



Région de Bruxelles-Capitale

# RAPPORT D'ACTIVITÉS 2015

Juin 2016

**DUNE a.s.b.l. – Dépannage d'Urgence de Nuit et Echanges**  
**Service actif en matière de toxicomanie agréé par le service public francophone**  
**bruxellois**

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. Implantation : site et horaire.....	12
B. Maraudes.....	14
C. Partenariat et équipe pluridisciplinaire.....	14
II.3. Données relatives à l'outreaching.....	14
A. Nombre de contacts.....	15
B. Matériel distribué.....	16
C. Soins infirmiers.....	18
D. Bénéficiaires de soins.....	19
II.4. Conclusion : un chaînon manquant.....	20
III. PREVENTION.....	22
III.1. Accueillir : le CLIP bien plus qu'un comptoir d'échange.....	22
A. Cadre de l'accueil.....	23
B. Fréquentation du CLIP et exigüité des locaux.....	25
C. Services proposés dans le cadre de l'accueil.....	28
a. Données chiffrées.....	30
b. Evaluation qualitative.....	30
c. Quelle place pour la participation des usagers ?.....	33
D. Profil des personnes fréquentant le CLIP.....	36
E. Conclusion : les UDI, de quelle population parle-t-on ?.....	40
III.2. Accès au matériel stérile.....	43
A. Notre approche de la réduction des risques.....	43
B. Le comptoir d'échange en quelques chiffres.....	44
C. Conclusion : le DAMSI, un enjeu de santé publique négligé par les politiques.....	50
III.3. Information pour les usagers de drogues et leur entourage.....	52
III.4. Boule-de-Neige : la prévention par les pairs.....	53
A. Introduction.....	53
B. Opérations 2015.....	53

C. Perspectives .....	55
III.5. Information et sensibilisation de la population .....	55
A. Notre site internet .....	56
B. Scoop.it : notre revue du web réduction des risques/précarité/assuétudes .....	57
C. Réseaux sociaux : une présence active sur Facebook.....	57
III.6. Actions envers les acteurs socio-sanitaires.....	58
A. Sensibilisation des futurs professionnels de la santé .....	58
C. Communications dans des colloques.....	60
D. Accueil de délégations .....	64
III.7. Formation d'intervenants confrontés aux usagers de drogues.....	65
III.8. Conclusion .....	66
IV. ACCOMPAGNEMENT.....	70
IV.1. Accompagner l'émergence d'une demande.....	70
IV.2. Guidance sociale et administrative.....	74
IV.3. Orienter et accompagner physiquement vers d'autres services.....	77
IV.4. Conclusion : du processus au réseau .....	81
V. LE DISPENSAIRE DU CLIP .....	83
V.1. Soins infirmiers au CLIP.....	84
A. Chiffres de fréquentation .....	84
B. Profil des patients .....	86
C. Nature des soins.....	90
V.2. Consultation de médecine générale, sans rendez-vous .....	92
V.3. Conclusion.....	94
VI. RESEAU NOMADE « PRECARITE ET ASSUETUDES » .....	96
VI.1. Les Midis du Nomade.....	96
A. Nouvel outil pour le Nomade : un répertoire d'expériences participatives – 5 février .	97
B. Des activités variées pour un public précarisé – 5 avril 2015 .....	97
C. Façons de participer, manières de s'engager : l'expérience des associations de patients – 5 mai.....	97
D. « Habiter » : un projet audiovisuel participatif sur la question de l'habitat avec des ex-sans-abris – 29 septembre .....	98
E. De la nécessité de créer un collectif auto-organisé de travailleur(r)ses du sexe en Belgique – 16 novembre (reporté au 15 février 2016) .....	99
VI.2. Le répertoire de pratiques participatives .....	99
VI.3. Conclusion.....	100
VII. LE BON PLAN.....	102

VII.1. L'agenda 2016.....	102
A. Du changement.....	102
B. Description.....	103
VII.2. Diffusion.....	104
VII.3. Évaluation .....	105
VII.4. Conclusion : perspectives 2016 - édition 2017 .....	105
VIII. AUTRES RESEAUX ET PARTENARIATS.....	107
VIII.1. GT AERLI.....	107
VIII.2. Concertation « soins » (FEDITO BXL) .....	107
VIII.3. Collectif morts de la rue.....	108
A. Objectifs et activités.....	108
B. Quelques chiffres .....	109
C. L'appel du Collectif aux politiques .....	110
VIII.4. Ateliers Traces de rue .....	110
VIII.5. Pispot Festival .....	111
VIII.6. Article 27.....	112
VIII.7. Projet FEDER .....	112
VIII.8. Partenaires communaux.....	113
A. Saint-Gilles .....	113
B. Molenbeek-Saint-Jean .....	113
VIII.9. Quelques autres.....	114
IX. Démarche d'évaluation qualitative (DEQ) .....	116
IX.1. Thématique(s) choisie(s) et objectifs.....	116
IX.2. Mise en œuvre .....	117
A. Consultance externe .....	117
B. Bases de données d'encodage des données relatives à accueil et au DAMSI .....	117
C. Réflexion sur l'implémentation d'un programme de gestion de dossiers patients.....	118
IX.3. Constats concernant les effets produits par le projet DEQ .....	119
X. CONCLUSION GENERALE.....	121
XI. BIBLIOGRAPHIE .....	123
XII. ANNEXES .....	125
XII.1. Conseil d'administration .....	125
XII.2. Assemblée générale.....	125
XII.3. Membres de l'équipe 2015 .....	126
XII.4. Formations suivies en 2015 .....	127
XII.5. Plan de la formation RdR dispensée à l'asbl BRAVVO .....	129



## 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 auxquels elle s'adresse.

Depuis 2009, DUNE dispose d'un agrément comme service actif en matière de toxicomanie dans le cadre du décret ambulatoire<sup>1</sup>. Cet agrément s'est renforcé en 2013 par une reconnaissance, dans le cadre d'un second projet spécifique, d'une partie de notre dispositif infirmier jusqu'alors soutenu par le SPP Intégration sociale. A ceci s'ajoute un agrément comme promoteur du réseau Nomade, en vertu des articles 177 à 196 du même décret.

Cette reconnaissance par le Service Public Francophone Bruxellois (anciennement 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, de deux projets spécifiques (travail de rue et soins infirmiers) que complètent les moyens mis à disposition par le Fonds de lutte contre les assuétudes et d'un réseau qui renforce la transversalité auquel nous invitent les situations individuelles complexes au cœur de notre travail quotidien.

En 2015, DUNE n'a pas démerité : elle renforce et améliore la qualité de ses interventions, pour rester au plus près des problématiques rencontrées par nos bénéficiaires et du 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 2015. Bonne lecture !

---

<sup>11</sup> 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 »<sup>2</sup>.

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

---

<sup>2</sup> *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 Furtos<sup>3</sup>, 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 met, 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...), 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

---

<sup>3</sup> 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 Fustier<sup>4</sup>. 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*

---

<sup>4</sup> 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 »<sup>5</sup>. 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 »<sup>6</sup>. 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.

---

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

<sup>6</sup> 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 dérégulée 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), Enveloppe annuelle du contrat de Quartier Durable « Autour de Léopold II » (Molenbeek 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. Implantation : site et horaire

Dans la première phase d'implantation du dispositif (novembre 2013), les permanences ont été assurées par une équipe mixte DUNE-Médecins du Monde, sur trois sites : Gare du Nord (jeudi de 19h30 à 21h), Gare Centrale (lundi de 18h30 à 21h), Ribaucourt (jeudi de 18h à 19h),

Dans la deuxième phase d'implantation (février 2014), DUNE a assuré seule deux permanences par semaine du Médibus 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 modifiés 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.

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 (nous y avons assuré un travail de maraude jusqu'en juillet 2014), 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.

2015 constitue une troisième phase d'implantation durant laquelle la pertinence tant du lieu (Place Saintelette) que de l'horaire des permanences (15h à 18h) a été confortée par les observations de terrain ainsi que par le soutien financier du Médibus par la

commune de Molenbeek, à travers l'enveloppe annuelle du Contrat de Quartier Durable « Autour de Léopold II ».

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 proximité<sup>7</sup>.*

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 encore :

*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 illégaux<sup>8</sup>.*

---

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> M. KIRZIN *et al.*, *op. cit.*, p. 36.

## B. Maraudes

Patience est l'un des maîtres mots de notre intervention en rue 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 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 modalités : 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.

En 2015, l'équipe de DUNE a réalisé 130 maraudes à pieds en rue et 93 permanences avec le Médibus, soit un total de 223 prestations extra-muros. Le Médibus permet d'augmenter significativement les contacts en rue, l'offre de soins et l'accès au matériel.

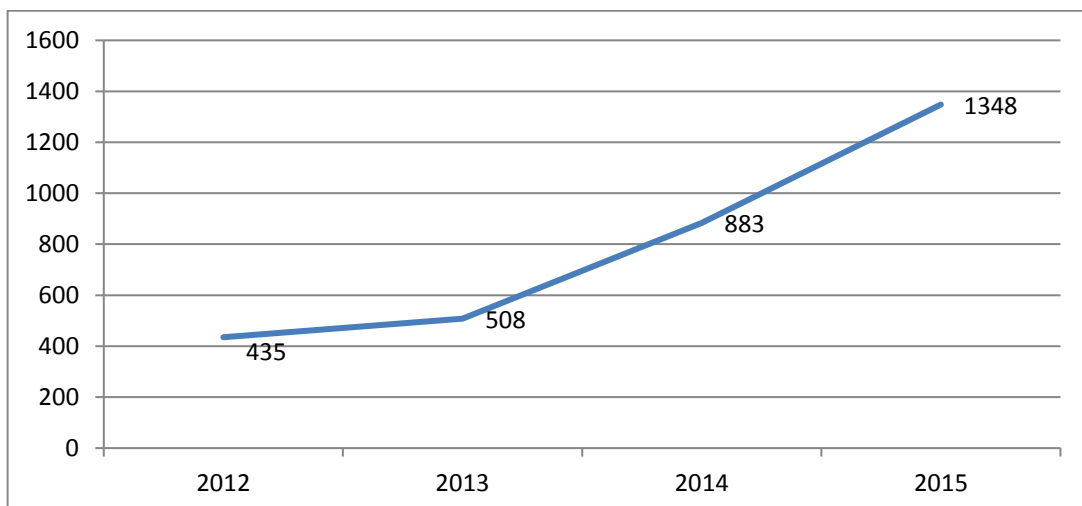
#### A. Nombre de contacts

Le terme contact comprend uniquement les situations où nous avons pu établir un dialogue avec les personnes rencontrées. 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.

*Contacts en rue en 2015*

Maraudes	Médibus	Total
654	694	1348

*Evolution du nombre de contacts en rue de 2012 à 2015*

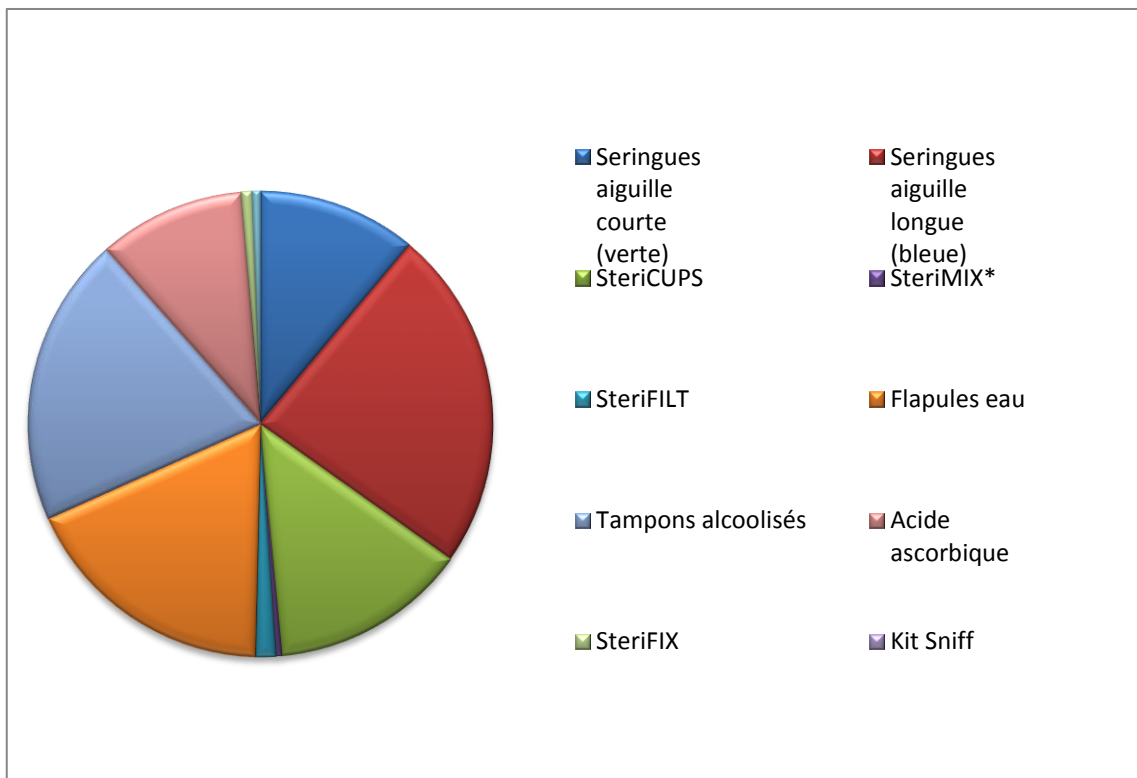


## B. Matériel distribué

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 le fait 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 discussion et d'échange qui servira à renforcer le lien créé depuis des années.

*Matériel distribué - Médibus - 2015*

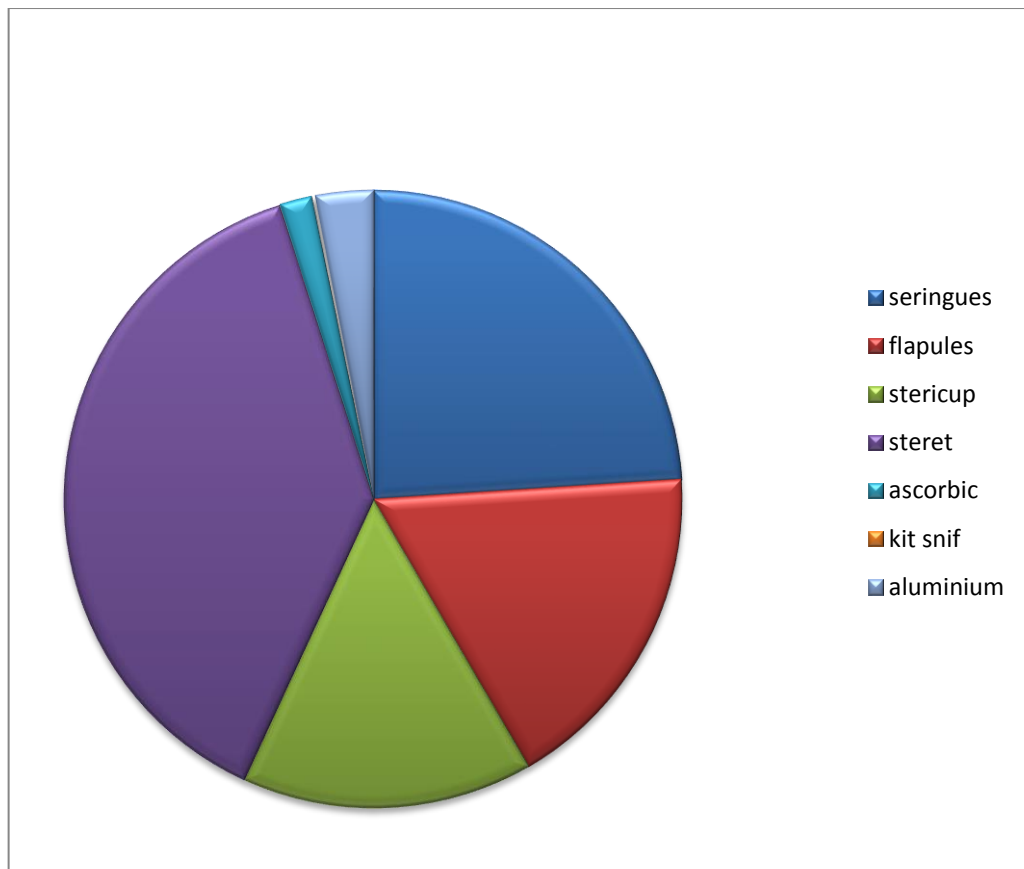


\*Cuillère stérile et filtre nouvelle génération



Nombre d'unités - matériel distribué au Médibus	
Seringue	8843
SteriCUP	6001
SteriMIX	3467
SteriFILT	112
Flapules eau	350
Tampons alcoolisés	4555
Acide ascorbique	5101
SteriFIX	2585
Kit Sniff	195
Aluminium	3

*Matériel distribué - Maraudes à pieds - 2015*



Nombre d'unités - matériel distribué en maraude	
Seringue	1104
SteriCUP	702
Flapules eau	813
Tempons alcoolisés/Ster et	1760
Acide ascorbique	78
Kit Snif	10
Aluminium	138

Bien que l'échange de matériel stérile d'injection domine actuellement, notre objectif est de réduire de l'ensemble des risques liés aux usages de drogues (sociaux, sanitaires, somatiques...), quel que soit le mode de consommation. Si une approche holistique de la personne est essentielle pour mener une action efficace, il est également indispensable d'aller vers les personnes ayant d'autres pratiques de consommation que l'injection. Nous souhaitons dès lors élargir notre gamme de matériel de réduction des risques en y incluant, notamment **les pipes à crack**, afin de **toucher un autre profil de consommateurs** qui identifient actuellement le dispositif mobile comme un comptoir d'échange de seringues. En offrant davantage de matériel correspondant aux diverses pratiques d'usage, nous estimons que nous parviendrons à entrer en contact avec une partie des consommateurs que nous ne touchons pas actuellement.

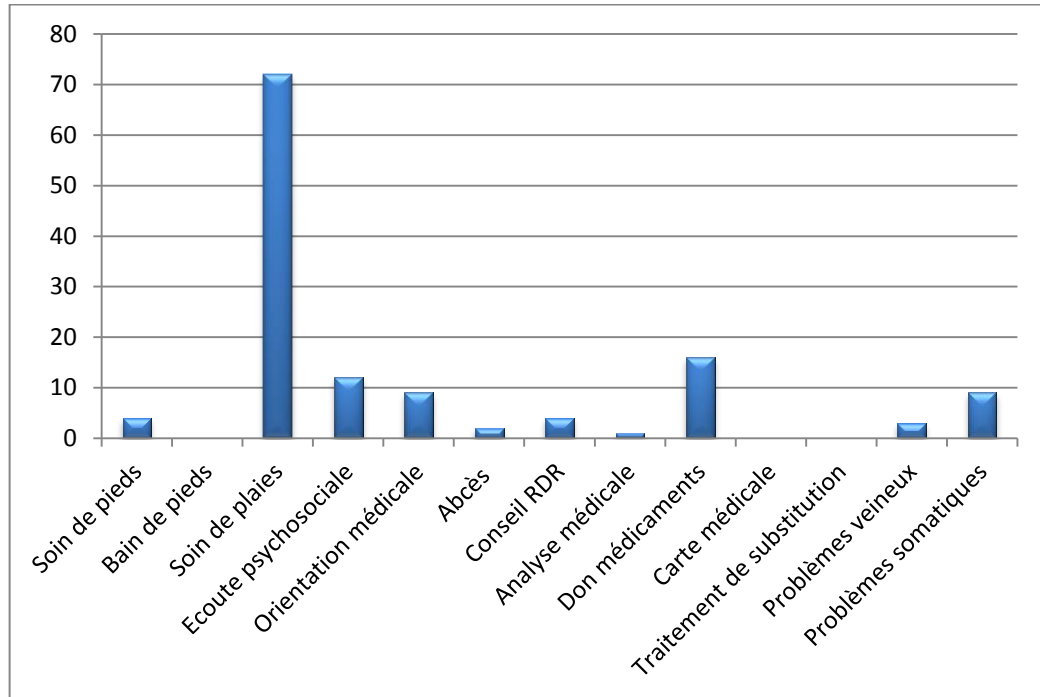
### C. Soins infirmiers

Notons que les personnes qui viennent consulter au Médibus sont des consommateurs qui ne venaient pas au comptoir d'échange fixe (le CLIP), situé à Saint-Gilles, pour recevoir des soins. Les soins prodigués n'ont pas pour objectif d'installer une patientèle dans le Médibus mais constituent une offre de soins (psycho-)somatiques qui permettra d'entamer d'un travail de fond. L'objectif sera alors de réinscrire les patients dans les dispositifs de soins classiques pour une meilleure prise en charge. Dans ce but, l'infirmier(ère) soigne les plaies et autres lésions somatiques, tout en étamant un dialogue sur la nécessité pour le patient d'être pris en charge en dehors de nos structures de dépannage. En parallèle, un accompagnement physique et une remise en ordre administrative sont proposés aux usagers qui consultent au Médibus.

Depuis janvier 2015, l'infirmière a effectué 99 consultations dans le Médibus qui ont donné lieu à 132 soins différents et 7 soins ont été réalisés en rue lors de maraudes 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.

*Ventilation des types de soins dispensés au Médibus*



Types de soins – Médibus 2015	
Soin de pieds	4
Bain de pieds	0
Soin de plaies	72
Ecoute psychosociale	12
Orientation médicale	9
Abcès	2
Conseil RDR	4
Analyse médicale	1
Don médicaments	16
Carte médicale	0
Traitement de substitution	0
Problèmes veineux	3
Problèmes somatiques	9

#### D. Bénéficiaires de soins

Cette année, les infirmier(ère)s ont procuré des soins à 41 personnes.

Cette file active est composée de :

- ✓ 32 hommes

- ✓ 9 femmes
- ✓ dont la moyenne d'âge est de 42 ans.

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 qui bien souvent ignorent l'existence de structures telles que les nôtres.

#### II.4. 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. C'est d'ailleurs l'une des actions promues par le Plan drogues 2016-2019 de la FEDIDO bruxelloise<sup>9</sup>.

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*

---

<sup>9</sup> Action 18 : <http://feditobxl.be/fr/ressources/memorandums-politiques/politique-drogues-et-plan-drogues-2016-2019/plan-drogues/reduction-des-risques/>

*les usagers. Il n'y a plus de lumière, et des débris 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 hors de la rue.

*Monsieur X a une quarantaine d'années. Il fréquente le CLIP depuis de nombreuses années et de manière ponctuelle. Il a un lien privilégié avec les anciens travailleurs qui le connaissent depuis longtemps.*

*Un soir, il arrive au CLIP énérvé. Le travailleur social qui l'accueille lui demande sa date de naissance, son code postal et l'initiale de son nom/pseudo pour compléter la fiche d'accueil qui est remplie pour chaque usager. L'usager est libre de donner de fausses données.*

*Monsieur X refuse de donner les informations que le travailleur lui demande. Une travailleuse tente de soutenir son collègue et de rappeler à M. X en quoi ces données sont importantes pour notre travail. Suite à son intervention, l'usager l'insulte, devient agressif et menaçant verbalement et physiquement envers elle. Deux travailleurs interviennent pour couper court à cette situation et*

*recadrer l'utilisateur. La travailleuse sentant qu'il ne se calme pas, décide de se mettre en retrait dans une autre pièce et de laisser ses collègues gérer la situation.*

*Les règles du CLIP exigent le respect du lieu, des usagers et des travailleurs. En cas de non-respect, l'utilisateur est invité à quitter nos locaux et une exclusion temporaire d'une durée déterminée peut être décidée en réunion d'équipe.*

*Dans ce cas-ci, les travailleurs ont choisi de laisser Monsieur X se calmer au sein du CLIP en le prévenant du risque de sanction. Une certaine violence a été décelée par les travailleurs qui n'ont pas voulu l'accentuer en exigeant sa sortie. Le risque étant qu'il s'énerve davantage et qu'il passe à l'acte.*

*Monsieur X est parvenu à s'apaiser assez rapidement et s'est excusé auprès de la travailleuse et des autres travailleurs. Il a expliqué que sa journée avait été compliquée, qu'il est arrivé énermé et qu'il a déchargé sa frustration sur la première personne venue.*

*Cette situation révèle la violence verbale et physique à laquelle nous pouvons être confrontés sur le terrain. Cela met également en évidence les difficultés et frustrations accumulées par nos usagers durant la journée et l'importance d'un lieu d'accueil pour pouvoir les déposer et en discuter. Monsieur X a pu mettre des mots sur ses difficultés, son ressenti et être entendu par les travailleurs qui ont accepté ses excuses et lui ont offert une écoute attentive.*

*La façon dont nous avons géré cet épisode est représentative de notre manière de travailler en équipe, de se soutenir et témoigne de notre aptitude à s'adapter à la situation, à l'utilisateur et à se fier à notre instinct que nous développons dans la pratique de terrain.*

*Dès lors, un épisode de violence ne sera pas traité de la même manière à chaque fois. Dans cette situation, nous avons décidé en équipe de ne pas sanctionner M. X qui s'est excusé auprès des travailleurs et s'est rendu compte de son mauvais comportement. Il s'agissait également d'une première pour cet usager d'ordinaire calme et poli. Toutefois, les travailleurs lui ont rappelé les règles du CLIP et l'ont averti que cela ne pouvait pas se reproduire. Depuis, M. X est revenu au CLIP à plusieurs reprises et s'adresse aux travailleurs avec beaucoup de respect et tranquillité. C'est que pour lui aussi le CLIP doit rester un lieu de quiétude où il peut venir se poser et déposer...*

*(Sophie, infirmière à DUNE)*

Tout comme en rue, ne pas axer les échanges uniquement 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'utilisateur 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 2015, nous avons comptabilisé 4694 passages au comptoir d'échanges. Les principales raisons de venues des usagers concernent l'accès au matériel stérile d'injection (2663) et l'accès au dispensaire infirmier ouvert en soirée. Ceci dit, nous constatons également que de plus en plus de personnes viennent uniquement pour bénéficier de l'accueil<sup>10</sup> offert en soirée (1540), parallèlement aux usagers qui viennent pour du matériel et qui profitent ensuite de l'accueil. En tout, notre accueil a comptabilisé 3478 passages.

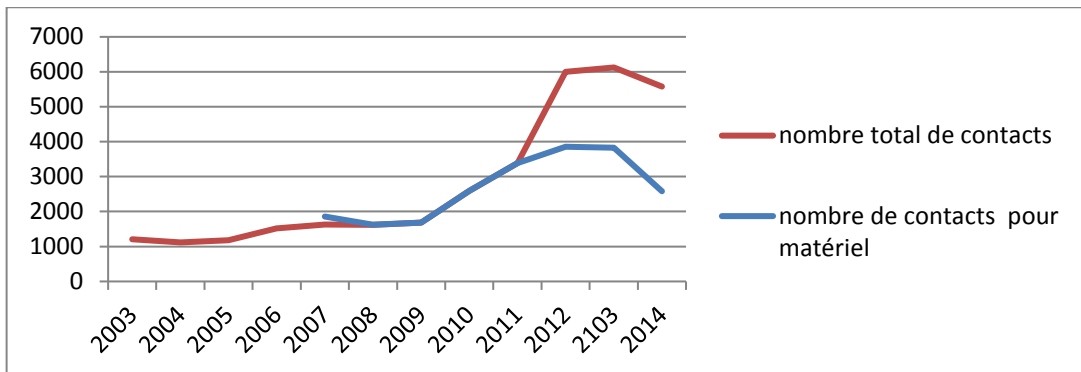
Ces données et le graphique ci-dessous montrent combien l'accueil en soirée est essentiel pour les usagers fréquentant le CLIP et que notre travail ne se limite pas à la distribution de matériel destiné aux usagers pratiquant l'injection et aux problèmes que cette pratique génère. Il s'adresse à tous 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

---

<sup>10</sup> L'accueil est comptabilisé si les personnes restent plus de 20 minutes dans nos locaux.

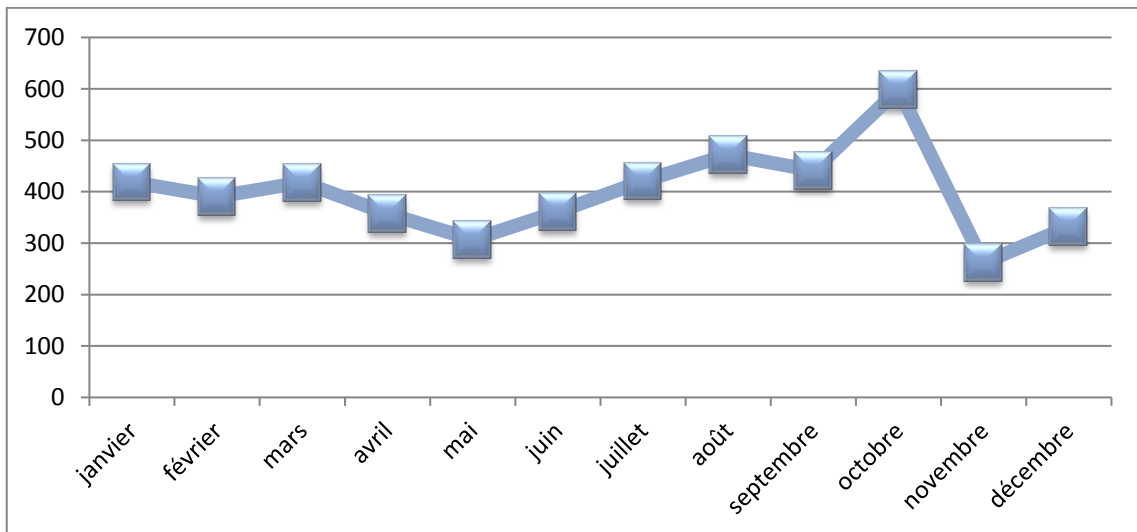
déterminants de la santé.

*Evolution du type de contacts de 2007 à 2015 - CLIP*



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 CLIP 2015 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, quelquefois, de devoir demander aux personnes de quitter les lieux tellement nos locaux sont saturés. 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.

Avouons qu'une pièce d'accueil d'environ 15m<sup>2</sup> 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 12 personnes sont accueillies, en moyenne, par soirée pour l'accueil et 16 personnes en moyenne pour tous types de visites confondus.

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 locaux<sup>11</sup>. 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 a été introduit en mai 2015.

Ses services ayant jugé utile et nécessaire notre demande, la ministre Cécile Jodogne a marqué son accord de principe, le 15 septembre 2015, en vertu du décret du 13 mai 2014 de la COCOF relatifs aux subventions pour l'achat, la construction, la rénovation, l'aménagement... et l'arrêté 2005/4 du Collège du 14 avril 2005, tel que modifié, portant application du décret. Cet accord porte sur l'achat d'un immeuble dont le prix de vente se situe entre 350.000€ et 450.000€, selon l'importance des travaux de rénovation et d'aménagement à y faire. Il reste valable pendant une durée d'un an, délai avant l'expiration duquel la demande de décision définitive d'octroi de la

---

<sup>11</sup> Ce mandat a été confirmé et précisé lors de la séance du CA du 21 janvier 2015.

subvention devra être introduite.

L'équipe s'est attelée à la recherche d'un bâtiment correspondant aux besoins de notre service et de nos bénéficiaires dès réception de l'accord de principe, sans que celles-ci aient pu aboutir à ce jour. La recherche s'est d'abord centrée sur un immeuble d'environ 300 m<sup>2</sup> à acheter et occuper seul. Face aux difficultés rencontrées pour trouver un bien assez spacieux, dans un état correct et bien situé, nous avons diversifié notre approche en recherchant aussi des partenaires afin de mutualiser nos ressources. Nous restons très actifs dans le suivi de ce projet essentiel à la poursuite de nos activités dans des conditions adéquates pour l'équipe et les usagers.

### 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<sup>ème</sup> 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 ;
- ✓ 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<sup>12</sup>.

*Pour laver le linge, il n'y a pas grand-chose. Oui, il y a La Fontaine mais il faut attendre 3 heures pour prendre une douche. C'est pour un nombre limité, y a que deux machines à lessiver. Résultat, tu as droit à une douche par semaine. Sauf si tu es une femme. Comment voulez-vous être présentable avec une doche par semaine ?*

*L'hygiène est un élément clé si on veut prendre sa vie en main. Si on ne peut plus se laver ou s'habiller convenablement, on se retrouve très vite sale et donc déprimé et désespéré.*

Témoignages extraits du livre *Revendications de (pré-)SDF bruxellois*, par le Collectif MANIFESTEMENT, Maelström, 2011.

### *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 2015, les usagers du CLIP ont bénéficié de 60 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.

---

<sup>12</sup> Le lecteur trouvera rapport des activités relatives aux autres services (permanence sociale, service infirmier, consultation médicale) dans deux autres chapitres.

### 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.

Grâce au soutien du Fonds Pauvreté, géré par la Fondation Roi Baudouin, DUNE a pu investir dans de nouvelles machines professionnelles en cours du premier trimestre 2015. Le lavoir a pourtant encore connu des périodes d'inactivité en raison de sérieux problèmes d'évacuation des eaux usagées dans l'immeuble.

#### a. Données chiffrées

En 2015, nous avons effectués 439 machines (386 lessives pour des hommes et 48 pour des femmes), bien que le service n'ait pu tourner de manière efficiente durant toute l'année.

Nombre de bénéficiaires ayant utilisé le lavoir social pour une (ou plusieurs) lessive(s) en 2015 :

Nbre lessives	Hommes	Femmes
1	15	3
entre 2 et 5	20	3
entre 6 et 10	5	2
entre 11 et 20	8	0
entre 21 et 30	3	1
Plus de 30	3	0
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>9</b>

#### b. Evaluation qualitative

Lors du focus groupe du 27 août 2015, les usagers présents se sont exprimés sur différents aspects du dispositif. En voici les éléments essentiels.

##### 1. Utilisation du lavoir social

Il s'agit d'un dispositif essentiel à l'hygiène et au bien-être de nos bénéficiaires. Les participants au focus groupe utilisent régulièrement le lavoir lorsqu'ils sont à la rue et sans revenus, mais également quand ils ont un logement. Certains l'utilisent moins car ils ont d'autres possibilités pour laver leur linge : payer pour faire sa lessive dans une laverie automatique ou avoir une machine à disposition, mais aussi lorsqu'ils ont une place provisoire en maison d'accueil.

*Moi je dis merci pour ce que vous faites pour nous.*

## 2. Accessibilité du dispositif et gratuité

L'attente pour récupérer son linge propre est pointée comme une difficulté, tout en relevant que l'équipe fait son maximum pour satisfaire les nombreuses demandes.

La fréquence (un sac par semaine) est jugée satisfaisante mais les usagers regrettent la limite dans la taille des sacs que l'on peut déposer (« *si tu veux laver une veste, tu ne peux pas laver grand-chose d'autre* ») ainsi que l'impossibilité de faire laver une couverture ou un sac de couchage car la machine n'est pas adaptée pour le faire.

*Il faudrait une machine plus grande.*

Des tensions peuvent être générées par le fait que dans certaines situations (par exemple, lorsqu'il y a beaucoup de bénéficiaires au CLIP), le travailleur demande à l'utilisateur de revenir un autre jour pour récupérer son linge car il ne peut laisser son collègue seul pour aller chercher son sac à la cave.

La gratuité, et le fait que l'utilisation du dispositif ne soit pas conditionnée (par le fait de devoir prendre une douche, comme à La Fontaine) sont valorisés par les bénéficiaires.

*C'est vraiment très important la gratuité pour moi. C'est difficile d'avoir des tunes à mettre pour faire la lessive quand t'es à la rue, que tu n'as pas de revenus, même pas le CPAS.*

*- Comment fais-tu quand le lavoire du CLIP est en panne ?*

*Ben, t'essaye de garder un peu de monnaie pour pouvoir aller faire une lessive, mais ce n'est pas évident... tu dois choisir...*

## 3. Système d'identification et erreurs

De temps à autre, des erreurs se produisent mais le système d'identification des propriétaires du linge est globalement jugé satisfaisant. Exemples d'erreurs :

Le sac est rendu sans que le linge ait été lavé. Le système d'identification du propriétaire du sac est fait au moyen d'un ticket agrafé au sac (numéro et prénom de l'utilisateur) et lorsque le linge a été traité, le travailleur indique « OK » sur le ticket. Parfois le sac est réutilisé et le travailleur oublie de mettre un nouveau ticket avec pour conséquence que celui qui accueille la demande de l'utilisateur de récupérer son linge est alors induit en erreur et rend le sac avant que le linge n'ait été nettoyé.

« *J'ai vu un type qui portait mon pantalon* » : une lessive est terminée, un travailleur la vide, mais oublie le pantalon dans la machine. Le travailleur suivant voit la machine

vide, et la remplit avec d'autres vêtements, et le pantalon se trouve dans les affaires de quelqu'un d'autre.

#### 4. Propreté du linge

« C'est propre, ça sent bon, quand c'est JP, le linge est plié, c'est le super service, merci, c'est très agréable, class... » Recevoir en retour le linge propre et plié est bien plus agréable que lorsqu'à défaut de temps il est « fourré » dans le sac et donc, tout froissé quand il s'agit de le porter.

Certains usagers ont partagé leurs inquiétudes quant à la possibilité de transmission d'affections de la peau d'autres usagers à travers l'utilisation de la même machine à laver. Un échange sur les modalités de traitement du linge (température, produits utilisés...) et le fait que les vêtements soient lavés sans être mélangés à ceux d'autres usagers ont permis de les rassurer.

#### 5. Comment améliorer le dispositif ?

A partir des faiblesses identifiées, des pistes de solution ont été recherchées par les usagers. Ils sont arrivés à la conclusion que :

- ✓ l'erreur est humaine, le système fonctionne grosso modo très bien, il y a peu d'erreur. Aucun autre système d'identification des propriétaires des sacs n'a été évoqué.
- ✓ délai : difficile pour l'équipe de faire mieux pour l'instant avec les moyens disponibles...
- ✓ quantité : il faut de la place pour tous...

Les usagers ont également formulé, lors du focus groupe, des besoins par ailleurs bien connus de l'équipe de DUNE, qui peuvent être résumés par la phrase suivante :

*Ce serait vraiment bien s'il y avait une douche et des consignes.*

Tout comme l'équipe, les usagers pointent les locaux actuels comme un obstacle au changement dans le fonctionnement du lavoir et des services d'hygiène qui le complètent. Mais la perspective d'installer l'association dans de nouveaux locaux laisse entrevoir la possibilité de répondre aux besoins exprimés.

*Avec 20m<sup>2</sup>, tu peux mettre 5 ou 6 machines et 1 ou 2 séchoirs. Tu viens faire ton ligne, tu peux prendre une douche, et te changer après, et tu peux laisser ton ligne dans une consigne.*

De fil en aiguille, c'est l'idée que DUNE pourrait offrir des services plus complets, allant jusqu'à l'hébergement qui surgit face à la perspective de déménager dans de nouveaux locaux :



*S'il y a un grand bâtiment, ce serait bien que DUNE fasse des lits comme Transit, un dortoir, quelque chose comme ça. » - Oui, de l'hébergement...*

*- Ah, oui, DUNE la maison d'accueil tant rêvée, t'as le comptoir, l'accueil, la lessive, les soins, et le dortoir !*

*c. Quelle place pour la participation des usagers ?*

A partir d'un questionnaire sur les possibilités de développer la participation des usagers au lavoir social, la discussion a amené les participants à formuler des suggestions qui portent sur leur participation à d'autres projets ou aspects de la vie de l'association.

### 1. Participation financière au lavoir

Certains bénéficiaires proposent de prévoir une possibilité de participation financière libre de la part des usagers pour aider l'association à assurer les frais générés par le dispositif :

*Quand même, on pourrait donner une petite contribution, tu sais, pas un prix imposé mais au choix. T'es plus généreux quand t'es pas obligé. On pourrait mettre une petite tirelire...*

*Oui, je trouve que ce serait bien si on pouvait donner une petite participation, ceux qui veulent...*

Un travailleur relève que certains usagers viennent avec leur produit : « *c'est aussi une manière de participer, d'apporter du produit pour la lessive* ».

### 2. Self-service

Certains usagers suggèrent de déployer un dispositif en self-service supervisé :

*Alors, oui, tu peux mettre plusieurs machines, et un ou deux séchoirs... puis la douche aussi... on pourrait faire notre lessive nous-même, mais il faudrait quand même un responsable de DUNE, qui explique comment ça marche, qui surveille, sinon, il y a des arrangés qui sont capables de pas mettre le produit au bon endroit...*

### 3. Responsabilité assurée par un usager rémunéré

Selon les participants, la personne « responsable » pourrait être un bénéficiaire, à condition de prévoir les défections et que cette manière de travailler soit acceptée par

l'institution et soutenue par l'équipe. Que ce soient les bénéficiaires ou les membres de l'équipe, chacun renvoie que l'autre ne serait pas disponible ou ouvert à la participation des usagers au fonctionnement de nos services : un travail de préparation, de part et d'autre, est donc essentiel pour s'engager dans cette voie.

*Il pourrait y avoir un usager responsable du lavoir, enfin plusieurs pour pas que... Mais bon, je ne pense pas qu'au CLIP, ils [les travailleurs] soient près pour cela. Ça n'arrivera jamais.*

*Oui, il en faudrait plusieurs [usagers responsables], parce qu'il y en a qui ne sont pas fiables, ou même toujours un travailleur du CLIP pour le lavoir. Parce que quand t'es à la rue, c'est tout le temps plein d'imprévus, tu ne sais pas toujours tenir un engagement... même un changement de temps, et tu as un imprévu à gérer... C'est peut-être plus facile pour ceux qui vivent en appart.*

*C'est important, si on peut participer, ça responsabilise, ça fait du bien, tu te sens utile, quoi. Puis, si tu peux gagner un peu d'argent en plus, c'est encore mieux.*

#### 4. Participation aux travaux d'aménagement de nouveaux locaux

Plusieurs usagers ont proposé de pouvoir offrir leur aide en cas de travaux : certaines personnes fréquentant le CLIP ont des compétences qui pourraient être mises au profil des projets de l'association.

#### 5. Organiser des activités collectives

Les usagers ont également formulé le souhait que des activités collectives soient organisées. Depuis de nombreuses années, notre association est l'un des partenaires du projet « Article 27 » mais DUNE n'organise plus de sorties culturelles en groupe (faute de personnes intéressées, selon certains travailleurs). L'idée mériterait d'être retravaillée en équipe.

- Pourquoi il n'y a pas d'activités au CLIP ? Comme aller à la montagne ensemble, marcher...
- Oui, faire du camping, un week-end, par exemple.
- Moi je préfère l'art...
- ou un ciné, en groupe... on fait une sortie ensemble
- oui, aller voir un spectacle ensemble.
- On pourrait faire des trucs ensemble, pour mieux se connaître...

#### 6. Faire entendre sa voix

**Vers un collectif d'usagers ?** Certains usagers souhaiteraient organiser des réunions

d'usagers. Cet aspect de la participation n'est pas été creusé lors du focus groupe, faute de temps disponible. L'idée sera retravaillée, questionnée, développée ultérieurement.

*Ce serait bien qu'on puisse se réunir nous les usagers, pour dire nos idées. Ce n'est pas parce qu'on est tox qu'on est plus con qu'un autre, que vous autres à DUNE. Et nos idées ne sont pas les mêmes, vous avez les vôtres, et vos règles et tout, nous ce n'est pas la même chose, on peut dire des choses que vous ne pouvez pas dire à cause de votre position. Je trouve qu'on devrait pouvoir se réunir, j'en connais quelques-uns qui seraient intéressés... on pourrait proposer nos idées pour améliorer le CLIP.*

Cela pourrait également prendre la forme d'une page Facebook :

*Moi, je pourrais faire comme un Facebook, où on peut échanger, dire des trucs que vous ne pouvez pas dire... tu vois ?*

**Un journal ?** L'idée de créer un journal par et pour les usagers a été exprimée par l'un des participants et reprise par d'autres.

*- Moi je serais intéressé de faire un journal du CLIP. On pourrait parler des choses qui nous concernent...*

*- Oui ce serait une bonne idée, on pourrait raconter des trucs comme ce que t'es arrivé en allant à Dour. Vous les professionnels, vous n'avez pas le temps de voir ça avec tous les détails...*

## 7. Perspectives

Ce focus groupe a renforcé la réflexion en interne quant à l'implémentation de pratiques participatives au sein de notre association. Tant les rencontres faites au sein du réseau Nomade (cf. *infra*) que l'élan des usagers présents à ce focus groupe nous conduiront en 2016 à l'expérimentation d'autres pratiques participatives afin de donner la place aux idées, aux souhaits que nous avons vu apparaître au détour de ce focus groupe mais aussi lors de discussions dans le cadre de l'accueil au CLIP. C'est un appel au mouvement que nous ne pouvons pas laisser sans suite.

A cet égard, DUNE a déposé en février 2015 une candidature au Fonds Contigo dans le cadre de son appel visant à « Favoriser l'intégration d'adultes marginalisés, exclus et précarisés ». Le projet proposé visait à inviter nos bénéficiaires à participer à un atelier cinéma comportant toutes les étapes de la production cinématographique. L'objectif était de leur permettre de partager leur expérience en mettant en travail la question de la place de la RdR et du comptoir dans leur trajectoire de vie, à travers le média du film documentaire. Bien que le Fonds n'ait pas retenu notre projet, nous n'abandonnons pas l'idée de pouvoir trouver une source de financement pour le réaliser.

En effet, l'inscription des participants dans un projet collectif de longue durée destiné à réaliser un objet artistique est susceptible de produire un impact à différents niveaux individuels et collectifs : confiance en soi (revalorisation par la création), diminution du sentiment d'isolement, création d'un esprit de groupe entre les participants, capacité à défendre son avis, capacité à prendre sa place dans le groupe, échanges et ouverture envers les différents membres du groupe, création d'une relation basée sur l'expérience commune et sur l'échange de points de vue, création du lien social entre les participants (e.a. autour des goûts culturels communs), nécessité d'installer un espace de parole (respect de l'autre et écoute active), développement du sens critique par rapport au cinéma et aux médias en général, développement du sentiment d'appartenance, rupture dans les habitudes relationnelles entre usagers et l'équipe de DUNE, mise en perspective des discours des usagers...

#### 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).

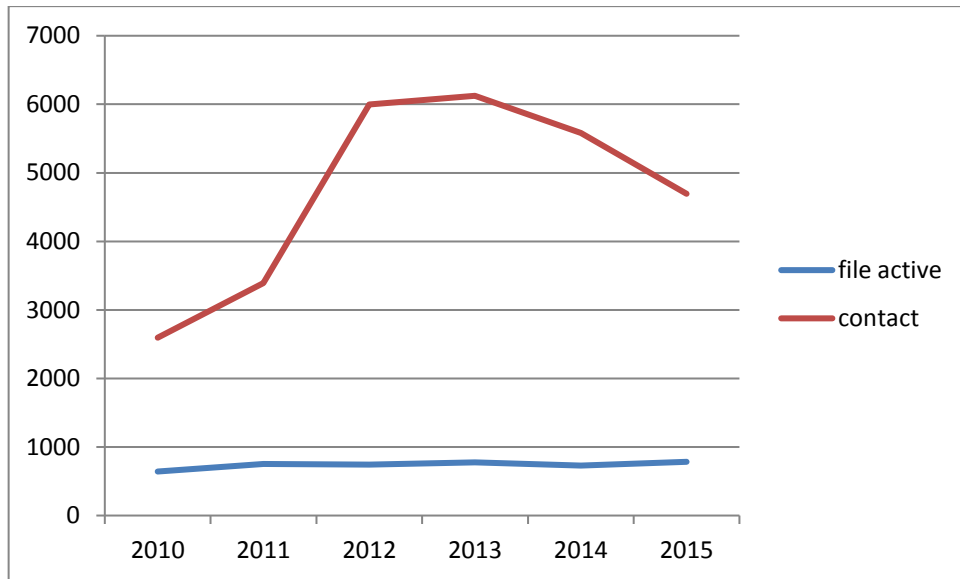
##### 1. File active

Le tableau et le graphique ci-dessous permettent 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 2015.

Quant au nombre de contacts, on voit qu'après une importante hausse du volume des contacts en 2012 et 2013, c'est une baisse relative qui marque 2014 et 2015. Cette diminution s'explique par le fait qu'au cours des années 2012, 2013 et 2014, nous avions un groupe de trois à quatre personnes qui avait pour habitude de passer chaque soir de la semaine. En 2015, ces bénéficiaires ne sont plus venus car ils étaient dans un processus de sevrage et les passages au CLIP constituaient pour eux des difficultés dans la mesure où cela les amenait à fréquenter des usagers actifs. Ils ont préféré faire un pas de côté pour éviter d'être tentés nous ont-ils dit.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>File active</b>	642	751	742	774	728	784
<b>Nombre de contacts</b>	2595	3389	5998	6124	5581	4694

#### *Évolution de la file active et du nombre de contacts - 2010-2105 - CLIP*

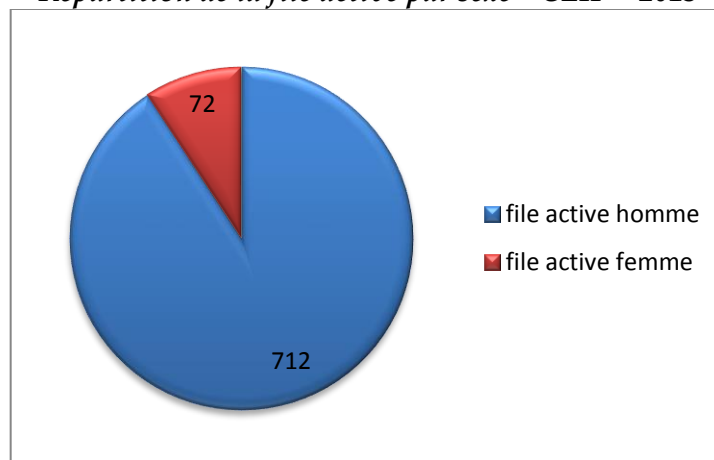


## 2. Répartition par sexe

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 - CLIP - 2015*

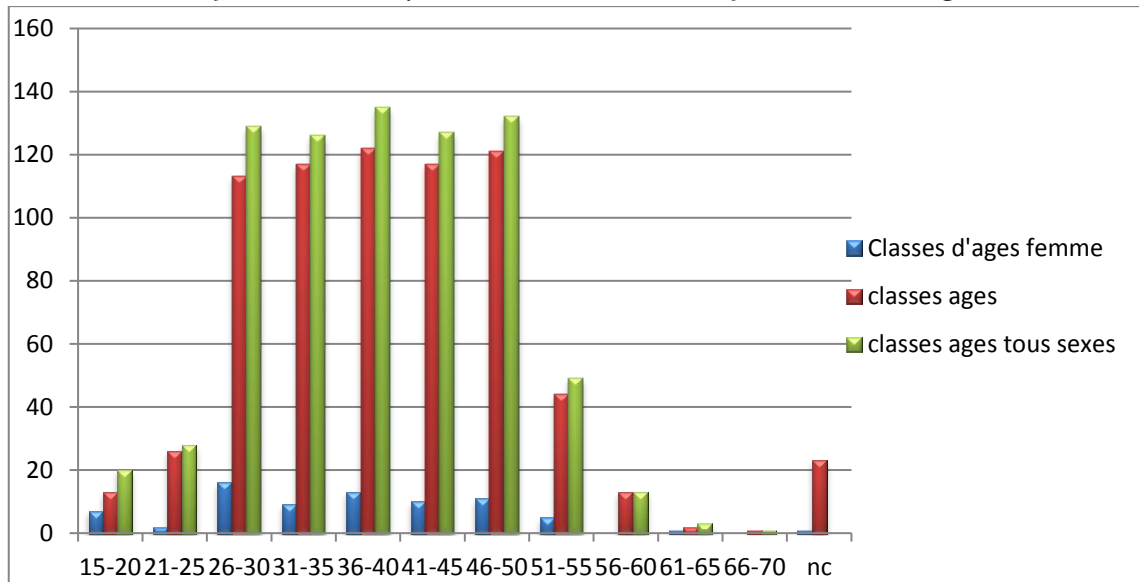


*N.C : erreur d'encodage*

### 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 26-50 ans.

*Répartition de la file active (CLIP - 2015) 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). Deux mineurs sont venus au CLIP cette année ; il s'agit d'un groupe très difficiles à toucher, malgré le fait qu'ils soient également concernés par les pratiques d'injection. En 2015, nous avons touché 72 femmes dont neuf font partie de la classe d'âge des « jeunes injecteurs » (15-25 ans).

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 seringues<sup>13</sup>.

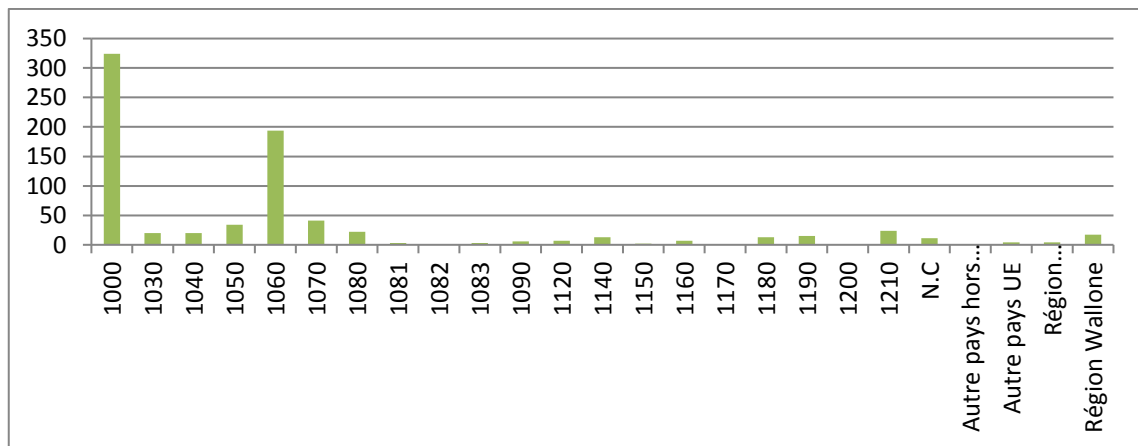
Ces données confirment nos constats de terrain : l'âge nettement plus élevé des usagers fréquentant le CLIP indique que la majorité des UDI pratiquent déjà des injections depuis plusieurs années (sans sécurité) avant d'entrer en contact avec des programmes de réduction des risques.

#### 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 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.

Répartition par lieu de vie de la file active - CLIP - 2015



<sup>13</sup> T. WINDELINCKX, *Evaluatie onderzoek project spuitenruil 2012*, Antwerpen, Vlaamse spuitenruil, Free clinic vzw, 2013 ; T. WINDELINCKX, *Rapport evaluatie onderzoek spuitenruil vlaanderen 2013*, Antwerpen, Vlaamse Spuitenruil, 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.

## 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 chercheurs<sup>14</sup> 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 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 injectable<sup>15</sup>.

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.

---

<sup>14</sup> D. DOUMONT, A. DECCACHE, *Politique de réduction des risques : quelle efficacité des programmes d'échange de seringues ? 1<sup>ère</sup> 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.

<sup>15</sup> 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.



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 illégale<sup>16</sup>.

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 demandes<sup>17</sup>, 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-demandeurs<sup>18</sup>.

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 ; 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*

---

<sup>16</sup> 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.

<sup>17</sup> Ensemble des admissions : n = 4880, non-réponses = 1480 ; premières demandes : n = 1376, non-réponse = 278.

<sup>18</sup> M. HOGGE, *op. cit.*, 2014, p. 29.

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%)<sup>19</sup>.

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 seringues<sup>20</sup>. 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 normalisé<sup>21</sup>.

- ✓ 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 derniers 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%, respectivement).
- ✓ Le phénomène de poly-consommation 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%).

---

<sup>19</sup> M. HOGGE, *op. cit.*, 2014, p. 32. Nous renvoyons à cette étude pour plus de détails.

<sup>20</sup> T. WINDELINCKX, *op. cit.*, cité par K. DE RIDDER, « Usagers de drogues à haut risque », *op.cit.*, pp. 84-85.

<sup>21</sup> 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.

### 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 comptoirs<sup>22</sup>.

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 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 à 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

---

<sup>22</sup> 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.

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 désocialisation<sup>23</sup>.*

## 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 ;

---

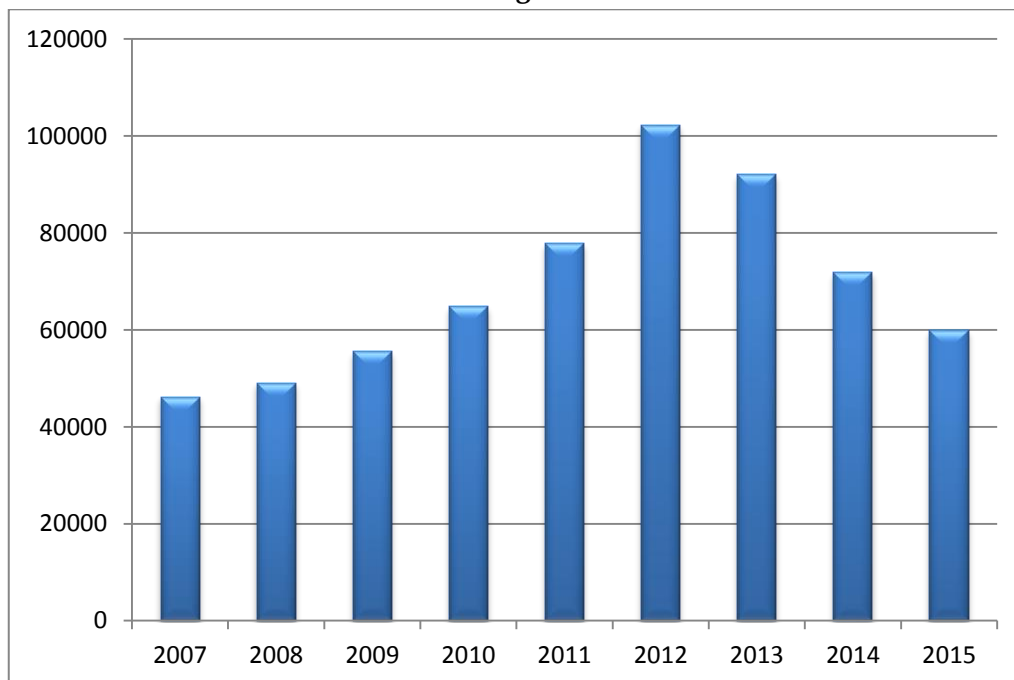
<sup>23</sup> I. VITRY, « La proximité, un travail sur le fil : La complexité du lien avec des personnes en errance socio-affectives », 2009, p. 2, [en ligne], [http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/formationcontinue/documents/Isabelle\\_VITRY.pdf](http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/formationcontinue/documents/Isabelle_VITRY.pdf)

- ✓ 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

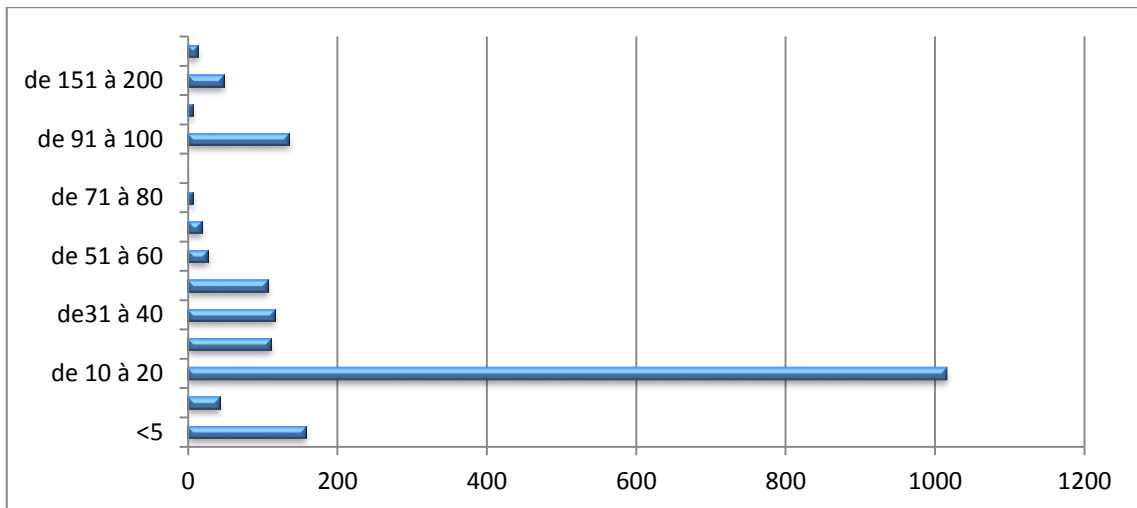
En 2015, les travailleurs ont distribué plus de 59.845 seringues au CLIP et 9.947 en travail de rue (Médibus et maraudes), soit un total de 69.792 unités.

*Evolution du nombre de seringues distribuées de 2007 à 2015 - 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).

**Nombre de seringues distribuées par contact - CLIP - 2015**



Nombre de seringues	Nombre de contacts par classe de dons
<5	157
de 5 à 10	42
de 10 à 20	1015
de 21 à 30	110
de 31 à 40	116
de 41 à 50	106
de 51 à 60	26
de 61 à 70	18
de 71 à 80	6
de 81 à 90	0
de 91 à 100	134
de 101 à 150	6
de 151 à 200	47
plus de 200	13

Nous voyons, dans le tableau et le graphique ci-dessus, que 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 dons 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.

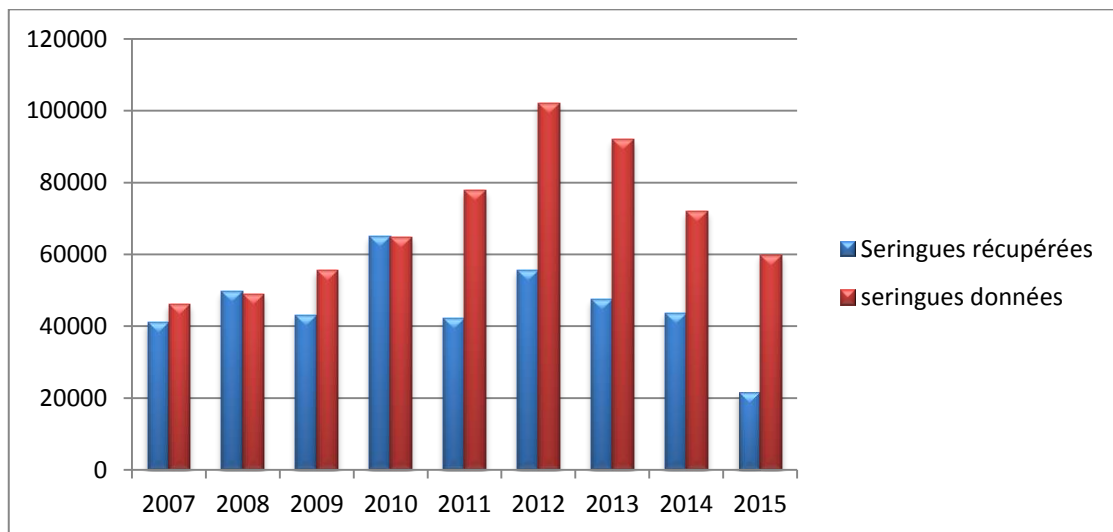
Il est également intéressant de noter que nous avons limité le nombre de dons de seringues à 200 unités par jour et par personne car nous avons constaté que ceux qui emportaient beaucoup de matériel avec eux ne fréquentaient plus le comptoir de manière aussi régulière. Hors, c'est bien par les contacts réguliers avec notre public que

prend tout 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 21560 seringues qui ont été récupérées en 2015, soit environ 20000 de moins qu'en 2014.

### Comparaison de la récupération et du don de seringues de 2007 à 2015



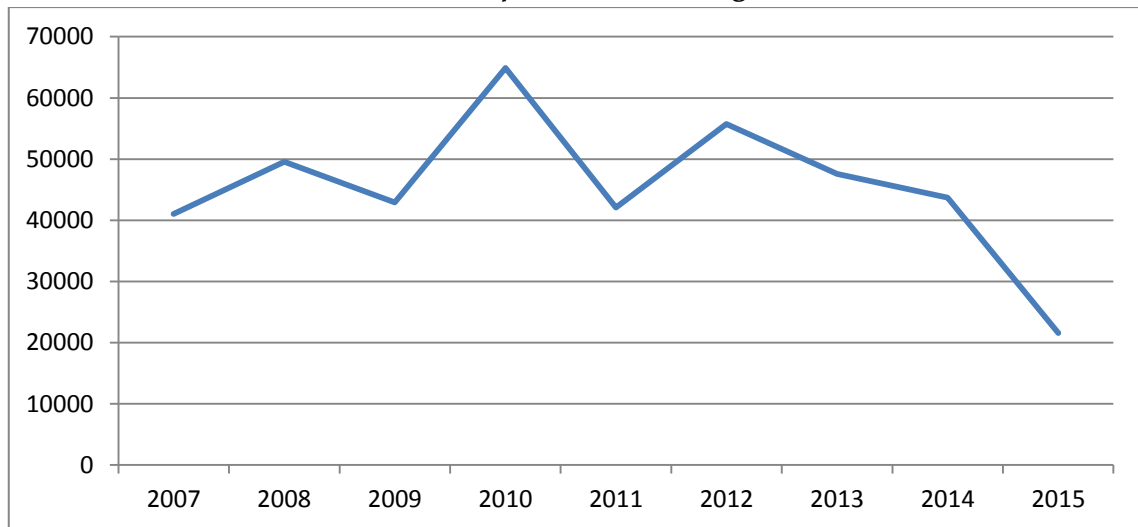
Trois mesures ont été prises depuis 2013 pour tenter d'augmenter le taux de récupération du matériel usager.

- ✓ Questionner 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.
- ✓ Organiser 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.
- ✓ Intensifier la sensibilisation des usagers pour les encourager à ramener le matériel : renforcer, lors de la délivrance du matériel, notre discours sur

l'importance des retours et afficher une lettre ouverte à destination de nos bénéficiaires où est rappelée l'importance des retours.

En 2015, nous n'avons pas eu la possibilité d'organiser d'opération de ramassage de seringues par manque de personnel disponible : nous avons préféré renforcer la présence des travailleurs au comptoir et au Médibus pour garantir la sécurité de nos effectifs. En effet, nous avons connu quelques situations assez tendues lors des accueils et il n'était plus possible d'envisager ouvrir le comptoir avec seulement deux travailleurs car lorsque l'infirmière est occupée aux soins, il n'y a plus qu'un éducateur pour gérer les flux et l'accueil.

*Évolution du taux de récupération des seringues de 2007 à 2015*



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.

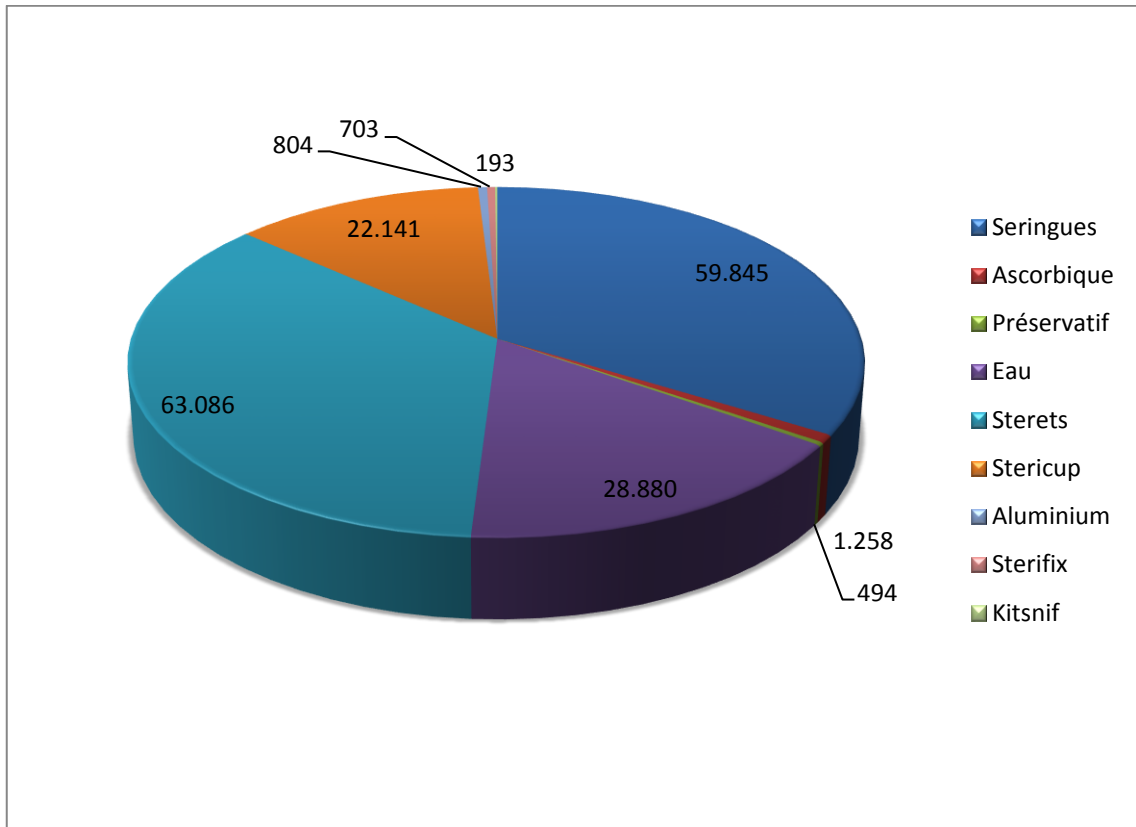
### *3. Matériels connexes*

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 2015 attestent que nous sommes très loin de cet idéal.



**Matériels distribués - CLIP - 2015**

Seringues	59845
Aluminium	804
Sterets	63086
Flapules d'eau	28880
Acide ascorbique	1258
Stéricups	22141
Stérifix	193
Kits « snif »	193
Préservatifs	463



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-ils 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€. 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 !

Face à ce constat, les services bruxellois impliqués dans le DAMSI (DUNE, Transit, Projet Lama, Médecins du monde, Modus Vivendi) ont réalisé un dossier plaidant pour un meilleur accès et donc financement du matériel de RdR. DUNE a participé à la rencontre, organisée le 25 septembre 2015, avec le cabinet du Ministre bruxellois de la Fonction publique et de la politique de la Santé, Cécile Jodogne. Bien que notre demande urgente d'un refinancement de la clef de répartition disponible en 2015 pour l'achat de matériel stérile d'injection semblait avoir été entendue, à l'heure où nous écrivons ce rapport, le budget supplémentaire n'a pas été versé. Et DUNE se trouve dans l'obligation, comme chaque année, de faire preuve de créativité pour assurer le financement du matériel. Comment développer nos missions dans ce climat récurrent d'insuffisance et d'incertitude du financement du DAMSI ?

La question de la diversité du matériel proposé aux usagers a également été abordée. 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) »<sup>24</sup>.

La situation nous paraît d'autant plus exaspérante et absurde que le montant

---

<sup>24</sup> 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.

nécessaire pour couvrir les besoins des comptoirs bruxellois (50.000€), dans le cadre d'un dispositif cohérent d'accès au matériel d'injection (1 pour 1), est inférieur au coût du traitement<sup>25</sup> pour l'hépatite C d'une seule personne !

*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)

### 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*).

---

<sup>25</sup> Le coût d'un traitement est estimé entre 60.000 et 80.000€. voyez : <http://www.lesoir.be/947453/article/actualite/sciences-et-sante/2015-07-27/1-hepatite-c-peut-etre-eradiquee-en-belgique-selon-des-experts>

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

#### A. Introduction

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 usagers<sup>26</sup>.

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 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 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. De plus, 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.

#### B. Opérations 2015

En 2015, deux opérations « boule de neige » se sont déroulées dans nos locaux, avec un public d'usagers de drogues vivant essentiellement en rue.

---

<sup>26</sup> Site internet de Modus Vivendi : <http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?rubrique30>

### *1. Opération « rue » mixte*

La première opération « rue » s'est déroulée entre le 16 juin et 11 mai 2015, en collaboration avec Transit et le Projet Lama. La spécificité du public cible, à savoir des personnes injectrices, peut engendrer des difficultés de recrutement et/ou de participation, car il s'agit d'un public qui vit souvent des situations d'urgence et peut rencontrer des difficultés pour suivre l'opération dans son entièreté. Pourtant, nous pouvons souligner que 12 jobistes sur les 13 inscrits ont terminé l'opération, dont 11 nouveaux jobistes. Le groupe était composé de 2 femmes et 11 hommes, d'une moyenne d'âge de 35 ans.

L'injection étant au centre de l'opération, elle a été déclinée en fonction du thème spécifique de chacune des 7 séances :

1. Présentation, motivations/attentes, signature des conventions
2. SIDA
3. Hépatites
4. Hépatites (suite)
5. Overdose
6. Préparation aux questionnaires
7. Evaluation, retour des questionnaires.

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 jobistes ont collecté 62 questionnaires de personnes présentant des profils variés : sans-abris, femmes, consommateurs antillais, artistes...

### *2. Opération « spéciale femmes »*

La seconde opération était exclusivement consacrée aux femmes usagères de drogues afin de pouvoir toucher davantage ce public, qui d'ordinaire éprouve des difficultés à s'exprimer en présence d'hommes lors des opérations, surtout lorsque les sujets touchent à la sexualité. Elle s'est déroulée dans les locaux de DUNE, en collaboration avec les partenaires habituels, entre le 10 novembre et le 8 décembre 2015. Les critères d'inclusion dans l'opération relativement stricts (consommation active par injection, santé mentale, capacité à l'écrit...) ont joué sur le nombre de personnes recrutées ainsi que le court délai consacré à cette phase de l'opération : 4 jobistes (âgées de 46 à 37 ans) ont été recrutées (dont 3 nouvelles), seule une personne n'a pas participé à l'ensemble de l'opération. Les jobistes étaient très actives et investies dans la formation et la passation des questionnaires. Elles ont fait passer un questionnaire à 26 personnes.

Le programme des séances d'informations était le suivant :

1. Séance d'introduction et évaluation des connaissances via un questionnaire dédié
- 2 Hépatites

3. HIV et rappel hépatites
4. Produits et OD
5. Contraception et IST
- 6 Jeux de rôle questionnaires, évaluation des connaissances pour envoi sur le terrain
7. Retour des premiers questionnaires, échanges sur RdR et réalités de terrain
8. Retour des questionnaires et évaluation finale

### C. Perspectives

Pour 2016, les quatre associations opératrices des Boules de Neige sur Bruxelles ont décidé de mobiliser les énergies des animateurs différemment pour maintenir l'organisation de deux opérations par an, sans que ce projet chronophage ne vienne déforer le travail quotidien de leurs équipes sur le terrain.

Ainsi, une opération « fumette » est programmée en mai-juin 2016 ; elle sera pilotée par Transit et le Réseau Hépatite C. La seconde opération, consacrée à l'injection de méthadone, est programmée en septembre-octobre 2016 ; elle sera pilotée par DUNE en collaboration avec le Projet Lama.

Les quatre associations continuent toutefois à participer au recrutement des participants parmi leurs bénéficiaires, en fonction des critères établis pour chaque opération.

### 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 en ce sens au sein de DUNE.

Ces initiatives participent à l'implication de notre association 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... qu'auprès du grand public.*

#### A. Notre site internet

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 répertoire 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](http://www.dune-asbl.be)

Ce site comptabilise 14.582 visites pour l'année 2015.

Cependant, malgré ses qualités fonctionnelles, le site ne nous convient pas d'un point de vue esthétique, nous souhaitons développer un site avec un design plus clair et épuré.

Pour ce faire, en novembre 2015, nous avons mis en place un partenariat avec la Haute École I.S.F.S.C<sup>27</sup>. Le département « Assistant social » propose un cours d'informatique. Les élèves vont y réaliser un projet pour notre site internet (via Wordpress). Pour ce faire, notre chargé de communication s'est rendu en classe pour présenter DUNE et discuter de nos attentes avec les élèves. Ensuite, ils sont venus à plusieurs reprises, par groupe de quatre, visiter nos locaux et ont rencontré divers membres de notre équipe, pour les questionner, de façon à se familiariser avec l'objet de notre association. À ce jour, le site est toujours en cours de construction. Jusqu'à présent, la collaboration est satisfaisante, bien qu'un certain retard par rapport au planning annoncé pour la livraison du produit fini se fasse sentir. La personne en charge de ce projet suivra une

---

<sup>27</sup> [www.isfsc.be](http://www.isfsc.be)



formation Wordpress en 2016, pour assurer l'encadrement du travail réalisé par les étudiants ainsi que la maintenance du site une fois celui-ci réalisé.

### B. Scoop.it : notre revue du web réduction des risques/précarité/assuétudes

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

En d'autres termes, DUNE propose, selon un rythme hebdomadaire, une revue du web/revue de presse consacrée à l'actualité de la réduction des risques et des secteurs précarité et assuétudes.

Notre curation assidue a été récompensée par le site : pour leur section santé, scoop.it nous a attribué une médaille d'argent.

[www.scoop.it/t/dune-asbl](http://www.scoop.it/t/dune-asbl)

### C. Réseaux sociaux : une présence active sur Facebook

La page DUNE ASBL/CLIP sur Facebook, créée en 2014, continue à gagner en popularité : 56 inscrits au 12 juin 2014, 430 le 16 juin 2015 et 525 le 15 juin 2016. Nos postes sont vus en moyenne par 120 personnes, avec des pics à 350.

Cette popularité croissante est due au dynamisme de cette page qui se veut un fil d'actualité concernant la réduction des risques et les secteurs précarité et assuétudes. Chaque semaine, la revue du Web réalisée sur scoop.it est directement relayée sur notre page Facebook.

Cette page nous permet aussi de diffuser les informations relatives à nos activités (Midi Nomade, focus-groupe, journée d'étude...) et nos éventuelles offres d'emploi. Elle a également une fonction relai : nous assurons le partage d'informations concernant les activités et les offres d'emploi de nos partenaires et plus largement des acteurs des secteurs du social et de la santé. Elle permet donc une articulation réticulaire avec les organisations du secteur, notamment sur un plan international (ex. participation à la journée d'action mondiale «Soutenez, ne punissez pas»<sup>28</sup>).

Notre page Facebook est donc conçue comme un fil d'actualité à vocation informative et préventive pour le grand public, les usagers et les professionnels. Notre objectif est de maintenir ce dynamisme de façon à sensibiliser un large public aux thématiques « précarité » et « assuétudes » (en particulier la réduction des risques) et à maintenir le

---

<sup>28</sup> [www.supportdontpunish.org](http://www.supportdontpunish.org)

secteur informé de nos activités.

[www.facebook.com/duneasbl](http://www.facebook.com/duneasbl)

### III.6. Actions envers les acteurs socio-sanitaires

Deux types d'actions peuvent être mis en exergue dans nos activités 2015 : des interventions dans les écoles d'infirmiers et assistants sociaux (A), des communications dans des colloques ou journées d'étude (B), accueil de délégations (C).

#### A. Sensibilisation des futurs professionnels de la santé

##### 1. Interventions dans les écoles

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 »<sup>29</sup> ?

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.

Cette année, nous sommes intervenus auprès des étudiants assistant(e)s sociaux(ales) de l'Institut Cardijn (HELHa – Haute Ecole Louvain en Hainaut), à Louvain-la-Neuve, dans le cadre d'un cours intitulé « travail social et toxicomanie ».

---

<sup>29</sup> P. JAMOULLE, *Fragments d'intime. Amours, corps et solitudes aux marges urbaines*, Bruxelles, La Découverte, 2009, Coll. « Collection Alternatives sociales », p. 245.

## 2. Accueil et encadrement de stagiaires

En 2015, DUNE a accueilli 6 stagiaires qui poursuivent des études dans différentes disciplines : infirmier, psychologue, assistant social, éducateur, santé communautaire.

Nom, Prénom	Discipline	Période	Ecole
Maertz Noémie	Assistante sociale (3 <sup>ème</sup> année)	6 novembre 2014 - 27 mars 2015	Haute Ecole Paul Henri Spaak
Le Danany Enora	Educatrice spécialisée (2 <sup>ème</sup> année)	24 septembre 2014 - 10 janvier 2015	Institut du Travail Social de Tours
Derrien Maëliiss	Psychologue (master)	12 mars 2015 - 12 avril 2015	Université de Bordeaux
Dumont Martin	Infirmier (3 <sup>ème</sup> année)	20 avril 2015 - 10 mai 2015	Institut Supérieur de Soins Infirmiers
Elaheebux Imran	Infirmier (2 <sup>ème</sup> année)	27 avril 2015 - 24 mai 2015	Institut Supérieur de Soins Infirmiers
Lonien Christian	Assistant social (3 <sup>ème</sup> année)	octobre 2015 - mars 2016	Haute Ecole Paul Henri Spaak
Tacquenier Caroline	infirmière en santé communautaire (4 <sup>ème</sup> année)	16 novembre 2015 - 25 décembre 2015	Institut Supérieur de Soins Infirmiers

Afin de professionnaliser l'encadrement des stagiaires, l'une de nos infirmières a suivi une formation « Soutien au tutorat et renforcement de l'encadrement des stagiaires ». Elle est à présent chargée des tâches liées à la sélection, l'accueil et l'encadrement des stagiaires.

*Une des missions principales de DUNE est de réconcilier les usagers de drogues avec les structures de soins classiques mais aussi de réconcilier les intervenants extérieurs avec les usagers.*

*En ce sens, il nous paraît important de sensibiliser les futurs professionnels à la prise en charge spécifique des consommateurs actifs. C'est pourquoi DUNE se veut être un lieu d'apprentissage pour les diplômés de demain.*

*A travers son stage, le stagiaire rencontre des usagers dans un contexte qui ne le place pas d'emblée dans une situation d'échec. Ce cadre serein, tant pour l'usager que pour le stagiaire, est alors le lieu idéal pour travailler certains éventuels préjugés ainsi que pour prendre conscience des difficultés quotidiennes auxquelles doivent faire face les consommateurs.*

*Bien évidemment, cela représente une charge de travail supplémentaire pour chaque membre de l'équipe mais, bien que conscient de cette charge, chacun l'assume pleinement car elle est une condition sine qua non au bon déroulement du stage.*

(Chaimae, infirmière à DUNE, responsable du tutorat des stagiaires)

### C. Communications dans des colloques

Cette année, DUNE a été sollicitée pour participer à plusieurs événements à destination des acteurs socio-sanitaires et a organisé une journée d'étude à l'occasion des 10 ans du Bon Plan.

#### *1. Séminaire euro-méditerranéen sur le traitement de la substitution et la réduction des risques – Alger – 21-22 avril 2015*

Ce séminaire, organisé par l'Office algérien de lutte contre la drogue et la toxicomanie et le réseau MedNet du Groupe Pompidou (partenaire du TDO4), s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre, pour l'année 2015, du programme d'action du réseau MedNet de coopération en matière de lutte contre la drogue et les addictions en Europe et dans la région méditerranéenne, dont l'Algérie est membre fondateur.

La FEDITO BXL a reçu l'aval des autorités fédérales pour y envoyer une délégation, à laquelle DUNE a participé pour témoigner de l'expérience belge et soutenir les développements actuels dans les pays nord-africains en matière de substitution et de réduction des risques.

La délégation, constituée du coordinateur de DUNE, Didier De Vleeschouwer, de Serge Zombek de la MASS de Bruxelles et Claire Remy du RAT, a présenté une communication intitulée : « TSO en Belgique : d'une intuition généreuse vers un déploiement planifié ».

#### *2. La RdR sous la perspective de l'accès au logement – Bruxelles – 29 avril 2015*

Plusieurs fois par an, Modus Vivendi organisent les Petits déjeuners de la réduction des risques. Destinés aux professionnels bruxellois intéressés par les questions de réduction des risques liés aux usages de drogues, ils permettent aux intervenants de se rencontrer et de réfléchir ensemble autour de différentes thématiques.

Lors du Petit déjeuner du 29 avril, Christopher Collin, le coordinateur du CLIP, est intervenu « Interventions de travail de rue auprès des usagers de drogues actifs et préliminaires à la remise en logement ».

#### *3. 10 ans de Bon Plan pour limiter la casse ! Etat des lieux de l'assistance médicale et sociale de première ligne à Bruxelles – Bruxelles – 5 juin 2015.*

Le 5 juin 2015, à l'occasion des 10 ans du Bon Plan, et en partenariat avec Bruxelles-Laique, nous avons organisé un colloque, l'occasion de dresser un état des lieux de l'assistance médicale et sociale de première ligne à Bruxelles. Un événement marqué par le décloisonnement donc, où les principales thématiques du secteur ont pu être abordées (hébergement, hygiène, réduction des risques...), le tout d'un point de vue autant micro que macro.

En amont, nous avons entrepris une solide communication (via nos mailing, diverses newsletters du secteur, les réseaux sociaux et notre site internet). Le réseau de notre partenaire Bruxelles-Laique a aussi été une aide précieuse. Le colloque était suivi en direct sur Facebook : photos, commentaires et citations ont alimenté le fil d'actualité heure par heure, tout au long de la journée.

Le succès était au rendez-vous, une centaine de personnes ont participé à l'événement. Des intervenants pertinents et une logistique efficace ont permis à cette journée d'être une réussite

### **Présentation de l'événement :**

*Le texte d'introduction ci-dessous fût repris dans toutes nos communications (mailing, événement Facebook, site et dépliant).*

En 2015, DUNE avance, la précarité s'enfoncé. Bruxelles n'est pas épargnée. Nous le constatons tous les jours. L'affronter reste un sacré défi au quotidien. Nos équipes (elles-mêmes précarisées) peuvent en témoigner. Effet papillon sous la turbulence de l'accélération multiforme du néolibéralisme ? La fracture sociale grandissant, le chaos est-il à portée de main ? Des signes avant-coureurs récents pourraient en témoigner. Faut-il se laisser emporter par le pessimisme sécuritaire ambiant ? Pas nécessairement si ce n'est pour soulever les paradoxes d'une action répétitive, laborieuse, courageuse, à contresens qui porte sur les conséquences à défaut d'atteindre les causes – provisoirement ? – inaccessibles. Probablement sommes-nous les "éboueurs" de la mécanique marchande... pourtant si précieux pour contrer toute déshumanisation ravageuse.

Le Bon Plan est un outil au service des politiques réparatrices. Il souhaite diffuser l'information sur les ressources disponibles au bénéfice de ceux qui peu ou prou sont atteints du "syndrome d'auto-exclusion" (pour reprendre les mots de Jean Furtos). Cette journée sera l'occasion de mettre en avant les lignes de force, les projets novateurs, les points d'assistance de première ligne à Bruxelles. Nos partenaires seront à l'honneur. Ils le méritent. Notre souhait est aussi d'inscrire cette journée dans une prospective de réflexion dynamique. En quelque sorte une co-construction avec vous, cher(ère)s collègues, pour que les prochaines années du Bon Plan puissent contribuer à un réseautage plus performant au service inconditionnel des plus fragilisés et à une mobilisation accrue de leurs propres compétences.



### **Interventions :**

- ✓ Mots de bienvenue par Laurence PRZYLUCKI (Présidente de DUNE asbl) et Mathieu BIETLOT (Coordinateur sociopolitique - Bruxelles-Laique).
- ✓ Ouverture par Rocco VITALI (cabinet de Madame la Ministre Céline Fremault).
- ✓ *Politiques de la misère : quelles politiques sociales au temps de l'austérité généralisée ?* par Jacques MORIAU (sociologue - Centre de recherche METICES, Université libre de Bruxelles et chargé de recherche au Conseil bruxellois de coordination sociopolitique).

- ✓ *Répondre à des besoins élémentaires (douches, consignes, salon-lavoir, mais aussi guichet d'infos, écrivain public...): pourquoi et comment ?, par Laurent D'URSEL (président de DoucheFLUX).*
- ✓ *Vers une couverture médicale universelle en Belgique : comment rendre le système de santé plus inclusif ?, par Stéphane HEYMANS (responsable des projets en Belgique - Médecins du monde).*
- ✓ *#salaudsdepauvre De l'inutilité de la répression de la mendicité, par Nicolas DE KUYSSCHE (directeur, Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté) et Manuel LAMBERT (conseiller juridique - Ligue des Droits de l'Homme).*
- ✓ *Le défi logistique du plan hiver et les nouveaux défis 2015, par Laurence BOURGUIGNON (directrice - Samusocial) et Jimmy VANDAEL (responsable Plan hiver - Samusocial).*
- ✓ *Housing First Brussels : sortir de la rue par un accès non conditionné à un logement permanent, par Muriel ALLART (coordinatrice - Smes-B).*
- ✓ *Accueillir, prendre soin, aller à la rencontre des usagers de drogues précarisés : chronique d'une dynamique en mouvement pour mieux limiter les dommages, par Didier DE VLEESCHOUWER (directeur - DUNE asbl).*
- ✓ *Table ronde et débat : La première ligne : rustine d'une embarcation en naufrage ou tremplin vers l'émancipation sociale ?*

Modérateur : David LALLEMAND

Personnes ressources : Pierre RYCKMANS (responsable du suivi des patients, Infirmiers de rue), Laurent DEMOULIN (directeur, Diogènes), Martin WAGENER (directeur, La Strada), Charles BURQUEL (directeur médical, service de santé mentale Le Méridien), Dominique DECOUX (présidente du CPAS de Schaerbeek).

- ✓ *Conclusions par Florence CAEYMAEX (philosophe, maître de recherche F.N.R.S., Université de Liège).*

#### *4. Symposium multidisciplinaire sur l'addiction aux opioïdes « Recovery Day – Guérir de son addiction ? » – Wavre – 6 juin 2015*

La première édition de la « Recovery Day » en Belgique francophone s'est déroulée à Wavre le 6 juin 2015. Il s'agit d'une journée de réflexion sur les objectifs que poursuivent les acteurs qui œuvrent dans le champ des addictions quand ils adressent leurs nombreuses offres d'aides, de soins et de traitements, aux usagers de drogues. Plusieurs questions ont été éclairées par un panel d'experts, psychiatres, généralistes, anthropologue, travailleur de rue et expert du vécu (un ex-usager) : Comment concevoir la « guérison » d'un sujet souffrant d'une addiction à un ou plusieurs produits, légal ou illégal ? Absence de consommation (= abstinence) ou « bon »

fonctionnement psycho-social ? Avec ou sans traitement psychotrope, en ce compris un traitement de substitution ? Performances récupérées (en ce compris l'activation professionnelle) ou qualité de vie en dépit de reprises occasionnelles ? Perturbations neuro-biologiques structurelles-définitives ou fonctionnelles-provisoires ? Comment évaluer l'avancée dans le processus de « guérison », de « réadaptation », de « revalidation », de « rétablissement », de « regain » d'énergie vitale, de « reprise » de contrôle ? Il y a-t-il des échelles de mesure de cette remontée en puissance, en autonomie, en bien-être ? Doit-on construire un Indice de Légèreté de la Toxicomanie (ILT) ? Et enfin, quelles sont les différentes voies de la « guérison » ? Sont-elles toujours aussi « impénétrables » ? Les patients continuent-ils à parcourir, en combattants de la guerre à la drogue, avec autant de difficultés, les trajets de soins ? A quelles courses d'obstacles doivent-ils encore aujourd'hui participer ? L'accès aux soins et aux traitements est-il encore à améliorer, et comment ?

Invité par Serge Zombek, le coordinateur de cette journée, Didier De Vleeschouwer y a présenté une communication intitulée : « Du caniveau à la résilience, une trajectoire semée d'embuche : une expertise croisée de travailleurs de rue et d'usagers de drogues ».

#### D. Accueil de délégations

En 2015, nous avons été sollicités pour accueillir au CLIP deux délégations étrangères, un groupe de politiciens belges et un apéro-réseau de la FEDITO BXL.

##### *15 juillet 2015 – Délégation de parlementaires (MR) :*

Nous avons reçu au CLIP des membres du groupe MR du Parlement bruxellois (Vincent De Wolf, Dominique Dufourny, Anne-Charlotte d'Ursel, Jacques Brotchi, Abdallah Kanfaoui, Jacqueline Rousseaux) ainsi que le président du parti Olivier Chastel et son porte-parole, Christophe Cordier, accompagnés du Secrétaire politique Bernard Dhondt et de leurs collaboratrices Sarah De Doncker, Julie Moulia et Catherine Haquenne.

Après une présentation de nos activités, de longs échanges ont eu lieu sur la réduction des risques et ses dispositifs, notamment ceux qui ne sont pas encore implémentés en Belgique, tels que les salles de consommation à moindre risque, les bornes d'échange de seringues et les séances AERLI.

##### *21 octobre 2015 – Délégation de coordinateurs de projets du Réseau Contact Netz – Fondation Aide Addiction :*

Ce réseau développe une panoplie de services à destination des usagers de drogues précarisés sur le canton de Berne (travail de rue, échanges de seringues, logement supervisé, travail dans le cadre d'une entreprise sociale...). Etant donné les avancées



de la RdR en Suisse, les échanges d'expériences ont été très riches notamment en termes de perspectives de développements d'activités à DUNE et d'implémentation de dispositifs encore inexistant à Bruxelles (bornes, SCMR, AERLI).

*23 octobre 2015 – Délégation algérienne :*

Suite au Séminaire organisée en avril à Alger, nous avons été sollicités pour recevoir une délégation de 3 médecins algériens en vue de soutenir l'implantation d'un programme de traitement de substitution au niveau national.

Le programme qui leur a été concocté pour leur visite du 19 au 23 octobre portait, à leur demande, sur quatre aspects : réglementaires, organisationnels, prescription et distribution des produits de substitution. C'est l'articulation des TSO avec le secteur de réduction des risques qui était au cœur de leur visite au CLIP le 23 octobre. Les algériens ont pu échanger avec Christopher Collin, Didier De Vleeschouwer et Frédérique Bartholeyns de DUNE ainsi que Catherine Van Huyck directrice de Modus Vivendi, Sarah Vanderwaeren du Réseau Hépatite C et l'infirmière de Transit.

### **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'usager 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.

Ces rencontres débouchent quelques fois sur des demandes de formation de la part des responsables d'équipe. Nous proposons alors un module « sur mesure » pour répondre au mieux aux attentes des travailleurs.

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.

L'expérience que nous avons acquise avec la formation dispensée à une centaine de gardiens de parc de Bruxelles Environnement (ancien IBGE) en 2014, nous a permis de proposer une formation remaniée, en fonction de leurs besoins spécifiques, aux travailleurs de rue de l'asbl BRAVVO. Cette formation de 2 jours s'est déroulée fin décembre avec un groupe composé de 14 personnes (gardiens de la paix, coordinateurs, animateurs de centres de jeunes, médiateurs sociaux...). En annexe, le lecteur trouvera le plan de la formation qui a servi de base aux séances dispensées.

Par ailleurs, l'agenda formation de DUNE de 2016-2017 se remplit grâce aux liens que nous nouons sur le terrain et montre combien sont importants les besoins en formation des travailleurs de la ville. Nous avons en effet été contactés pour dispenser une formation aux travailleurs de rue de la CLES (Cellule de lutte contre l'exclusion sociale) de Molenbeek, aux personnels de la STIB et de la SNCB.

### **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'échanges : 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'infirmierie, un lieu discret où la personne se trouve en colloque singulier avec l'infirmier(ère), il est parfois plus aisé de montrer certains gestes<sup>30</sup> 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'usager 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 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 contexte de l'injection : nous donnons du matériel stérile et nous

---

<sup>30</sup> Par exemple, trouver les veines, montrer comment utiliser le matériel ou positionner un garrot.

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<sup>ème</sup> 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, dressait 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 »<sup>31</sup>.

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

---

<sup>31</sup> Cité par le compte rendu de la FEDITO du 19 novembre 2011, [en ligne], [http://www.feditobxl.be/news\\_detail.cfm?news=152](http://www.feditobxl.be/news_detail.cfm?news=152).

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 humains<sup>32</sup>.

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 Zucca<sup>33</sup>, 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*<sup>34</sup> ».

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*<sup>35</sup>, 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)

---

<sup>32</sup> 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.

<sup>33</sup> S. QUESEMAND ZUCCA, *Je vous salis ma rue. Clinique de la désocialisation*, Paris, Stock, 2007, p. 69-71.

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 70.

<sup>35</sup> 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'encrage 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 lié 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 solutions<sup>36</sup>.

*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 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,*

---

<sup>36</sup> P. FUSTIER, *Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial*, Paris, Dunod, 2005, p. 75.

*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.

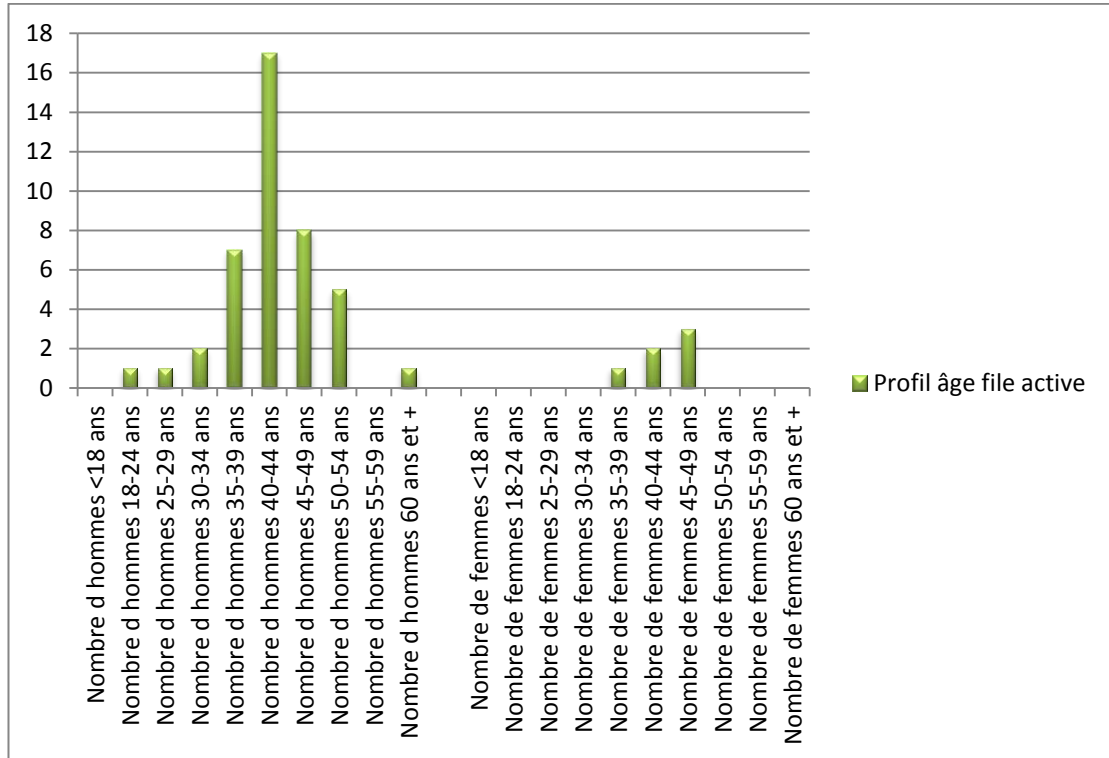
La vignette ci-dessus met également en évidence combien il est difficile d'inscrire les usagers drogues en situation de précarité dans un processus d'aide sur le long terme et d'établir un lien de confiance. Pourtant, à force de patience des résultats peuvent être obtenus. Ce cas met également en exergue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

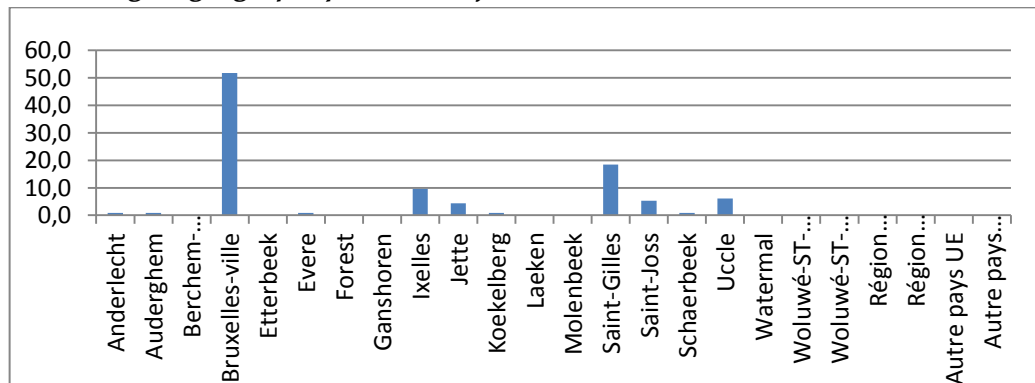
Au cours de l'année 2015, 56 permanences sociales ont eu lieu : elles ont permis à 48 usagers différents (6 femmes et 42 hommes) de bénéficier d'une guidance sociale et administrative. Au total, ces 56 permanences ont données lieu à 177 entretiens individuels.

*Distribution des bénéficiaires selon l'âge et le sexe - Service social 2015*



Service social - Répartition par âge et par sexe de la file active - 2015			
Nombre d'hommes <18 ans	0	Nombre de femmes <18 ans	0
Nombre d'hommes 18-24 ans	1	Nombre de femmes 18-24 ans	0
Nombre d'hommes 25-29 ans	1	Nombre de femmes 25-29 ans	0
Nombre d'hommes 30-34 ans	2	Nombre de femmes 30-34 ans	0
Nombre d'hommes 35-39 ans	7	Nombre de femmes 35-39 ans	1
Nombre d'hommes 40-44 ans	17	Nombre de femmes 40-44 ans	2
Nombre d'hommes 45-49 ans	8	Nombre de femmes 45-49 ans	3
Nombre d'hommes 50-54 ans	5	Nombre de femmes 50-54 ans	0
Nombre d'hommes 55-59 ans	0	Nombre de femmes 55-59 ans	0
Nombre d'hommes 60 ans et +	1	Nombre de femmes 60 ans et +	0

*Origine géographique des bénéficiaires - Service social - 2015 (en %)*

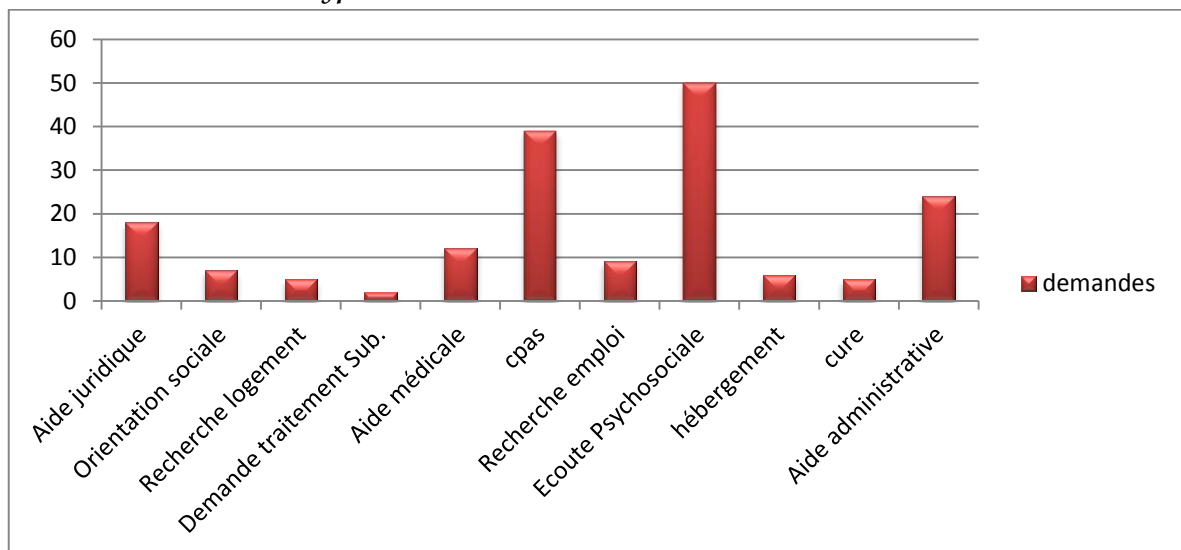


### *Prendre le temps...*

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, CPAS, aide administrative, aide juridique, aide médicale.

*Types de demandes - Service social - 2015*



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, 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.

En troisième 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...

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 :

- ✓ 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.
- ✓ « 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'avons 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 décontenancés 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<sup>ère</sup> 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 méritants<sup>37</sup>.*

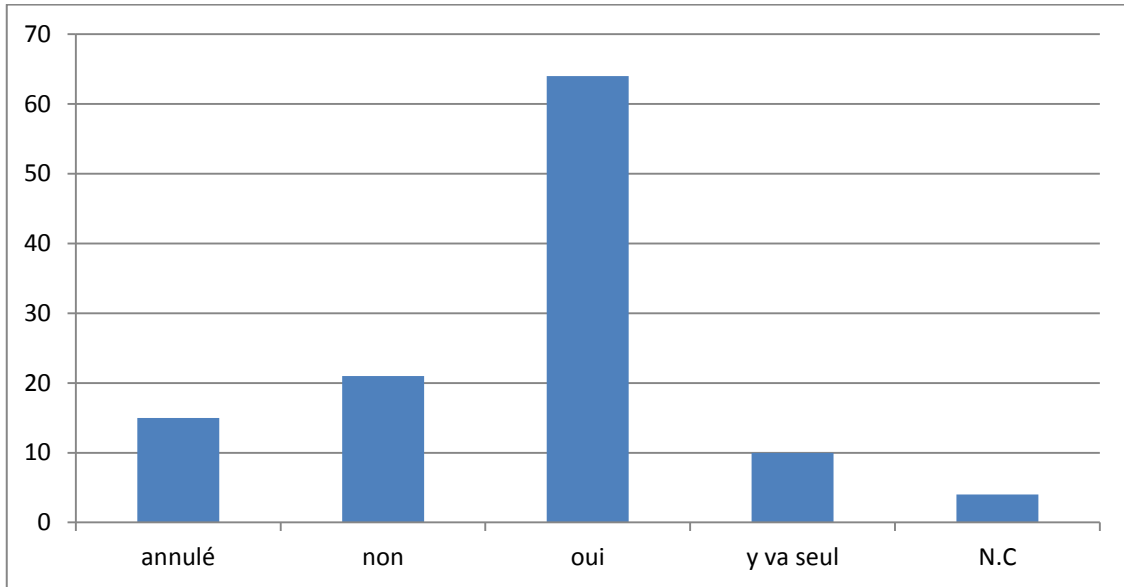
Le fait d'être accompagné rassure nos bénéficiaires, les pousse à consulter, et rassure également le personnel médical, pas toujours à l'aise avec les gens de la rue. Beaucoup de préjugés persistent, les difficultés sont énormes, les incompréhensions multiples et cela se passe malgré tout quelquefois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

---

<sup>37</sup> P. JAMOUILLE, *Drogues de rue, récits et styles de vie*, Bruxelles, De Boeck Université, 2000, p. 106.

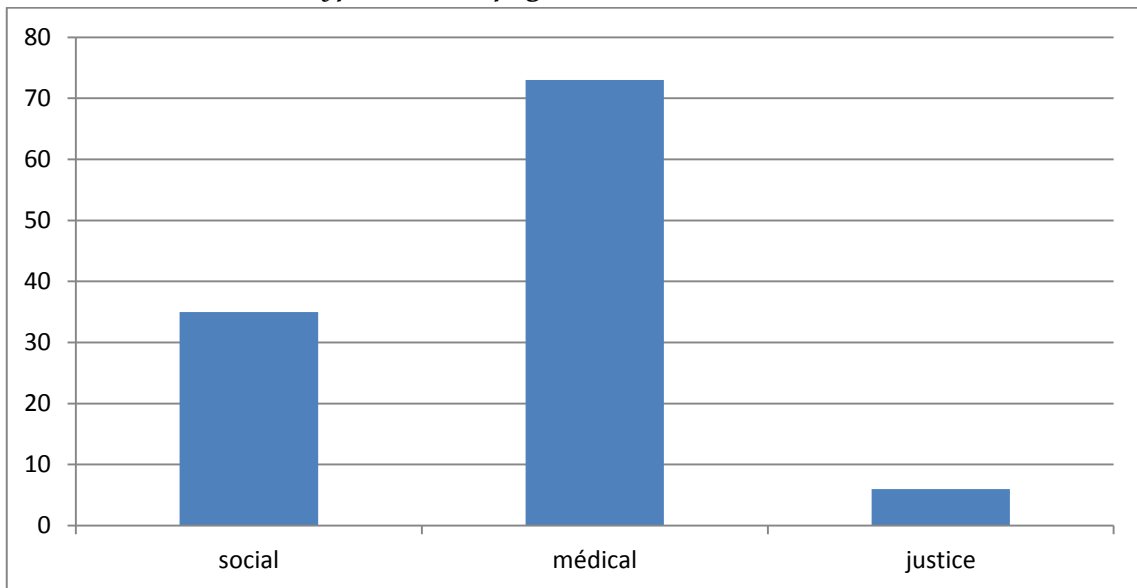
En 2015, on compte 114 accompagnements programmés, dont 68 ont été réalisés. Trois situations sont présentes dans les autres cas : l'annulation, la personne a décidé de s'y rendre seule ou elle ne s'est pas présentée au rendez-vous. Ces accompagnements concernent une file active de 27 personnes.

*Accompagnements mobiles - 2015*



Les demandes d'accompagnement sont de trois types : les accompagnements vers des services médicaux sont les plus nombreux, ensuite les accompagnements dans le cadre de démarches sociales, et quelques accompagnements liés à des démarches judiciaires.

*Types d'accompagnements mobiles - 2015*



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

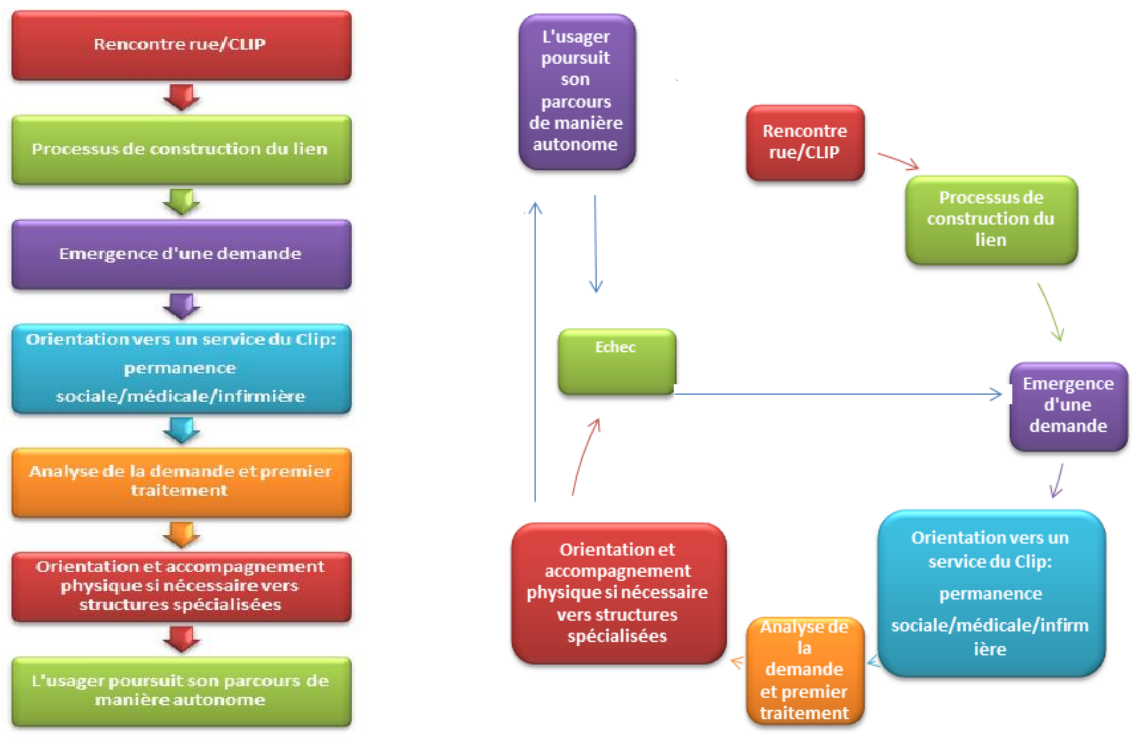


action 23 (volet 3 : bas seuil) un financement, avec un objectif attendu de 100% d'accompagnement en plus qu'en 2015.

#### IV.4. 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'importance 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). Ces deux services sont complétés par les sorties extra muros des infirmier(ère)s, lors des permanences du Médibus ou des maraudes en rue (cf. *supra*).

## V.1. Soins infirmiers au CLIP

Cette activité relève de l'agrément Cocof (2<sup>ème</sup> projet spécifique de l'association, extension de l'agrément ayant pris effet au 1<sup>er</sup> 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 dispensaire 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 dispensaire 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.

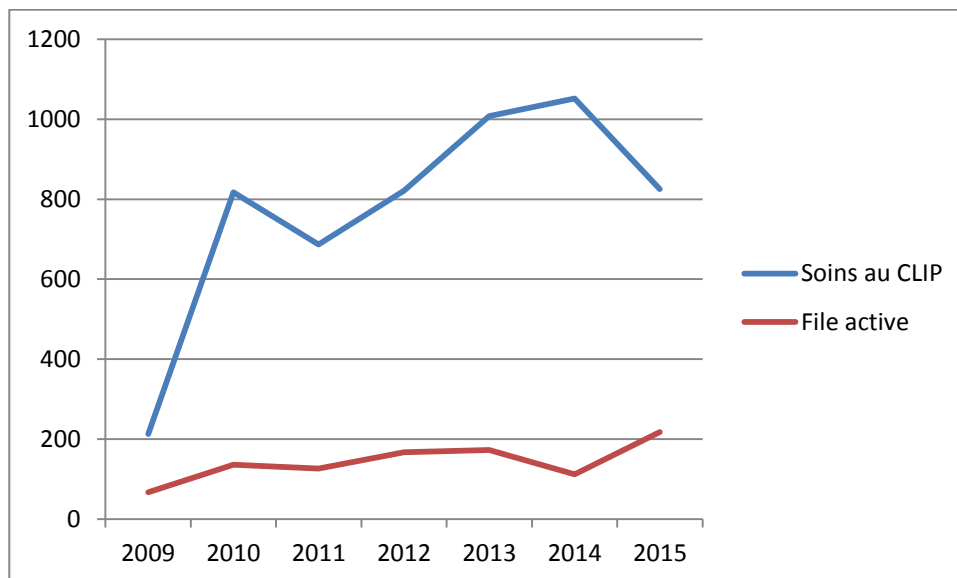
Pour chaque usager rencontré au dispensaire infirmier, un dossier de santé informatisé est créé sur base d'un modèle-type. Ces dossiers ne sont accessibles qu'au personnel soignant afin de protéger les données personnelles des patients et de respecter les exigences du secret professionnel. Grâce à ce dossier, le personnel soignant peut effectuer des notes sur le suivi des problèmes de santé des patients et des actes posés, mais peut également compléter avec le patient des informations relatives à son « profil » (voyez *infra*).

Depuis la création du dispensaire infirmier en 2005, 524 usagers différents y ont été soignés. 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 dispensés au comptoir en 2015 ainsi que la file active, c'est-à-dire le nombre de patients différents pris en charge au cours de l'année, 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
2015	825	218

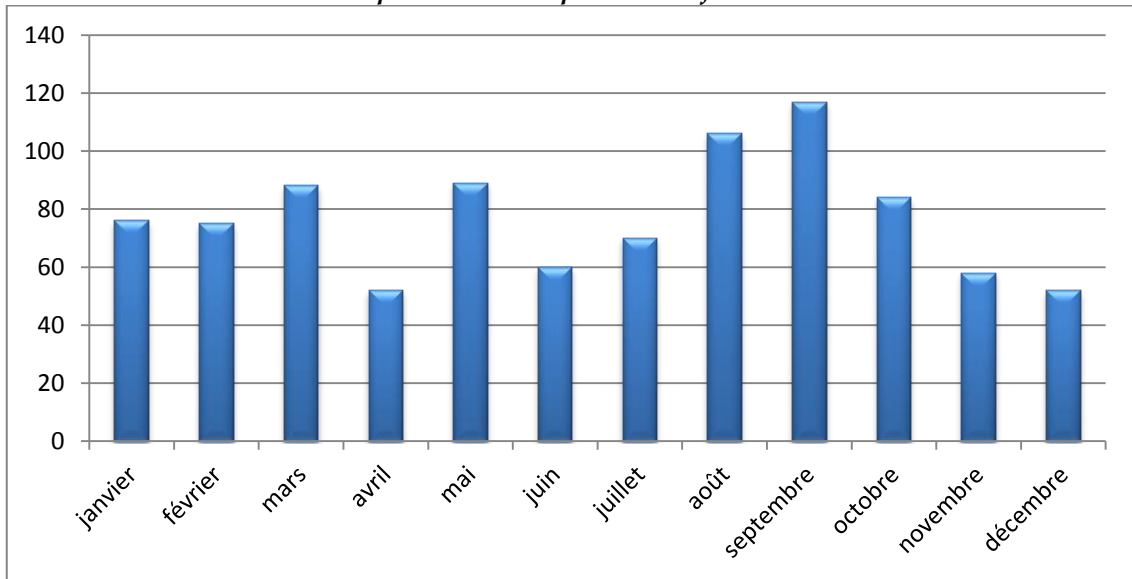
*Évolution de la file active et du nombre de soins - dispensaire infirmier CLIP  
2009 à 2015*



Les 825 soins effectués en 2015 ont été prodigués à 218 patients différents. Cela signifie que le nombre moyen de soins dont a bénéficié un même patient est de 3,7 par année. Il convient néanmoins de préciser que certains bénéficiaires peuvent faire appel une seule fois au dispensaire infirmier ou, de façon assidue sur une période déterminée ou encore, de façon régulière tout au long de l'année.

On constate une diminution du nombre de soins en 2015 par rapport aux deux années précédentes, accompagnée d'une augmentation du nombre de patients. Cette diminution du nombre de soins est liée au fait que cette année DUNE n'a pas eu l'opportunité d'ouvrir le dispensaire 5 soirs par semaine de manière systématique (congé, maladie, formation...). Ceci réduit considérablement l'accessibilité du dispensaire pour les usagers.

*Soins ventilés par mois - dispensaire infirmier CLIP - 2015*



Au cours de l'année 2015, 825 soins ont été effectués, ce qui représente une moyenne de 69 soins par mois ou un équivalent de 2,3 soins par jour.

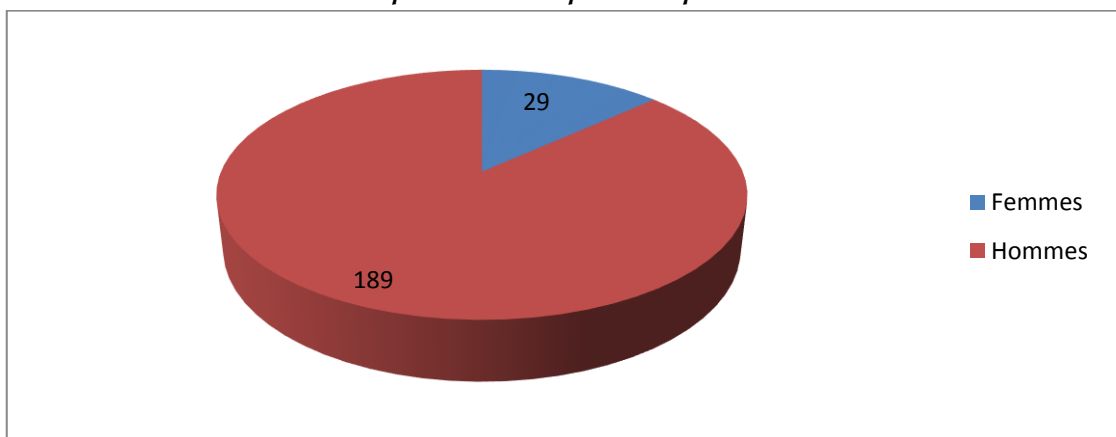
**B. Profil des patients**

Dans cette partie, nous présentons les données de profil des patients collectées à partir d'une analyse statistiques des éléments disponibles dans les dossiers du dispensaire : répartition selon le genre (1), distribution par classes d'âges (2), répartition géographique (3), produits consommés (4), indicateurs de précarité (5).

*1. Répartition selon le genre*

Nous constatons que le nombre de femmes prises en charge cette année par le dispensaire infirmier représente 14% de la population qui y est soignée : soit 29 femmes et 189 hommes. Cette proportion est supérieure que celle que nous retrouvons dans la file active du CLIP (10%).

*Répartition des patients par sexe*



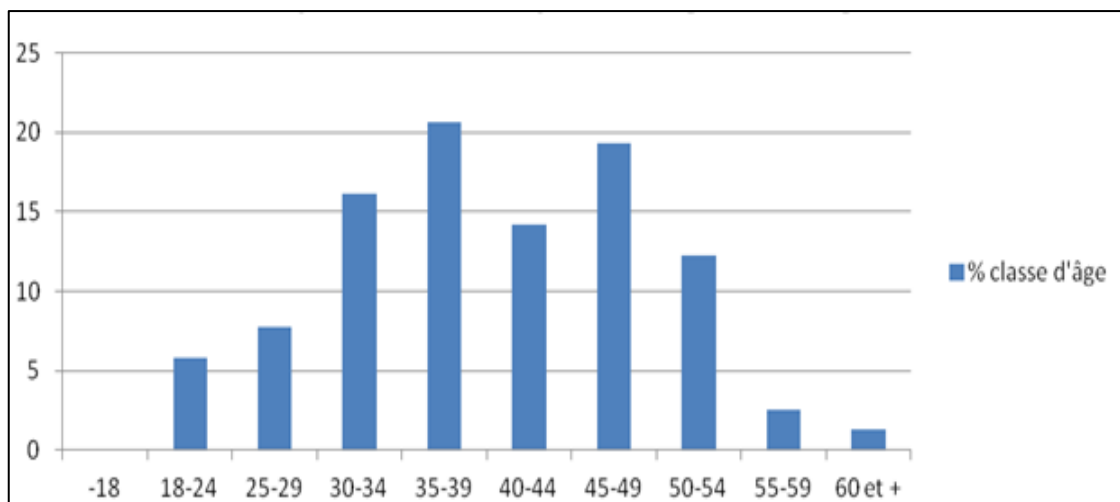
Plusieurs hypothèses complémentaires peuvent expliquer la faible présence de femmes dans les patients pris en charge au service infirmier du CLIP :

- ✓ 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 à bas seuil d'accès.
- ✓ L'usage problématique de drogues, notamment par voie d'injection, touche moins les femmes.
- ✓ Les femmes usagères de drogues ne se montrent pas facilement dans les services spécialisés en assuétudes, comme le CLIP, qui est un lieu peuplé d'hommes (même si notre personnel est mixte), comme l'univers la rue et de la « came ». 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.

## 2. Distribution par catégories d'âge

La distribution des bénéficiaires selon les tranches d'âge montre que le public du dispensaire est relativement jeune : la tranche d'âge la plus représentée est celle des individus ayant entre 35 et 39 ans (21%), suivie par les 45-49 ans (19%)

*Répartition des patients par classes d'âge (%)*



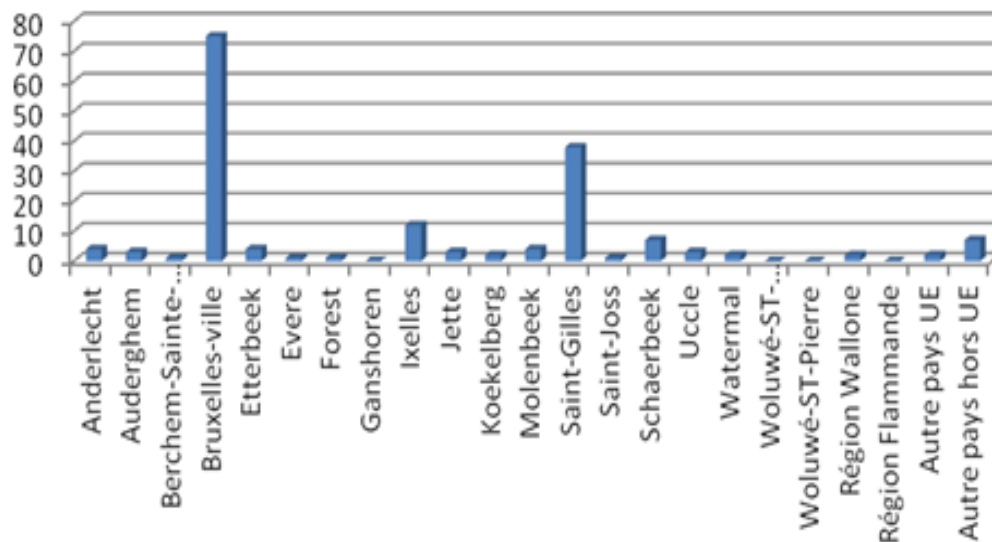
Il est à noter que cette année, nous avons dispensé des soins à 17 jeunes âgés de 17 à 25 ans. Comme déjà évoqué, il s'agit d'une catégorie d'âge particulièrement vulnérable aux risques liés à la primo-injection qui questionne la visibilité et l'accessibilité des dispositifs spécialisés comme le nôtre pour des jeunes qui ne s'identifient pas comme

étant « toxicomane ». Il s'agit donc d'un groupe cible auquel nous sommes particulièrement attentifs, en multipliant les contacts avec les travailleurs d'associations actives auprès de ce public-cible.

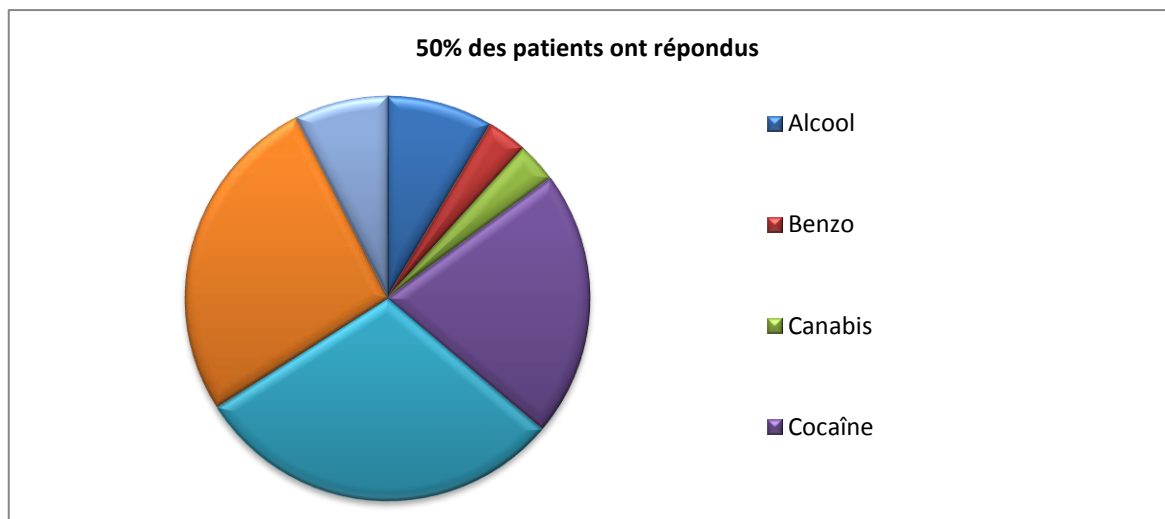
### 3. Répartition géographique

La répartition géographique du public du dispensaire 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). On constate que peu de patients rapportent vivre hors de la Région bruxelloise. Au sein de la région, les bénéficiaires indiquent venir principalement de la ville de Bruxelles et de Saint-Gilles.

Répartition par commune (%)



### 4. Produits consommés



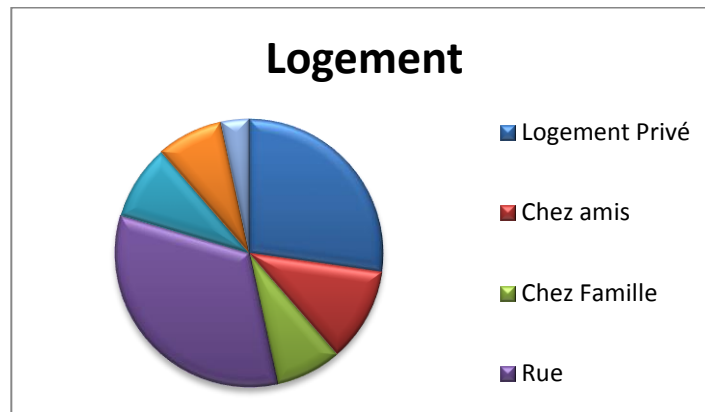


Le graphique ci-dessus met en évidence les produits consommés par les bénéficiaires qui sont suivis par le service infirmier du CLIP. L'héroïne, la cocaïne et la méthadone sont les trois substances le plus souvent utilisées.

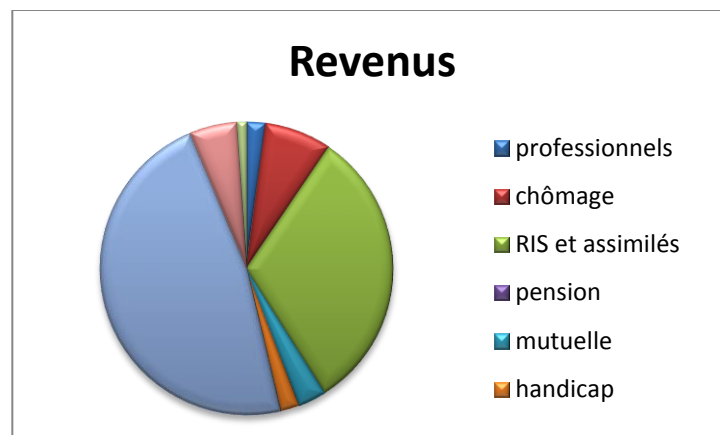
### 5. Indicateurs de précarité

Nous disposons d'informations sur trois aspects de la situation de grande précarité dans laquelle se trouvent nos bénéficiaires : le logement, les revenus, la couverture en matière de soins de santé.

1. Le cercle ci-dessous (n=88) montre que la majorité des usagers bénéficiant des services du dispensaire ont une situation très précaire par rapport au logement. En effet, plus de 50% des bénéficiaires dorment en rue, en squat ou chez des amis le « temps de trouver autre chose », comme ils disent.



2. Les sources de revenus des bénéficiaires (n=95) attestent qu'ils se trouvent dans une situation économique très précaire.



En effet, plus de la moitié des répondants ne bénéficient d'aucune source de revenus et la seconde catégorie la plus représentée concerne les revenus d'intégration.

3. En outre, sur un échantillon de (n=137) patients, près de la moitié ne possède pas de couverture en matière de soins de santé. Cette situation 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 par les usagers.



En guise de conclusion, relevons que si les données quantitatives relatives à la situation socio-économique des patients (logement, revenus) et à leur situation en matière de couverture sociale sont sans conteste des indicateurs valides pour objectiver les freins à l'accès aux soins de santé, elles ne suffisent pas pour comprendre les difficultés des bénéficiaires à entrer dans le système classique des soins. Pour ce faire, il faut mettre ces données chiffrées en perspective avec des éléments d'ordre psycho-sociaux et relationnels qui seuls peuvent réellement rendre compte de la complexité des blocages et des réalités vécues par les patients.

### C. Nature des soins

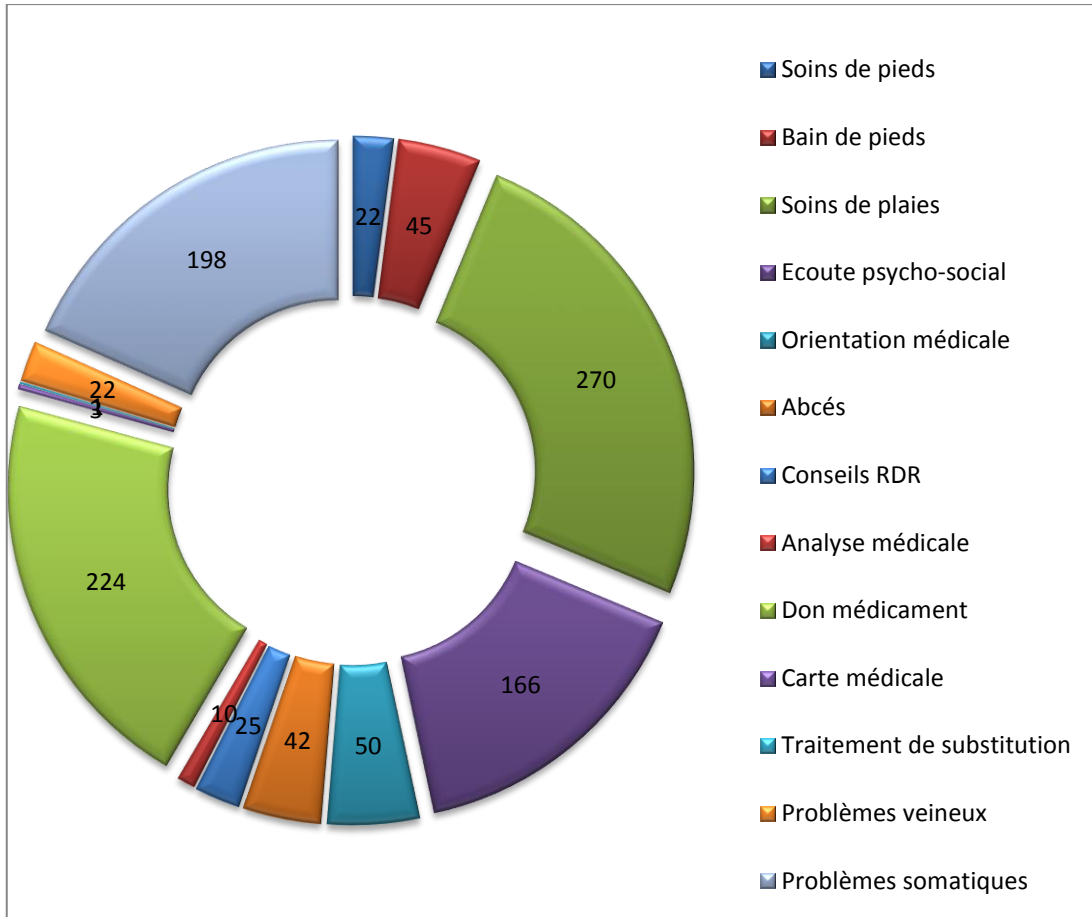
Le graphique ci-dessous représente les 9 catégories dans lesquels sont répartis les soins prodigués au CLIP.

On constate que les catégories « soins de plaies » (25%) et « *don de médicaments* » (20%) 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 29% des interventions.

Relevons également que la catégorie « *écoute psychosociale* » constitue plus de 15% 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'infirmerie 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.

**Répartition par types de soins - Dispensaire CLIP - 2015**



Le récit qui suit illustre parfaitement l'enjeu que représente la présence d'un dispensaire dans un comptoir de RdR.

*Mr X. a 33 ans, il est polonais et vit avec sa sœur. Il travaille dans le bâtiment illégalement et ne possède ni mutuelle ni Aide Médicale Urgente (AMU) lui donnant accès aux soins de santé. Il consomme de l'héroïne par voie intraveineuse.*

*Mr X. fréquente le CLIP depuis plusieurs années et est généralement accompagné par d'autres consommateurs polonais. Il vient souvent se procurer le matériel d'injection en grande quantité et s'en va rapidement après l'avoir obtenu. Il exprime peu de demandes et ne profite pas vraiment des autres services offerts au CLIP.*

*Il parle le polonais. Toutefois, il comprend le français mais rencontre des difficultés pour s'exprimer. Dans le passé, une travailleuse de DUNE était polonaise, ce qui facilitait la communication et renforçait le lien avec Mr X. et les autres usagers*

polonais. Malheureusement, cette personne ne travaille plus au sein de l'association. Nous communiquons donc en franco-anglais avec Mr X.

Un jour, Mr X. se présente au comptoir et explique au travailleur derrière le comptoir qu'il a besoin d'une crème pour une blessure. Le travailleur l'oriente vers l'infirmière. Mr X. commence par montrer à l'infirmière de petits ulcères en voie de cicatrisation au niveau des membres inférieurs. Au cours du soin, il se livre davantage sur sa situation sociale et médicale pour finalement lui dévoiler la plaie qui l'a poussé à demander de la crème, plaie qui est bien plus importante que les premières plaies qu'il a bien voulu lui montrer.

Ce soin fut l'occasion pour l'infirmière de discuter de la pratique d'injection de Mr X. et de lui donner des conseils en vue de réduire les risques de dommages. Ce fut également l'occasion de faire le point sur sa situation médicale et sociale. Un rendez-vous avec l'assistante sociale et des démarches pour lui ouvrir l'accès aux soins de santé ont suivi. Mr X. est revenu refaire ses soins de plaies régulièrement et est actuellement dans l'attente d'une AMU pour reprendre un suivi médical et obtenir les traitements médicamenteux dont il a besoin.

Enfin, malgré la barrière de la langue, la communication en franco-anglais a été suffisamment fluide. Cela a permis de tisser un nouveau lien de confiance qui avait précédemment été construit et était peut-être resté en suspens depuis le départ de notre collègue polonaise. Nous constatons ainsi que la relation entre travailleur et usager est en remaniement constant. Les travailleurs doivent être disponibles, à l'écoute de l'usager et respecter son rythme. Nous remarquons également qu'un soin peut être un prétexte pour aborder une problématique bien plus lourde au niveau médical, social, etc.

(Sophie, infirmière à DUNE).

## 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<sup>er</sup> février 2014.

Cette consultation médicale gratuite et sans rendez-vous répond à un réel besoin du public cible. Un 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...). Par ailleurs, la présence d'un médecin dans l'équipe de DUNE permet à nos infirmier(ère)s de poser des actes techniques dans le respect de l'art infirmier et d'aller plus loin avec le patient dans le traitement des problèmes somatiques qui nécessitent un diagnostic médical, des analyses et la prescription de médicaments.

À l'heure actuelle, les tâches du médecin généraliste sont les suivantes :

- ✓ consultation de médecine générale, deux fois par semaine,
- ✓ diagnostic, soins de dépannage et écoute psycho-sociale,
- ✓ prescription des médicaments disponibles au comptoir (pas de traitements de substitution sur place),
- ✓ soutien diagnostic des infirmières en cas de plaintes somatiques,
- ✓ suivi des patients, e.a. prise de contact avec des confrères hospitaliers pour la transmission des résultats relatifs aux examens qu'il a prescrit,
- ✓ pour les traitements de substitution, orientation des patients vers les structures médicales (hôpitaux, maisons médicales...) et le réseau médico-social bas seuil de Bruxelles, et spécifiquement vers la MASS où le docteur Leonardy travaille également,
- ✓ création, gestion et encodage des dossiers médicaux,
- ✓ travail administratif visant l'obtention d'une carte médicale ou une aide médicale urgente,
- ✓ participation à certaines réunions d'équipe et éventuelles réunions avec le réseau médico-social,
- ✓ participation, avec l'ensemble de l'équipe, aux réflexions sur le projet du dispensaire.

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 2015, le médecin généraliste a effectué 62 consultations, auprès d'une file active de 12 patients.

Année	Consultations médicales	File active
2014	70	29
2015	62	12

La diminution de la file active s'explique par le fait que les patients qui ont consultés en 2014 ont, pour certains, recollé à l'accès aux soins et se font à présent suivre en maison médicale ou chez un généraliste, grâce à l'intervention du médecin, jumelée au travail de remise en ordre administrative.

On voit donc que, 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). À l'inverse, 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 actuellement 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 souhaitons organiser la permanence médicale pendant les heures habituelles du comptoir, en soirée : cet horaire s'est avéré impossible à mettre en place avec le médecin actuellement engagé.

### 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'utilisateur 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<sup>ème</sup> agrément 2012-2014, prolongé jusqu'en décembre 2016).

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 convention<sup>38</sup> 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 »<sup>39</sup>), 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

---

<sup>38</sup> 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.

<sup>39</sup> *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, 5 rencontres ont été organisées, elles se sont déroulées dans les locaux de DUNE, au Garcia Lorca et à la FEDITO bruxelloise. Vous en trouverez ci-dessous une brève description.

#### A. Nouvel outil pour le Nomade : un répertoire d'expériences participatives – 5 février

**Thème** : outil développé par le Réseau Nomade

**Institution** : DUNE

**Intervenant** : Tommy Thiange

Le répertoire est présenté aux partenaires du réseau : comment il a été pensé et construit, quels sont ses objectifs, quelles sont les critères d'analyse des expériences participatives recensées...

La discussion a porté sur les pistes d'amélioration du répertoire : choix des entrées, dynamisme, définition du cadre théorique des pratiques participatives.

#### B. Des activités variées pour un public précarisé – 5 avril 2015

**Thème** : activités participatives proposées aux précaires bruxellois

**Institution** : DoucheFlux

**Intervenants** : Laurent d'Ursel, président, Danielle Borremans, Véronique Lambercht et Elena Pricop-Luca (membres actifs).

DoucheFLUX est une association bruxelloise active dans la lutte contre la précarité. Son président et des bénévoles (précaires ou non) sont venus présenter les activités participatives qu'ils proposent aux précaires : émission radio « la voix de la rue », film-débat, rédaction et vente d'un magazine, manifestation, maraudes, Think Thank, organisation d'événements.

Les personnes qui s'impliquent dans les activités de l'association bénéficient d'une reconnaissance par les statuts de l'asbl : ils sont reconnus comme membres actifs, à côté des membres adhérents, dont un représentant a une voix délibérative à l'assemblée générale.

#### C. Façons de participer, manières de s'engager : l'expérience des associations de patients – 5 mai

**Thème** : associations de patients

**Institution** : Ligue des Usagers de Service de Santé (LUSS)

**Intervenant** : Fabrizio Cantelli, coordinateur au sein de la Ligue des Usagers de Service de Santé (LUSS) et maître de conférences à l'ULBL et 1 usager de services de santé

La LUSS est une fédération d'usagers de services de santé, dont deux représentants sont venus partager le mode de fonctionnement de la fédération et leur conception de la participation.

Le manifeste des patients définit la participation telle que les membres de la LUSS l'entendent<sup>40</sup>. Ils attirent l'attention sur certaines logiques professionnelles ou managériales actuelles qui dénaturent la participation.

Ils posent quelques conditions qui leur semblent favorables à la participation et à l'engagement :

- ✓ ne pas standardiser le processus participatif : rester ouvert à la critique, à la surprise, à la différence, à l'expérimentation.
- ✓ rester attentif à la place, au rôle de chacun au sein du projet (c'est un projet citoyen, démocratique).
- ✓ les termes de la participation doivent être négociés (afin d'éviter la soumission), privilégier les formes de participations conviviales.
- ✓ trop de professionnalisme déforme l'esprit participatif.
- ✓ avant de formaliser : laisser vivre le projet.

D. « Habiter » : un projet audiovisuel participatif sur la question de l'habitat avec des ex-sans-abris – 29 septembre

**Thème** : création audio-visuelle collective

**Institution** : SMES-B (Santé Mentale Exclusion Sociale – Belgique)

**Intervenant** : Lucie Martin (chargée de projet) et Freddy Taillieu (participant)

« Habiter » est un film collectif réalisé par des ex-sans-abris intégrés dans des programmes de réinsertion par le logement. Diffusion de deux capsules, extraites du film.

Le point de départ du projet : « habiter ne va pas de soi », et particulièrement pour des personnes ayant vécu en rue qui, souvent, sont fragilisées à plusieurs niveaux (personnel, psychique, relationnel, social, juridique, santé...). Qu'est-ce donc qu'habiter quand on a été sans-abri, qu'on a connu des ruptures multiples, des difficultés multidimensionnelles, un parcours de vie morcelé ? Bien plus qu'un simple emménagement, l'installation dans un logement et l'appropriation de celui-ci est avant tout un processus. Quelles sont les conditions pour se sentir chez soi ? Pour faire sien un lieu ?

---

<sup>40</sup> <http://www.luss.be/images/stories/pdf/evenements/20131220%20-%20manifeste/20131220-Manifestepatients.pdf>

Le projet place la participation des personnes en son cœur. Elle se décline sur différents niveaux, en fonction des envies ou des possibilités de chaque participant : de l'expression comme parole à la maîtrise technique des outils utilisés.

Les objectifs du projet sont multiples. Il s'agit de créer un espace d'expression où chaque participant puisse rendre compte de son ressenti, ses difficultés, peurs, joies associées au logement. Le médium visuel est une occasion de prendre du recul, de modifier le regard de chacun sur sa réalité et de contribuer éventuellement à transformer la façon dont il la vit. L'implication des participants dans le projet ouvre des possibilités, contribue à augmenter l'estime de soi et peut-être aussi, à se sentir davantage chez soi.

E. De la nécessité de créer un collectif auto-organisé de travailleur(s) du sexe en Belgique – 16 novembre (reporté au 15 février 2016)

**Thème** : collectif auto-organisé

**Institution** : UTSOPI (Union des Travailleur(se)s du Sexe Organisé(e)s pour l'Indépendance)

Cette rencontre a été annulée en raison du Brussels lockdown. Reportée en février 2016, nous en feront état dans un autre rapport d'activités.

## VI.2. Le 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 » ou répertoire 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. Ce travail d'analyse a débuté en novembre 2014 et a été présenté lors d'un Midi du Nomade, en février 2015.

Suite aux suggestions des partenaires lors de cette réunion, quelques améliorations ont été apportées :

- ✓ une définition plus riche de la notion d'« expériences participatives » : basée sur les principes du réseau Nomade, confronté aux apports de la FEANTSA<sup>41</sup> et du réseau Capacitation citoyenne<sup>42</sup>,
- ✓ une catégorisation des activités selon le type de participation (et non plus en fonction de leur origine géographique),
- ✓ une refonte des informations dégagées par la grille sous forme de texte.
- ✓

Le répertoire est un outil en constante évolution, autant dans sa forme que son contenu : nous sommes toujours ouverts à des suggestions pour de nouvelles entrées et souhaiterions, dans la mesure du possible, développer un graphisme plus attrayant en 2016.

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 :

---

<sup>41</sup> [www.feantsa.org](http://www.feantsa.org)

<sup>42</sup> [www.capacitation-citoyenne.org](http://www.capacitation-citoyenne.org)

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 2016 s'inscrivent dans la continuité des activités menées jusqu'à présent :

- ✓ organiser les Midis du Nomade autour d'expériences participatives pertinentes ;
- ✓ 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 répertoire des expériences participatives ;
- ✓ organiser, en fonction des besoins, les rencontres de travail des membres du réseau (répertoire, 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 2017-2019 et rédiger le dossier de demande de renouvellement de l'agrément (la prolongation de l'agrément jusqu'à fin décembre 2016).

Nous concluons en mettant en évidence la satisfaction que nous a apportée l'organisation des Midis Nomades. Avec comme complément le répertoire, ces rencontres reflètent la diversité des initiatives mises en place pour dynamiser les usagers et les pratiques professionnelles, avec comme fil rouge de penser la participation comme une démarche de citoyens.

Le réseau Nomade constitue une initiative pleinement ancrée dans l'esprit de son temps, à l'instar d'autres initiatives telles que l'inventaire de l'innovation sociale publié par le Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté<sup>43</sup> et, plus récemment, le manuel des pratiques innovantes, commandité par le SPF santé publique dans le cadre de la réforme des soins de santé mentale<sup>44</sup>.

---

<sup>43</sup> Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté, *Inventaire de l'innovation sociale en région bruxelloise. 34 modèles inspirants*, octobre 2014, [en ligne] : [http://www.fblp.be/IMG/pdf/fblp-inventaire-innovation\\_web.pdf](http://www.fblp.be/IMG/pdf/fblp-inventaire-innovation_web.pdf)

<sup>44</sup> Ce Manuel est le fruit du travail réalisé par Stéphanie Natalis et le Professeur Guido Pieters en collaboration avec l'OMS, des acteurs de terrain et des experts scientifiques. Il comprend 49 pratiques innovantes et inspirantes. Il est le reflet des expériences développées ou préexistantes et intégrées dans le cadre des projets de la Réforme des soins en santé mentale. Elles se concentrent autour des thématiques suivantes : le logement, la liaison avec la première ligne, la gouvernance des réseaux, la participation et l'empowerment des usagers et des proches, l'insertion socio-professionnelle et les équipes mobiles. Son lancement aura lieu en juin 2016 : [http://www.cresam.be/IMG/pdf/invitation\\_23\\_juin\\_manuel\\_des\\_pratiques\\_innovantes.pdf](http://www.cresam.be/IMG/pdf/invitation_23_juin_manuel_des_pratiques_innovantes.pdf)

## 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 2016

#### A. Du changement

##### *1. Focus-groupe « évaluation du Bon Plan »*

Outre la consultation habituelle des partenaires, nous avons cette année mis l'accent sur les avis des utilisateurs du Bon Plan. Pour ce faire, nous avons organisé un focus groupe afin de recueillir leurs suggestions et critiques. La réunion, gérée par deux animateurs de DUNE, en présence de la graphiste, a permis de dégager de nombreuses pistes pour améliorer le Bon Plan, le rendre plus lisible.

Principalement :

- ✓ étaler la semaine sur deux pages,
- ✓ homogénéiser les polices,
- ✓ refaire certains pictogrammes,
- ✓ agrandir le plan,
- ✓ associer une légende au plan pour une utilisation indépendante de l'agenda,
- ✓ mettre les frontières en couleur de façon à mieux distinguer les communes,
- ✓ indiquer les stations de métro.

##### *2. Changement de graphiste*

Cette édition est aussi marquée par un changement de graphiste.

Nous collaborons désormais avec Hélène Taquet : [www.ln-graphics.be](http://www.ln-graphics.be)

hoisie pour son intéressant catalogue, sa réputation dans le secteur social (Modus Vivendi, DoucheFLUX...) et ses prix attractifs, nous avons su développer une relation de travail qualitative et agréable. Le résultat final proposé était à la hauteur de nos attentes, novateur mais inscrit dans la continuité. Nous avons jusqu'à présent des

retours enthousiastes, tant de la part des bénéficiaires que des professionnels.

## B. Description

L'agenda Le Bon Plan 2016 est confectionné selon une structure en 5 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 rappelant l'action de DUNE et le contexte dans lequel elle se situe. .

La **deuxième 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. Exemple de thématiques mises à l'honneur en 2016 : se nourrir à Bruxelles, la violence faites aux femmes, l'accès aux soins, savoir identifier une tuberculose, les symptômes de l'AVC...

La **troisième partie** reprend sous forme de répertoire, 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** 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 2016 de l'agenda est disponible en format pdf sur le site de DUNE à l'adresse suivante :

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

## VII.2. Diffusion

Pour les partenaires intéressés, l'édition 2016 de l'agenda est disponible :

- ✓ en version papier gratuitement sur demande (dans la limite des stocks disponibles) à l'adresse suivante : [communication@dune-asbl.be](mailto:communication@dune-asbl.be).
- ✓ en version pdf sur le site de DUNE à l'adresse suivante :

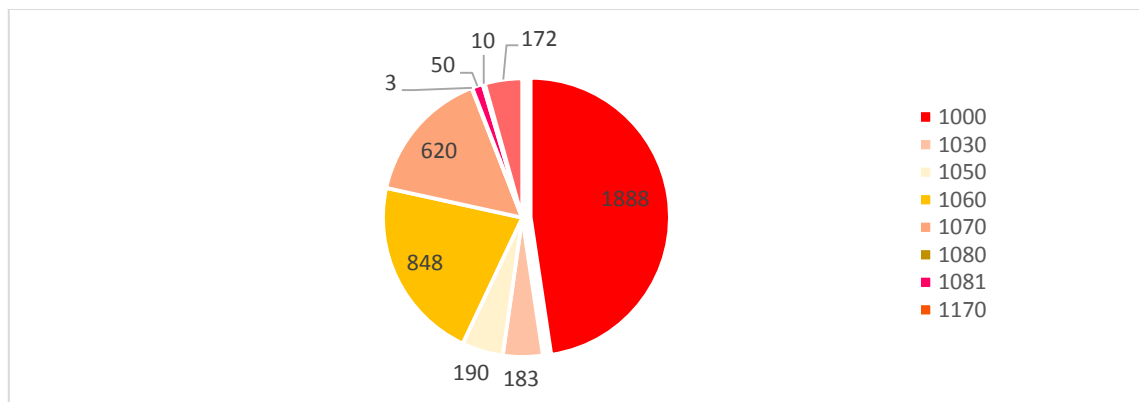
<http://dune-asbl.be/publications/bon-plan.html>

La diffusion s'est déroulée du 18 janvier au 22 février. Un point relai a été mis en place au CLIP. Les partenaires pouvaient s'y rendre durant les heures d'ouverture pour retirer leur commande d'exemplaires.

Pour les bénéficiaires, le Bon Plan est disponible gratuitement dans chacune des 40 organisations ayant introduit une demande pour recevoir le Bon Plan.

Pour l'édition 2016, les agendas Le Bon Plan ont été répartis entre les communes bruxelloises suivantes :

*Nombre d'agendas distribués par commune – édition 2016*





### VII.3. Évaluation

Chaque année, durant le second trimestre, un questionnaire est envoyé à nos partenaires afin qu'ils évaluent le Bon Plan. Pour cette édition, un nouveau questionnaire d'évaluation sera élaboré. L'accent sera mis sur la nouvelle mise en page et la participation des usagers.

D'un point de vue général, l'évaluation par les professionnels et les usagers a permis de déterminer les clés du succès du Bon Plan :

- ✓ 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,
- ✓ son *plan détachable*.

La force principale du Bon Plan est de proposer un instantané des ressources sociales et médicales disponibles en première ligne à Bruxelles.

### VII.4. Conclusion : perspectives 2016 - édition 2017

Ce rapport d'activités montre que le travail de réduction des risques liés aux usages de drogues, mission première de DUNE, requiert des compétences sociales et une connaissance approfondie du secteur de la précarité. Sans ce savoir-faire, il serait impossible de faire lien entre les bénéficiaires, les professionnels, les personnes ressources et entre les usagers eux-mêmes.

L'asbl DUNE s'investit dans la publication d'outils d'information à destination des publics précarisés, stimule la construction de l'intersectorialité de l'aide bruxelloise aux personnes sans abri et/ou en situation de grande précarité, et met au service de tout ce secteur son expertise.

Nos perspectives pour l'année 2016 se déclinent de la matière suivante :

- ✓ *Poursuivre avec la mise en place de groupes de parole d'usagers*. Vu le succès remporté par le focus groupe et l'impact qu'il a eu sur la création de cette édition, nous continuerons à expérimenter cette méthodologie de concertation.

Elle nous 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 vont réaliser avec nous. À 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.

Ces rencontres nous permettent de tisser un lien pertinent avec nos usagers, basé sur une réflexion aboutissant à un résultat concret. Cette situation est stimulante pour les usagers autant que pour les professionnels, permettant à l'un et l'autre d'entrevoir leur rapport à l'association d'une manière constructive et sur un socle commun.

- ✓ Renforcer la **présence des usagers dans les thématiques** mensuelles, par le biais de citations.
- ✓ Poursuivre l'**amélioration de la ligne graphique**
- ✓ Maintenir le **tirage de 4500 exemplaires** (tout en gardant en tête qu'il est possible d'en diffuser plus si le budget le permet).
- ✓ Mais le défi ultime de cette année 2016 sera la **réalisation d'une application** Le Bon Plan pour appareils mobiles (smartphone, tablettes). Vu l'évolution du contexte technologique, DUNE a décidé de saisir la balle au bond pour proposer à son public un outil informatif en phase avec son époque. Nous travaillons actuellement sur ce projet et serons en mesure de vous fournir des informations précises au printemps 2016.

Cette dernière annonce nous enthousiasme au plus haut point et nous conforte dans l'impression que DUNE poursuit sa route en confiance, attentive à ses bénéficiaires et avec un regard optimiste tourné vers l'avenir.

## VIII. 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.

### VIII.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.

### VIII.2. Concertation « soins » (FEDITO BXL)

La Concertation « Soins » s'est donné comme 1<sup>er</sup> objectif de parvenir à une définition commune du soin dans le secteur de la toxicomanie, à partir de 4 pôles :

- ✓ la définition de la problématique de la toxicomanie ;
- ✓ la méthodologie de l'intervention ;
- ✓ le professionnel, son institution et l'accompagnement (psycho-médico-social) comme outils ;
- ✓ à qui s'adressent les soins ?

### VIII.3. 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. Actuellement, le Collectif compte 142 membres, issus de « 67 organisations du secteur d'aide aux personnes sans-abri et 5 autres organisations, 8 membres du monde interconvictionnel et 11 citoyens impliqués »<sup>45</sup>.

Notre salle de réunions a été mise à disposition du collectif pour ses réunions, auxquelles un travailleur de DUNE participe régulièrement pour réfléchir sur la vie en la rue, sur les pratiques lors de la levée du corps et organiser l'hommage annuel. Il participe également aux autres activités du Collectif et notre équipe se mobilise pour assister à l'hommage annuel.

#### A. Objectifs et activités

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.

Lors de l'annonce d'un décès (par un habitant de la rue, un travailleur social, un hôpital, une administration communale...), le Collectif vérifie l'information, informe le réseau, et veille à ce que la famille soit été 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.

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

---

<sup>45</sup> Straatdoden/Morts de la rue, Rapport d'activités 2015, p. 2.

Bruxelles. Elle réunit chaque année environ 350 personnes. Le 13 mai 2015, la « dixième cérémonie d'hommage annuelle a eu lieu en présence du Prince Laurent. A cette occasion, le Collectif a diffusé les statistiques rendant compte des dix années de travail. Même si ces chiffres ne sont pas le résultat d'une recherche fondée scientifiquement, le Collectif reste jusqu'à ce jour la seule source de données fiables sur la mortalité des personnes sans-abri en Région de Bruxelles-Capitale »<sup>46</sup>.

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 2015, l'asbl DIOGENES a bénéficié d'une subvention spécifique de la part de la COCOM, pour assurer la coordination du Collectif les Morts de la Rue. Ce soutien a permis d'avancer avec le projet, entre autres par la création d'un site web, qui sera bientôt en ligne ([www.mortsdelarue.brussels](http://www.mortsdelarue.brussels) ou [www.straatsdoden.brussels](http://www.straatsdoden.brussels)).

## B. Quelques chiffres<sup>47</sup>

« En 2015, le Collectif a eu connaissance de 55 décès. Ce chiffre est un nouveau triste record mais, comme chaque année, il ne recouvre qu'une partie de la réalité. Nous n'avons aucune idée du nombre réelle des habitants de la rue, décédés en 2015.

Parmi les 55 personnes décédées, il y a 47 hommes et 8 femmes. La plus jeune avait 19 ans, la plus âgée en avait 87. L'âge moyen de ces défunts est de 55,16 ans. C'est un peu plus que l'âge moyen des autres années. Soulignons qu'il n'est pas possible d'en déduire l'espérance de vie des personnes qui vivent en rue.

Environ la moitié des personnes (47%) vivait en rue au moment de leur décès. 5 personnes vivaient en squat, 2 personnes vivaient chez des amis. Au total, ce groupe représente 60% du nombre total.

13 personnes avaient accédé à un logement, et 6 vivaient en home.

Mais ces 55 personnes avaient tous, à un moment de leur vie, habité dans les rues de la Région Bruxelles-Capitale.

---

<sup>46</sup> *Ibid.*, pp. 2-3.

<sup>47</sup> *Ibid.*, p. 3.

Une partie importante des décès (36%) survient à l'hôpital.

13 des décès (23%) ont eu lieu dans la rue ou l'espace public. 10 personnes sont décédées dans leur propre logement.

La plupart des habitants de la rue décédés sont belges de nationalité (41%). Les pays Européens représentent la majorité des morts de la rue : 76%. Cette année, le grand nombre de nationalités différentes nous interpelle : il n'y en a pas moins que 20 !

La vie en rue n'est pas dangereuse qu'en hiver. Comme les années précédentes, les décès sont répartis tout au long de l'année.

La moitié des causes de décès nous sont entièrement inconnues. En effet, ces informations relèvent de la vie privée. Les informations dont nous disposons nous ont été transmises par des proches des défunts, en lien avec des sources médicales. Elles sont donc relativement fiables, mais pas officielles. Nous savons que minimum 6 personnes sont décédées d'un cancer, et 4 personnes des suites d'une agression.

La famille a pris en charge pas moins que 45% des obsèques. 40% des enterrements ont été prises en charge financièrement par la commune. Les familles ont été impliquées dans l'organisation de 28 obsèques des « Morts de la Rue », c'est environ la moitié des cérémonies d'adieu (28 sur 57). Le Collectif cherche toujours à impliquer les familles. Le Collectif a été impliqué dans l'organisation de 25 cérémonies en 2015 ».

### C. L'appel du Collectif aux politiques

*Nous voulons aujourd'hui explicitement faire usage de cette tribune pour appeler les pouvoirs publics compétents, notamment les différents pouvoirs communaux de la région bruxelloise et les gouvernements bruxellois, wallons, flamands et fédéraux, à investir encore plus dans des mesures qui aident vraiment à sortir les gens de la rue et leurs offrent un nouveau futur. Nous plaidions très clairement pour une réduction des listes d'attente pour les logements sociaux, pour l'augmentation du revenu minimum proportionnellement au coût d'un logement décent, et pour l'élargissement de l'offre de solutions de logement et d'accompagnement sur mesure des personnes sans abri.*

### VIII.4. Ateliers Traces de rue

La fédération francophones 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 :

- ✓ Jeudi 26 mars de 10h à 16h30 : atelier « de la rentrée » - Bruxelles
  
- ✓ Vendredi 8 mai : Assemblée générale - Uccle  
14h00 à 17h30 : table ronde  
17h30 à 19h : auberge espagnole  
19h à 21h : Assemblée générale Traces de rue
  
- ✓ Vendredi 12 juin - atelier « action collective » - Bruxelles
  
- ✓ Jeudi 17 septembre - atelier « EPP » - Wallonie
  
- ✓ Jeudi 19 et vendredi 20 novembre - mise au vert - Wallonie
  
- ✓ Jeudi 3 décembre - atelier « EPP » - Bruxelles

### VIII.5. 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.

L'édition 2015 s'est déroulée au n° 20 de la chaussée de Ninove à Molenbeek. DUNE était présente avec le Médibus où étaient présentés 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 faire visiter le Médibus et expliquer notre approche au grand public et aux professionnels.

DUNE poursuivra sa collaboration avec le Pispot Festival pour l'édition 2016.

## VIII.6. Article 27

Cette année encore, nous avons travaillé de concert avec l'asbl Article 27 pour lutter contre l'exclusion. Cette association a pour mission de « sensibiliser et faciliter l'accès à la participation culturelle pour toute personne vivant une situation sociale et/ou économique difficile »<sup>48</sup>. Article 27 se développe en réseau avec des partenaires sociaux, culturels et les publics. L'asbl compte 835 opérateurs culturels (théâtre, musique, cinéma, arts plastiques, danse, patrimoine...) de la Fédération Wallonie-Bruxelles et 174 organisations sociales partenaires<sup>49</sup>.

DUNE fait partie de ce réseau des partenaires sociaux, ce qui lui permet d'offrir un accès à la culture aux usagers qui fréquentent le CLIP, via l'obtention d'un ticket modérateur valable à Bruxelles et en Wallonie. Concrètement, 33 personnes ont bénéficié des tickets articles 27 en 2015. Cela représente 87 demandes et 169 tickets articles 27 distribués.

Depuis 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* »<sup>50</sup>.

*A mes yeux, ce partenariat est essentiel. Il offre la possibilité à nos usagers de se nourrir spirituellement et encourage l'expression critique et/ou artistique. Les usagers du CLIP sont ainsi considérés comme des citoyens à part entière.*

(Sophie, infirmière à DUNE, responsable du projet article 27)

## VIII.7. 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

---

<sup>48</sup> <http://www.article27.be/bruxelles/Article-27-Bruxelles-140>

<sup>49</sup> Idem, <http://www.article27.be/>

<sup>50</sup> Proverbe africain.



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 se poursuit et se concrétise par des projets ambitieux...

## VIII.8. 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 Bourgmestre 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.

Cette année, nous avons bénéficié d'un soutien de la commune pour le dispositif Médibus présent sur Ribaucourt-Yser, dans le cadre de l'enveloppe annuelle du Contrat de Quartier Durable « Autour de Léopold II ». Cela nous a conduits à participer aux réunions de la commission du contrat de quartier ainsi qu'à l'assemblée générale, organisée le 15 décembre 2015, où le Médibus a pu être visité par les riverains et les personnels du secteur associatif et de la commune actifs sur le quartier.

### VIII.9. 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
- ✓ BRAVVO
- ✓ Cellule Hercham
- ✓ CEMO (l'AMO de Saint-Gilles)
- ✓ Collectif 123 logements
- ✓ Concertation médicale bruxelloise
- ✓ Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (AG)
- ✓ Diogènes
- ✓ DoucheFLUX
- ✓ FEDITO bruxelloise (CA, AG)
- ✓ Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté (AG)
- ✓ Infirmiers de rue
- ✓ Infor-Drogues
- ✓ La Fontaine
- ✓ La Strada
- ✓ Les copains du petit bitume

- ✓ Maison médicale des Marolles - Antenne La Samaritaine
- ✓ MASS de Bruxelles
- ✓ Médecins du Monde
- ✓ Modus Vivendi
- ✓ Plateforme prévention SIDA
- ✓ Projet lama
- ✓ Réseau Hépatite C
- ✓ Sep-sud
- ✓ Service communal d'accompagnement des personnes toxicodépendantes
- ✓ STIB
- ✓ Transit et LAIRR

## IX. Démarche d'évaluation qualitative (DEQ)

### IX.1. Thématique(s) choisie(s) et objectifs

Pour rappel, c'est la thématique du réseau qui est au centre de notre démarche d'évaluation qualitative 2014-2017 et notre objectif est 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 permet également de rencontrer plusieurs enjeux :

- ✓ repérer l'apparition de nouvelles problématiques auxquelles est confronté notre public : en développant davantage cet aspect de connaissances du terrain, nous pourrions 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) ;
- ✓ élaborer 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 de la DEQ.

Dans le précédent rapport d'activités, nous faisons état des difficultés rencontrées pour développer, avec les ressources disponibles en interne, une base de données efficiente destinée à gérer les dossiers patients et du travail colossal que cela représente. Nous avons également proposé, lors de l'entretien annuel, de prospecter parmi les logiciels « open source » pour trouver un outil informatique permettant de gérer les dossiers des usagers et rendre les suivis plus efficaces.

Par ailleurs, dans un souci d'amélioration constante notre fonctionnement institutionnel, nous souhaitons nous faire accompagner par une consultance extérieure : le *Fonds Venture Philantropy* a été identifié comme susceptible de répondre à nos besoins. En effet, ce Fonds a pour objectif de soutenir le renforcement structurel des associations et de contribuer à un processus de renforcement des capacités qui fortifie ces organisations dans la durée. Les associations qui entament cette démarche entretiennent une collaboration avec le Fonds qui se matérialise autour 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.

## IX.2. Mise en œuvre

Au cours de 2015, nous avons poursuivi notre démarche d'évaluation qualitative autour de trois axes d'actions : la recherche d'un partenaire expert pour bénéficier d'une consultance externe (A), un travail sur l'outil de recueil des données relatives à l'accueil et aux dons de matériels (B) et une réflexion sur l'implémentation d'un logiciel destiné à gérer les dossiers patients (C).

### A. Consultance externe

Nous avons mené plusieurs réunions pour préparer la remise d'un dossier de candidature auprès du Fonds *Venture Philantropy*, bien avant que la Fondation Roi Baudouin ne publie l'appel à projets. Les changements qui se profilaient en interne (départ du coordinateur général et du responsable administratif et financier, réorganisation des postes et des tâches qui en découle...) occupaient le Conseil d'administration le dernier trimestre 2015 de sorte qu'il est apparu inopportun de leur proposer de travailler au dépôt de la candidature de DUNE (avant le 11 janvier 2016). Par ailleurs, cette situation nous semblait faire obstacle à l'éligibilité de notre projet dans la mesure l'un des critères de sélection du Fonds porte sur le « leadership : les porteurs du dossier (membres du Conseil d'Administration et de la Direction) font preuve de capacités de leadership. De plus, ces entrepreneurs sociaux devront être prêts à affecter le temps et l'énergie nécessaires à la réalisation des objectifs fixés ». Sachant que la procédure de sélection prévoit des rencontres avec les porteurs du projet et que l'annonce des projets retenus était prévue pour juin 2016, nous avons considéré plus judicieux de réserver le dépôt la candidature de DUNE à un prochain appel, une fois la nouvelle équipe mise en place.

Par ailleurs, nous avons également prospecté sur les possibilités offertes par TOOLBOX. Sans avoir les mêmes avantages que le Fonds *Venture Philantropy*, la démarche d'accompagnement (diagnostic, objectifs, plan d'action, accompagnement de 2 ou 3 ans) proposée pourrait également répondre à notre besoin ; elle peut être sollicitée sans attendre un appel à projets (prise de contact dans les 5 jours de l'envoi de formulaire) mais a un coût (cotisation annuelle et frais de démarrage).

### B. Bases de données d'encodage des données relatives à accueil et au DAMSI

Pour rappel, nous nous sommes aperçus en 2014 que les résultats des années précédentes concernant la file active du CLIP ne correspondaient pas aux chiffres publiés dans les rapports d'activités. 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 (créer un identifiant plus fiable). Cette étape a été très coûteuse en temps

mais elle était nécessaire pour garantir la fiabilité de nos analyses.

En 2015, nous avons continué à analyser notre base de données afin de vérifier si les erreurs découvertes ne se reproduisaient pas avec la mise en place du nouvel identifiant (plus fiable).

Il s'est avéré que la nouvelle manière de procéder au comptage de la file active est efficace et ne produit plus les mêmes erreurs que par le passé. Nous avons profité de ce travail d'observation pour affiner certains critères pouvant donner plus de précisions sur les profils des personnes composant la file active, afin de mieux connaître notre public. Ainsi, nous sommes aujourd'hui en mesure d'avoir une meilleure connaissance de notre public selon les profils de consommation.

Par ailleurs, nous avons remarqué que les fiches d'encodage (sur papier) qui servent à faire le « reporting » n'étaient pas tout à fait adaptées et que cela risquait de générer de nouvelles erreurs. Nous avons donc travaillé en équipe à la conception de nouvelles fiches, plus ergonomiques, afin d'éviter de telles erreurs d'encodage. Ce travail a également mené à un questionnaire sur la manière dont chaque travailleur procède pour effectuer ce « reporting ».

### C. Réflexion sur l'implémentation d'un programme de gestion de dossiers patients

Si le programme d'encodage pour l'accueil et le don de matériel semble à ce jour beaucoup plus fiable, nous sommes arrivés à la conclusion qu'il est nécessaire de nous doter d'un outil de gestion des dossiers des patients plus efficace que celui dont nous disposons actuellement. Un tel programme permettra de rencontrer un triple objectif :

- ✓ éviter les erreurs
- ✓ améliorer le suivi des patients
- ✓ valoriser nos activités.

Pour effectuer un choix éclairé, il était indispensable d'élaborer un cahier des charges. Celui-ci a été défini à partir de trois sources : un travail de réflexion en équipe ; la consultation de partenaires ; la participation au GT « données », organisé par la FEDITO bruxelloise.

Pour commencer, nous avons établi en équipe un cahier des charges explicitant nos besoins de manière à effectuer un choix parmi les différents types de programmes de gestion de dossiers patients qui existent sur le marché.

Ensuite, nous avons consulté plusieurs partenaires afin de voir si les outils dont ils disposent pouvaient être directement adaptés à notre service mais aussi pour affiner les critères de sélection du programme que nous souhaitons implémenter.

Enfin, le coordinateur de terrain a participé aux GT « données » organisé par la

FEDITO bruxelloise afin de voir quelles évolutions nous devrions prévoir en termes de recueil de données.

Ces trois démarches ont permis d'élaborer un cahier des charges pour le choix d'un programme de gestion de dossiers patients. Les éléments qui ont été retenus sont les suivants :

- ✓ simplicité d'utilisation
- ✓ possibilité d'adapter de manière continue l'outil à nos besoins et à l'évolution de nos activités
- ✓ coût
- ✓ possibilité de pouvoir échanger des données « patient » entre les différents travailleurs
- ✓ possibilité d'établir une analyse quantitative simple et adaptée à nos besoins.

Après réflexion, nous avons choisi de contacter la société Champs-Libres qui installe et paramètre un programme « open source » facilement adaptable et ce, pour un prix abordable. Il s'agit du programme Chill, le 1<sup>er</sup> logiciel libre d'accompagnement social<sup>51</sup>. Nous rencontrerons ces professionnels en 2016 pour identifier les potentialités de collaboration. Un travail de fond sera au préalable indispensable pour définir les items et les modalités d'adaptation à nos activités.

### **IX.3. Constats concernant les effets produits par le projet DEQ**

Lors des échanges en équipe sur l'élaboration du cahier des charges relatif à l'implémentation d'un programme de gestion de dossiers patients, une réflexion sur les limites du secret professionnel partagé s'est mise en route.

Les principales questions qui ont été abordées sont les suivantes :

- ✓ Quelles seraient les modalités à mettre en œuvre pour l'échange de données entre service infirmier, service social et médecin ?
- ✓ Qui est tenu au secret professionnel ?
- ✓ Notre travail est-il protégé par le secret professionnel partagé ? Statut des travailleurs sociaux, infirmiers, assistants sociaux... ?
- ✓ Qu'est-ce qui est secret ? Quelles sont les données soumises au secret ? Faut-il créer différentes parties dans le dossier des patients (distinction entre « fait secret par nature » et « confiance ») ?
- ✓ Quid du partage ? La règle est le secret, le partage est l'exception...
- ✓ Comment travailler en collaboration entre professionnels quand la situation l'exige ?

---

<sup>51</sup> <http://pro.guidesocial.be/actualites/decouvrez-chill-premier-logiciel-libre-d-accompagnement-social.html>

- ✓ Quelles sont les conditions déontologiques du partage ?
- ✓ Quels sont les éléments nécessaires à la mission commune ?

Toutes ces interrogations ont fait l'objet de discussions animées. La réflexion est toujours en cours sur différents aspects du secret professionnel (partagé). Nous avons cependant pu lever le voile sur certaines interrogations à la lumière des lignes directrices synthétisées par le comité de vigilance en travail social<sup>52</sup>.

- 
- ✓ <sup>52</sup> Voyez un document de synthèse :
  - ✓ [http://www.comitedevigilance.be/sites/www.comitedevigilance.be/IMG/pdf/Secret\\_professionnel\\_-\\_synthese.pdf](http://www.comitedevigilance.be/sites/www.comitedevigilance.be/IMG/pdf/Secret_professionnel_-_synthese.pdf)



## X. CONCLUSION GENERALE

Pour l'asbl DUNE et son équipe, l'année 2015 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 plongent 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 pour notre service dès 2016 ?

- ✓ Le transfert des compétences qui impacte directement notre service, via le Fonds de lutte contre les assuétudes (soutien indispensable au dispositif infirmier et médical). Des négociations avec les autorités compétentes – aujourd'hui le Service public francophone bruxellois – restent l'une de nos priorités. La politique de *stand still* 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 de second projet spécifique de DUNE pourrait compléter ces modalités. Une demande a été introduite en ce sens fin juillet 2014.
- ✓ Notre demande d'accord de principe à la subvention de l'achat et l'aménagement d'un bâtiment a été acceptée en septembre 2015. 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 permettra également pour notre équipe une meilleure cohérence interne dans un seul siège d'activité.
- ✓ Un investissement dans la recherche de moyens additionnels 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 de réduction des risques dans une perspective prophylactique efficace, notamment en matière de prévention HCV.
- ✓ 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.

En temps d'acteur du 4<sup>ème</sup> pilier de la prise en charge de la problématique de l'usage de drogues, quelles recommandations pouvons-nous adresser aux instances politiques ?

Cette année a été marquée par un important travail mené au sein de la FEDITO bruxelloise pour aboutir à la publication, en juin 2015, d'un document *Politique Drogues et le Plan Drogues pour Bruxelles*, synthétisant la contribution du secteur spécialisé bruxellois au Plan Santé et au Plan de Sécurité & de Prévention de la Région de Bruxelles-Capitale.

La *Politique Drogues* définit, sur un long terme et dans ses grands principes, l'**offre nécessaire afin de répondre aux besoins** des personnes usagères de drogues (légal et illégal) ou/et développant des comportements d'addictions. Le *Plan Drogues* concrétise cette politique, en proposant des **actions mesurables et vérifiables** sur un terme s'étendant de 2016 à 2019. Les **100 actions** proposées rendent compte de la diversité du secteur et des articulations qu'il entretient et développe avec de nombreux secteurs connexes.

Pour les actions relatives à la réduction des risques et les changements préconisés en la matière, voyez le lien suivant :

<http://feditobxl.be/fr/ressources/memorandums-politiques/politique-drogues-et-plan-drogues-2016-2019/plan-drogues/reduction-des-risques/>

## XI. 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<sup>ère</sup> 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.

FORUM BRUXELLOIS DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ, *Inventaire de l'innovation sociale en région bruxelloise. 34 modèles inspirants*, octobre 2014, [en ligne] : [http://www.fblp.be/IMG/pdf/fblp-inventaire-innovation\\_web.pdf](http://www.fblp.be/IMG/pdf/fblp-inventaire-innovation_web.pdf)

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>.

*Politique Drogues et Plan drogues 2016-2019*, FEDITO BXL, juin 2015, en ligne : <http://feditobxl.be/fr/ressources/memorandums-politiques/politique-drogues-et-plan-drogues-2016-2019/>

QUESEMAND ZUCCA, S., *Je vous salis 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.

STRAATDODEN/MORTS DE LA RUE, *Rapport d'activités 2015*.

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](http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/formationcontinue/documents/Isabelle_VITRY.pdf).

## XII. ANNEXES

### XII.1. Conseil d'administration

En 2015, de nouveaux administrateurs sont venus soutenir le travail du Conseil d'administration, parallèlement à la sortie de membres démissionnaires :

- ✓ Laurence Przylucki, présidente de DUNE depuis le 21 octobre 2014
- ✓ Bart De Win, Trésorier
- ✓ Muriel Gossens, administratrice
- ✓ Eric Husson, administrateur
- ✓ Bruno Valkenners, administrateur

### XII.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
- ✓ Pierre Collet
- ✓ Rocco Vitali
- ✓ Anne-Françoise Raedemaeker
- ✓ Catherine Vegairginsky
- ✓ Isabelle Jaramillo
- ✓ Marc Renson
- ✓ Eric Husson
- ✓ Stéphane Heymans
- ✓ Laurence Przylucki

## XII.3. Membres de l'équipe 2015

Nom	Prénom	Fonction	Modifications en cours d'année
BARFI	Mohamed	Travailleur social	
BARTHOLEYNS	Frédérique	Chargée de projets	
COLLIN	Christopher	Coordinateur équipe 1 <sup>ère</sup> ligne	
DAHROUCH-NAIMA	Chaimae	Infirmière	
DESCHRIJVER	Isabelle	Assistante sociale	Fin de contrat 18 mai
DEVILLE	Eric	Responsable administratif et financier	
DE VLEESCHOUWER	Didier	Coordinateur général	
DUFAUX	Florence	Volontaire	Début de convention 1 <sup>er</sup> juin
EL ALAOU	Redouan	Assistant administratif (en formation)	Fin de contrat le 30 août
EL FATIHI	Badr	Travailleur social	Engagé le 1 <sup>er</sup> février
ES-SAFI	Mustapha	Travailleur social	
FERNANDEZ	Bruno	Travailleur social	Fin de contrat le 11 septembre
GODENNE	Sophie	Infirmière	
HAMIANI	Nadia	Assistante administrative	
LAGODA	Jean-Philippe	Travailleur social	
MASSAUX	Anouk	Infirmière	
THIANGE	Tommy	Chargé de communication - coordinateur Réseau Nomade	

## XII.4. Formations suivies en 2015

- ✓ *Secouriste en milieu professionnel*, formation organisée par la Croix-Rouge de Belgique, Bruxelles, 21 et 28 janvier, 11 et 18 février 2015 : Chaïma Dahrouch-Naimi, Sophie Godenne, Jean-Philippe Lagoda, Mohamed Barfi, Tommy Thiange, Christopher Collin, Bruno Fernandez, Mustapha Es-Safi.
- ✓ *Quoi de neuf dans les soins de plaies ?*, formation organisée par la Haute Ecole Parnasse-ISEI, Louvain-La-Neuve, les 5 et 12 février 2015 : Sophie Godenne, Chaïma Dahrouch-Naimi
- ✓ *Salles de consommation à moindre risque : regards croisés en Région de Bruxelles-Capitale*, 3<sup>ème</sup> rencontre sur les salles de consommation à moindre risque de la Plateforme des Coordinations Locales Drogues, Bruxelles, 28 avril 2015 : Chaïma Dahrouch-Naimi, Christopher Collin, Tommy Thiange, Didier De Vleeschouwer, Anouk Massaux.
- ✓ *Atelier pratique de gestion du stress*, formation organisée par Bruxelles Formation Entreprises, Bruxelles, 6 et 27 mai 2015 : Chaïma Dahrouch-Naimi.
- ✓ *Le dépistage rapide Hep C : enjeux et défi*, Débat organisé par le Réseau Hépatite C, 18 juin 2015 : Sophie Godenne, Chaïma Dahrouch-Naimi.
- ✓ *Approche d'Excel niveau débutant*, formation organisée par Infolingu@, Bruxelles, 19 et 26 juin 2015 : Frédérique Bartholeyns
- ✓ *Prise en charge de l'hépatite C chez les patients précarisés : actualités et rôle pivot du médecin généraliste*, conférence organisée par le Réseau Hépatite C, 1<sup>er</sup> octobre 2015 : Anouk Massaux.
- ✓ *Workshop « Collecte de fonds : les fondamentaux »*, formation organisée par Give Wisely asbl, Bruxelles, le 15 octobre 2015 : Frédérique Bartholeyns
- ✓ *La fabrique des pauvres*, conférences/rencontres sur les vulnérabilités sociales en région bruxelloise, initiative du Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté, Bruxelles, 16 octobre 2015 : Frédérique Bartholeyns
- ✓ *Plaies et cicatrisation*, certificat interuniversitaire organisé par l'UCL, l'ULB et l'ULG, 150 heures d'octobre 2015 à juin 2016 : Sophie Godenne.
- ✓ *25 ans d'actions ça se fête : prohibition stop/liaison encore*, Bruxelles, Liaison antiprohibitionniste, 9 octobre 2015 : Didier De Vleeschouwer
- ✓ *Autosupport et autres pratiques collectives. Journée d'enquête politique*, organisée par Bruxelles Laïque, dans le cadre du Festival des Libertés, Bruxelles, 31 octobre 2015 : Tommy Thiange.
- ✓ *Formation aux risques liés à l'injection*, organisée par Modus Vivendi, Bruxelles, 22 et 27 octobre 2015 : Badr El Fatihi.

- ✓ Journée de recyclage en diabétologie pour les infirmiers, congrès organisé par l'Association belge des praticiens de l'art infirmier (ACN), Bruxelles, 12 novembre 2015 : Chaïma Dahrouch-Naimi
- ✓ « *Le détenu, ce patient non-désiré* » ? *Justice et soins de santé en matière d'assuétudes*, journée anniversaire de L'Ambulatoire-Forest, Bruxelles, 26 novembre 2015 : Frédérique Bartholeyns
- ✓ *Rédaction des plans stratégiques*, formation organisée le 18 décembre 2015 au SPF Santé publique, formateur : Johan De Beer du Centre pour la Formation et l'Intervention Psychosociologique (PCRA) : Didier De Vleeschouwer



## XII.5. Plan de la formation RdR dispensée à l'asbl BRAVVO

### Introduction :

Le programme de formation présenté ci-dessous a été élaboré par TRANSIT, MODUS VIVENDI et DUNE suite à une rencontre entre l'équipe de terrain de BRAVVO et Christopher Collin, coordinateur à DUNE. L'objectif de cette rencontre était de recueillir les demandes de terrain afin de proposer une formation de type « clé sur porte » qui réponde aux interrogations des acteurs de terrain dans leur pratique professionnelle.

La formation se déroule en deux journées. La première, davantage théorique, permettra aux participants de bien comprendre le contexte sociétal dans lequel on trouve aujourd'hui par rapport à l'aide qu'on peut offrir aux personnes consommatrices. Il sera également question de proposer une approche théorique des différents concepts liés à la consommation de drogue ainsi qu'une description des produits et modes de consommations. La seconde journée aura une visée beaucoup plus pratique en lien avec le terrain et la théorie apportée lors de la première journée.

### Journée 1

#### 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/illícite* (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'\$\$, 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)

#### 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)
- Introduction des concepts : tolérance, symptômes de sevrage, compulsion, sensations de manque

#### 4. Informations 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 défonce ; 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)

#### 5. 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)
- Attention !!! D'autres indices doivent nous alerter sur les risques éventuels de conso ; ex : citron, plaquettes de médocs, alu brûlé, etc...
- 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)

#### Journée 2 :

##### 1. Possibilités d'intervention en milieu urbain

- La question du mandat et de l'uniforme des travailleurs de rue (GDP - EDR - gardiens de parc, etc...) par 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 notre intervention
- Comment relayer une demande vers un autre service ?

## 2. 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 RdR » : constats, valeurs & enjeux (épidémie du sida, hépatites)

## 3. Présentation du secteur

- Il s'agira de présenter le secteur toxicomanie à Bruxelles afin de donner des possibilités aux participants d'orienter au mieux les personnes consommatrices rencontrées sur le terrain.
- Présentation de nos institutions (Dune - MV - 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.

## 4. Outils de communication non-violente

L'objectif est de donner aux participants une série d'outils pratiques pour entrer en contact avec des consommateurs

## 5. Jeux de rôle

- L'objectif de ces jeux de rôles est de donner des outils aux travailleurs pour garantir leur propre sécurité et celles des personnes se trouvant sur les lieux d'intervention. Il s'agira notamment de présenter des procédures standardisées pour éviter les accidents en cas de contact avec du matériel d'injection souillé.
- 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)

- 2<sup>ème</sup> 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)
  
- 3<sup>ème</sup> situation : « Je me suis piqué avec une seringue, qu'est-ce que je risque ? »
  - Attention ! Ici pas de mise en scène, l'idée est plutôt d'identifier les risques réellement encourus & détailler la procédure à suivre !
  - Présentation de la procédure en 10 étapes
  - Aborder la *thématique du sida & hépatites* : que savent-ils de ces virus, quels sont réellement les risques encourus lors d'une piqûre accidentelle (cfr : 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.