleurs, de quel droit pouvons-nous leur demander ? – de se mettre à nu, de dévoiler une partie de leur intimité en répondant notamment à un questionnaire d'ouverture de dossier pour bénéficier d'un droit aussi élémentaire que l'accès aux soins de santé ou pour bénéficier d'un conseil dans une situation de détresse. Nous offrons aux bénéficiaires la possibilité de se préserver et de faire le choix de nous dévoiler ou non une partie d'eux-mêmes. Ce n'est pas très important de tous savoir au premier contact car nous savons qu'au fil du temps, si la relation est suffisamment forte, l'autre finira par se livrer et nous donner au choix les éléments qu'il estime être important de donner.

Dans cette partie relative à la mission d'accompagnement, nous mettrons en évidence les différentes « phases » de l'accompagnement, depuis l'émergence d'une demande (1) à l'orientation et l'accompagnement physique vers d'autres services (3), en passant par la guidance sociale et administrative (2). Ce chapitre sera conclu par une synthèse graphique du processus d'accompagnement (4).

IV.1. Accompagner l'émergence d'une demande

Il s'agit ici d'une étape souvent nécessaire pour mettre en place la démarche d'accompagnement et d'aide social. Bien souvent, les usagers que nous rencontrons n'ont pas de demandes spécifiques, si ce n'est celle d'accès au matériel stérile, malgré la détresse apparente qu'ils vivent. Cela nous interpelle souvent et nous met face à notre propre incapacité à agir tant que l'autre ne demande rien et n'est pas preneur des différentes aides que nous proposons.

Face à cette situation, nous devons nous interroger sur les causes qui sont à l'origine de l'entrave à la formulation de demandes d'aide pour comprendre quelles approches adopter pour cheminer vers la mise en place d'un processus d'aide.

Le psychiatre J. Furtos, spécialiste de la souffrance psycho-sociale, apporte un éclairage intéressant pour comprendre le refus et difficultés de demander une aide sociale avec son concept d'auto-exclusion. Il a observé que les personnes qui vivent des phénomènes d'exclusion peuvent adopter des comportements d'auto-exclusion et de mise en retrait fermant ainsi la porte au reste du monde. Ces personnes qui ne se sentent pas respectées, qui ont connu des histoires douloureuses avec les institutions et la société s'enferment sur elles-mêmes et retournent cette exclusion contre elles-mêmes. Le drame, comme l'explique Furtos, c'est qu'en se coupant du monde pour se protéger, on se coupe également de soi-même et de ses propres sensations. L'exclusion, c'est ce sentiment de ne plus faire partie du groupe des humains³¹.

Intervenant – *Tiens mais tu ne t'es pas déguisé pour le carnaval ?*

Usagère – *Non car je suis déjà déguisée. Je porte un masque en permanence.*

Intervenant – *A bon ?*

Usagère – *Oui tu ne le vois pas ? Je ne suis pas moi, je suis une tox, une junkie...*

Si on ajoute à cette approche de l'exclusion une analyse des modes de vies en rue autour de la temporalité, on est plus à même de saisir les difficultés inhérentes à la formulation d'une demande et à l'entrée dans un processus d'aide. Selon S. Quesemand Zucca³², la notion du temps est ce qui se perd le plus rapidement en rue. Après quelques mois passé en rue, le temps est vécu comme un présent répétitif rythmé par des balises temporelles liées au jour et à la nuit, au temps de manche, de recherche de solutions pour se nourrir, se mettre au chaud ou se loger. « *Après demain n'existe pas ou se confond dans un future lointain et imprécis*³³ ».

A cette temporalité spécifique liée aux modes de vie en rue et à la débrouille, la vie du consommateur est également rythmée, parfois de manière métronomique, à la consommation de produits psychotropes. Se lever, consommer pour *déblanchir*³⁴, partir faire la manche, trouver le dealer, trouver du matos, trouver un endroit pour consommer, consommer, repartir faire la manche et ainsi cycliquement plusieurs fois par jour et chaque jour de la semaine... Ce n'est pas une vie, nous confiait il y a peu un usager :

Tout ton temps est bouffé et tu ne sais rien faire d'autre... Tu dois être prévoyant car le manque, c'est une saloperie.

(Usager du CLIP)

³¹ J. FURTOS, *De la précarité à l'auto-exclusion, conférence et débat*, Paris, Editions Rue d'Ulm, Presses de l'Ecole normale supérieure, 2009, coll. « La rue ? Parlons-en ! », p. 25.

³² S. QUESEMAND ZUCCA, *Je vous salis ma rue. Clinique de la désocialisation*, Paris, Stock, 2007, p. 69-71.

³³ *Ibid.*, p. 70.

³⁴ Mot utilisé par les usagers pour signifier stopper ou adoucir le manque.

Ces modes de vies mettent souvent les consommateurs devant un sentiment d'impuissance face au futur. Comment envisager l'avenir sereinement lorsque l'on est en rue et que l'on a à peine de quoi manger et il faut faire face au manque et aux difficultés inhérentes à la toxicomanie ? Cela n'est pas évident : dans ce contexte, l'instant présent est valorisé car il faut assurer sa survie et cela demande beaucoup de temps et d'énergie. Impossible alors de prévoir pour demain, cela empêche tout pronostic sur l'avenir.

Ces deux auteurs mettent en évidence les mécanismes d'auto-exclusion et permettent de mieux comprendre les logiques qui les sous-tendent. Ils permettent également de saisir la souffrance que peut représenter la mise en projet et la participation aux systèmes d'aide.

Bien souvent, les demandes d'aides sociales et paramédicales arrivent après plusieurs passages au comptoir ou rencontres en rue. Les usagers savent que la permanence sociale existe et qu'ils peuvent s'adresser aux infirmier(ère)s mais ne le font pas systématiquement. La première demande (implicite) est la demande d'écoute qui découlera sur la formulation d'une plainte ou d'une demande d'aide. C'est le point d'engrègement sur lequel le travail d'accompagnement peut démarrer.

Nous nous inscrivons dans une démarche qui consiste avant tout à recréer du lien en mettant de côté les jugements de valeurs et en respectant la temporalité spécifique liée à la grande précarité et à la consommation. L'objectif est d'offrir un espace de dialogue où les demandes pourront être formulées tout en redonnant à l'utilisateur confiance en ses capacités d'action.

Notre rôle est avant tout d'être là, d'attendre l'autre là où il se trouve et de reprendre avec lui là où l'échec est apparu. Il faut être patient et faire avec la détresse tout en acceptant, sans jugement de valeur, ses choix de ne pas vouloir aller plus loin et changer de perspectives... C'est travailler avec l'impuissance. C'est offrir un cadre de confiance facilitant la formulation des demandes tout en respectant les choix des usagers dont nous ne saisissons pas toujours l'origine.

Il faut également être conscient que la sortie de la rue peut représenter, pour l'utilisateur, des enjeux que nous ne percevons pas. En effet, il faut être capable de quitter le monde de la drogue dans lequel la personne a créé des liens de sociabilité, des habitudes, des modes de vie, d'autres valeurs... C'est prendre le risque de se retrouver dans la solitude. Quitter un monde dans lequel on s'est reconstruit pour rejoindre le monde « normal » qui nous a exclus, passe par des grands moments de solitude car on ne peut revenir en arrière, sinon on risque de retomber. Il faut, une fois sorti de l'univers des drogues, « relégitimer » une nouvelle position sociale auprès de la société. C'est retrouver et se recréer une nouvelle place sociale. La vie en rue peut parfois être vue comme un refuge et ce constat amène à nous poser la question de la réinsertion et de

l'aide sociale à tout prix.

Je me fais chier maintenant. J'ai arrêté de consommer mais les journées sont longues. Pas de travail, pas d'occupation et même pas d'appart' pour me poser. C'est chiant vu que je veux plus trop voir les autres car moi le fixe, c'est fini et je veux plus trainer avec eux.

(Usager du CLIP)

Nous valorisons non pas le résultat mais le processus qui mènera à la mise en place de solutions. Dès lors, nous ne visons pas une productivité en termes de suivi social mais une productivité du lien qui consiste à construire une relation de confiance qui sera porteuse de solutions³⁵.

Monsieur X a 24 ans et vit en rue depuis plusieurs années. Il aime la solitude, son chien est son seul compagnon. Il est polytoxicomane et consomme les substances sous différentes formes (injection, fumette, sniff, etc.). Il fréquente très peu le CLIP. Nous l'avons rencontré dans le cadre du travail de rue et nous maintenons le lien grâce à celui-ci.

Dans un premier temps, nos rencontres sont furtives et rapides. M. X nous demande de lui fournir du matériel stérile d'injection. Nous l'informons des autres services que nous offrons dans le cadre du travail de rue et au CLIP (soins infirmiers, service social, douches, lessives, dépannage de vêtements, etc.) mais il ne s'en saisit pas. Durant une année, nous échangeons de la sorte. Ce système semble lui convenir, il n'en demande pas plus.

Avec le temps et suite à nos rencontres régulières, un lien s'est créé avec M. X. Il communique davantage et commence à nous livrer des informations précieuses sur sa situation.

Un jour, il demande aux infirmières de lui prendre un rendez-vous au projet Lama où il a déjà été suivi auparavant. Il souhaite reprendre un traitement de substitution et ainsi diminuer sa consommation. Il craint d'être rejeté par les professionnels de cette association car il a manqué de nombreux rendez-vous dans le passé et il n'a pas toujours eu un comportement adéquat avec ces derniers. Une infirmière de DUNE lui propose alors de prendre un rendez-vous et de l'y accompagner. Il accepte volontiers.

Le jour du rendez-vous, M. X ne se présente pas au projet Lama. Suite à cet événement, il se cache quelque temps des travailleurs de DUNE en

³⁵ P. FUSTIER, *Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial*, Paris, Dunod, 2005, p. 75.

maraude. Plus tard, il avoue à l'infirmière ne pas être prêt à diminuer sa consommation pour le moment. Il s'en est rendu compte rapidement, mais n'a pas osé le lui dire vu les démarches entreprises. L'infirmière entend cela, elle le rassure et maintient sa proposition d'aide et d'accompagnement pour l'avenir. Par ailleurs, elle lui offre l'opportunité de parler de sa consommation et d'autres sujets à tout moment. M. X semble rassurer et le lien est ainsi maintenu.

M. X nous sollicite davantage maintenant. En effet, il fait appel aux infirmières pour des soins en rue et s'est même rendu au CLIP, à plusieurs reprises, pour effectuer ses soins. Il se saisit plus facilement des autres services que nous offrons lorsqu'il en a besoin.

(Sophie, infirmière à DUNE)

A travers cette situation, nous observons toute l'importance d'aller à la rencontre de l'utilisateur dans son milieu de vie. Il est aussi essentiel de respecter son rythme, de laisser faire le temps, afin que la confiance s'installe progressivement. Grâce à nos rencontres discrètes, mais régulières, nous sommes parvenus à maintenir un contact avec M. X et à l'introduire au CLIP. Il s'agit pour nous d'un grand succès étant donné que M. X, comme beaucoup d'autres usagers, est une personne marginalisée, exclue et en rupture avec de nombreuses institutions. Nous travaillons en collaboration avec M. X, nous le considérons comme une personne à part entière. Il participe activement et est au centre des prises de décisions qui le concernent. Nous l'écoutons et l'accueillons sans jugement et sans a priori. Nous le respectons et favorisons ainsi son estime de lui et sa dignité.

La vignette ci-dessus met également en évidence combien il est difficile d'inscrire les usagers drogues en situation de précarité dans un processus d'aide sur le long terme et d'établir un lien de confiance. Pourtant, à force de patience des résultats peuvent être obtenus. Ce cas met également en exergue les rapports tendus qu'ils peuvent entretenir avec les lieux de soins et les services sociaux classiques.

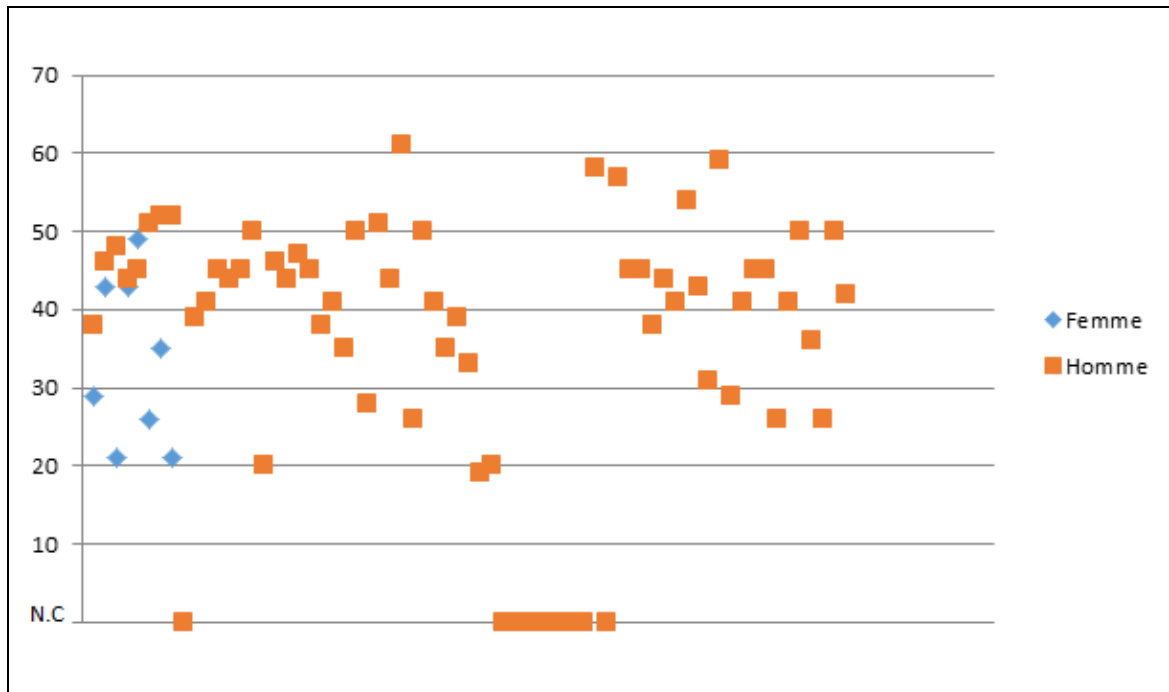
IV.2. Guidance sociale et administrative

Deux fois par semaine, le service social offre une possibilité d'entretien confidentiel en vue d'initier un suivi social. Si l'utilisateur le souhaite, il sera possible d'entamer des démarches administratives en vue de refaire ses papiers d'identité, d'obtenir une carte d'aide médicale urgente ou de mettre sa mutuelle en ordre, d'obtenir un revenu d'intégration sociale auprès d'un CPAS, de mettre en place une médiation de dettes, de chercher un lieu d'hébergement...

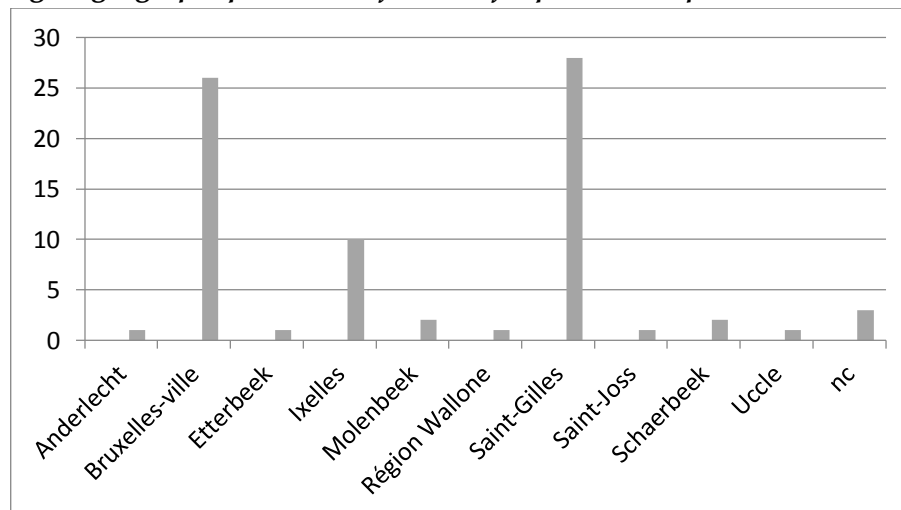
Au cours de l'année 2014, 81 permanences sociales ont eu lieu : elles ont permis à 76 usagers différents (8 femmes et 68 hommes) de bénéficier d'une guidance sociale et administrative. Au total, ces 81 permanences ont données lieu à 223 entretiens

individuels qui ont débouché sur 371 demandes d'aide (un usager pouvant formuler plusieurs demandes lors d'un entretien). Cela représente environs trois personnes prise en charge par permanence.

Distribution des bénéficiaires selon l'âge et le sexe



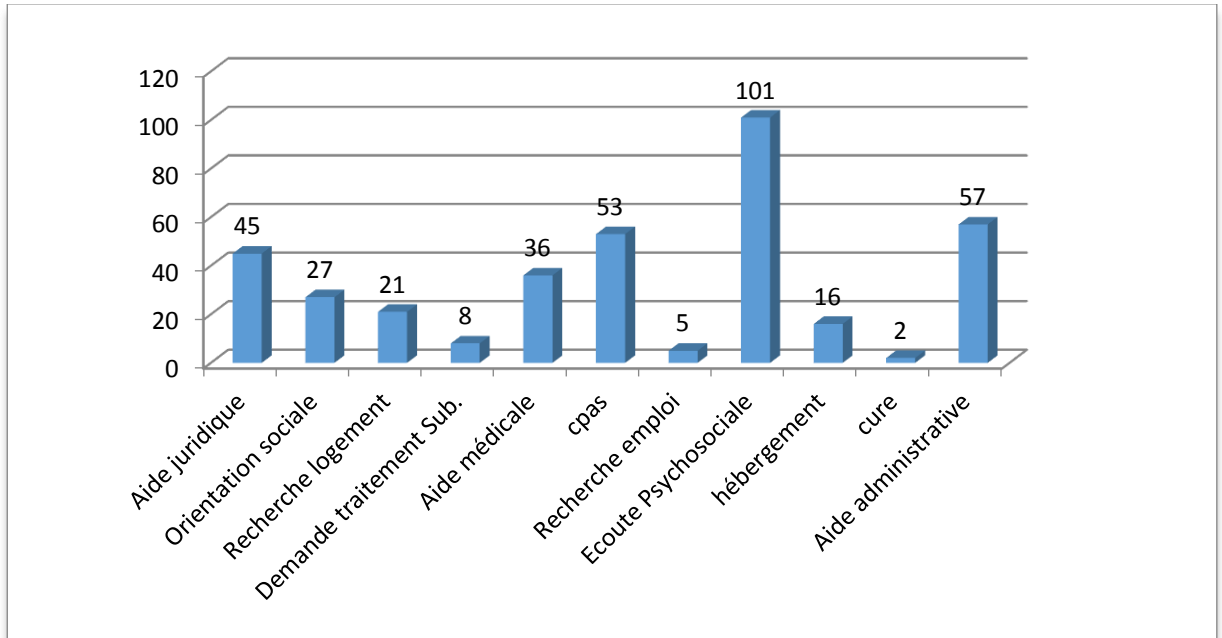
Origine géographique des bénéficiaires fréquentant la permanence sociale



Le temps consacré par demande peut sembler important (entre 45 minutes et 1 heures par entretien), il est essentiel car la plupart des situations que nous traitons sont assez complexes et relèvent bien souvent de problématiques multiples qu'il faut souvent démêler pour répondre à la demande initiale. Le temps consacré à chaque personne peut aussi s'expliquer par le fait qu'une grande partie des usagers venant en permanence sociale viennent avant tout pour une écoute psycho-sociale, ce qui implique d'accorder le temps pour laisser la parole se dire.

Les différentes demandes que nous recevons à la permanence sociale sont réparties en 11 catégories reprises dans le tableau ci-dessous. Les cinq demandes principales concernent les rubriques suivantes : écoute psychosociale, aide administrative, CPAS, aide juridique, aide médicale.

Types de demandes



En première position, on retrouve les *demandes d'écoute psychosociale*. Elles ne sont jamais formulées comme telles par les usagers. Il s'agit de moments où nous recevons des personnes en crise ou qui ont besoin de parler, sans que les discussions ne débouchent nécessairement sur une action concrète. Il s'agit surtout de moments de pause où l'offre d'écoute est plus importante que la mise en projet.

En deuxième position, on trouve la *demande d'aide administrative* qui reprend l'ensemble des interventions qui ont conduit l'assistant(e) social(e) à travailler à la compréhension de documents reçus par l'utilisateur : déclaration d'impôts, assignation en justice, problème de dette, démarches administratives vis-à-vis du chômage...

Les demandes reprises sous la rubrique « CPAS » concernent des demandes d'accompagnement vers un CPAS, la compréhension de leur fonctionnement, des demandes d'aide pour des reprises de contact ou des demandes de médiation entre le CPAS et l'utilisateur.

Les autres demandes reprises dans cette rubrique concernent des demandes d'informations relatives aux droits et aux devoirs des usagers face aux CPAS lorsque par exemple, ils sont confrontés aux refus quant à leur demande d'aide sociale.

Quant aux demandes relatives à *l'aide juridique*, elles concernent l'aide pour bénéficier d'un avocat pro deo, des prises de contacts avec des maisons de justices et des avocats, la rédaction de courriers concernant des poursuites auxquelles font face les usagers ou, plus simplement, une aide pour comprendre les courriers qui leur sont envoyés par une juridiction ou un huissier. Nous remarquons que dans la plupart des cas, les personnes viennent nous voir pour des démarches relatives à l'aide juridique car elles ne sont pas en mesure de comprendre le fonctionnement de la justice et les dédales administratifs pour faire valoir leurs droits. La situation est catastrophique pour ces personnes dans la mesure où les bureaux d'aide juridique sont débordés. Nous ne sommes pourtant pas spécialistes en la matière et nous pensons qu'une permanence spécifique pourrait être efficiente.

Enfin, les demandes d'*aide médicale*, qui arrivent en cinquième position, portent principalement sur l'accès aux soins de santé : nous apportons une aide aux usagers pour obtenir une carte médicale, une aide médicale urgente, etc. Cette catégorie n'arrive qu'en cinquième position parce que ces demandes sont souvent traitées directement avec notre médecin qui peut, par des réquisitoires, faciliter l'accès aux soins de santé.

IV.3. Orienter et accompagner physiquement vers d'autres services

L'orientation et l'accompagnement physique constituent la deuxième phase de notre processus d'accompagnement dont la première est de faire émerger des demandes. Cette deuxième phase de l'accompagnement est primordiale, à un certain moment, dans le processus ; elle comporte deux enjeux :

1. tenter d'apporter des réponses adéquates aux problématiques complexes vécues par nos bénéficiaires car, ayant nos propres limites, nous sommes invités à travailler avec nos partenaires de manière transversale.
2. « faire relais » afin d'éviter si possible la rupture du lien qui pourrait survenir au cas où le processus d'aide tournerait en échec. « Faire relais » nous permet, en cas de nouvelles ruptures avec les institutions, de reprendre le travail là où nous l'avions commencé car nous ne serons pas porteurs de l'échec.

Dans la pratique, les orientations et relais ne se font pas nécessairement sans mal. Beaucoup d'usagers n'osent plus franchir la porte d'autres services d'aide sociale ou médicale suite à des parcours institutionnels chaotiques, jonchés de refus et d'exclusions. Cela peut être une expérience traumatique avec un service d'urgence ou un centre hospitalier, un découragement face aux échecs pour obtenir l'aide sociale ou encore une frustration et un rejet des institutions. Les blocages qui peuvent survenir dans la relation entre l'homme de la rue et les institutions d'aides sociale ou médicale sont souvent dus à une incompréhension réciproque des systèmes de références propres à chaque partie (logique de la rue et logique institutionnelle).

L'expérience d'un jeune usager illustre assez justement notre propos :

Un jeune usager fréquentant le comptoir depuis plusieurs années nous confie un soir être dans des démarches administratives auprès du CPAS d'une commune bruxelloise pour obtenir une carte médicale dans l'optique de pouvoir assurer la poursuite de son traitement de substitution et soigner son corps tant meurtri par des années de rue. Dans un premier temps, le CPAS lui refuse l'adresse de référence sous prétexte qu'étant en rue, il est difficile de savoir si ce jeune passe la plus part de son temps sur le territoire communal. Pour seule explication, on lui a dit qu'il peut introduire un recours devant le tribunal du travail... Nous l'aidons à réintroduire une nouvelle demande pour son adresse de référence en réunissant toute une série de preuves (lettre de commerçant, confirmation par les éducateurs de rue de la commune, ticket de magasin et de pharmacie, etc.). Enfin... 2 mois plus tard, l'adresse de référence est accordée ainsi que la carte médicale.

Se présentant à nouveau au bureau de l'aide sociale pour introduire une demande de revenu d'intégration, nous avons été déçus par l'attitude de l'assistante sociale : « Vous demandez le revenu d'intégration ? Il va falloir signer un PIS (projet d'insertion social) mais ça va être dur de le respecter. Vous êtes en rue depuis dix ans et vous avez des soucis de toxicomanie... Vous pensez vraiment y parvenir et sortir de la rue ? » Ce jeune à 28 ans...

(Christopher Collin, coordinateur de l'équipe de 1^{ère} ligne)

La personne (usagère de drogues) a l'impression de ne pas être comprise dans son mode de vie et reconnue dans sa souffrance. Certains dénoncent une ignorance des services sociaux, qui travaillent « entre les murs », de la condition de vie et des difficultés rencontrées par les usagers de drogues marginalisés. Il y a également parfois incompréhension de la part des usagers par rapport aux pratiques d'intervention de ces institutions et leur finalité.

Moi, je ne vais plus à l'hôpital ou dans les maisons médicales pour me faire soigner. Tu es infantilisé et regardé comme un pestiféré. On ne t'écoute même pas. L'autre fois, on a essayé de me mettre 5 fois une perfusion alors que je leur disais que je n'avais plus de veines. Ils m'ont complètement charcuté. Et puis, il n'y a pas que ça. Parfois, tu veux aller dans une maison médicale et on te dit qu'on ne prend pas les toxicomanes car ils ont déjà eu des blagues avec des vols d'ordonnances ou de la violence. Mais merde, on n'est pas tous des bêtes quand même.

(Den, usager du CLIP)

Dans la pratique quotidienne, nous constatons que l'accompagnement physique apporte une grande aide aux bénéficiaires mais également aux personnels des autres

services et structures. Ces travailleurs sont souvent mal à l'aise et se trouvent en difficulté face au public des usagers de drogues vivant en rue. Nous jouons ainsi les intermédiaires entre les usagers et les services afin de favoriser la communication, d'aider les usagers à exprimer leurs besoins et demandes ainsi qu'à comprendre ce que les services attendent d'eux. Nous sommes invités à jouer le rôle de tiers et de traducteur entre les services officiant intra-muros et les bénéficiaires, grâce à notre connaissance des réalités de la rue, pour éviter les incompréhensions entre des systèmes de références « antagonistes » qui peuvent conduire à des blocages.

Ce rôle de « traducteur », facilitateur ou médiateur est essentiel lors de rencontres entre les usagers de drogues précarisés et le monde des institutions qui leur paraît froid, incompréhensible, effrayant, et dont ils sont souvent exclus. Nous essayons de faciliter l'accès aux soins, tentant – parfois pendant des mois – de persuader les personnes d'aller à l'hôpital, de voir le médecin ou remettre en ordre sa situation administrative.

Pascale Jamouille a d'ailleurs bien mis en exergue le choc culturel existant lors de la rencontre entre le secteur hospitalier et les personnes vivant en rue, et particulièrement les usagers de drogues :

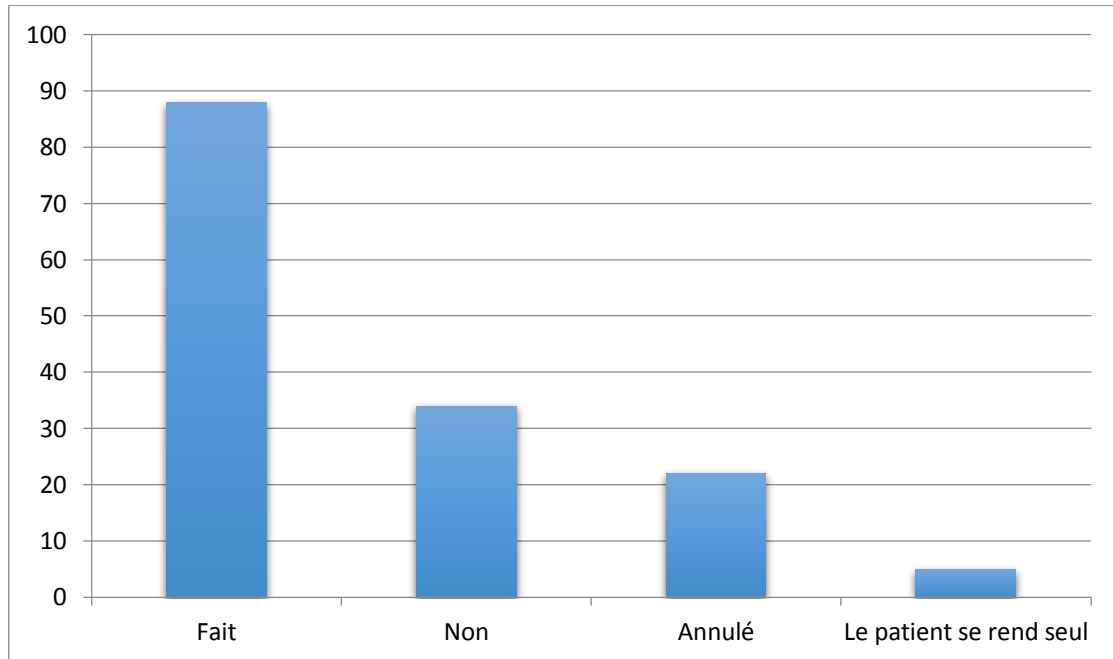
Les psychiatres hospitaliers semblent avoir un pouvoir exorbitant sur la vie des sans-abris. La décision médicale de les renvoyer à la rue fait force de loi. Les structures de soins rigides et fermées sur elles-mêmes fonctionnent sur des codes sociaux feutrés mais impitoyables quand le patient ne respecte pas le mode relationnel obséquieux qui structure la relation médecin/malade. L'espace social de la rue a ses propres codes : une culture de l'affrontement dans l'adversité, la capacité d'occuper le devant de la scène et une gestion frontale des conflits (« ça passe ou ça casse »). Ces codes heurtent de plein fouet la culture et l'organisation sociale de l'hôpital. Certains responsables adoptent des logiques rigides pour gérer le choc des cultures : cadrer, sanctionner et « virer » les « tox qui foutent le bordel », afin de pouvoir prendre le temps de soigner d'autres patients qui leur paraissent plus méritants³⁶.

Le fait d'être accompagné rassure nos bénéficiaires, les pousse à consulter, et rassure également le personnel médical, pas toujours à l'aise avec les gens de la rue. Beaucoup de préjugés persistent, les difficultés sont énormes, les incompréhensions multiples et cela se passe malgré tout quelquefois mal. Ce constat attire l'attention sur l'importance de préparer tant l'intervenant médical que le bénéficiaire avant la consultation.

³⁶ P. JAMOUILLE, *Drogues de rue, récits et styles de vie*, Bruxelles, De Boeck Université, 2000, p. 106.

En 2014, 149 accompagnements ont été programmés et 88 réalisés. Les autres ont été soit annulés, soit la personne a décidé de s'y rendre seule, soit elle ne s'est pas présentée au rendez-vous.

Accompagnements 2014

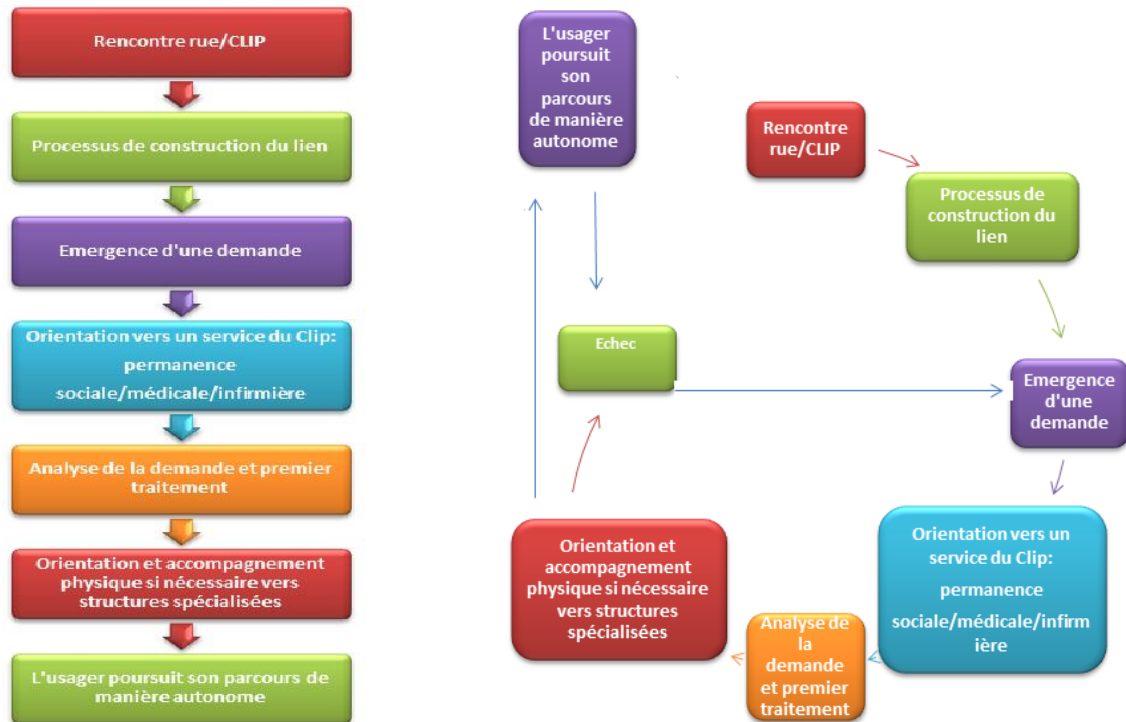


En guise de conclusion sur ce point, soulignons l'importance de la « fonction d'accompagnateur psycho-sociaux mobiles » : le Plan drogues en Région de Bruxelles-Capitale (2016-2019), publié par la FEDITO, la FEIAT et la CLDB, recommande en son action 23 (volet 3 : bas seuil) un financement, avec un objectif attendu de 100% d'accompagnement en plus qu'en 2015.

IV.5. Conclusion : du processus au réseau

Bien que le processus d'accompagnement soit présenté comme linéaire, il s'agit en réalité d'un processus à boucle de rétroaction. Au cours de l'accompagnement d'une personne, nous sommes en effet régulièrement confrontés à des périodes de rechute, de mise en retrait de l'utilisateur, d'abandon et de découragement. Notre position de tiers dans la relation permet, lorsque le moment est venu, de reprendre l'accompagnement là où l'arrêt s'est produit.

Processus linéaire (processus rêvé) VS processus à boucle de rétroaction



Outre l'importante de maintenir une position tierce dans l'accompagnement, celui-ci ne peut se développer pleinement qu'à la réunion de deux éléments :

- ✓ le financement des ressources humaines suffisantes pour permettre une juste disponibilité du personnel ;
- ✓ la constitution de réseaux, partenariats et collaborations avec les services adéquats pour répondre aux demandes des usagers lorsqu'elles dépassent le cadre de nos missions.

Concernant ce second élément, relevons encore que la plupart des travailleurs ont développé, au fil de leurs expériences et contacts, des réseaux interpersonnels qui les font travailler davantage avec certains travailleurs au sein d'une institution que d'autres, en fonction des bonnes collaborations antérieures. Ceci est essentiel : nous avons constaté qu'il est souvent plus facile pour un usager d'être orienté vers une personne en laquelle le travailleur a confiance que vers une institution anonyme...

De même, pour certains accompagnements, nous privilégions des partenaires avec lesquels nous avons de bonnes relations et dont nous sommes certains de la qualité du travail qui sera fourni. À titre d'exemple, nous collaborons régulièrement - pour n'en citer que quelques-uns - avec les projets LAMA, la MASS (via notre médecin qui possède la double « casquette » MASS/DUNE), l'ASBL Transit pour l'hébergement de crise ou l'ASBL CEMO (l'AMO de Saint-Gilles) pour toutes les demandes relatives au droit de la famille et aux suivis social des familles.

V. LE DISPENSAIRE DU CLIP

Dès 2006, grâce au soutien du SPP Intégration sociale, les usagers de drogues en situation de grande précarité ont eu accès à des soins infirmiers gratuits au CLIP et en rue.

De 2009 à 2014, le dispositif de soins a été renforcé grâce à l'intervention du Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes, qui a également permis d'ouvrir une consultation médicale gratuite au comptoir en février 2014.

En 2012, vu l'incertitude qui planait sur le financement du dispensaire infirmier (SPP Intégration sociale et transfert du Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes aux entités fédérées), un important travail de sensibilisation des pouvoirs politiques à la situation des dispensaires des comptoirs a été mené, en collaboration avec Le Comptoir de Charleroi et Namur Entraide Sida. Fin 2012, la subvention du SPP Intégration sociale a été supprimée, sur le motif de « compétences usurpées ». Malgré l'annonce de la ministre en charge de surprendre la subvention dès le mois de septembre, les contacts que nous avons pris ont débouché sur l'intervention des ministres de la santé de l'époque et permis de prolonger cette subvention annuelle jusqu'au mois de décembre.

Heureusement, début 2013, la Cocof a financé le projet spécifique de « soins infirmiers », via une extension du cadre de notre agrément (0,8 EPT infirmier et des frais de fonctionnement), remplaçant en quelque sorte la subvention que nous venions de perdre. L'intégration de la mission de « soins infirmiers » dans le cadre de notre agrément constitue une reconnaissance de la pertinence de notre projet et un premier pas vers la pérennisation. Néanmoins, ce financement de la Cocof ne répond que de manière très incomplète aux besoins du dispensaire infirmier.

En août 2014, une nouvelle demande d'extension de cadre a été introduite auprès de la Cocof. Cette demande est relativement limitée (0,4 EPT et les frais de fonctionnement qui y correspondent) pour entrer dans les modalités d'extension de cadre du projet spécifique ; elle ne couvre donc à nouveau pas l'ensemble des besoins de notre dispositif. Cette demande est en attente : toutes les demandes liées aux agréments sont « gelées » dans l'attente des résultats de l'étude de programmation et de l'évaluation du décret.

Ce dispositif poursuit donc l'objectif de procurer des soins de santé aux usagers de drogues actifs, exposés par leur consommation dans un contexte de pauvreté à des problèmes somatiques et psychiques graves. Il vise plus particulièrement à améliorer l'accès aux soins de santé pour cette population fragilisée en rupture avec les structures de soins « classiques », par la création d'un dispositif de référence interne au CLIP permettant un accompagnement adapté tout en continuant à promouvoir, à terme, leur orientation vers ces structures.

Il comporte deux services : une infirmerie, accessible les soirs d'ouverture du CLIP, c'est-à-dire du lundi au samedi de 19 à 22h30 (1) et une consultation médicale, accessible sans rendez-vous, deux fois par semaine (lundi et jeudi) de 15h à 17h(2).

V.1. Soins infirmiers au CLIP

Cette activité relève de l'agrément Cocof (2^{ème} projet spécifique de l'association, spécifié dans l'extension de l'agrément ayant pris effet au 1^{er} janvier 2013) et du Fonds de lutte contre les assuétudes.

Dans cette partie, nous présenterons les données quantitatives relatives à la fréquentation du service infirmier (nombre de soins et de patients) (A) et les données disponibles sur le profil des patients (sexe, âge, origine géographique) (B) ainsi que la nature des soins (C).

A. Chiffres de fréquentation

Le public soigné par le service infirmier peut être fort variable de celui qui fréquente le CLIP. En effet, plusieurs cas de figure existent :

- ✓ un bénéficiaire peut fréquenter le CLIP sans faire appel au service infirmier ;
- ✓ un bénéficiaire peut se faire soigner par les infirmier(ère)s, sans échanger de matériel d'injection (e.a. les consommateurs ayant adopté d'autres modes de consommation et ceux qui suivent un traitement de substitution) ;
- ✓ un bénéficiaire peut fréquenter le CLIP et s'y faire soigner.

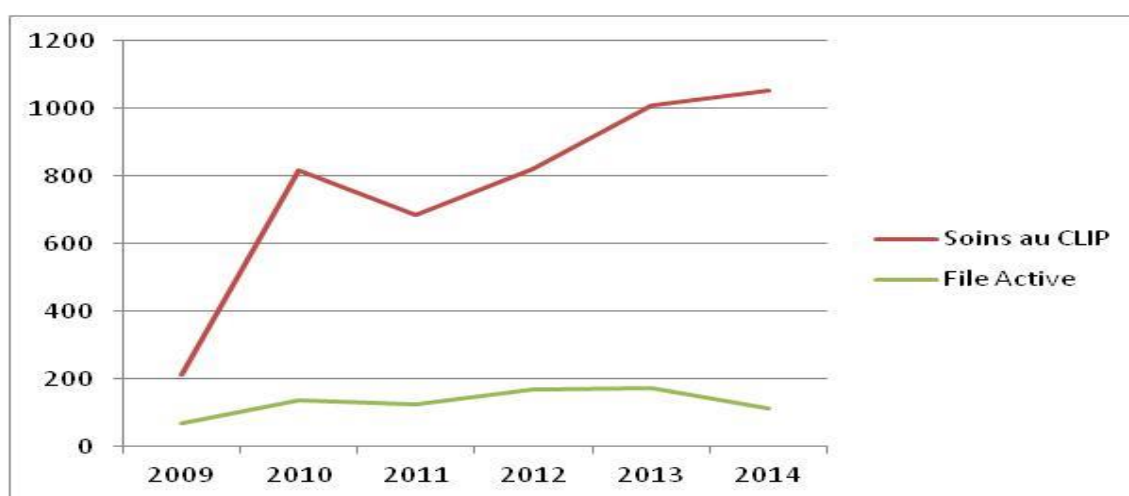
Pour chaque usager rencontré par le service infirmier, un dossier de santé informatisé est créé. La base de données est accessible uniquement au personnel soignant afin de respecter le secret professionnel. Le plus souvent, le dossier de santé se complète de manière progressive. En effet, tout comme pour le travail au comptoir ou au Médibus, nous essayons avant tout, lors des soins, de créer un contact avec les bénéficiaires afin qu'ils se sentent à l'aise et en confiance. Le but étant que le service infirmier soit un relai de soins de santé de première ligne, pour les consommateurs de drogues. C'est seulement lorsque le contact est créé et la confiance installée que nous tentons de compléter le dossier du patient. Cela se fait donc au fur et à mesure des rencontres et le patient a toujours le droit de refuser de répondre à nos questions.

Depuis la création du dispensaire infirmier en 2005, 473 usagers différents y ont été soignés. Comme chaque année, un nombre important de nouveaux usagers a fait appel au service. Ceux-ci sont référés soit par un usager connaissant déjà notre association, soit par une association partenaire, ou réorienté par nos travailleurs de rue lors de leur maraude.

Le tableau ci-dessous fournit le nombre de soins infirmiers fournis au comptoir en 2014 ainsi que la file active, c'est-à-dire le nombre de patients différents pris en charge en 2014, avec une mise en perspective par rapport aux années antérieures.

Année	Soins au CLIP	File active
2009	213	67
2010	817	136
2011	687	126
2012	821	167
2013	1008	173
2014	1052	112

Évolution de la file active et du nombre de soins au CLIP de 2009 à 2014

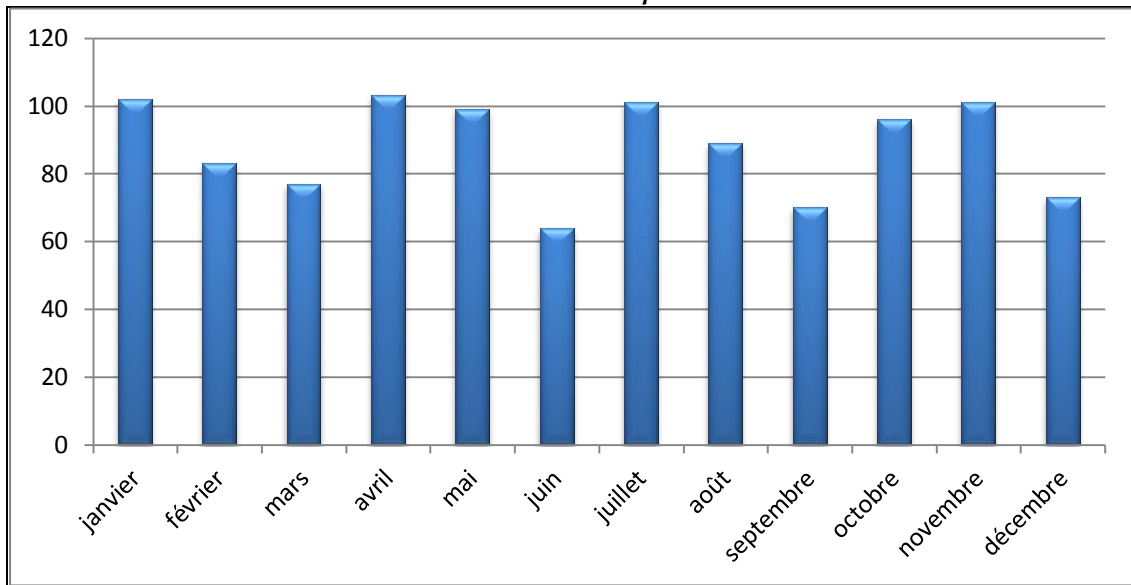


Les 1052 soins effectués en 2014 ont été prodigués à 112 patients différents. Cela signifie que le nombre moyen de soins dont a bénéficié un même patient est de neuf par année. Il convient néanmoins de préciser que certains bénéficiaires peuvent faire appel une seule fois au service infirmier ou, de façon assidue sur une période déterminée ou encore, de façon régulière tout au long de l'année.

On constate une intensification des soins en 2014 : plus de soins ont été donnés malgré la diminution par rapport à 2013 de la file active et du nombre de nouveaux patients.

En ce qui concerne l'augmentation du nombre de soins, nous pensons, à l'instar de l'année 2013, que ce phénomène est essentiellement dû à l'opportunité que nous avons eu d'ouvrir l'infirmierie 5 soirs par semaine. Ce qui permet une plus grande accessibilité.

Soins 2014 ventilés par mois

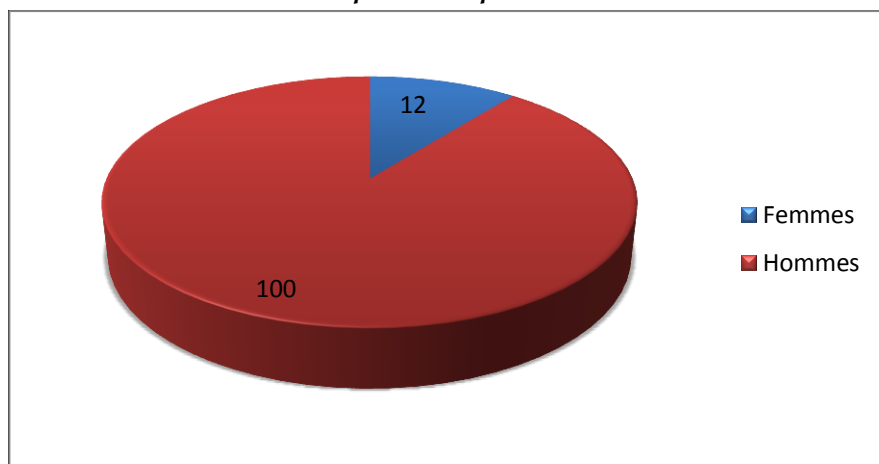


Au cours de l'année 2014, 1052 soins ont été effectués, ce qui représente une moyenne de 84 soins par mois ou un équivalent de trois soins par jour.

B. Profil des patients

Nous constatons que le nombre de femmes prises en charge cette année par le service infirmier représente 12% de la population qui y est soignée. Cette proportion est néanmoins supérieure que celle que nous retrouvons dans la file active du CLIP (5,83%).

Répartition par sexe



Plusieurs hypothèses complémentaires peuvent expliquer la faible présence de femmes dans les patients pris en charge au service infirmier du CLIP :

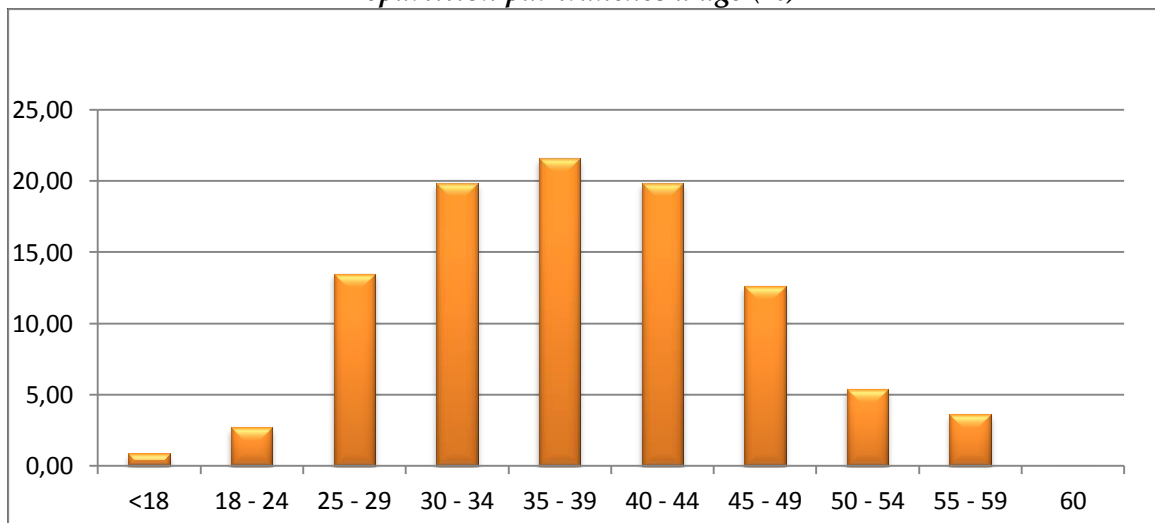
- ✓ La population générale des usagers de drogues en situation de grande précarité

comprendrait plus d'hommes que de femmes et par conséquent, ces dernières sont moins présentes dans les services de 1^{ère} ligne.

- ✓ L'usage problématique de drogues, notamment par voie d'injection, touche moins les femmes.
- ✓ Les femmes usagères de drogues ne se montrent facilement dans les services spécialisés en assuétude tel que le CLIP qui, comme l'univers la rue et de la « came », est un lieu peuplé d'hommes (même si notre personnel est mixte). S'il leur est difficile de pousser la porte du CLIP, quand elles y entrent et font appel aux infirmier(ère)s, elles sont un peu plus réceptives aux soins. On peut ajouter que dans la répartition des rôles dans un couple d'usagers de drogues, c'est l'homme qui est généralement chargé de l'approvisionnement en « came et matos ».
- ✓ Les femmes étant un public particulièrement vulnérable, elles seraient prioritaires pour tous les services d'aide de première ligne et que, par conséquent, elles seraient plus facilement prises en charge par ceux-ci.

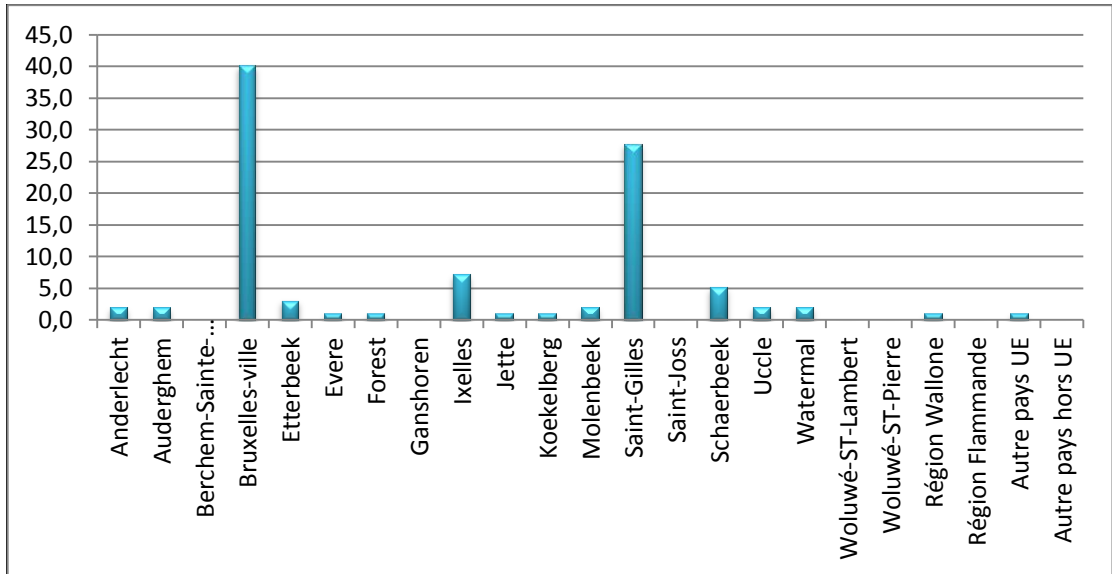
La distribution des bénéficiaires selon les tranches d'âge montre que le public du service infirmier est relativement jeune : la tranche d'âge des 25-34 ans est la plus représentée (33,3% de la file active), suivie de celle des 35-39ans (21%).

Répartition par tranches d'âge (%)



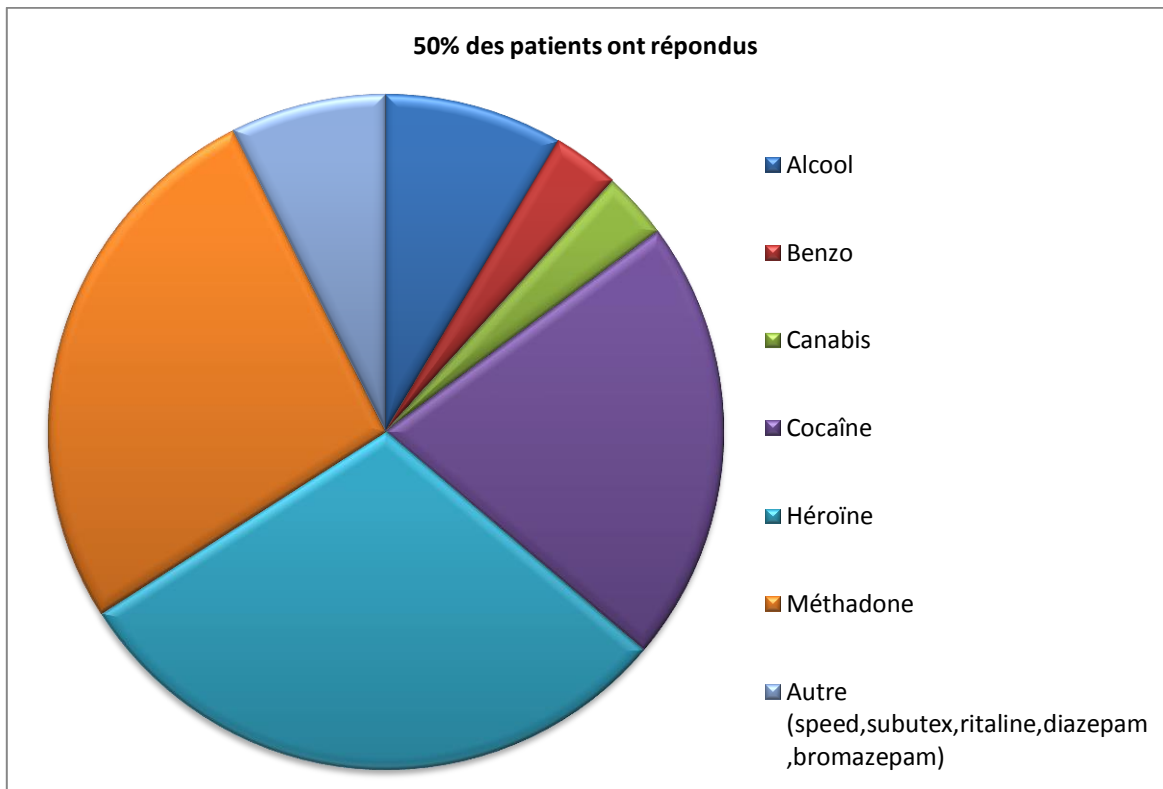
La répartition géographique du public du service infirmier présente les mêmes caractéristiques que la file active du CLIP avec les réserves d'usage précitées (le lieu de vie est déterminé par les codes postaux que les bénéficiaires fournissent alors qu'une large proportion des bénéficiaires est sans abri et n'a pas d'adresse de référence).

Répartition par commune (%)



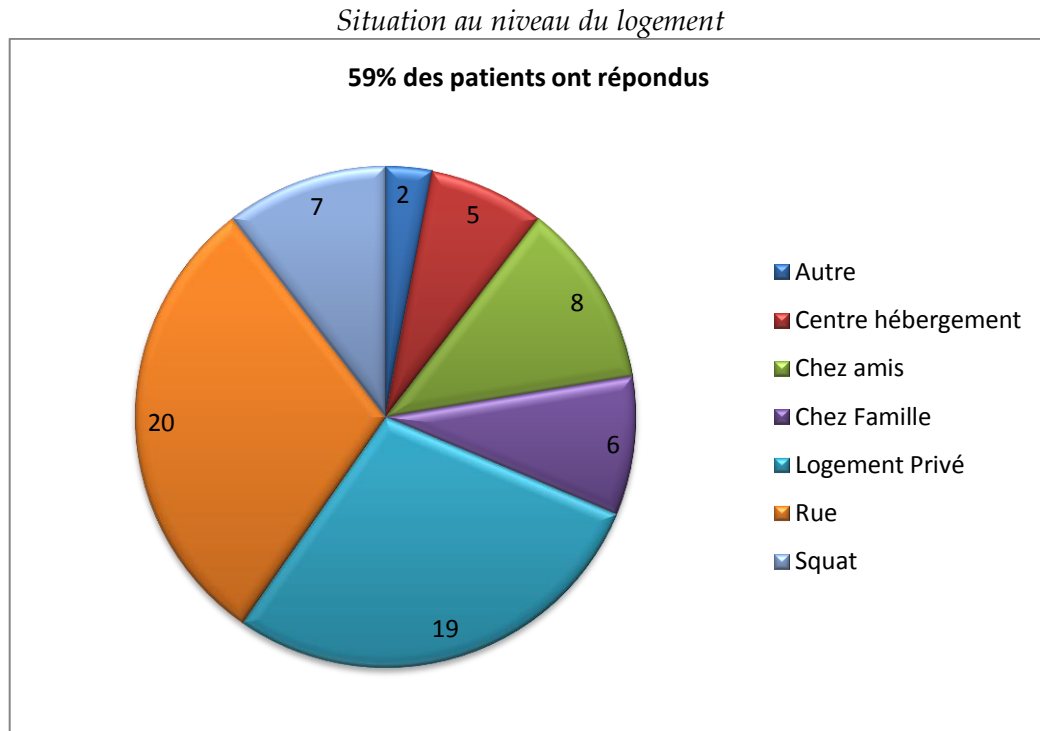
Le graphique ci-dessous met en évidence les produits consommés par les bénéficiaires qui sont suivis par le service infirmier du CLIP. L'héroïne, la cocaïne et la méthadone sont les trois substances le plus souvent utilisées.

Produits consommés

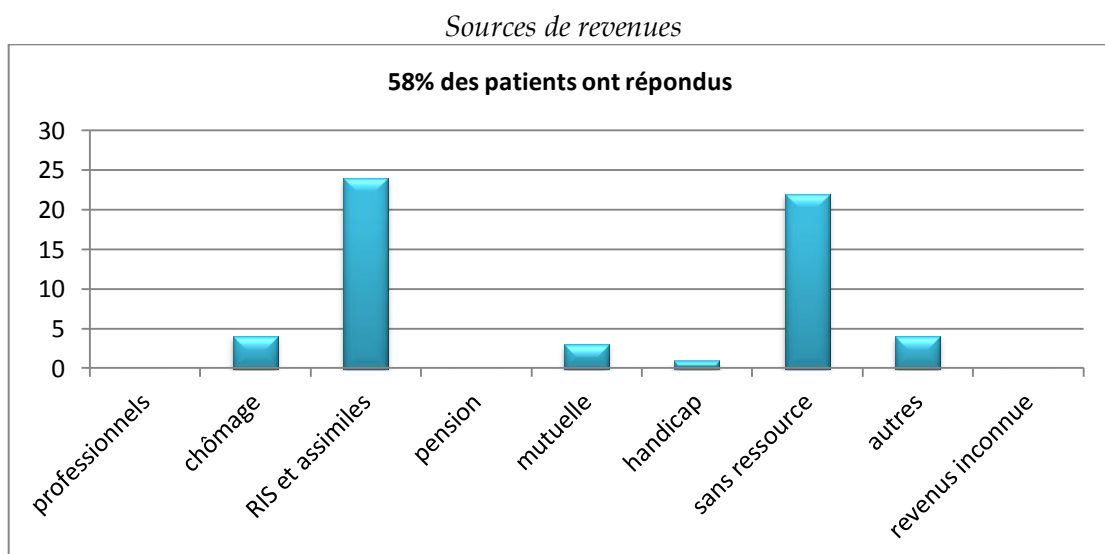


C. Profil socio-économique des patients

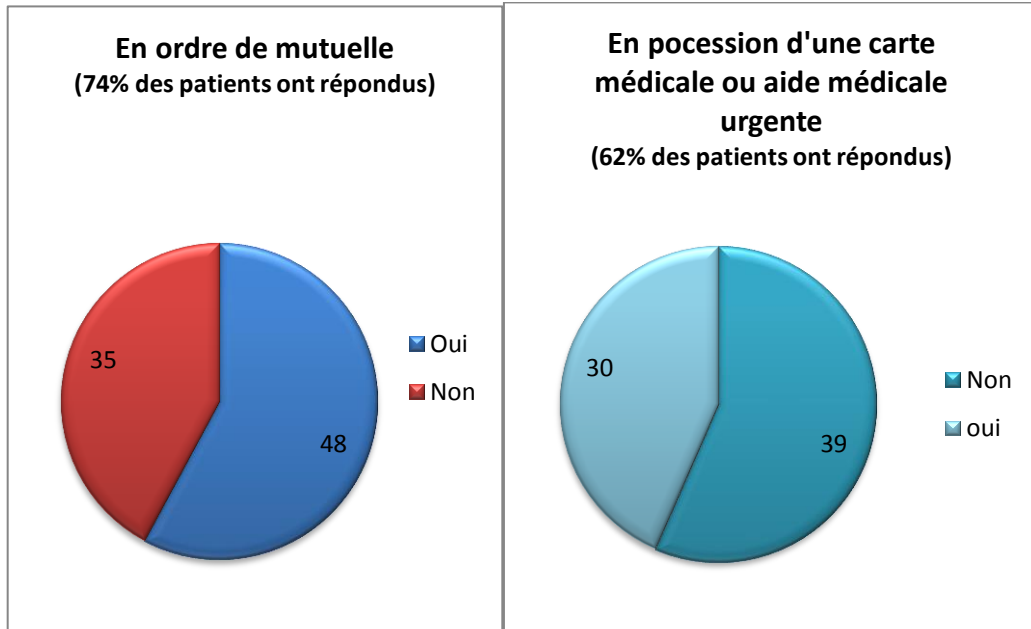
Au niveau de la situation relative au logement, on peut remarquer que 71 % des répondants (67 sur une file active de 112) sont en situation de logement précaire. Pour ceux qui ne sont ni en squat ni en rue, la précarité du logement vient de l'instabilité que représente le fait d'être hébergé par des tiers car du jour au lendemain, ils peuvent se retrouver à la rue sans ressources pour se loger.



La précarité en termes de logement s'observe également à travers les sources de revenus déclarés par les usagers répondants. En effet, la plupart d'entre-eux sont soit allocataires sociaux, soit n'ont aucune source de revenus. Il est dès lors difficile d'espérer avoir une stabilité au niveau de l'habitat.

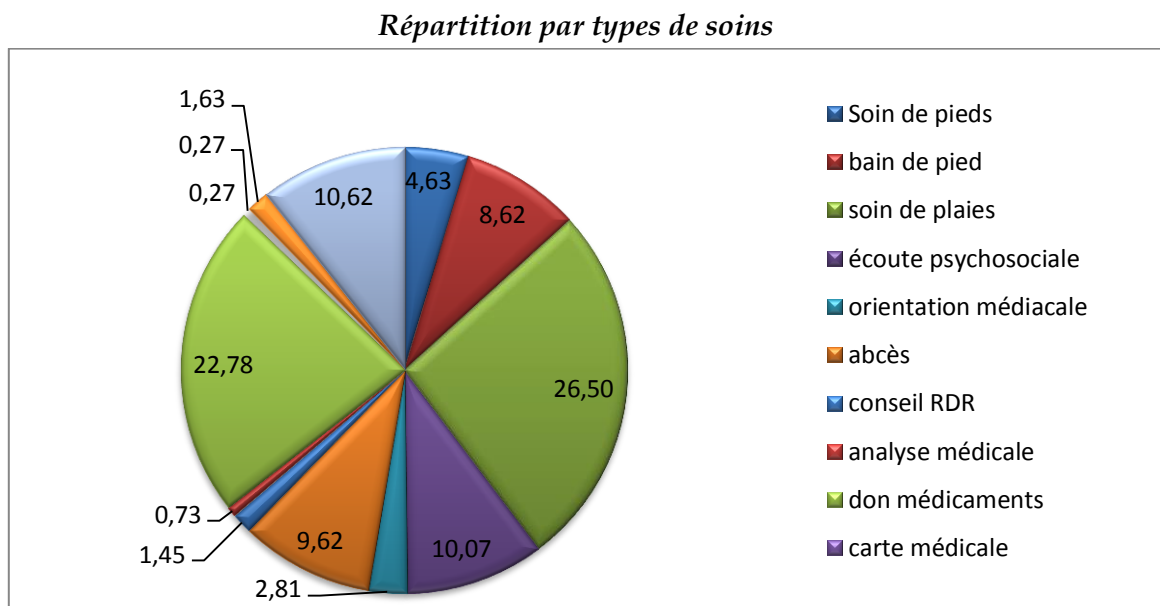


En ce qui concerne la couverture sociale et l'accès aux soins de soins, les deux graphiques qui suivent donnent un aperçu de la situation, qui donne tout son sens à la présence d'un médecin et d'un assistant social dans l'équipe pour œuvrer de concert avec les travailleurs sociaux à l'ouverture de leurs droits aux usagers.



D. Nature des soins

Le graphique ci-dessous représente les 9 catégories dans lesquels sont répartis les soins prodigués au CLIP.



On constate que les catégories « soins de plaies » (26,5%) et « *don de médicaments* » (22,7%) sont les plus représentées. La catégorie « *soins de plaies* » regroupe toutes les interventions des infirmier(ère)s concernant des plaies occasionnées en rue, lors de bagarres, d'accidents, de chutes... ainsi que des plaies occasionnées par la pratique de l'injection. Si on additionne la catégorie « *abcès* » (qui est l'une des principales conséquences de l'injection), à celle des « soins de plaies », ces catégories représentent plus de 36% des interventions.

Relevons également que la catégorie « *écoute psychosociale* » constitue plus de 10% des interventions des infirmier(ère)s. Cela en dit long sur la nécessité d'offrir aux usagers de drogues en situation de grande précarité une écoute attentive dans un lieu protégé. En effet, beaucoup profitent du moment passé dans l'infirmierie pour se confier et se déposer. C'est l'opportunité pour les infirmier(ère)s de continuer et de renforcer le travail de création de lien qui est au cœur de nos interventions et qui permet, une fois instauré, d'aller un pas plus loin dans l'accompagnement.

V.2. Consultation de médecine générale, sans rendez-vous

Ce service est financé exclusivement par le Fonds de lutte contre les assuétudes.

Malgré la grande difficulté, rencontrée par l'ensemble du secteur bruxellois, à trouver des médecins prêts à s'engager dans le secteur de la toxicomanie et de la grande précarité, l'équipe de

DUNE s'est enrichie de la présence d'un médecin généraliste, qui assure une permanence médicale les lundis et jeudis de 15h à 17h au CLIP, depuis le 1^{er} février 2014. Cette consultation médicale gratuite et sans rendez-vous répond à un réel besoin du public cible et fournit un soutien diagnostique au personnel infirmier. Cet accompagnement médical adapté de proximité, en amont de la demande de traitement de la toxicomanie, permet d'accrocher le public cible et d'améliorer son état de santé (ex. dépistage SIDA et hépatites, problèmes pulmonaires, abcès...).

La mise en place des consultations médicales a permis de renforcer le dispensaire du CLIP mais aussi notre dispositif global et de consolider les réponses à apporter :

- ✓ aux difficultés d'orientation et de relais du public cible vers les structures de soins classiques, liées à plusieurs motifs : absence de couverture sociale d'un grand nombre de patients et impasse pour régulariser certaines situations, réticence des bénéficiaires à consulter un médecin dans les structures de soins classiques (pratiques et cadre inadapté à cette population marginalisée dont l'accueil nécessite une approche particulière) ;
- ✓ à la surcharge des services bruxelloises disposant d'une offre médicale à bas seuil d'accès, spécifique aux usagers de drogues ou accessible à l'ensemble des personnes en situation d'exclusion (sans-abri, sans-papier...);
- ✓ à la prise en charge médicale des usagers de drogues les plus précaires, souvent à la marge du système de soins et fortement dégradés, vu les prises de risques et leur éloignement des structures de soins classiques.

En 2014, le médecin généraliste a effectué 70 consultations.

La file active de la consultation de médecine générale est constituée de 29 patients.

Contrairement aux appréhensions formulées par certains travailleurs sociaux de DUNE, l'ouverture d'une consultation médicale au sein du CLIP n'a pas généré une affluence de personnes précarisées en recherche d'un médecin mais ne relevant pas de notre public cible, ni un engouement de la part des usagers de drogues fréquentant le CLIP tel que cela aurait été difficilement gérable (crainte de saturation). Au contraire, et de la même manière que dans les autres comptoirs de réduction des risques disposant d'un médecin, on observe l'œuvre des phénomènes d'auto-exclusion et de dissolution du temps (cf. *supra*) rendant complexe la démarche de s'adresser à une consultation médicale, aussi bas seuil d'accès soit-elle, et de prendre soin de sa santé.

Des pistes sont en réflexion pour tenter d'améliorer la réponse des bénéficiaires à l'offre de consultation médicale gratuite et sans rendez-vous, essentielle au dispositif global de soins mis en place par DUNE. Relevons qu'initialement, nous souhaitions organiser la permanence médicale pendant les heures habituelles d'ouverture du comptoir, en soirée : cet horaire s'est avéré impossible à mettre en place avec le médecin actuellement engagé.

En plus des réponses apportées aux problématiques spécifiques de notre public, la présence d'un médecin généraliste dans l'équipe permet d'envisager l'organisation de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans le cadre du dépistage de l'hépatite C. Afin de proposer ce type de service au sein du CLIP, les contacts avec le Réseau hépatite C et le Centre ELISA sont en court car l'implémentation d'un tel dispositif demande réflexion. Nous estimons que la mise en place d'un tel dispositif sera profitable aux patients qui pourront bénéficier de l'encadrement des travailleurs du CLIP pour faire le test sur place, dans un lieu qui leur est familier. Ce service, si nous l'implémentons, offrira à toute personne porteuse du virus de l'hépatite C un accompagnement personnalisé améliorant significativement la compliance dans les différentes étapes du processus de guérison : de la mise en examen jusqu'à la guérison complète post-traitement.

V.3. Conclusion

Si la rédaction d'un rapport d'activités impose une présentation distincte des différents services proposés par DUNE aux usagers de drogues, dans la réalité quotidienne du travail, ces services sont interdépendants et leur mise en synergie permet d'apporter des réponses complexes à des problématiques complexes.

Le meilleur exemple concerne la mise en place de procédures spécifiques concernant l'accès aux soins de santé pour des usagers n'étant pas en ordre d'assurabilité : cela nécessite le travail conjoint du personnel infirmier pour repérer des problèmes

somatique, du médecin pour confirmer le diagnostic et orienter au mieux le patient, de l'assistant(e) social(e) pour faire les démarches administratives et l'accompagnement vers le CPAS en cas de difficultés de l'usager à faire ses démarches lui-même.

Par ailleurs, inclure un dispositif d'accès aux soins de première ligne dans un comptoir de réduction des risques permet d'élargir la sphère de nos actions de manière à répondre le plus largement possible aux besoins de notre public-cible. En effet, avec le public fortement précarisé que nous rencontrons, on ne peut pas se contenter du don de matériel et de conseils pour réduire les risques liés à la consommation de drogues. Celle-ci peut avoir un tel impact sur la vie du sujet (et davantage en situation de grande précarité) qu'il est important de proposer une approche multidisciplinaire et holistique pour tenter de réduire au maximum les risques liés à la consommation et au style de vie qu'elle induit. De plus, il apparaît qu'une personne ayant la possibilité de maintenir son capital-santé au plus haut niveau possible malgré sa consommation sera probablement moins en proie à la dérégulation de sa consommation. Autrement dit, si une personne reste en bonne santé physique, psychique et mentale, il lui sera moins difficile de stabiliser sa consommation et de s'inscrire dans un projet de réinsertion.

A. vient régulièrement au Médibus chercher du matériel d'injection et faire un soin. En effet, il a un ulcère au niveau de la jambe. D'origine française, A. n'a pas de couverture médicale. Les soins ne sont faits qu'au Médibus, une à deux fois par semaine maximum. Peu à peu, son état semble se dégrader : le teint devient gris, il maigri et parle de vomissements répétés. Un soir, il accepte de nous accompagner au CLIP afin d'y rencontrer le médecin. Le médecin le rencontre et fait le relais vers une autre association qui l'aidera au niveau social et médical. Depuis, il passe régulièrement au CLIP pour prendre du matériel, refaire son pansement ou laver son linge.

(Anouk, infirmière à DUNE)

VI. RESEAU NOMADE « PRECARITE ET ASSUETUDES »

DUNE est promoteur du réseau Nomade, agréé comme réseau santé par la CoCof (2^{ème} agrément 2012-2014)

Le travail développé au sein du Réseau santé Nomade, dont DUNE est promoteur, propose une approche intersectorielle alliant les secteurs de la santé, de la santé mentale, des assuétudes et de la grande précarité. Il est composé de 12 partenaires signataires d'une convention³⁷ et ses activités sont ouvertes aux travailleurs (et aux bénéficiaires) des services intéressés.

Inspiré notamment des valeurs de l'antipsychiatrie (« placer l'utilisateur au centre du processus ») et de la Charte de la réduction des risques (« en dépit du statut illégal de certains de ses comportements, l'utilisateur de drogues a droit à la participation sociale, à la santé, à l'éducation, au travail et au respect »³⁸), le réseau Nomade favorise la rencontre et la collaboration entre les acteurs en contact avec différents publics précarisés (usagers de drogues, travailleur(euse)s du sexe, personnes sans-abri ou mal logées, demandeurs d'asile...). Le réseau permet d'alimenter une réflexion constante et éclectique afin d'améliorer l'accompagnement et les conditions de vie des bénéficiaires.

Depuis 2012, le réseau Nomade développe plusieurs activités centrées sur la thématique de **la participation des usagers dans les services**. L'objectif principal est de renforcer la participation des bénéficiaires au sein des institutions qu'ils fréquentent, ainsi que la concertation des professionnels autour des réponses qui leur sont proposées. Cela permet de développer les connaissances des professionnels et la qualité de leurs réponses, en lien avec les contextes et les groupes d'appartenance.

La volonté du réseau de stimuler la réflexion et l'échange autour des pratiques participatives s'incarne dans l'organisation de rencontres-débats, *Les Midis du Nomade* (1), et l'élaboration d'un « monitoring », à savoir un répertoire recensant les expériences participatives en Belgique et ailleurs (2).

VI.1. Les Midis du Nomade

Les Midis du Nomade sont des rencontres-débats qui ont pour objectif de proposer des échanges et une réflexion sur les expériences des pratiques participatives (pairs-aidants, groupes de parole, focus groupes, collectif d'utilisateurs...). Ces échanges permettent aux professionnels de nourrir leur pratique quant à la participation des bénéficiaires au sein des services, chacun enrichissant le débat en fonction de

³⁷ Alias, Babel, Diogènes, Espace P, Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté, Infor-Drogues, Jeugd en Stad, la Maraude de Saint-Josse, La Strada, L'Autre "lieu", le Réseau hépatite C.

³⁸ *Charte de la réduction des risques*, Plateforme de RdR, [<http://reductiondesrisques.be/charte-de-lareduction-des-risques/>].

l'éclairage que lui apporte son secteur et sa fonction.

Chaque rencontre est l'occasion d'inviter un intervenant pour témoigner d'une initiative participative, toujours selon le même schéma : une heure de présentation, une heure de débat. Cette année, ces réunions se sont déroulées à la salle Garcia Lorca (49, rue des Foulons – 1000 Bruxelles). Vous en trouverez ci-dessous une brève description.

A L'espace de parole : pourquoi et comment inviter les personnes sans-abri et mal-logées à des discussions publiques et collectives ? - 3 avril

Thème : discussions publiques et collectives de personnes sans-abri/mal-logées

Institution : La Strada

Intervenant : Jean-Louis Linchamps

L'espace de parole est une initiative de la Strada (Centre d'appui au secteur bruxellois d'aide aux sans-abri)³⁹. Ce projet a pris naissance suite à l'une des propositions qui se dégagent du rapport final de l'étude réalisée en 2000 par le GERME (ULB), commanditée par le Collège réuni de la CoCom, intitulée *La problématique sans-abri en Région de Bruxelles-Capitale*⁴⁰. L'activité des e.p. (*espaces de parole*) a commencé au sein de l'asile de nuit Pierre d'Angle en 2002. Elle se développe depuis 2010 au sein de la Strada.

L'objectif est de créer des espaces **nomades, publics et animés** afin de :

- ✓ favoriser l'expression des personnes sans-abri sous différentes formes (y compris culturelles et artistiques) ;
- ✓ susciter l'échange d'informations et la communication entre le public cible, les travailleurs, la société civile, les institutions et les pouvoirs publics.

Les associations qui accueillent les réunions sont prêtes à se remettre en question au travers d'une réflexion collective et ouverte. L'e.p. est donc un moyen et non une fin en soi. Les réunions ne sont cependant pas centrées sur l'institution d'accueil. Actuellement, les lieux réguliers des réunions sont des centres d'accueil de jour.

Des extraits filmés lors d'*espace de paroles* ont été diffusés afin d'illustrer la dynamique propre à ces échanges.

³⁹ Pour plus d'informations, voyez www.lstb.be/index23.asp?hl=f&cat=32&doc=25

⁴⁰ REA A., GIANNONI D., MONDELAERS N., SCHMITZ P., *La problématique des personnes sans-abri en région de Bruxelles-Capitale. Rapport final*, ULB/ Institut de Sociologie/GERME, Janvier 2001.

B. Home street home. Les personnes sans-abri et les espaces publics : Quelle rencontre possible au travers d'une exposition et d'une journée d'étude ? - 16 juin

Thème : Interactions entre personnes sans-abri et acteurs de l'espace public du métro

Institution : Diogènes

Intervenants : Lucie Martin et Laurent Demoulin

*Home Street Home*⁴¹ propose une réflexion multiforme, à différents niveaux, sur le thème « personnes sans-abri et espaces publics ». Elle s'incarne sous différentes productions/événements: une exposition audiovisuelle participative, une journée d'étude et une publication.

Home Street Home s'attache à donner la parole aux habitants de la rue mais aussi à tous les acteurs de terrain qui les rencontrent quotidiennement (agents STIB, gardiens de parc...). L'ambition est de croiser les regards, mettre en perspective les discours pluriels et in fine, faire des ponts entre le monde de la rue et la société.

Home Street Home est un projet de Diogènes et une émanation du projet Métro-liens⁴².

C. Quels engagements pour le professionnel du soin et de l'aide sociale ? - 25 septembre

Thème : Décaler la réflexion, de la parole du bénéficiaire à celle du professionnel

Institutions : L'Autre « lieu »⁴³, Habitat et participation⁴⁴

Intervenants : Aurélie Ehx, Yves-Luc Conreur (L'Autre « lieu ») et Géraldine Vanderveken (Habitat et participation)

Présentation d'une capsule sonore, résultat d'une recherche menée entre 2010 et 2014. En écho à la brochure que la Fondation Roi Baudouin venait d'éditer (« Les soins de santé mentale, avec les patients, c'est mieux »), le but était d'explorer cette variante : « L'aide et le soin, avec les professionnels, c'est bien aussi ».

Dans une politique sociale et sanitaire incitant à mettre l'utilisateur au centre, où se trouve désormais le professionnel ? Quel espace lui permet d'exprimer son point de vue ? Quels sont les obstacles à leur participation ? À l'heure où la parole du bénéficiaire est tant recherchée, il faut se demander ce qu'exprime celle du professionnel.

La capsule, d'une dizaine de minutes, compile des interviews de professionnels et met en évidence trois axes thématiques : engagement, grande vérité, quête du sens perdu. La diffusion de cette capsule et le débat qu'elle cherche à provoquer participent à la création d'espace de paroles pour professionnels.

⁴¹ Pour des informations complémentaires, voyez www.homestreethome.org

⁴² <http://homestreethome.org/metro-liensmetro-verbindingen/>

⁴³ www.autrelieu.be

⁴⁴ www.habitat-participation.be

VI.2. Le monitoring : un répertoire de pratiques participatives

L'objectif de faire du réseau Nomade un lieu de réflexion sur la thématique de la participation des bénéficiaires s'appuie sur un outil défini par le réseau lui-même : un « monitoring » des expériences de participation des bénéficiaires, existant à Bruxelles, en Belgique et même, plus largement en Europe, afin de répertorier la diversité des expériences issues de la créativité des travailleurs sociaux et des bénéficiaires, au-delà de nos frontières régionales.

Le monitoring entend être un outil dynamique destiné à assurer le suivi des expériences de participation des bénéficiaires développées dans les secteurs qui se rapportent à la double thématique du réseau Nomade : la précarité et les assuétudes.

Cet outil vise donc :

- ✓ à identifier la diversité des pratiques de participation ;
- ✓ à dégager les possibilités de rencontres, en fonction des intérêts formulés par les membres du réseau ;
- ✓ à créer une forme d'émulation auprès de ces derniers qui pourront trouver, au sein des expériences décrites dans le monitoring, l'inspiration pour développer leurs propres activités participatives.

En 2013, nous disposions déjà d'une liste d'expériences conséquente, reprenant des expériences mises en place tant à l'extérieur du réseau Nomade que par les membres du réseau eux-mêmes. Cette liste est alimentée par des rencontres avec des acteurs du secteur social bruxellois, des recherches documentaires ainsi que les expériences connues des membres du réseau Nomade.

L'ensemble des expériences répertoriées ont fait l'objet d'une analyse sur la base d'une grille structurée permettant une présentation systématique. Le nouveau coordinateur du réseau a commencé le travail conséquent d'analyse en novembre 2014 et l'a présenté lors d'un Midi du Nomade, en février 2015. Ce répertoire, en cours d'élaboration en 2014, fera donc l'objet d'une présentation détaillée dans le rapport d'activités 2015.

Consulter cet outil à l'adresse suivante :

<http://dune-asbl.be/onewebmedia/R%C3%A9pertoire%20d'exp%C3%A9riences%20participatives.pdf>

VI.3. Conclusion

Au fil des ans, le réseau Nomade s'est constitué comme un lieu de réflexion sur la thématique de la participation des bénéficiaires, un lieu de partage d'expériences et d'échange de (bonnes) pratiques. Des échanges qui permettent, à terme, d'activer de nouveaux projets et de transformer les pratiques. Les membres du réseau Nomade, comme ses invités, s'accordent sur l'importance de travailler la question de l'implication des bénéficiaires, d'une manière ou d'une autre, au sein des services. Cette approche est porteuse de plusieurs avantages pour les publics fragilisés : reprendre le pouvoir sur sa vie, retrouver une estime de soi et confiance, partager avec d'autres ses aptitudes et en développer de nouvelles, s'exprimer, briser l'isolement, développer le sentiment d'appartenance à la société.

Les perspectives 2015-2016 s'inscrivent dans la continuité des activités menées jusqu'à présent :

- ✓ organiser les Midis du Nomade autour d'expériences participatives pertinentes ;
- ✓ renforcer l'itinérance des rencontres dans les locaux des associations actives dans le réseau ;
- ✓ participer à l'organisation de la Journée d'étude du 5 juin 2015 intitulée « 10 ans de Bon Plan pour limiter la casse ! », organisée par DUNE et Bruxelles Laïque ;
- ✓ améliorer la visibilité des activités afin d'amener des professionnels d'un plus grand nombre de services à y participer ;
- ✓ poursuivre les initiatives visant à impliquer les bénéficiaires des membres du réseau dans les activités ;
- ✓ alimenter le monitoring des expériences participatives ;
- ✓ poursuivre la veille de la littérature afin d'éclairer certains aspects terminologiques et d'alimenter les débats au sein du réseau ;
- ✓ créer une revue du web sur la thématique de la participation (scoop.it) ;
- ✓ développer les outils nécessaires à l'évaluation de la satisfaction des membres vis-à-vis des deux outils de formation développés (les Midis du Nomade et le monitoring) ainsi que de l'impact du travail au sein du réseau Nomade sur les pratiques participatives de ses membres ;
- ✓ récolter et analyser les données d'évaluation du fonctionnement du réseau, et en tirer les enseignements pour l'avenir ;
- ✓ organiser, en fonction des besoins, les rencontres de travail des membres du réseau (monitoring, travail conceptuel, évaluation, implication des bénéficiaires dans le réseau) et du comité de pilotage, dont le rôle sera re-questionné ;
- ✓ élaborer le projet du réseau Nomade pour l'avenir et rédiger le dossier de demande de renouvellement de l'agrément (la prolongation de l'agrément court jusqu'à fin décembre 2016).

Nous concluons en insistant sur l'importance de l'élaboration du monitoring d'expériences participatives. En effet, il permet de recenser, de mettre en valeur le travail du réseau depuis sa création, de répertorier la littérature existant sur le sujet, mais aussi de stimuler la réflexion et la création d'initiatives participatives. En ce sens, il constitue un support théorique indispensable, parce que complémentaire aux Midis du Nomade. C'est via ces deux pôles que le réseau Nomade développe pleinement son identité.

VII. LE BON PLAN

DUNE publie depuis 2005, Le Bon Plan (pochettes puis agenda), un outil d'information et de prévention à destination des personnes en situation de grande précarité, grâce au subside de la CoCof – Action sociale

Distribué aux usagers et aux professionnels du secteur associatif, le Bon Plan est un agenda gratuit caractérisé par un index reprenant par commune les points d'assistance médicale et sociale de première ligne à Bruxelles. Ces points d'assistance sont localisés sur un plan reproduisant deux cartes géographiques : l'une des 19 communes, l'autre du centre de Bruxelles. Ce plan est détachable et, plié en deux, peut être glissé dans une pochette plastique prévue à cet effet (format carte de banque). Le Bon Plan est un outil indispensable qui propose un instantané des ressources disponibles en première ligne.

VII.1. L'agenda 2015

L'agenda Le Bon Plan 2015 est confectionné selon une structure en 6 parties.

Dans la **première partie**, le descriptif de l'outil (mode d'emploi) visant à faciliter son utilisation (qui a perdu sa raison d'être dans une cinquième édition) a laissé la place à un éditorial annonçant la journée d'étude organisée à l'occasion de son dixième anniversaire.

La **seconde partie** est consacrée à l'agenda qui se présente sous un format hebdomadaire (une semaine par page). Chaque mois, une page de garde présente une thématique, sous la forme de citations, textes et conseils dans le but de :

- ✓ diffuser des messages de prévention ;
- ✓ rappeler les lieux accessibles gratuitement ;
- ✓ rappeler les gestes simples d'hygiène ;
- ✓ souligner les droits fondamentaux que chaque personne peut prétendre exercer ;
- ✓ sensibiliser nos bénéficiaires et le public en général sur des thématiques en fonction du calendrier des journées mondiales officielles ;
- ✓ déculpabiliser les bénéficiaires face à leur situation et redonner un peu d'espoir.

Le choix des thématiques est effectué par l'équipe de DUNE, après consultation des associations partenaires, et reflète la diversité des problématiques rencontrées par nos

publics, c'est-à-dire des sujets pertinents pour tout public précarisé ou en contact avec la précarité (participation des usagers, réduction des risques, restaurants sociaux, santé mentale, accès à la culture...). Chaque édition tend à renouveler en partie les thématiques mises en exergue chaque mois, en lien avec les activités des partenaires. Vu leur importance, certaines thématiques sont maintenues mais le message qui les illustre est actualisé afin d'introduire de la nouveauté dans l'agenda.

La **troisième partie** reprend, commune par commune, les associations à destinations des bénéficiaires. Les informations relatives aux associations contiennent :

- ✓ un descriptif du service et ses conditions d'accès ;
- ✓ les heures d'ouverture et des informations sur l'accessibilité ; les personnes de contacts ;
- ✓ des pictogrammes synthétisant les informations afin d'identifier directement si le service correspond aux besoins de l'utilisateur ;
- ✓ un numéro qui permet de repérer sur la carte géographique les services répertoriés.

La **quatrième partie** contient l'index des associations, par ordre alphabétique, pour faciliter la recherche.

La **cinquième partie** offre 8 pages destinées à accueillir les notes de l'utilisateur.

La **sixième partie** propose deux cartes géographiques détachables, l'une des 19 communes, l'autre du centre de Bruxelles. Les différentes associations reprises dans l'index y sont localisées.

L'édition 2015 de l'agenda est disponible sur le site de DUNE à l'adresse suivante :

<http://dune-asbl.be/publications/bon-plan.html>

VII.2. Diffusion

Les exemplaires du Bon Plan ont été diffusés à partir du mois de février aux usagers DUNE et à nos partenaires. Les demandes continuent tout au long de l'année, car certains partenaires découvrent l'outil par la suite, d'autres ne désirent pas avoir un trop grand stock et en demandent au fur et à mesure qu'ils l'écoulent.

Pour 2015, les 4.000 exemplaires de l'agenda 2015 ont été répartis entre 41 services, situés dans 8 communes bruxelloises. DUNE conservent 500 exemplaires pour distribuer à nos usagers au comptoir et en rue (300), pour la communication (50) ainsi qu'une partie « réserve » pour répondre aux demandes en cours d'année (150). Cette réserve se révèle bien en-dessous de la demande.

Cette année, un point relais a été mis en place au CLIP. Les partenaires pouvaient s'y rendre durant les heures d'ouverture pour retirer leurs commandes d'exemplaires.

VII.3. Évaluation

L'édition 2015 confirme le succès de cet outil d'information et de prévention unique à Bruxelles, avec 4000 exemplaires distribués. La demande ne cesse d'augmenter et n'a pas pu, cette année encore, être comblée.

Selon les utilisateurs du Bon Plan, le succès de cet outil est dû à :

- ✓ son *utilité* : un répertoire de services, en lien avec les besoins des personnes en situation de précarité, avec plans de localisation, allié à un agenda.
- ✓ son *accessibilité* : il est diffusé gratuitement ;
- ✓ son aspect *pratique* : un format de poche, facilitant son transport ;
- ✓ sa *lisibilité* : des pictogrammes clairs et originaux, facilitent son utilisation indépendamment de la maîtrise de la langue ou de la lecture ;

Cet outil d'information et de prévention s'est peu à peu construit et affiné, avec les apports des publics cibles et des professionnels consultés régulièrement, pour former son identité propre, du « simple » plan (2005-2010) au format agenda (à partir de 2011).

Le format agenda permet de :

- ✓ diffuser des messages de prévention à travers un objet concret qui a sa propre utilité ;
- ✓ attirer l'attention des bénéficiaires sur l'organisation de leur temps, ce temps particulier de la vie précaire en rue confronté à celui des travailleurs et des institutions de l'aide sociale et médicale.
- ✓ mettre chaque mois en évidence une thématique particulière.

Chaque année, l'évaluation menée auprès des partenaires inscrits dans le répertoire montre leur intérêt pour Le Bon Plan. Depuis l'édition 2013, nous avons de moins en moins de remarques concernant le contenu de l'agenda et son utilisation.

En revanche, nous recevons beaucoup d'encouragements et de commentaires positifs concernant cette initiative. Le Bon Plan est reconnu comme un outil indispensable pour le secteur de l'aide psycho-médico-sociale bruxelloise, tant pour les bénéficiaires que pour les professionnels. Cet agenda, grâce à son répertoire et aux plans intégrés, permet d'avoir un accès rapide aux ressources disponibles en première ligne médicale et sociale.

Le seul point négatif mis en évidence par nos partenaires est le manque d'exemplaires disponibles (4.000 tirés). En effet, nous avons dû, faute de budget pour publier un nombre plus élevé d'exemplaires, restreindre certaines commandes afin de garantir une diffusion large et équitable entre les services. Nous estimons à 6.000 le nombre d'exemplaires nécessaires pour satisfaire tous nos partenaires.

VII.4. Conclusion : perspectives 2015- édition 2016

Le travail de réduction des risques liés aux usages de drogues et l'aspect réticulaire qu'il implique, requiert des compétences sociales et une connaissance approfondie du secteur de l'aide sociale sans lesquelles il serait impossible de faire le lien entre des bénéficiaires, des professionnels, des personnes ressources et entre usagers eux-mêmes.

A l'heure où nous rédigeons ce rapport d'activités 2014, les idées et projets concernant nos outils d'information et de prévention sont déjà en travail au sein de l'équipe de DUNE. Voici un bref aperçu de ce que nous souhaitons réaliser avec le Bon Plan en 2015-2016 :

- ✓ Renouer avec la mise en place de groupes de parole d'usagers (les groupes « es-pairs »). Nous avons déjà expérimenté cette méthodologie de concertation qui permet de connaître (et faire connaître) les expériences et les compétences des usagers, à partir desquelles on peut imaginer des initiatives innovantes et répondant directement à leurs besoins, tout en tenant compte de leurs représentations, de leurs perceptions et compréhension des problèmes rencontrés, des freins et leviers. Cette méthodologie amène les usagers à devenir de véritables acteurs de la vie sociale. Nous souhaitons reconnaître les connaissances des participants, en tant qu'expert de la rue, et les rémunérer pour le travail et la réflexion qu'ils mènent avec nous. A partir de ces groupes, il s'agit de concevoir et d'évaluer le Bon Plan, tant sur le plan graphique et pratique (facilité d'utilisation) que sur la réponse de l'outil à leurs besoins (pertinence) mais aussi de chercher des nouveaux outils de sensibilisation, de promotion de la personne et d'insertion sociale qui partent des besoins définis par les usagers.
- ✓ Editer la 6^{ème} édition de l'agenda : actualisation des données, intégration de nouveaux services, renouvellement des thématiques.
- ✓ Tirer 6. 000 exemplaires pour mieux répondre à la demande.
- ✓ Mettre en place une nouvelle ligne graphique, pour « rafraichir » l'image de l'agenda, inchangée depuis sa création.
- ✓ Organiser une journée d'études, le 5 juin 2015, à l'occasion du 10^{ème} anniversaire du Bon Plan afin de faire un bilan de l'assistance médicale et sociale de première ligne à Bruxelles.
- ✓ Renforcer la présence des usagers dans les thématiques mensuelles, par le biais de citations.
- ✓ Renouveler les modalités de l'évaluation réalisée avec les services partenaires : évaluation de la manière dont ils se servent de l'outil, des modalités de diffusion auprès de leurs publics et, le cas échéant, comment il conviendrait de l'améliorer.

IX. AUTRES RESEAUX ET PARTENARIATS

Dans cette partie du rapport, nous mettons en évidence quelques activités menées par DUNE dans le cadre du travail en réseaux et de partenariat.

IX.1. GT AERLI

Depuis 2014, DUNE participe activement aux réunions du groupe de travail AERLI (Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection). Il s'agit d'une pratique de réduction des risques, des dommages et de soins s'adressant aux usagers de drogues par voie intraveineuse actifs. Elle aborde spécifiquement les pratiques de consommations et les risques liés aux consommations par injection. En elle-même, une pratique AERLI ne cherche pas à « soigner » même si elle cherche à faire soin. En cela, AERLI est une pratique à la frontière « care/cure ».

Le groupe de travail, composé d'intervenants actifs auprès des usagers de drogues (e.a. Projet Lama, Le Comptoir de Charleroi, Médecin du Monde, Modus Vivendi...), entend développer un projet AERLI destiné à compléter la palette des services dispensés au sein des structures à bas seuil d'accès (échange de matériel, lien avec les intervenants, dispositifs de soins).

L'AERLI est avant tout un échange, un dialogue entre usagers et professionnels sur les pratiques d'injection, non pas de manière théorique mais au plus proche de la réalité des consommations tout en s'inscrivant dans un protocole clair et explicite envers les usagers. Ainsi, les usagers viennent avec leurs produits, et les professionnels les accompagnent en s'adaptant à leurs besoins. Cette approche éducative permet d'approcher les perceptions de risques des usagers, leurs croyances, leurs habitudes et petit à petit, de faire évoluer leurs pratiques tout en les réinscrivant dans une démarche de soins, si besoin en est.

IX.2. Collectif morts de la rue

DUNE fait partie du collectif « Morts de la rue à Bruxelles », organisé en un réseau ouvert d'(ex)habitants de la rue, d'associations, de citoyens et d'institutions. Notre salle de réunion a été mise à disposition du collectif pour ses réunions, auxquelles deux travailleurs ont régulièrement participé pour réfléchir sur la vie en la rue, sur les pratiques lors de la levée du corps et organiser l'hommage annuel. Ces travailleurs ont également assistés à plusieurs enterrements et à la visite des cimetières à la Toussaint. Quant à l'équipe, elle s'est mobilisée pour assister à l'hommage annuel organisé à l'Hôtel de Ville de Bruxelles en honneur des morts de la rue.

Le rapport d'activités du Collectif décline ses objectifs de la manière suivante :

- ✓ avoir connaissance des décès de personnes ayant vécu à la rue pour pouvoir en faire part à leurs proches ;

- ✓ améliorer les conditions dans lesquelles les personnes qui ont vécu en rue sont traitées après leur décès ;
- ✓ assurer une présence aux obsèques de personnes ayant connu la rue, si aucun proche n'a été retrouvé ;
- ✓ promouvoir la participation des (ex)habitants de la rue à la totalité des activités ;
- ✓ travailler autour de la commémoration / mémoire de la personne ;
- ✓ impliquer et soutenir les familles, les amis, le secteur psychomédicosocial de la région bruxelloise ;
- ✓ témoigner des difficultés auxquelles les habitants de la rue sont confrontés ;
- ✓ recueillir et partager des informations relatives à la mortalité des personnes sans abri, afin de déconstruire certaines idées reçues, et d'interpeller la société.

Quand il est informé d'un décès (par un habitant de la rue, un travailleur social, un hôpital, une administration communale...), le Collectif en informe son réseau, et veille à ce que la famille soit mise au courant du décès. S'ils le souhaitent, le Collectif soutient les proches (familles, amis ou un service d'aide aux personnes sans abri) dans l'organisation d'un adieu en tenant compte des convictions (religieuses ou non) du défunt. En 2014, le Collectif a appris 46 décès, et a participé à l'organisation de 30 cérémonies d'adieu.

Une fois par an, le Collectif organise une cérémonie d'hommage pour toutes les personnes décédées l'année précédente, dans la salle gothique de l'Hôtel de Ville de Bruxelles. Elle réunit chaque année environ 350 personnes. En cette année 2014, l'hommage rendu aux morts de la rue a eu lieu le mercredi 13 mai.

Pour la Toussaint, le Collectif organise une visite collective de différents cimetières de la Région de Bruxelles-Capitale. Il accompagne aussi des visites au cimetière tout au long de l'année.

Les réunions mensuelles sont l'occasion pour le noyau dur du Collectif de revenir sur les décès appris dans les semaines précédentes, de prendre toutes les décisions importantes. C'est un lieu de rencontre où travailleurs sociaux, citoyens, personnes ayant l'expérience de la vie en rue peuvent s'écouter et échanger.

En décembre 2014, le Collectif Les Morts de la Rue a reçu le prix Orfinger-Karlin de la Ligue des Droits de l'Homme, qui récompense tous les deux ans une personne ou une association œuvrant à la protection et à l'aide des groupes vulnérables (mineurs, étrangers, allocataires sociaux, malades mentaux...) qui s'est distinguée en mettant en évidence la nécessité de la résistance aux atteintes aux droits humains.

IX.3. Ateliers Traces de rue

La fédération francophone des travailleurs de rue – Traces de rue – a pour objet social de promouvoir le travail social de rue qui vise à permettre aux individus et collectifs d'individus de sortir ou d'échapper à toute forme d'exclusion sociale dans une démarche à visée émancipatrice. L'association promeut la reconnaissance du travail social de rue et sa spécificité dans le champ du travail social, défend la profession, les intérêts des différents publics, la déontologie et l'éthique telle qu'elles sont définies dans la charte de l'association. L'enjeu est de promouvoir une approche du travail social de rue à visée préventive et émancipatrice.

DUNE est impliquée dans les activités de la fédération. Un travailleur participe aux ateliers thématiques qui se déroulent une fois par mois. Il peut ainsi mettre à contribution son expérience de travail de rue pour alimenter les diverses réflexions et sujets qui y sont abordés.

Un travailleur de DUNE a participé aux ateliers suivants :

- Action sociopolitique : table ronde (world café) à Bruxelles – 30 janvier

Echanger et réfléchir ensemble à quatre problématiques auxquelles sont confrontés les travailleurs sociaux de rue et leurs publics, identifier les causes structurelles et amener des pistes d'actions pour l'interpellation politique.

Table 1 : Immigration et asile. Problématique : aide médicale d'urgence

Table 2 : Jeunesse. Problématique : aide pour jeunes adultes post 17 ans

Table 3 : Accueil d'urgence. Problématique : jeunes et adultes « l'errance »

Table 4 : Puissance d'agir. Problématique : l'émancipation du travailleur social de rue

- Échange de savoirs : atelier d'écriture à Bruxelles – 21 février

Thème : le genre en travail social de rue

Questionner la place du corps dans la relation d'accompagnement : corps absent, caché, présent...

- Formation en travail social de rue à Bruxelles – 12, 13 et 14 mars

- Échange de savoirs : atelier à Liège – 27 mars

Thème : le travail social de rue en milieu urbain et en milieu rural. Caractéristiques, spécificités, atouts et freins.

- Échange de savoirs : atelier à Beauraing – 23 mai

Thème : travail social de rue : l'accroche, comment entrer en relation ? Mettre fin à l'accompagnement : quand ? pourquoi ? avec qui ? vers quoi ?

Animation : Kathleen Deschamps et Gaëlle Tardé

- Action sociopolitique : table ronde à Liège – 20 juin

Thème : les intelligences citoyennes ou les différentes pratiques et modalités de l'engagement politique.

Animation : Véronique Martin ; personne ressource : Majo Hansotte. Docteure en philosophie, auteure de « les intelligences citoyennes, attachée de mission au Bureau international jeunesse.

- Échange de savoirs : atelier d'échanges de pratique à Alleur - 19 septembre

Thème : « Travail social de rue et contextes institutionnels : cadre, mission, fonction : quelle incidence sur le travail de terrain ? »

Personne ressource : Philippon Toussaint, directeur de Dynamo AMO et formateur en TSR ; animateur : Sébastien Hertsens

- Action sociopolitique : construction d'alliances à Molenbeek - 9 octobre

Traces de rue et Vlastrov (fédération flamande TSR) co-organisent une rencontre de travailleurs sociaux de rue bruxellois.

- Journée mondiale de lutte contre la pauvreté organisée par le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté et BAPN - 17 octobre

- Échange de savoirs : atelier d'échanges de pratique à Charleroi - 24 octobre

Thème : « Travail social de rue et diagnostic social : outil pertinent ? »

Personne ressource : Jean Blairon, directeur de RTA, formateur AAJ et chargé mission FWB

animateur : David Lewahert

- Mise au vert des travailleurs sociaux de rue (résidentiel à Wépion) - 6 & 7 novembre

La fédération Traces de rue : où en sommes-nous dans notre mission et nos actions ?
Axes d'actions et activités 2015

- Échange de savoirs : Atelier d'évaluation à Alleur - 19 décembre

Évaluation des activités 2014

Synthèse axes d'actions et agenda activités 2015 (dates)

Animation : Véronique Martin

IX.4. Pispot Festival

Depuis 2007, DUNE est partenaire du Pispot Festival, une initiative des associations Bij Ons et DoucheFLUX. Initialement conçu pour réclamer plus de toilettes dans le centre-ville de Bruxelles, ce festival est organisé par et pour les associations du secteur associatif bruxellois de lutte contre la pauvreté. Cet événement gratuit cherche à donner plus de visibilité aux associations et à leurs bénéficiaires. Chaque association peut tenir un stand où sont présents les professionnels pour échanger sur leurs pratiques avec le grand public.

Cette édition 2014 s'est déroulée dans le centre de Bruxelles, près du quai À la Houille. DUNE était présente avec un stand où était présenté l'ensemble des flyers relatifs à la réduction des risques, notre agenda « Le Bon Plan » et le matériel promotionnel du Médibus. Une partie de notre équipe était présente pour expliquer notre approche au grand public et aux professionnels.

DUNE poursuivra sa collaboration avec le Pispot Festival pour l'édition 2015.

IX.5. Article 27

L'ASBL Article 27 a pour mission de sensibiliser et de faciliter l'accès à toute forme de culture pour toute personne vivant une situation sociale et/ou économique difficile. DUNE fait partie du réseau des partenaires sociaux de cette association afin de donner accès à ses bénéficiaires, s'ils le souhaitent, aux activités culturelles.

En 2014, 45 personnes différentes (40 hommes ; 5 femmes) ont pu bénéficier des tickets articles 27 au sein du comptoir. Ce qui représente 106 demandes et 205 « articles 27 » distribués. La moyenne d'âge des bénéficiaires était de 43 ans.

A partir de 2012, les associations partenaires du projet « article 27 » doivent participer financièrement aux tickets qu'elles mettent à disposition de leur usager. Cela représente un certain coût mais nous pensons que ce service est un plus pour nos usagers et leurs proches car la culture permet d'ouvrir l'esprit, de donner du sens aux choses, d'émerveiller les âmes et les visages. Elle est « *le souffle qui accroît l'humanité* »⁴⁵.

IX.6. Projet FEDER

Notre service s'est associé en tant que partenaire au projet FEDER (pôle toxicomanie), déposé sous l'axe 1 (recherche) et sous l'axe 2 (infrastructure) par Médecins du Monde et le Projet Lama, le 25 juillet 2014.

Cette mobilisation s'est traduite en 2014 – avant et après le dépôt de la candidature – par 18 réunions, par de nombreux échanges complémentaires, par un important travail d'écriture et surtout, par une réflexion co-construite et transversale sur des dispositifs multi-agréments plus intégrateurs en matière d'offre ambulatoire pour répondre aux besoins.

Nous avons été informés en mai 2015 que cette candidature n'a finalement pas été retenue. Il n'empêche que la réflexion entamée à cette occasion devra nécessairement se poursuivre.

⁴⁵ Proverbe africain.

IX.7. Partenaires communaux

Le CLIP est installé sur le territoire de commune de Saint-Gilles de sorte que DUNE entretient des rapports privilégiés avec les services de cette commune. Néanmoins, dans la mesure où les bénéficiaires viennent également de communes avoisinantes, il est également important pour l'association de développer des contacts avec d'autres pouvoirs communaux ainsi que les services et associations qui y œuvrent.

A. Saint-Gilles

A la création du CLIP, DUNE a conclu une convention avec la commune de Saint-Gilles relative à l'ouverture d'un comptoir fixe d'échange de seringues à destination des usagers de drogues. Dans ce cadre, DUNE bénéficie d'un article 60 mis à sa disposition par le CPAS de Saint-Gilles.

DUNE est également membre de la Coordination de l'action sociale de Saint-Gilles. Cette coordination « a pour objet, en dehors de tout esprit de lucre, de regrouper les associations et services ou organismes, publics ou privés, qui le souhaitent et dont l'activité sur le territoire de Saint-Gilles concerne directement ou indirectement les matières associées à l'action du CPAS, en vue de favoriser la connaissance réciproque des institutions et permettre leur identification par la population ; être un lieu d'information, d'échange et de débat entre les différents intervenants pour favoriser les collaborations ; encourager la concertation des différents acteurs et participer à la mise en place de synergies ; soutenir une réflexion sur l'éthique et la déontologie ; participer à la mise en place d'outils de diagnostic concernant les problématiques sociales ; recevoir, orienter et soutenir les nouvelles initiatives ; développer une réflexion et une action au niveau politique en émettant des avis et des orientations sur les dimensions sociales, dans le respect des responsabilités et des compétences de chaque service »

Par ailleurs, nous collaborons régulièrement avec les éducateurs de rue du service de prévention de la commune qui assurent un travail de rue visant à lutter contre l'exclusion sociale. Des échanges réguliers ont lieu dans le cadre de l'accompagnement d'usagers de drogues : orientation vers le CLIP, dons de couvertures et de nourriture... Un des éducateurs de rue participe au réseau Nomade, dont DUNE est le promoteur.

B. Molenbeek-Saint-Jean

DUNE est membre de la Concertation locale de Molenbeek-Saint-Jean, qui constitue l'organe de concertation du contrat communal de cohésion sociale, conclu entre le Collège de la Commission communautaire française et le Collège des Bourgmestres et Échevins. Il s'agit d'une instance consultative qui vise : « 1/ l'information et la consultation des acteurs locaux de la cohésion sociale ; 2/ l'organisation d'échanges et de débats relatifs à des problématiques de cohésion sociale ; 3/ le développement de collaborations entre associations œuvrant pour la cohésion sociale ; 4/ la recherche

d'une cohérence des actions retenues en application du décret de la Cocof du 13 mai 2004 relatif à la cohésion sociale avec d'autres programmes et politiques ; 5/ tout autre objet qu'elle juge pertinent ».

Nous participons également à la Plateforme Ribaupôle qui réunit des acteurs communaux et associatifs en vue de promouvoir des réponses innovantes à la problématique de la scène ouverte de deal et de consommation dans le quartier Ribaucourt.

IX.8. Quelques autres...

D'autres partenariats et collaborations perdurent et se développent également avec d'autres services issus de secteur multiples (social, santé, prévention, sécurité, transport...) qui rencontrent, d'une manière ou d'une autre, le public cible de DUNE.

Citons par exemple :

- ✓ Bij Ons
- ✓ Cellule Hercham
- ✓ CEMO (l'AMO de Saint-Gilles)
- ✓ Collectif 123 logements
- ✓ Concertation médicale bruxelloise
- ✓ Concertation toxicomanie Bruxelles (CA et AG)
- ✓ Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (AG)
- ✓ Diogènes
- ✓ DoucheFLUX
- ✓ FEDITO bruxelloise (AG)
- ✓ Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté (AG)
- ✓ IBGE
- ✓ Infirmiers de rue
- ✓ Infor-Drogues (AG)
- ✓ La Fontaine
- ✓ La Strada
- ✓ Les copains du petit bitume
- ✓ Maison médicale des Marolles – Antenne La Samaritaine
- ✓ MASS de Bruxelles
- ✓ Médecins du Monde
- ✓ Modus Vivendi (AG)
- ✓ Plateforme prévention SIDA
- ✓ Projet lama
- ✓ Réseau Hépatite C
- ✓ Sep-sud
- ✓ Service communal d'accompagnement des personnes toxicodépendantes
- ✓ STIB
- ✓ Transit et LAIRR

VIII. DEQ

VIII.1. Thématique(s) choisie(s) et objectifs

Le travail en réseau a été choisi en priorité comme thématique, car il est l'un des supports majeurs de notre service axé essentiellement sur l'accueil, les services indispensables comme l'échange de seringues, des soins infirmiers, un lavoir, un service de douche. L'autre versant du travail est consacré à l'accompagnement qui s'appuie sur des services en journée et qui permettent d'inscrire la demande de la personne dans une perspective évolutive (accès aux droits sociaux, service de santé, logement...).

En renforçant le travail de mise en relation effectué depuis pas mal de temps par l'intermédiaire du réseau Nomade et par la réalisation du Bon Plan, nous souhaitons être au fait des nouveaux projets ou actions disponibles qui permettent de répondre aux demandes pour lesquelles nous ne trouvons pas toujours de solution. En apportant des réponses rapides et efficaces, cela nous donne la possibilité de consacrer le temps dégagé par l'optimisation des recherches à d'autres problématiques qui nécessitent davantage d'attention dans le suivi individuel.

Ce travail en réseau et partenarial peut également être un lieu de partage des expériences de terrain et des observations afin de construire avec les partenaires des solutions pour les usagers, d'élaborer des constats de terrain visant à informer les pouvoirs publics de la réalité de terrain et proposer des alternatives pour y répondre.

Cela dit, la connaissance du réseau implique également une connaissance du public et des problématiques spécifiques qu'il rencontre afin de définir à l'intérieur du réseau et au sein des réseaux connexes, les partenaires avec lesquels il est pertinent de collaborer pour répondre de manière adéquate aux demandes. Pour ce faire, un travail préalable de recueil de données doit être effectué

En 2014, l'objectif de DUNE était de procéder à la mise en place d'outils diagnostiques permettant de répertorier les particularités de notre public afin de mieux l'orienter. La mise en lumière des problématiques récurrentes vécues par nos usagers par l'intermédiaire de l'outil doit également nous permettre de rencontrer plusieurs enjeux :

- ✓ Repérer l'apparition de nouvelles problématiques auxquelles est confronté notre public. Dès lors, nous pourrions, en développant davantage cet aspect de connaissance du terrain, proposer de manière préventive des actions ou interpeller les pouvoirs publics pour répondre à ces nouvelles problématiques.
- ✓ Proposer un suivi social et des orientations adéquates au public pour garantir la qualité de nos services (service social et dispensaire infirmier).
- ✓ Elaborer des plans de formations spécifiques pour les travailleurs en fonction

des demandes récurrentes.

- ✓ Renforcer la pratique de terrain et la connaissance du secteur.
- ✓ Entamer une réflexion sur le secret professionnel partagé lors de la mise en place de relais.
- ✓ Mettre en place (si possible) de canaux privilégiés avec certains partenaires pour faciliter l'accès à nos usagers.
- ✓ Pérenniser les partenariats et la démarche entreprise dans le cadre du DEQ.

VIII.2. Mise en œuvre

Lors du renouvellement de la démarche d'évaluation qualitative portant sur la période 2014-2017, nous avons proposé le calendrier suivant pour la réalisation des différentes phases nécessaires à la mise en œuvre de notre objectif.

Phase 1	Janvier-février	Elaboration d'un questionnaire annuel informatisé reprenant la situation sociale, médicale, socio-économique de chaque usager. Celui-ci sera soumis chaque année de manière individuelle. Ceci permettra de dresser un panorama permettant de connaître les particularités de notre public. Ceci sous-entend l'élaboration d'un programme statistique permettant de repérer les occurrences. Par l'intermédiaire du service social, élaborer un registre reprenant l'ensemble des demandes afin de repérer les récurrences des problématiques vécues afin de proposer des plans de formations adaptés pour renforcer notre pratique.
Phase 2	Janvier-juin	Soumission du questionnaire aux usagers. Nous estimons que durant cette période, la majorité de notre file active aura répondu au questionnaire annuel
Phase 3	Juin-Aout	Analyse des questionnaires et concertation en équipe sur les partenariats privilégiés à développer.
Phase 4	Septembre	Définition des partenariats potentiels dans le réseau et au sein des réseaux connexes. Répartition au sein de l'équipe de la gestion des différents partenariats par secteur. Mise en place et structuration des temps de retour « partenariat » en réunion d'équipe dans un objectif de transmission de l'information.
Phase 5	Décembre	Evaluation de l'année 2014

En 2014, nous n'avons réalisé que la première phase du projet (élaboration d'un questionnaire et construction d'une base de données permettant de traiter l'information) car nous avons été confrontés à trois principaux problèmes.

1. La construction de la base de donnée s'est avérée bien plus complexe que prévu et a donc pris beaucoup plus de temps qu'annoncé.

2. La soumission du questionnaire, réalisé collectivement, nous a posé beaucoup de questions quant à sa mise en œuvre, qui portent sur des aspects méthodologiques et éthiques.

- ✓ *Question méthodologique quant à la soumission du questionnaire.* Nous nous sommes demandés en équipe dans quelle mesure nous n'allions pas être confrontés à des biais importants lors de la soumission du questionnaire aux usagers par les travailleurs sociaux comme cela était prévu. En effet, nous savons que les usagers utilisent des stratégies souvent légitimes dans leurs interactions avec les services sociaux afin de pouvoir bénéficier de certains droits. Même si chez nous, il n'y a pas de conditions à l'accès aux différents services, nous avons été amenés à penser qu'il était plus que probable que certains usagers orientent leurs réponses devant les travailleurs sociaux avec lesquels ils sont en relation pour protéger leur intimité. De plus, nous observons que beaucoup ont été victimes de blessures narcissiques importantes dans leur parcours et que certains sont parfois tentés de se mettre en scène pour se protéger. Au vu de cette réflexion, nous avons estimé que le risque de biais était trop important et que les résultats du questionnaire risquaient de ne pas être exploitables de manière fiable.
- ✓ *Questionnement d'ordre éthique.* Le fait de faire passer ces questionnaires par les travailleurs du CLIP n'est pas en accord avec notre philosophie d'accueil qui est de recevoir les personnes de manière anonyme, inconditionnelle et gratuite. À partir du moment où un usager se sent contraint de répondre le principe d'anonymat et d'inconditionnalité est bafoué. Ce second questionnement d'ordre éthique nous a confortés dans l'idée de ne pas passer ce questionnaire.

3. Les résultats des années précédentes concernant la file active du CLIP ne correspondaient pas aux chiffres publiés dans des rapports d'activités antérieurs, lorsque les données sont soumises à l'analyse du nouvel outil qui utilise un d'identifiant plus fiable. Ce constat a nécessité d'analyser les bases de données des cinq dernières années pour comprendre d'où venait l'erreur afin d'y remédier. Cette étape a été très coûteuse en temps mais elle était nécessaire pour garantir la fiabilité de nos analyses.

VIII.3. Constats concernant les effets produits par le projet DEQ

C'est paradoxalement les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la démarche d'évaluation qualitative qui ont produits le plus d'effets.

Les questions méthodologiques et éthiques liées au questionnaire ont entraînés des débats constructifs en équipe et nous ont permis de porter un autre regard sur notre pratique. Cela nous a également permis d'avoir un dialogue sur les enjeux qui sont à l'œuvre dans la relation entre un travailleur social et un usager. Les réflexions sur la

manière de faire passer un tel questionnaire nous ont amenés à proposer l'idée de faire appel à un intervenant extérieur pour éviter les différents biais qui peuvent survenir pour les raisons susmentionnées.

Les problèmes posés quant à la complexité d'élaborer une base de données efficiente nous ont amenés à nous interroger sur les axes à améliorer pour augmenter le potentiel d'action de notre service. Vu le travail colossal que cela représente et dans le souci d'améliorer constamment notre fonctionnement, nous avons réfléchi à l'opportunité de nous faire accompagner par une consultance extérieure afin de renforcer structurellement notre association. C'est le *Fonds Venture Philantropy* qui est susceptible de répondre à ce type de besoin puisqu'il a pour objectif de soutenir le renforcement structurel des associations et de contribuer à un processus de renforcement des capacités qui fortifiera ces organisations dans la durée. Il propose un accompagnement structurel de (minimum) trois ans aux organisations bénéficiaires, dont la feuille de route est établie de concert avec leur direction et leur conseil d'administration. Le partenariat se matérialise au travers de trois axes :

- ✓ un financement de consultance externe, mise en œuvre de manière prioritaire dans des domaines à fort impact (stratégie, gouvernance, gestion financière, coaching du management, évaluation de l'impact) ;
- ✓ des investissements sont également financés lorsqu'ils permettent un renforcement de la stratégie ciblée et sont en cohérence avec les résultats des missions de consultances menées ;
- ✓ la mobilisation du réseau de la Fondation, de même que le bénéfice d'image qui peut en résulter, sont également des facteurs importants dans le soutien.

En 2015, nous serons particulièrement attentifs au prochain appel à projet de ce Fonds en vue d'améliorer la qualité de notre service.

Quant à la mise à l'épreuve des résultats des années précédentes par l'intermédiaire de la nouvelle base de données et de son nouvel identifiant*, elle nous a permis de corriger les chiffres des années antérieures et d'avoir un regard plus objectif sur la réalité de notre travail.

* *Explication quant à la mise à l'épreuve des chiffres*

L'ancien identifiant, utilisé depuis 2004, augmentait considérablement la probabilité d'avoir des doublons dans la mesure où l'ID comportait trois variables, soit trois possibilités d'erreurs à l'encodage. Nous avons dès lors utilisé un identifiant unique qui se base sur la date de naissance de l'utilisateur pour éviter les doublons. Faire le choix de la date de naissance comme identifiant a été largement réfléchi et il s'est avéré à l'épreuve des faits qu'il s'agit de la variable la plus stable à l'analyse des bases de données antérieures alors que les deux autres variaient régulièrement.

Par exemple, un usager appelé A.M (prénom composé) a été répertorié à plusieurs reprises comme étant un usager différent car une des trois variables avait évolué :

A/1000/850209 - A /1060/850209 - M/1000/850209 - M/1060/850209 - AM/1060/850209. Nous avons dès lors 5 identifiants différents alors qu'il s'agit de la même personne. Ce qui pose un problème pour évaluer le plus justement possible la file active.

Nous nous sommes interrogé sur l'instabilité des deux variables « code postal » et « première lettre du prénom » afin d'en connaître les raisons et nos réflexions nous ont confortés dans l'idée d'établir un ID uniquement sur la date de naissance :

- ✓ variable « code postal » : Les usagers changes régulièrement de commune et beaucoup sont ceux qui vont alors donnés un nouveau code postal durant l'année en fonction de leur mouvement. Ceci augmente considérablement le risque de doublon.
- ✓ variable « première lettre prénom » : Elle change régulièrement car certains ne donnent pas directement la première lettre de leur prénom et donne un nom fictif alors que plus tard, ils déclineront leur véritable identité. Certains donnent leur surnom, leur nom de famille ou leur prénom en fonction de leur envie. D'autre fois, la lettre peut varier pour un usager en fonction des travailleurs qui connaissent les usagers par des pseudonymes différents.

Le dernier argument en faveur d'un ID à variable unique vient du fait que sur un écart type de 44 ans dans notre file active (soit 16.060 possibilités de dates différentes), la probabilité d'avoir deux usagers ayant le même identifiant est de 2,2%. Soit une erreur probable de 14 sur une file active de 728 personnes, ce qui est un pourcentage d'erreur est acceptable.

XI. CONCLUSION GENERALE

Pour l'asbl DUNE et son équipe, l'année 2014 a été riche en intensité. Celle-ci est au cœur de notre métier parce que les situations de précarité, d'urgence, de crise, d'auto-exclusion de désaffiliation qui habitent nos bénéficiaires nous y plonge directement. Elle est également au centre de notre organisation parce que le contexte socio-économique et politique nous pousse à envisager des mesures de précaution et d'anticipation qui mobilisent nos ressources humaines.

Quelles sont dès lors les perspectives, les opportunités, voire les menaces qui s'annoncent dès 2015 ?

A court et moyen terme :

- ✓ Le transfert des compétences qui impacte directement notre service, via le Fonds Assuétudes (soutien indispensable au dispositif infirmier et médical). Des négociations avec les autorités compétentes – aujourd'hui la CoCof – constituent la première priorité. Tenant compte de la politique de *stand still* annoncée, DUNE a pris le risque d'assurer la continuité de son dispositif. Ceci nous met dans une difficulté provisoire de trésorerie avec des impacts bien concrets en termes de charge admissible (les intérêts bancaires par exemple) mais permet le maintien d'un personnel expérimenté au profit de notre mission de service public. Il conviendra de trouver les modalités structurelles nécessaires à la sécurisation cette mission. Un renforcement du projet spécifique de DUNE pourrait compléter ces modalités. Une demande a été introduite en ce sens fin juillet 2014.
- ✓ La recherche d'une infrastructure accueillante à la hauteur de l'intensité ci-décrite pour assurer nos missions dans le respect de la dignité et du bien-être – ceux de nos bénéficiaires comme ceux de notre équipe. Ceci permettrait également pour notre équipe une meilleure cohérence interne dans un seul siège d'activité. Une demande d'accord de principe d'une subvention à l'achat et à l'aménagement d'un bâtiment a été introduite auprès de la Cocof pour y répondre le 8 mai 2015.
- ✓ Un investissement dans la recherche de moyens additionnels – autrement dit dans le « *fundraising* » – qui permettront un meilleur développement de nos projets et de nos missions. Cette recherche vise essentiellement à augmenter l'enveloppe des frais de fonctionnement nécessaires à leur amélioration qualitative.
- ✓ La recherche d'un financement adéquat et structurel pour le matériel stérile de façon à couvrir les besoins de notre comptoir d'échange de seringues dans une

perspective prophylactique efficace, notamment en matière de prévention HCV.

A plus long terme :

- ✓ Le transfert des compétences, l'évaluation du décret ambulatoire, sa reformulation probable compte tenu de ces deux éléments devraient constituer une opportunité pour accueillir la transversalité « multi-agréments » à l'œuvre dans le travail d'orfèvre réalisé par DUNE. La promotion de la santé pourrait s'inviter à la table des négociations pour mieux unifier l'axe de la santé et l'axe de l'action sociale qui visent à répondre aux besoins de nos usagers de drogues extrêmement précarisés.

XII. BIBLIOGRAPHIE

CASERO, L., HOGGE, M., RWUBU, M., BASTIN, Ph, DAL, M., VANHUYCK, C., *L'usage de drogues en Communauté française, Rapport Communauté française 2010*, Bruxelles, Eurotox, 2011.

Charte de la réduction des risques, Plateforme de RdR, [en ligne], <http://reductiondesrisques.be/charte-de-lareduction-des-risques/>.

DE RIDDER, K., « Usagers de drogues à haut risque », in *Rapport national sur les drogues 2014 (données 2013). Tendances et évolution*, Bruxelles, Institut national de santé publique, Février 2015.

DOUMONT, D., DECCACHE, A., *Politique de réduction des risques : quelle efficacité des programmes d'échange de seringues ? 1^{ère} partie : état des lieux en Belgique*, UCL – RESO, Unité d'Éducation pour la Santé, Institut de Recherche Santé et Société, Série de dossiers techniques, juillet 2013, réf : 13-68.

FURTOS, J., *De la précarité à l'auto-exclusion, conférence et débat*, Paris, Editions Rue d'Ulm, Presses de l'École normale supérieure, 2009, coll. « La rue ? Parlons-en ! ».

FUSTIER, P., *Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial*, Paris, Dunod, 2005.

HOGGE, M., *Plan bruxellois de réduction des risques liés à l'usage de drogues. Carnet 3 – Situation épidémiologique relative à l'usage de drogues en Régions de Bruxelles-Capitale*, Bruxelles, Modus Vivendi, janvier 2014.

JAMOULLE, P., *Drogues de rue, récits et styles de vie*, Bruxelles, De Boeck Université, 2000.

KIRZIN, M., MIMOUNI, H., HUSSON, E., *Concertation bas seuil. Projet « Riboutique »*, décembre 2012, <http://reductiondesrisques.be/wp/wp-content/uploads/2013/03/Rapport-Riboutique-last.pdf>.

Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique, INAMI, Médecins du Monde, 2014, [en ligne], <http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-blanc.pdf>.

QUESEMAND ZUCCA, S., *Je vous salue ma rue. Clinique de la désocialisation*, Paris, Stock, 2007.

REA A., GIANNONI D., MONDELAERS N., SCHMITZ P., *La problématique des personnes sans-abri en région de Bruxelles-Capitale. Rapport final*, ULB/ Institut de Sociologie/GERME, janvier 2001.

ROCHE, P., « Les défis de la proximité dans le champ professionnel », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2007, vol, 1, n° 3, pp. 63-82.

RWUBU, M., HOGGE, M., *L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2011-2012*, Bruxelles, Eurotox, 2013.

SACRÉ., D., DAUMAS, C., HOGGE, M., *Recherche-Action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection en Région Wallonne, Bruxelles, Modus Vivendi – Eurotox, 2010.*

VITRY, I., « La proximité, un travail sur le fil : La complexité du lien avec des personnes en errance socio-affectives », 2009, p. 2, [en ligne], http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/formationcontinue/documents/Isabelle_VITRY.pdf.

XIII. ANNEXES

XIII.1. Conseil d'administration

- ✓ Rocco Vitali, Président jusqu'en octobre 2014, puis administrateur
- ✓ Laurence Przulucki, présidente à partir 21 octobre 2014
- ✓ Bart De Win, Trésorier

Malgré les démarches effectuées en 2014 pour renforcer le Conseil d'administration, elles n'ont pas encore aboutis. C'est lors de l'assemblée générale de 2015 qu'elles produiront sans doute leurs effets.

XIII.2. Assemblée générale

Lors de l'assemblée générale qui s'est tenue le 23 juin 2014, celle-ci a voté la désignation de nouveaux membres.

Désormais, l'Assemblée générale se compose comme suit :

- ✓ Didier De Vleeschouwer
- ✓ Renaud Brankaer
- ✓ Bart De Win
- ✓ Rocco Vitali
- ✓ Anne-Françoise Raedemaeker
- ✓ Catherine Vegairginsky
- ✓ Isabelle Jaramillo
- ✓ Marc Renson
- ✓ Eric Husson
- ✓ Stéphane Heymans
- ✓ Laurence Przulucki

XIII.3. Membres de l'équipe 2014

Nom	Prénom	Fonction	Modifications en cours d'année
BARFI	Mohamed	Travailleur social	
BARTHOLEYNS	Frédérique	Chargée de projets	Retour le 5 septembre
BECQUET	Jade	Infirmière	Engagée du 1 ^{er} au 10 octobre
COLLIN	Christopher	Coordinateur équipe 1ère ligne	
DAHROUCH-NAIMA	Chaimae	Infirmière	
DESCRIJVER	Isabelle	Assistante sociale	
DEVILLE	Eric	Responsable administratif et financier	
DE VLEESCHOUWER	Didier	Coordinateur général	
EL ALAOUI	Redouan	Assistant administratif (en formation)	Engagé à partir du 1 ^{er} décembre
ES-SAFI	Mustapha	Travailleur social	
FERNANDEZ	Bruno	Travailleur social	
GODENNE	Sophie	Infirmière	
GOORIS	Cindy	Infirmière	Fin de contrat le 30 juin
HAMIANI	Nadia	Assistante administrative	
LAGODA	Jean-Philippe	Travailleur social	
MASSAUX	Anouk	Infirmière	Retour le 22 octobre
NDEKEZI	Chico	Assistant social	Fin de contrat le 31 mars
OUDAER	Gaëlle	Infirmière	Fin de contrat le 20 juin
PAYEN	Claude	Infirmier	Engagé à partir du 1 ^{er} juillet 2014
SCHUL-MARTIN	Laetitia	Chargée de projets - Coordinatrice Réseau Nomade	Fin de contrat le 4 septembre
THIANGE	Tommy	Chargé de communication - coordinateur Réseau Nomade	Engagé à partir du 4 février 2014

XIII.4. Formations suivies en 2014

- ✓ *Formation en travail social de rue*, Traces de rue, 12, 13 & 14 mars, Bruxelles : Jean-Philippe Lagoda.
- ✓ *Journée d'étude AERLI : enjeux, pertinence et perspectives* – 13 mai 2014, Bruxelles – BELSPO et la FEDITO bruxelloise : Christopher Collin, Chaimae Dahrouch-Naima, Tommy Thiange, Didier De Vleeschouwer.
- ✓ *Formation aux risques liés à l'injection*, Modus Vivendi, Bruxelles : Christopher Collin, Sophie Godenne, Bruno Fernandes, Mustapha Es-Safi, Jean-Philippe Lagoda, Gaëlle Oudar, Cindy Gooris.
- ✓ *Formation sur l'accès aux soins de santé en Belgique pour les personnes précarisées*, Médecins du Monde, 14 juin, Bruxelles : Mustapha Es-Safi, Jean-Philippe Lagoda, Chaimae Dahrouch-Naima, Sophie Godenne, Gaëlle Oudar, Christopher Collin, Bruno Fernandes, Tommy Thiange.
- ✓ *Formation relative à l'orientation sociale de première ligne*, Médecins du Monde, 20 août, Bruxelles : Chaimae Dahrouch-Naima
- ✓ *Faire face aux usagers agressifs*, Bruxelles Formation Entreprise (via l'APEF), 12, 19 & 26 novembre, Bruxelles : Chaimae Dahrouch-Naima, Jean-Philippe Lagoda, Isabelle Deschrijver, Bruno Fernandes, Christopher Collin, mustapha Es-Safi,
- ✓ *Praticien « référent étudiant »*, CPSI, 18, 25 novembre & 2, 16 décembre, Bruxelles : Chaimae Dahrouch-Naima
- ✓ *TDO4 - Quatrième colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opiacés* – 18 & 19 décembre 2014, Bruxelles : Bruno Fernandes, Chaimae Dahrouch-Naima, Anouk Massaux, Tommy Thiange, Sophie Godenne, Frédérique Bartholeyns, Didier De Vleeschouwer.