

ASBL DUNE



SERVICE ACTIF EN MATIÈRE DE TOXICOMANIE AGREE PAR LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE

Rapport d'activité 2013

Dépannage d'urgence de nuit et Echanges

Siège social : rue des Foulons, 47,

1000 Bruxelles

Direction : D.Devleeschouwer

Juin 2014



<u>I. INTRODUCTION</u>	3
<u>II. MISSIONS REALISEES DANS LE CADRE DE L'AGREMENT COCOF</u>	6
1. MISSION D'ACCUEIL	6
A. LE CLIP : BIEN PLUS QU'UN COMPTOIR D'ECHANGE	6
B. SERVICES PROPOSES AUX USAGERS DANS LE CADRE DE L'ACCUEIL ORGANISE PAR LE COMPTOIR	7
2. MISSION DE PREVENTION	8
A. ACCES AU MATERIEL STERILE D'INJECTION	8
B. INFORMATIONS ET EDUCATION A LA SANTE	17
C. QUESTIONNEMENTS ET CONCLUSIONS	18
3. MISSIONS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIO-SANITAIRE	21
A. DISPENSAIRE INFIRMIER	21
B. LA PERMANENCE SOCIALE	31
C. LA PERMANENCE MEDICALE	40
D. L'ACCOMPAGNEMENT PHYSIQUE VERS D'AUTRES STRUCTURES	41
<u>III. MISSIONS SPECIFIQUES REALISEES DANS LE CADRE DE L'AGREMENT COCOF</u>	44
A. LE TRAVAIL DE RUE	44
<u>IV. MISSIONS DE SOINS DANS LE CADRE DU FONDS ASSUETUES</u>	49
<u>V. AUTRES ACTIVITES MISE EN PLACE PAR L'ASBL DUNE</u>	50
A. LE RESEAU NOMADE	50
B. LE MEDIBUS	51
C. LE BON PLAN	53
D. FORMATIONS ET SOUTIEN METHODOLOGIQUE AUX PARTENAIRES	57
E. SENSIBILISATION ENVERS LES FUTURS PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTE	58
F. RESEAUX ET PARTENARIATS	59
G. ARTICLE 27	64
<u>VI. DEMARCHE D'EVALUATION QUALITATIVE</u>	64
<u>VII. SYNTHESE DU RAPPORT D'ACTIVITE</u>	68
<u>VIII. CONCLUSION GENERALE</u>	76
<u>IX. BIBLIOGRAPHIE</u>	78

I. Introduction

DUNE est un service actif en matière de toxicomanie en Région de Bruxelles-capitale. Ce service est agréé par la CoCof pour assurer les missions d'accueil, de prévention et d'accompagnement ainsi que pour développer un projet spécifique orienté vers l'outreaching (travail de rue et soins infirmiers). Ces missions et ce projet spécifique visent les usagers de drogues encore actifs, particulièrement les injecteurs. L'agrément de la CoCof soutient une équipe pluridisciplinaire composée de 3,6 ETP.

Sans l'apport de moyens additionnels d'importance, DUNE ne pourrait assurer pleinement les missions et le projet spécifique pour lesquels il est agréé. A cet égard, il convient en 2013 de citer le soutien d'emplois ACS (6 ETP), du fonds assuétudes (2 ETP), de l'agrément CoCof « Réseau », d'un budget en initiative CoCof - action sociale, du CPAS de St-Gilles (1 ETP « article 60 »).

A la veille du transfert des compétences, il nous paraît essentiel d'attirer l'attention du lecteur sur l'apport qualitatif devenu essentiel que permet le projet-pilote financé depuis 2009 par le fonds assuétudes (SPF Santé/INAMI). En effet, ce projet vise l'implémentation d'un dispositif de soins qui vient renforcer le projet spécifique d'outreaching et son articulation autour des missions agréées. Les différentes évaluations réalisées par la Cellule Drogue du SPF Santé et l'INAMI ont permis de valider la réussite de cette implémentation et donc la continuité de ce dispositif. En 2013, avec le financement apporté par le fonds assuétudes nous avons pu bénéficier de 2 ETP infirmières spécialisées en santé communautaire, psychiatrique ou en soins primaires. En 2014, le financement prévu par ce projet-pilote nous permettra d'ouvrir en plus une consultation médicale en appui à notre mission de prévention secondaire et tertiaire. Il est donc primordial, sinon vital de se poser la question de la continuité de ce dispositif en 2015 puisque le fonds assuétudes sera transféré aux entités fédérées dès le 01/07/2014.

L'intérêt d'un service ambulatoire comme DUNE est d'accorder toute l'attention nécessaire à une population fragile et exposée en termes de santé et d'exclusion sociale en proposant un

accès gratuit et inconditionnel au matériel stérile d'injection tout en s'articulant au réseau socio-thérapeutique. DUNE représente un véritable point de référence à Bruxelles pour les consommateurs de drogues par voie intraveineuse. Le CLIP (comptoir local d'information et de prévention) constitue en effet l'un des rares lieux où les usagers peuvent librement s'exprimer et s'informer sur leurs modes de consommation, sans rencontrer un quelconque jugement.

En tant que comptoir d'échange de seringues, DUNE organise la distribution et la récupération du matériel d'injection dans une optique de réduction des risques et dommages tant sanitaires que sociaux. L'association procure également et surtout un lieu d'accueil, d'information, de soins et de relais aux usagers de drogues qui se trouvent dans une situation de grande précarité. C'est un lieu d'écoute accessible aux horaires décalés des usagers où une information sur la réduction des risques est disponible (brochures, affiches, conseils). Cet accueil et le lien de confiance qui peut en découler encouragent l'expression de demandes visant une information plus spécifique, un accompagnement social, un soin infirmier ou une orientation vers une prise en charge médicale et thérapeutique.

DUNE développe un réseau de partenaires qui permet de relayer certaines demandes de prise en charge sociale, psychologique ou médicale. Dans le cadre des relais ainsi réalisés, la personne n'est pas envoyée vers un autre service, mais bien accompagnée : le travailleur social ou l'infirmier(ère) sert en quelque sorte de « clé » à l'utilisateur de drogues/habitant de la rue pour aborder une structure qui lui semble hostile, ou de « traducteur » vis-à-vis d'acteurs sociaux ou de la santé qui ont une connaissance moindre des réalités, enjeux et défis de la vie dans la rue. Cette approche s'est vu renforcée à partir du 1/11/2013 par la mise en place en partenariat avec Médecins du Monde du dispositif mobile « mébibus ».

Chacun pourra dès lors apprécier à sa juste valeur le chemin parcouru par le service depuis son installation dans l'urgence sanitaire provoquée par l'épidémie du VIH. Il n'est plus aujourd'hui seulement question d'un « simple » dépannage visant la réduction des risques infectieux mais d'un véritable arsenal socio-sanitaire visant le bas-seuil. Dans ces conditions, il ne pourrait être question de sacrifier l'apport qualitatif que permet pour nos usagers le dispositif de soins soutenu par le fonds assuétudes. De plus avec le développement en 2014 du projet mébibus qui nous permet d'aller à la rencontre de nouveaux usagers alors que notre

file active est en constante augmentation , il conviendra pour le soutenir de renforcer notre projet spécifique.

Le rapport d'activités 2013 se compose d'une première partie consacrée aux missions réalisées dans le cadre de l'agrément CoCof, d'une deuxième partie sur le projet spécifique, d'une troisième partie relative au fonds assuétudes , d'une quatrième partie dédiée à nos autres activités en 2013 qui se déclinent comme autant de prospective pour l'avenir proche et enfin d'un dernier chapitre sur la démarche d'évaluation qualitative.

Bonne lecture. !

II. Missions réalisées dans le cadre de l'agrément COCOF

1. Mission d'accueil

A. Le CLIP : Bien plus qu'un comptoir d'échange

L'activité principale du comptoir d'échange de seringues est de mettre à disposition du matériel stérile d'injection et de proposer des conseils aux usagers qui le fréquentent dans l'objectif de réduire les risques liés à l'usage de drogue. Mais, peut-on se contenter de conseils et de don de matériel pour réduire les risques lorsqu'on travaille avec un public fortement fragilisé dont les modes de vie peuvent augmenter les risques liés à la consommation d'un produit?

Nous pensons que pour ce public exclu et fortement précarisé, il est nécessaire de proposer une approche globale qui tienne compte des différents éléments (sociaux, sanitaire, médical, psychologique) constituant de la personne, car la consommation de drogues peut avoir un tel impact sur la vie qu'il est primordial de prendre en compte les risques globaux qu'elles encourrent.

Pour ce faire, le comptoir d'échange se veut être un lieu d'accueil, d'information, de soins et de relais aux usagers de drogues qui se trouvent dans une situation de grande précarité. C'est un lieu d'écoute accessible aux horaires décalés où une information sur la réduction des risques est disponible (brochures, affiches, conseils). Mais c'est aussi un lieu d'accueil où l'on peut simplement se poser, boire un café et ÉCHANGER sans craindre le jugement. Le CLIP (comptoir local d'information et de prévention) constitue en effet l'un des rares lieux où les usagers peuvent librement s'exprimer et s'informer sur leurs modes de consommation, sans rencontrer un quelconque jugement. L'intérêt d'une association comme DUNE est d'accorder toute l'attention nécessaire à une population fragile et exposée en termes de santé et d'exclusion sociale en proposant un accès gratuit et inconditionnel au matériel stérile d'injection tout en s'articulant au réseau thérapeutique.

La mise à disposition de ce lieu d'accueil tel que nous le voulons 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 drogue. Cet accueil et le lien de confiance qui peut en découler encouragent l'expression de demandes visant une information plus spécifique, un accompagnement social, un soin infirmier ou une prise en charge thérapeutique.

B. Services proposés aux usagers dans le cadre de l'accueil organisé par le comptoir

En ce qui concerne les activités développées par DUNE, il est important de préciser que les services fournis aux usagers sont inconditionnels et entièrement gratuits. Dans le cadre de nos missions d'accueil, nous avons mis en place une permanence sociale où les usagers peuvent être aidés dans leurs démarches, un dispensaire infirmier où les usagers peuvent notamment recevoir des soins de première ligne. Le CLIP a aussi mis en place un lavoir social : les usagers ont la possibilité de faire une lessive par semaine. Nous avons aussi un vestiaire que nous alimentons par les dons. En hiver, on se procure des couvertures. Un service de douche est également organisé grâce à une collaboration avec une Maison médicale. En fonction des dons et de nos possibilités financières, nous essayons de distribuer shampoings, savons, cotons-tiges, brosses à dents et dentifrice...

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 terrains qui ont vu la pertinence de développer une approche globale des difficultés que rencontrent nos usagers qui sont pour la plus part dans des situations de grandes précarités. Nous essayons et essayerons toujours 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 faire de la réduction des risques, 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.

2. Mission de prévention

A. Accès au matériel stérile d'injection

1. Approche de la réduction des risques

Le comptoir d'échange de l'ASBL DUNE est ouvert six jours sur sept de 19h à 23h. A l'origine, ces horaires d'ouverture avaient été choisis pour garantir l'accès au matériel stérile d'injection après la fermeture des pharmacies. Pour compléter ce dispositif d'accès, deux travailleurs de l'ASBL sillonnent les rues de Bruxelles, sac accroché sur l'épaule pour aller à la rencontre des usagers de drogues pendant que d'autres s'affairent deux fois par semaine à la gestion du dispositif mobile de réduction des risques : le médibus.

Mais pour faire de la réduction des risques, il ne suffit pas de mettre à disposition du matériel stérile. La délivrance doit s'accompagner nécessairement de messages RDR et de prévention autour de l'utilisation du matériel et mettre en garde contre certains produits via notamment 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 pour les autres citoyens par rapport à l'abandon de seringue dans l'espace public via des séances collectives de ramassage de matériel en rue et des messages de sensibilisation sur la problématique.

Mais la réduction des risques, c'est avant tout une approche globale, une philosophie emprunte de valeurs humanistes. Pour présenter cette approche, nous reprenons un extrait d'un article d'Isabelle Vitry, ancienne travailleuse de l'ASBL Dune qui définit parfaitement cette idée d'approche globale de la réduction des risques :

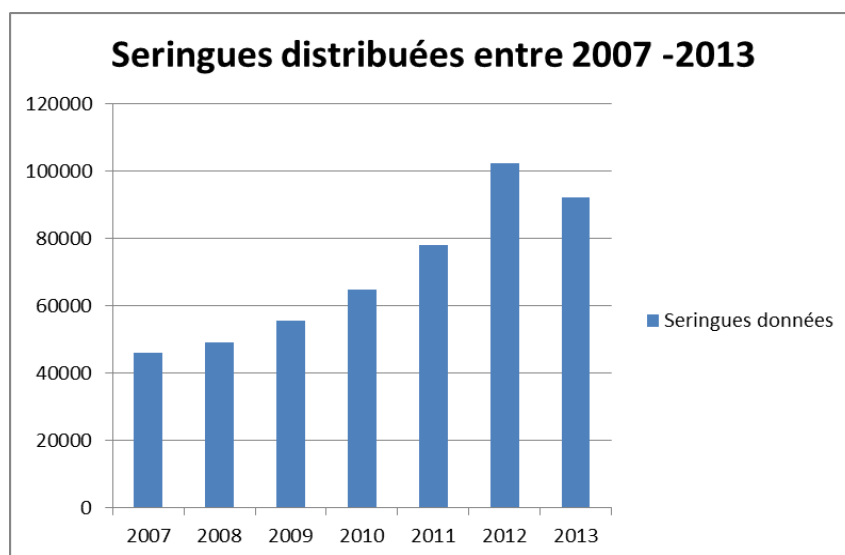
La réduction des risques (RDR) est une idée générale qui consiste à ne pas considérer l'usager uniquement à travers son usage de drogues, mais à le considérer comme une personne à part entière, qui prend des risques. La RDR tente de limiter, de calculer les risques pris pour permettre de mieux vivre 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 désocialisation¹.

2. Le comptoir en quelques chiffres

Matériel distribué en 2013

En 2013, le Comptoir d'échange a mis à disposition plus de 92000 unités de seringues à disposition des usagers de drogue par voie intraveineuse. Soit, environs 10% de moins qu'en 2012 qui fut l'année où nous avons eu un taux de distribution avoisinant les 100000 unités. En 2013 pourtant, nous avons eu une file active supérieure à l'année précédente.



¹ I.Vitry : « La proximité, un travail sur le fil : La complexité du lien avec des personnes en er rance socio-affectives », 2009

En ce qui concerne le matériel connexe², nous observons que nous sommes à un taux de 50% par rapport aux seringues échangées. Dans une optique de réduction des risques pour les usagers par voie intraveineuse, ceci représente un problème majeur. En effet, il faudrait, pour réduire au maximum les risques liés à l'injection que les usagers utilisent, pour chaque consommation, l'ensemble du matériel pour chaque injection. Lorsqu'on observe les chiffres, nous sommes encore loin de cet idéal.

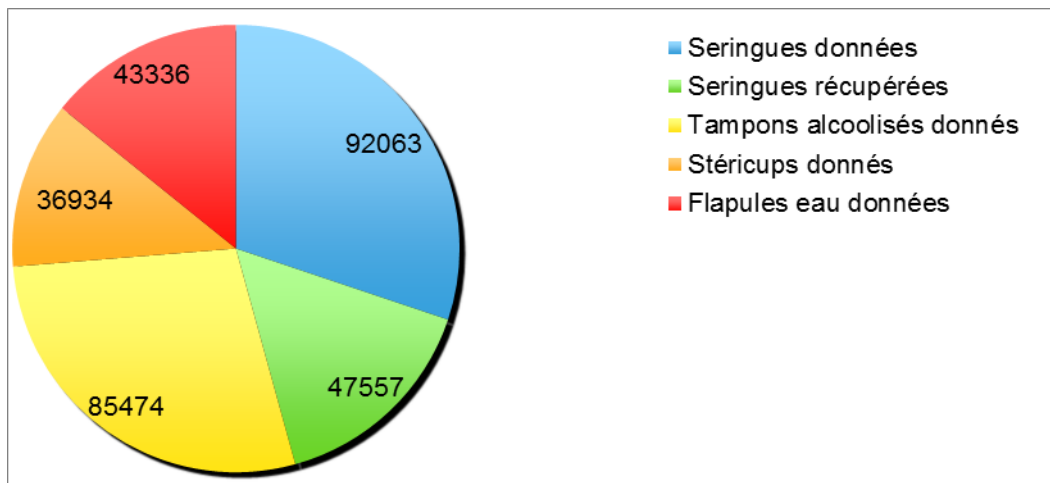
Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette tendance qu'on retrouve dans plusieurs comptoirs en Wallonie et à Bruxelles :

- Les usagers vivant en rue ne souhaitent pas emporter beaucoup de matériel sur eux par peur des contrôles. Ils privilégient dès lors la seringue aux matériels connexes
- Le matériel mis à disposition n'est pas adapté aux consommations et n'encourage pas les usagers à l'utiliser de manière unique. Pour les flapules d'eau par exemple, le contenant de 5 ml est largement suffisant pour plusieurs injections. Dès lors, ils réutilisent la même flapule pour plusieurs shoots alors qu'une fois ouverte, celle-ci contient rapidement des bactéries qui augmentent les risques de destruction du capital veineux. Des flapules de 2 ml seraient parfaitement adaptées mais nous ne pouvons 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 qui augmente les risques mais nous n'avons pas la possibilité au niveau du budget de nous en procurer.
- Les usagers de drogues étant dans la consommation depuis plusieurs années ont adopté des pratiques et véhiculent certaines croyances quant à la manière de faire un shoot. Pour une partie de ceux-ci, seule 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.
- ...

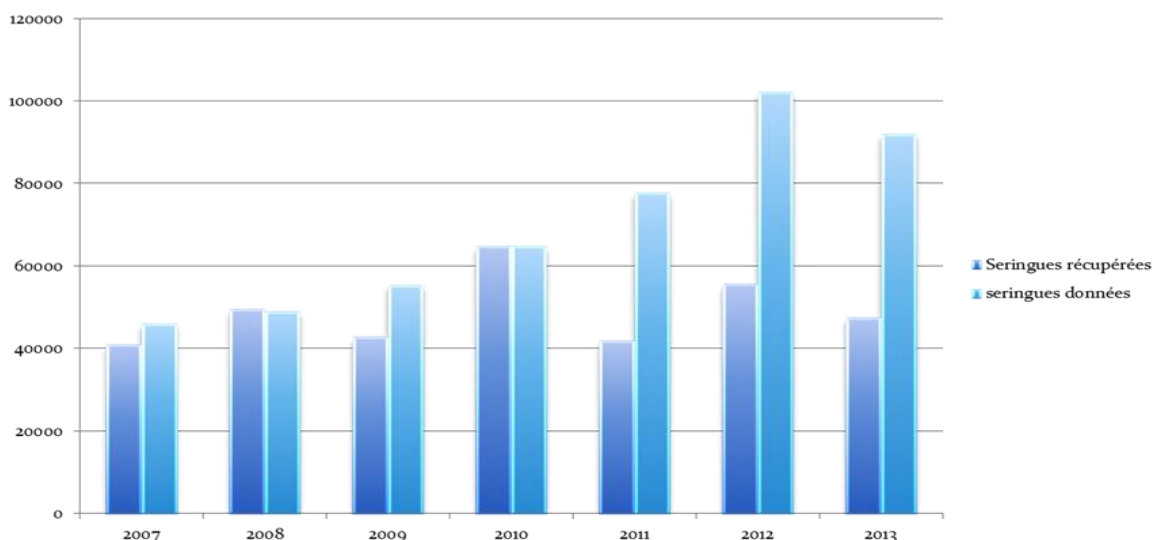
² Flapule d'eau, Tampon d'alcool, Cuillère stéril

Dans notre travail, nous tentons à chaque échange d'encourager l'utilisateur à prendre l'ensemble du matériel mais la tâche peut s'avérer ardue car beaucoup refuse notre offre. Nous essayons alors d'objectiver les risques encourus en nous aidant de divers supports (shooter propre...) pour qu'ils prennent conscience des risques encourus en cas de réutilisation du matériel. 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 passant par le comptoir prenait 100% du matériel connexe, nous ferions un pas en avant dans la réduction des risques mais nous serions incapables de répondre à ces demandes par manque de moyen.



En ce qui concerne le taux de récupération du matériel usager, nous constatons depuis 2011, une baisse par rapport aux années précédentes. Plusieurs phénomènes pourraient expliquer cette tendance comme l'augmentation significative du nombre de seringues distribuées ces 3 dernières années, l'augmentation corollaire de notre file active, la diversification du public dont une partie constituée de nouveaux usagers qui pour diverses raisons (culturelle, précarité accrue, praticabilité...) sont moins « éduqués » ou « accessibles » aux dimensions de la RDR et de l'échange...



En 2013, nous avons tenté de rectifier le tir en prenant trois type de mesures :

- Nous avons questionné les usagers sur la manière dont ils se débarrassent du matériel pour avoir des éléments de réponses par rapport à ce constat. La plupart des usagers qui fréquentent le CLIP sont en situation de rue. Pour eux, utiliser les conteneurs de récupérations 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...) Ceux-ci préfèrent donc se débarrasser directement du matériel via des poubelles publics, en le jetant dans une bouteille ou... en le laissant sur place
- Ensuite, nous avons réorganisé des séances de ramassage de seringues dans l'espace public avec des usagers jobistes. C'est une manière pour nous de les sensibiliser à la problématique du matériel dans l'espace public.
- Enfin, avec l'aide d'une stagiaire infirmière en santé communautaire, nous avons mis en place une campagne de sensibilisation à destination des usagers pour les encourager à ramener le matériel. Nous avons également renforcé notre discours lors de la délivrance du matériel sur l'importance des retours et afficher une lettre ouverte à destination de nos bénéficiaires ou nous leur rappelons l'importance des retours.

Nous nous sommes posées la question de savoir s'il nous était possible de 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. Cela dit, l'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 notre taux récupération

File active et nombre de contacts

La file active correspond au nombre de personnes différentes rencontrées par le service au cours de l'année, à savoir 1344 usagers en 2013. Le tableau qui suit montre que ce nombre est en augmentation constante depuis trois ans, ce qui a inmanquablement un impact sur le nombre de contacts entre usagers et travailleurs, soit 6124 contacts cette année.

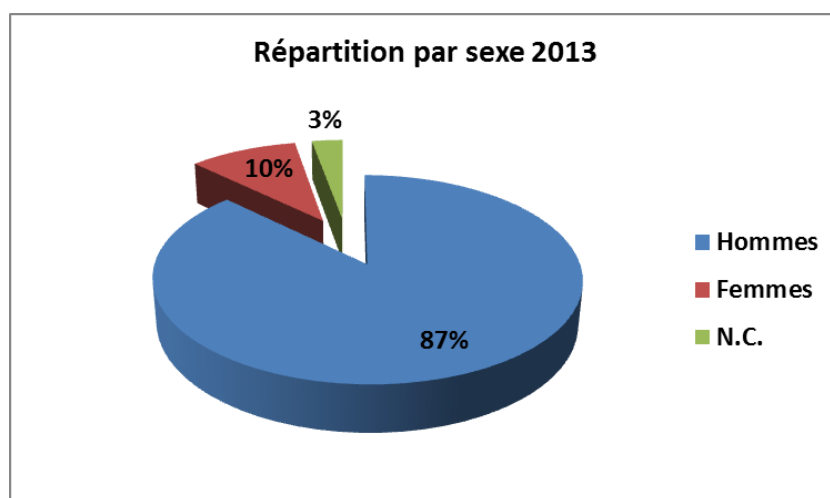
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2103
File active	210	180	288	327	546	517	346	888	1031	1205	1344
N.B Contacts	1210	1117	1178	1523	1627	1624	1683	2595	3389	5998	6124
% File Active	17%	18%	24%	21%	34%	22%	21%	34%	30%	20%	22%

Cette augmentation constante des usagers fréquentant le CLIP 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. Nous sommes en recherche de nouveaux locaux pour augmenter notre capacité d'accueil et garantir un service de qualité à nos usagers.

Répartition du public par sexe

La répartition par sexe des usagers fréquentant le CLIP est relativement stable d'année en année : une majorité d'hommes pour une minorité de femmes comme l'indiquent le tableau et le graphique qui suivent.

	2009	2010	2011	2012	2013
Hommes	303	799	923	1070	1173
Femmes	43	80	102	126	133
N.C	0	9	6	9	38
Total	346	888	1031	1205	1344

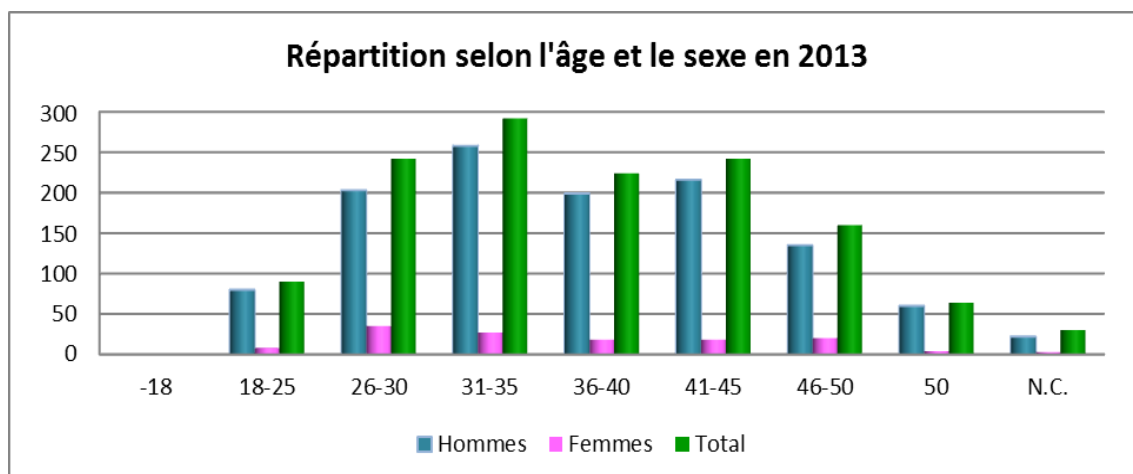


Plusieurs hypothèses peuvent être posées pour comprendre pourquoi une telle disparité existe dans la répartition par sexe. Principalement, c'est parce qu'il y a plus d'injecteurs hommes, ce que confirment les données épidémiologiques. Subsidiairement, ce sont probablement les hommes qui viennent chercher le matériel dans le cadre de consommations en couple et les femmes ne se sentent peut-être pas toujours à l'aise au comptoir vu la grande proportion d'hommes qui le fréquentent.

Répartition du public par tranches d'âge

Le tableau et les deux graphiques ci-dessous présentent la répartition des usagers fréquentant le CLIP selon les tranches d'âge et le sexe. La file active est constituée pour l'essentiel (74,42 %) d'usagers adultes qui se trouvent dans la classe d'âge des 25-45 ans. Nous voyons également que les jeunes consommateurs sont très peu représentés à l'instar des années précédentes (idem pour les plus de 50 ans). Comme nous le verrons dans ce rapport, une série de mesures ont été mises en place pour toucher de manière pro-active le public jeune et primo-injecteur qui ne fréquente pas le CLIP.

	-18	18-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	50	N.C.
Hommes	0	80	203	258	199	216	135	60	22
Femmes	0	8	35	27	18	18	20	4	3
N.C.	0	2	4	7	7	8	5	0	5
Total	0	90	242	292	224	242	160	64	30
% Classe d'âge	0,00%	6,70%	18,01%	21,73%	16,67%	18,01%	11,90%	4,76%	2,23%
% Hommes		88,89%	83,88%	88,36%	88,84%	89,26%	84,38%	93,75%	73,33%
% Femmes	0,00%	8,89%	14,46%	9,25%	8,04%	7,44%	12,50%	6,25%	10,00%



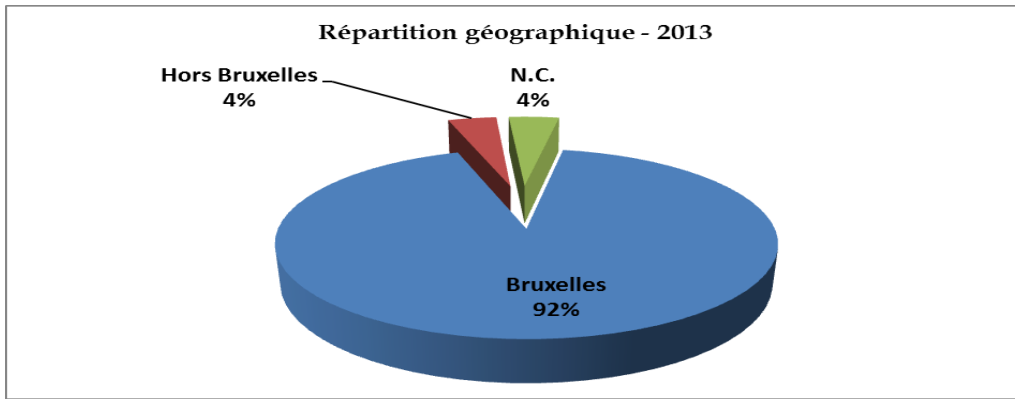
Age Moyen

Usagers	37,15
Hommes	37,28
Femmes	35,85

Répartition géographique du public

La répartition géographique du public du CLIP est déterminée par les codes postaux que les usagers fournissent comme étant leur lieu de vie. Le premier tableau permet de distinguer les usagers qui résident dans la Région de Bruxelles-Capitale de ceux qui vivent en dehors de Bruxelles.

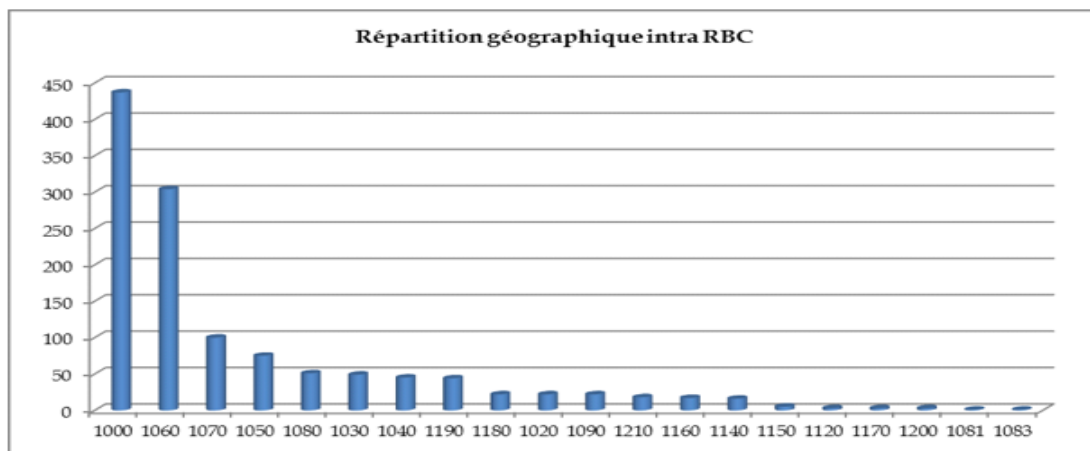
Le graphique qui suit montre que 92% des usagers qui fréquentent le CLIP vivent dans la Région de Bruxelles-Capitale.



Répartition géographique

RBC	1238
Hors RBC	52
N.C	52

Répartition par code postal en RBC



Code postal	1000	1060	1070	1050	1080	1030	1040	1190	1180	1020	1090
Usagers	437	304	100	75	51	49	45	44	22	22	22
Code postal	1210	1160	1140	1150	1120	1170	1200	1081	1083	Hors RBC	N.C.
Usagers	18	17	16	5	3	3	3	1	1	52	54

Les chiffres issus de la répartition intra RBC nous montre que c'est la ville de Bruxelles qui compte la représentation la plus importante d'utilisateurs. Ceci dit, dans la pratique, on remarque que ces chiffres peuvent être tronqués. En effet, une proportion assez représentative de nos

usagers est sans abris et n'a pas d'adresse de référence. Ceux-ci donnent pour la plus part le code postal 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.

B. Informations et **éducation à la santé**

Outils d'information

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 nos messages de prévention et les rendre compréhensifs à l'ensemble du public, nous nous appuyons sur divers brochures et autres publications ainsi que sur des outils didactiques. Ceci est indispensable car une partie 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 nous sont fournis par des partenaires de terrain (Modus vivendi, réseau hépatite C, centre Elisa, Plateforme prévention Sida, Gaia Paris, SAFE France...) Ces brochures sur lesquelles nous nous appuyons reprennent diverses thématiques : prévention sur les différents produits et sur leurs usages, préventions sur l'utilisation du matériel stérile à moindre risque, prévention et éducation à la santé, lieux de soin concernant les IST...

En plus de ces outils fournis par nos partenaires, nous produisons également notre propre matériel didactique : carte des sites d'injections traduite en plusieurs langues, carte des associations actives en matière de toxicomanie et le Bon plan que nous éditons chaque année. Il s'agit d'un agenda couplé à un répertoire d'adresse et d'une carte géographique de la RBC.

Pour renforcer nos compétences et nous aider dans la diffusion des messages de préventions et de réductions des risques, les membres de l'équipe ont suivi deux formations spécifiques dispensées par notre partenaire Modus Vivendi : une formation en réduction des risques et une formation sur les pratiques d'injection.

Participation à l'opération Boule de neige

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. Elle vise un public d'utilisateurs 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. Elle permet en outre de recueillir des informations sur les comportements et pratiques des utilisateurs³.

Comme les autres années, l'asbl Dune a participé, en partenariat avec Modus Vivendi à l'opération Boule de Neige qui consiste à réunir des utilisateurs de drogues afin de leur dispenser des messages en termes de réduction des risques. Après dix séances d'informations/formation, ces utilisateurs vont à la rencontre d'autres utilisateurs avec un questionnaire pour d'une part observer leurs connaissances en termes de réduction des risques et d'autre part leur prodiguer des connaissances nouvelles dans le domaine.

L'objectif principal de cette opération est que les messages en termes de réduction des risques atteignent un maximum d'utilisateurs de drogues même si ceux-ci ne fréquentent pas les structures existantes. Le second objectif est de recueillir les expériences des utilisateurs au travers des séances afin de questionner nos pratiques.

Cette année, une infirmière de Dune a participé à l'opération Boule de Neige prison à la prison des femmes de Berkendael en partenariat avec une travailleuse de rue de Transit et une psychologue du projet LAMA. Cette opération a également été menée avec des utilisateurs de la rue par un travailleur social de Dune et un éducateur du Projet Lama.

C. Questionnements et conclusions

Ce qui nous interpelle le plus dans notre pratique quotidienne, c'est la récurrence des dégâts corporels engendrés par les pratiques d'injections : abcès à répétition, ulcères multiples, destruction partielle ou totale du capital veineux, infections, mycoses... sans compter un taux de prévalence élevé d'hépatite C dans notre public et ce, malgré la mise à disposition du

³ Site internet de Modus Vivendi : <http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?rubrique30>

matériel stérile et les conseils que nous prodiguons simultanément à la délivrance ; conformément à l'arrêté Royal réglementant l'échange.

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

- une mauvaise connaissance des usagers quant à l'utilisation du matériel
- sous-utilisation du matériel connexe. Certains ne veulent pas s'encombrer malgré les dialogues réguliers avec les travailleurs sociaux autour de l'importance de l'utilisation du matériel connexe
- le matériel disponible n'est pas toujours adapté aux pratiques de consommations et à l'injection de différents produits (méthadone ; médicaments...)
- produits de mauvaises qualités
- adoption de « mauvaises pratiques » d'injections initiées par les pairs
- stress et rapidité lors de l'injection
- conditions d'hygiène
- manque de disponibilité du matériel

Pour aider la personne à réduire les risques liés à l'injection, nous nous appuyons sur divers supports (Shooter propre ; carte des sites d'injections, démonstration pour utiliser le matériel sans le souiller...) mais cela reste assez théorique lorsque cela se fait dans le cadre du comptoir. Nous sommes, pour reprendre Laurence Przylucki, directrice du comptoir de Charleroi, 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.* »

Par contre, à l'infirmerie, qui est un lieu discret où la personne est isolée avec l'infirmière, il est parfois plus aisé de montrer dans la pratique certains gestes à adopter en s'appuyant sur la demande de soin. Par exemple, trouver ses veines, montrer comment utiliser le matériel, comment positionner un garrot. C'est un tout premier pas vers l'AERLI (projet d'accompagnement à l'injection).

En effet, notre cadre légal ne nous permet pas d'aller beaucoup plus loin dans l'accompagnement des UDI malgré notre frustration et nos constat d'échecs en matière de réduction des risques face à la récurrence des problématiques liées aux pratiques d'injection.

Nous pensons qu'il est indispensable d'aller un pas plus loin dans notre travail en créant par exemple des formations pour l'injection (il ne s'agit en effet pas d'un savoir inné) ou, en proposant un dispositif d'accompagnement AERLI⁴ comme cela se fait en France dans le cadre d'une recherche encadrée par AIDES, Médecins du Monde, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites (ANRS)⁵. Concrètement, il s'agit d'offrir aux UDI des séances durant lesquelles ils sont accompagnés lors de leur consommation par des travailleurs sociaux et des infirmières formés aux pratiques d'injections. L'objectif est d'observer les pratiques et de prodiguer des conseils pour réduire les risques.

Cette approche offre un triple bénéfice :

- un avantage économique : moins de dégâts corporel, moins de transmission des hépatites donc, moins de frais en soins de santé.
- une cohérence dans nos pratiques de réductions des risques. Souvenons-nous de l'instructeur d'auto-école qui ne dispenserait qu'un savoir théorique.
- une opportunité scientifique : observer les pratiques d'injection nous permettrait de comprendre pourquoi, malgré la mise à disposition du matériel stérile d'injection, il existe un taux de prévalence important de transmission des hépatites.

Nous ne savons pas si ce type d'approche verra le jour en Belgique dans les années à venir mais nous nous y préparons car il s'agit pour nous de répondre à une demande et à une urgence sanitaire. Cela dit, nous nous rendons compte que ce type de dispositif n'est pas la panacée et qu'il doit s'accompagner de tout une série d'autres mesures, à commencer par un financement adéquat du matériel stérile distribués dans les comptoirs d'échanges. En effet, si nous voulons être cohérents dans notre travail, nous devons avoir les moyens de donner avec chaque seringue, l'ensemble du matériel connexe (flapule d'eau, tampon d'alcool, cuillère...) pour réduire au maximum les risques. Nous visons vers cet idéal, mais sans les moyens financiers qui devraient l'accompagner.

⁴ Aide et éducation lié à l'injection

⁵ <http://www.seronet.info/article/aerli-un-projet-de-recherche-sur-l%E2%80%99accompagnement-l-injection-44379>

3. Missions d'accompagnement socio-sanitaire

A. Dispensaire infirmier

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours. »

Louis Pasteur

La vie en rue, la grande précarité, l'errance, l'inhumanité, les ruptures, la violence, la souffrance marquent l'âme et les corps. Le syndrome d'auto-exclusion décrit par le psychiatre Jean Furtos touche notre public. Dans ces conditions, comment soigner ce qui est détruit, abîmé, morcelé ? Comment établir une relation d'aide et de confiance chez des personnes qui ont connu l'abandon, la violence, le rejet ? Comment faire de la prévention, de la réduction des risques, parler de santé, donner des conseils, établir des plans de soins, prendre des rendez-vous pour des personnes qui sont dans l'instant présent, concentrés sur leur survie, trouvant « des bulles de consolation et de plaisirs dans les drogues et l'alcool »⁶ ?

C'est au soignant d'adapter sa démarche, sa façon de voir. La notion de santé, les représentations qui y sont attachées, la charge symbolique, doivent sans cesse être réfléchies, sans chercher à généraliser, à normaliser. Chaque individu est unique et dès lors, chaque histoire différente, chaque soin particulier. Le soin doit donc commencer par un voyage dans le monde de l'autre, afin de tenter de le comprendre, en laissant de côté ses propres conceptions et valeurs. Avec, toujours, une patience infinie... et beaucoup d'espoir.

Le soin nécessite dès lors de la réflexion, mais aussi de la concertation. Concertation avec les collègues, avec le réseau et surtout, avec d'autres soignants. Il est donc essentiel d'être au moins deux pour partager les interrogations, les doutes, les situations où l'on se sent perplexe ou impuissant. Deux, pour se soulager du poids de la souffrance, prendre la distance adéquate, se recentrer sur l'écoute active et prendre le temps de se poser des questions, de s'évaluer. Deux, enfin, pour compléter les connaissances et parce que tel patient se confiera plus volontiers à tel soignant avec lequel il a plus d'affinités.

⁶ P. JAMOULLE, *Fragments d'intime. Amours, corps et solitudes aux marges urbaines*, Bruxelles, La Découverte, 2009, p. 241.

Depuis le mois de juillet 2013, nous avons eu l'opportunité d'étendre notre permanence infirmière chaque jour de la semaine au CLIP tout en ayant la possibilité de garantir trois à quatre fois par semaine des maraudes pour les infirmières durant lesquelles elles accompagnent un éducateur de rue de l'ASBL. Ceci a été possible suite à l'engagement en juillet de deux infirmières (1 équivalant temps plein $\frac{3}{4}$) au CLIP. Ceci nous a permis d'élargir nos missions et répondre aux demandes des usagers en nous permettant de poursuivre plusieurs objectifs :

- améliorer l'accès aux soins de santé pour les usagers de drogues en rupture avec les structures de soins classiques en créant un dispositif de référence interne au comptoir. Cela permet de développer un accompagnement adapté tout en continuant à promouvoir, à terme, leur orientation vers ces structures.
- à travers le soin, améliorer le contact avec l'utilisateur, car le soin permet un moment privilégié entre l'infirmière et l'utilisateur. Celui-ci a alors la possibilité de se confier, de déposer ses plaintes, ses ressentis, son vécu. Sur le long terme, une relation de confiance peut alors être créée entre l'utilisateur et l'infirmière.
- à travers le soin, introduire des sujets d'éducation à la santé, donner des conseils et des informations en matière de santé afin d'augmenter la vigilance des usagers et leur permettre de se réapproprier leur santé à travers une écoute, favoriser l'expression des besoins des usagers et, peu à peu, améliorer son insertion sociale.
- orienter les usagers vers des dispositifs de soins « classique » ou de 2ème ligne

Les soins infirmiers font donc partie des stratégies d'approche des publics précarisés en errance qui sont souvent à la recherche de réponses rapides et concrètes. De plus, le service infirmier participe avec les autres membres de l'équipe à la réduction des risques sanitaires et sociaux en axant son intervention sur l'éducation, les soins et la coordination avec le milieu médical et social.

1. Mission

Les missions du dispensaire peuvent se décliner en trois volets : *Offrir des soins de première ligne ; Proposer un accompagnement adéquat ; favoriser l'autonomie et la responsabilisation des patients ;*

- **Offrir des soins de première ligne**

« Cela a pris plusieurs mois avant que je me sente en confiance, et que je frappe à la porte du dispensaire pour demander des soins. À ce moment-là, j'avais un érysipèle à la jambe et cela demandait des soins hebdomadaires. J'allais au dispensaire 2 fois par mois. Maintenant, je viens tous les jours pour des soins ponctuels et poser quelques questions. »

Un usager

Les usagers rencontrés au CLIP sont, de manière générale, dans une situation de précarité importante. Une grande majorité d'entre eux est sans emploi, sans aucun revenu de remplacement (CPAS, mutuelle, ..), sans aucune couverture pour les soins de santé (AMU, carte médicale, ...), beaucoup sont sans logement et certains n'ont même aucun document d'identité valable sur le territoire. Les besoins les plus souvent rencontrés sont conséquents de leur situation de vie. Les soins d'hygiène sont très fréquents à DUNE et les infirmières tentent de répondre le mieux possible aux multiples demandes des usagers en leur offrant la possibilité de faire un bain de pieds, de prendre une douche, de laver leurs vêtements et des soins appropriés en fonction des problèmes d'hygiène rencontrés.

Les besoins les plus souvent exprimés par les usagers sont conséquents de leur situation de vie. Les soins effectués au CLIP en fonction des problématiques de santé peuvent être regroupés en 10 items :

1. Les soins d'hygiène
2. Les traumatismes suite aux chutes et bagarres : coupures, coups de couteau, éraflures, hématomes, foulures, morsures
3. Les problèmes respiratoires et infectieux : asthme, bronchites, toux chronique, états grippa, etc.
4. Les problèmes dermatologiques: mycoses, pédiculose, gale, etc.
5. Les problèmes circulatoires : abcès, ulcères, phlébites, etc.
6. Les troubles gastro-intestinaux : nausées, diarrhées, etc.
7. La malnutrition, les carences, anémie, etc.
8. Les troubles psychiatriques : délires, troubles graves du comportement, paranoïa, dépressions, troubles hallucinatoires, auto-exclusion, etc.

9. Les urgences : urgences psychiatriques, crises d'épilepsie, overdose, inconscience, etc.

10. Les problèmes dentaires : caries, inflammations, algie, abcès.

Ces problèmes de santé sont provoqués ou accélérés en raison de leur situation précaire et de leurs conditions de vie. Bon nombre de facteurs sont en cause: le froid, le manque d'hygiène, un sommeil perturbé ou insuffisant, des mauvaises pratiques d'injection, une sous-alimentation ou malnutrition,...

D'une façon générale, bien que les soins effectués au CLIP peuvent être très variables, les soins d'hygiène ainsi que les problèmes touchant la peau et les tissus mous (abcès, ulcères, phlébites, mycoses, infections...) sont ceux les plus fréquemment rencontrés, car ils résultent d'une consommation de drogues par injection ainsi que de conditions de vie très précaires. Les douches font partie du soin d'hygiène, tout comme les bains de pieds, la distribution de chaussettes et de tout le nécessaire utile aux soins d'hygiène (shampoing, savon, brosse à dents, dentifrice, ...), lorsque nous en avons à distribuer. C'est aussi l'occasion pour l'infirmière d'observer, afin de repérer les plaies, infestations ou troubles dermatologiques éventuels. Les soins d'hygiène non seulement préviennent les maladies, mais facilitent l'accès aux soins dans les structures médicales. En effet, il n'est pas rare que les personnes vivant en rue refusent de consulter parce qu'elles se sentent sales. Prendre une douche, avoir des vêtements propres permet de retrouver sa dignité, et d'éviter d'être jugé.

Enfin, l'infirmière, pendant un bain de pied par exemple, peut profiter du temps offert pour donner des informations de réduction des risques, des explications sur le sida ou les hépatites. Parfois, la demande de soin n'est qu'un prétexte pour parler, se décharger, se déposer, se confier, souffler. Alors nous écoutons, tentant de soulager telle angoisse, telle frustration, telle douleur. L'exemple du bain de pieds permet de montrer que l'interaction qui se noue entre l'infirmière et l'usager procure différents bénéfices, au-delà du soin lui-même.

Les complications psychiatriques (délires, troubles graves du comportement, paranoïa, dépressions, troubles hallucinatoires, etc.) font partie des risques liés aux usages de drogues et/ou à la vie en rue, qu'ils en soient la cause ou la conséquence. De nombreux usagers du CLIP, vivant en rue ou en appartement, ont des problèmes d'ordre mental. C'est quelquefois extrêmement difficile à gérer par les infirmières comme par les autres travailleurs de DUNE : nous tentons alors de faire appel au réseau associatif ou aux hôpitaux.

Lorsqu'il n'est pas possible de répondre à la demande de soins (comme pour les problèmes dentaires par exemple), le patient est orienté et accompagné vers le service compétent.

- ***Orientation***

Notre première mission est de dispenser des soins de première ligne à nos usagers. La plus part du temps, il s'agit de soins liés à des dégâts occasionnés par les pratiques d'injections; des soins de plaies suite à des bagarres, des soins de pieds... Souvent pourtant, nous recevons des demandes que nous ne pouvons traitées car les soins nécessitent l'intervention d'un spécialiste. Nous proposons alors à l'usager de l'orienter et de relayer sa demande vers des structures hospitalières et nous l'aidons dans ses démarches : prise de rendez-vous, explication de la future intervention, conseils et soutien quant à la nécessité de poursuivre le soin...

Pourtant, ce travail fait en amont de l'orientation n'est bien souvent pas suffisant car bien des blocages subsistent. Sans être exhaustif, nous pouvons citer deux freins à l'orientation : une méfiance envers les structures hospitalière et des situations administratives entravant l'accès aux soins de santés.

- ***Accompagnement***

Dans notre pratique quotidienne, nous constatons que l'accompagnement physique est d'une grande aide aux usagers mais également aux personnels des autres services et structures. Ces travailleurs sont souvent mal à l'aise et se trouvent en difficulté face à ce public. 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, de les aider à comprendre ce que les services leur demandent et leur expliquent.

Suivant ces observations issues de la pratique de terrain, nous avons pris le temps de la réflexion pour savoir quelles conditions pourrions-nous mettre en place en équipe pour que l'accompagnement de la personne se déroule au mieux. Nous avons dès lors décidé que les accompagnements médicaux se feraient dans la mesure du possible, par les infirmières du CLIP en raison de leur formation spécifique et de leur expérience dans le domaine. Elles sont en effet plus à même de pouvoir expliquer en des termes simples le déroulement d'une intervention, la lecture d'un diagnostic ou reprendre les explications du médecin avec l'usager lorsque celui-ci n'a pas saisi le contenu du message ou tout simplement, lorsque le personnel soignant des structures de soins n'a pas eu le temps nécessaire à consacrer à la personne.

*"Ne pas railler, ne pas déplorer, ne pas maudire, mais
comprendre"*

Spinoza

- ***Autonomie et responsabilisation des patients***

La réduction des risques 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, au travers de brochures, de discussions, de messages de prévention, d'animations « boule de neige », etc. afin de répondre aux besoins sanitaires et sociaux des usagers, dans le respect des choix de chacun.

Cette année encore, outre l'agenda « Bon Plan » reprenant des messages de prévention ainsi que les différentes associations bruxelloises offrant des points d'assistance médicale et sociale de première ligne, l'accent porté à l'éducation à la santé a été présent par l'intermédiaire de l'affichage de conseils sur l'injection à moindre risque⁷. Les affiches placées sur les murs de l'accueil ainsi que dans l'infirmerie ont ouvert le dialogue et la discussion autour de la bonne façon de s'injecter, des risques, etc. De nombreux usagers nous ont fait part de l'intérêt de ce manuel et ont pu poser des questions plus « techniques ».

Cela dit, ce type de dispositif ne suffit pas à lui seul. Il faut en effet user de stratégies particulières afin de faire passer les différents messages de préventions et de promotions de la santé aux usagers, car ceux-ci ne sont pas toujours prêts à consacrer le temps et l'énergie nécessaire au suivi de leurs situations médico-sociales. Dès lors, dans le cadre de leurs missions, les infirmières tentent de prévenir l'apparition d'une maladie et des dommages liés à l'utilisation de drogues ou de leur aggravation chez une population à risque. Elles essaient ainsi de maintenir et de conserver la santé des usagers en travaillant et en réduisant les facteurs de risque. Elles favorisent l'adoption d'habitudes de vie « saines » afin que les usagers trouvent un niveau de bien-être optimal malgré leurs conditions de vie souvent très précaires. Elles tentent d'améliorer leur qualité de vie. Et enfin, elles favorisent l'autonomie, la responsabilisation et l'autogestion de sa santé en conférant des moyens, des compétences pratiques, des informations aux usagers. Elles aident les usagers à prendre conscience de leurs ressources et limites, de leurs capacités et compétences, afin d'acquérir plus de contrôle sur

⁷ Le support utilisé « Manuel du shoot à moindre risques » a été créé par ASUD, une association française d'auto-support, voyez : http://www.asud.org/pub/manuel_shoot_moins_risques.pdf

leur vie et leur environnement.

Les infirmières de DUNE mettent en évidence l'importance de la participation des usagers dans les processus de décision les concernant. En effet, la participation est un facteur d'efficacité, d'efficience et de pouvoir. Les infirmières impliquent donc les usagers de manière active dans les soins et travaillent en étroite collaboration avec eux.

2. Le dispensaire infirmier en quelques chiffres

Profil des usagers soignés au dispensaire infirmier

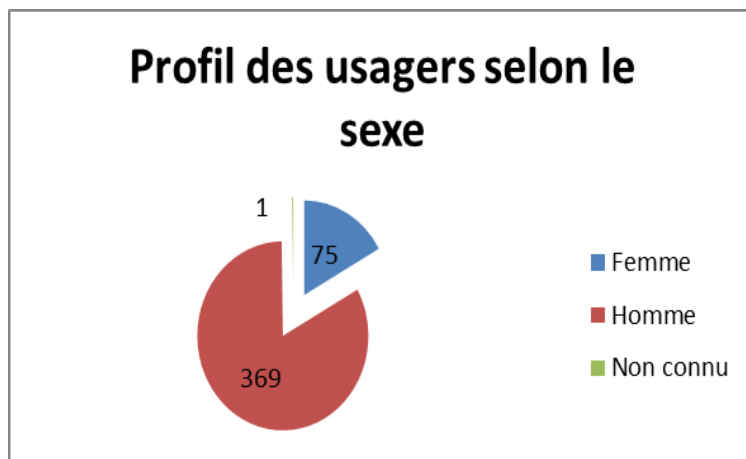
Le public soigné au dispensaire infirmier a des caractéristiques propres qui le différencient parfois du public qui fréquente le CLIP. Plusieurs cas de figure sont possibles :

- un usager peut fréquenter le CLIP sans faire appel au dispensaire infirmier ;
- un usager peut se faire soigner au dispensaire sans échanger de matériel d'injection
- un usager peut fréquenter le CLIP et s'y faire soigner.

Pour chaque usager rencontré dans le dispensaire infirmier, un dossier de santé informatisé est créé. Cette base de données est uniquement accessible au personnel soignant afin de respecter le secret professionnel.

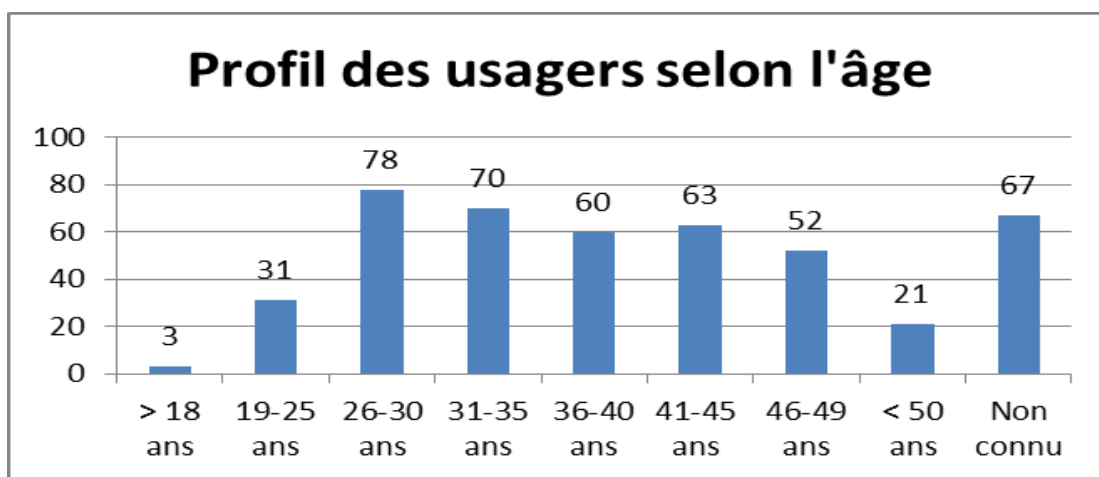
Bien qu'il existe un dossier type qu'il suffit de compléter avec l'usager, nous constatons que ceux-ci ne sont pas toujours complets et/ou mis à jour. En effet, tout comme pour le travail en comptoir d'échange, dans le dispensaire infirmier nous essayons avant tout de créer un contact avec les usagers afin qu'ils se sentent à l'aise et en confiance. Le but étant que, pour le consommateur de drogues, le dispensaire infirmier soit un relais de soins de santé de première ligne. C'est seulement lorsque le contact est créé et la confiance installée que nous tentons de compléter le dossier de l'usager. Cela se fait donc au fur et à mesure des rencontres. Cependant, l'usager a toujours le droit de refuser de répondre à nos questions.

Depuis la création du dispensaire infirmier en 2005, 445 usagers différents y ont été soignés. Comme chaque année, un nombre important de nouveaux usagers a fait appel au dispensaire infirmier. Ceux-ci nous sont référés soit par un usager connaissant déjà nos services, soit par une association partenaire. Cela reflète tous les efforts de l'équipe professionnelle pour faire du CLIP un lieu où la relation de confiance avec les consommateurs de drogues est prioritaire. En 2013, nous avons donc rencontré 83 nouveaux usagers.



Nous constatons que le nombre de femmes prises en charge par le dispensaire infirmier représente seulement 16,5% de la population qui y est soignée. Cette proportion reste néanmoins supérieure que celle que nous retrouvons dans la file active du CLIP.

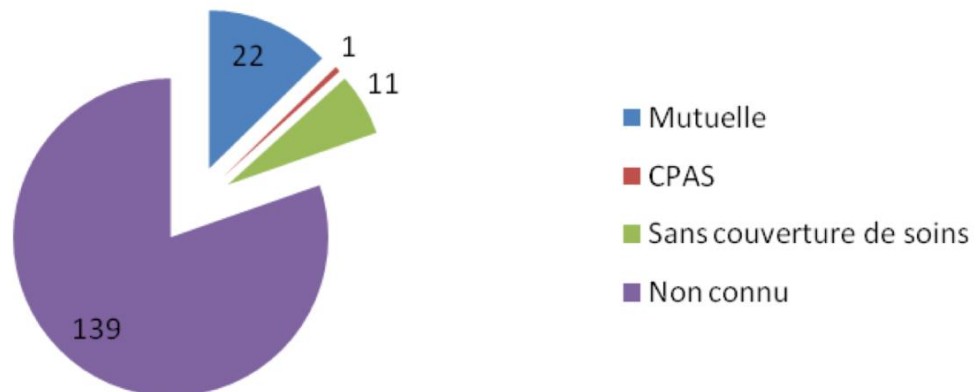
Deux hypothèses peuvent expliquer ce bas chiffre. Premièrement, les femmes étant un public plus vulnérable, nous aimons croire qu'elles sont prioritaires pour tous les services d'aide de première ligne et que, par conséquent, elles sont plus facilement prises en charge par ceux-ci. Deuxièmement, nous pensons qu'elles ne se montrent pas facilement et qu'il leur est difficile de pousser la porte du CLIP, bien qu'elles restent un peu plus réceptives aux soins.



Nous remarquons que la majorité des personnes soignées au dispensaire infirmier est relativement jeune : le public étant âgé de 26 à 45 ans en moyenne. La tranche d'âge des usagers âgés entre 26 et 30 ans étant celle qui est la plus représentée (17,2% de la file active). Nous remarquons aussi que trois personnes mineures ont déjà fait appel au dispensaire infirmier depuis sa création. Ce chiffre trouve son explication dans le fait que beaucoup

d'usagers fréquentant le CLIP sont parents et il peut arriver que ceux-ci viennent accompagnés de leurs enfants pour les y faire soigner.

Profil des patients selon l'accessibilité aux soins



Il est difficile d'établir avec certitude les caractéristiques d'assurabilité des usagers pris en charge par le dispensaire infirmier étant donné que, pour la plus part des personnes ayant reçus des soins, cette donnée est indisponible. Ceci peut s'expliquer par plusieurs facteurs.

- Premièrement, lors des soins en rue, il est difficile, en plus de l'acte de soin d'obtenir les données relatives à la situation administrative. Souvent, la personne est dans un état de détresse et ce n'est pas le moment opportun pour recueillir ce type d'information. Nous privilégions l'écoute et la création du lien qui peut se produire autour du soin. Lorsque les soins s'effectuent au CLIP, il est parfois difficile pour l'infirmière de prendre le temps de recueillir ces informations vu l'urgence de certaines situations et de la demande importante de soins. Lors de certaines soirées, l'infirmière peut être amenée à faire entre 6 et à 10 soins en l'espace de quelques heures. Cela reste exceptionnel, mais la pression que peut ressentir le personnel lors de ces soirées est considérable, surtout lorsqu'on est amené à travailler dans l'urgence.
- Ensuite, la base de données utilisée pour l'encodage a été en partie perdue suite au vol de l'ordinateur de l'infirmierie. Heureusement, il subsistait des traces des soins effectués via un cahier de communication interne à l'infirmierie. Il est probable que

certaines données se soient perdues lors de la retranscription, car le cahier de communication ne contenait pas tous les éléments relatifs au dossier de l'utilisateur. Pour éviter ce type de désagrément, nous avons retravaillé notre base de données pour la rendre plus simple et plus rapide d'utilisation tout en sauvegardant nos données sur un serveur.

Nombre de soins par année

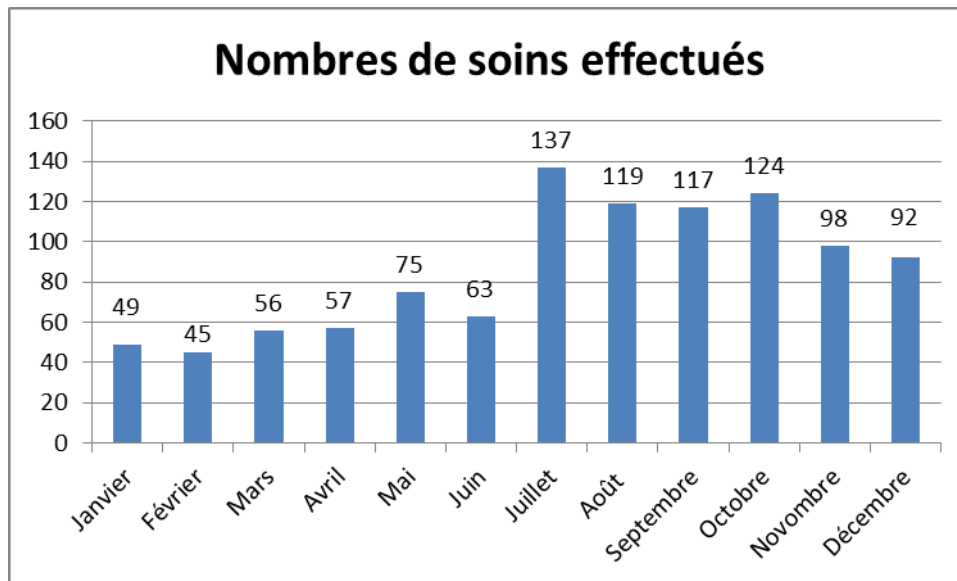
Au cours de l'année 2013, 1032 soins y ont été effectués ce qui représente une moyenne de 86 soins par mois ou un équivalent de trois soins par jour.

Ces 1032 soins ont été prodigués à 173 usagers différents. Certains usagers peuvent faire appel une seule fois au dispensaire infirmier ou de façon plus régulière sur une période déterminée ou encore de façon plus régulière tout au long de l'année.

Année	CLIP	Rue	Total
2011	687	26	713
2012	821	4	825
2013	1008	24	1032

Les soins en rue sont significativement moins nombreux. Ceci s'explique du fait que, une fois le contact en rue établi et l'utilisateur mis en confiance, celui-ci est invité à venir poursuivre ses soins au CLIP. Nous voyons également que le nombre de soins par mois a augmenté très fortement à partir de juillet lorsque notre équipe a été renforcée par deux infirmières (1,75 ETP).

Ces différentes observations aboutissent au constat d'une intensification des soins en 2013 : plus de soins sont donnés et plus de personnes sont concernées. Il y a deux explications complémentaires à ce phénomène : l'augmentation de l'offre de soins et l'augmentation de la file active fréquentant le CLIP. En effet, la file active a augmenté en 2013 de 10% par rapport à l'année précédente alors que les soins ont connu une augmentation de 25% par rapport à 2012. Mais c'est surtout l'augmentation des permanences paramédicales chaque jour de la semaine au CLIP qui nous aura permis de répondre à plus de demandes.



B. La permanence sociale

Une 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...

1. L'accompagnement dans l'émergence de la demande : compréhension des logiques d'actions

Il s'agit ici d'une étape souvent nécessaire pour mettre en place la démarche d'accompagnement et d'aide sociale. Bien souvent, les usagers que nous rencontrons n'ont pas de demandes spécifiques si ce n'est celle de matériel 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 ces refus, nous devons nous interroger sur les causes à l'origine et ce qui entrave la formulation de demande d'aide pour comprendre quelles approches adopter pour cheminer vers la mise en place d'un processus d'aide.

Des auteurs comme le psychanalyste J. Furtos apporte un éclairage intéressant pour comprendre ces refus et ses difficultés de demander une aide sociale avec son concept d'auto-exclusion. Furtos 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'enferme sur elles-mêmes et retourne 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.⁸

Intervenant : *Tiens mais tu ne t'ais 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 Zucca⁹, 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 aux 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 imprécis¹⁰* » A cette temporalité spécifique lié aux modes de vie en rue et à la débrouille, la vie du consommateur est rythmée parfois de manière métronomique à la consommation de produits psychotropes. Se lever, consommer pour *déblanchir¹¹*, partir faire la manche, trouver le dealer, trouver du matos, trouver un endroit

⁸ J. Furtos « *De la précarité à l'auto-exclusion, conférence et débat* » Ed. Rue d'ULM, p 25

⁹ S. Quesemand Zucca : « JE vous salis ma rue, Clinique de la désocialisation » ed. Stock, 2007, p 69-71

¹⁰ Idem p 70

¹¹ Mot utilisé par les usagers pour signifier stopper ou adoucir le manque

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.* Ces modes de vies mettent souvent les consommateurs devant un sentiment d'impuissance face au futur. Comment envisager l'avenir sereinement lorsqu'on est en rue et qu'on a à peine de quoi manger alors qu'il faut faire face également au manque et aux difficultés inhérentes à la toxicomanie et au monde de la rue ? 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 nous permettent de saisir également 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 rencontre en rue. Les usagers savent que la permanence sociale existe et qu'ils peuvent s'adresser aux infirmières mais ne le font pas systématiquement. La première demande qui est par ailleurs implicite est la demande d'écoute qui découlera sur la formulation d'une plainte ou d'une demande d'aide. C'est à partir de cela que 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 des enjeux que nous ne percevons pas pour l'utilisateur. En effet, Il faut être capable de quitter le monde de la drogue dans lequel la personne a recréé 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 exclu, 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 nous amène à nous poser la question de la réinsertion et de l'aide sociale à tout prix.

« Je me fait chier maintenant. J'ai arrêté de consommer mais les journées sont longues. Pas 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. »

Ce que nous valorisons n'est pas le résultat mais le processus qui mènera à la mise en place de solutions. Dès lors, nous ne visons pas une productivité en terme de suivi social mais une productivité du lien qui consiste à construire une relation de confiance qui sera porteuse de solutions¹²

Mr 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.).

Mr X. 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. Mr X. nous demande de lui fournir du matériel propre et stérile pour 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.

¹² Fustier P., Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial, Dunod, 2005, p75

Avec le temps et suite à nos rencontres régulières, un lien se crée avec Mr 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 cet asbl car il a manqué de nombreux rendez-vous dans le passé et 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, Mr 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, 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. Mr X. semble rassurer et le lien est ainsi maintenu.

Mr X. nous sollicite davantage maintenant. En effet, il fait appel aux infirmières pour des soins infirmiers 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.

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 Mr X. et à l'introduire au CLIP. Il s'agit pour nous d'un grand succès étant donné que Mr X., comme beaucoup d'autres usagers, est une personne marginalisée, exclue et en rupture avec de nombreuses institutions. Nous travaillons en collaboration avec Mr 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 dans un processus d'aide sur le long terme et d'établir un lien de confiance, mais à force de patience des résultats peuvent être obtenus. Ce cas met également en exergue les rapports tendus que les usagers de drogues en situation de précarité peuvent entretenir avec les lieux de soins et les services sociaux classiques.

2. Prise en compte des besoins du public en matière d'aide sociale

Outils de recueil de données¹³

Lors de l'année 2013, nous avons mis en place un programme informatique permettant de répertorier les différentes demandes formulées à la permanence social ainsi qu'à la permanence du dispensaire infirmier. L'objectif principal de l'élaboration de ce programme était d'avoir une vue d'ensemble des problématiques rencontrées par nos usagers afin de mettre en place une série d'actions permettant de répondre de la manière la plus adéquate possible.

Mise en place de synergie entre le service sociale et le dispensaire infirmier et renforcement des compétences

Ce répertoire nous a permis de constater que la plupart des demandes au service social concernaient des demandes d'aides pour avoir accès aux soins de santé. En effet, beaucoup de nos usagers ne sont pas en ordre administrativement, n'ont pas de mutuelle, ne bénéficie pas de ressources suffisantes pour leurs soins et ignorent les démarches (et parfois les possibilités d'obtenir une aide) à mettre en place pour recevoir une carte médicale ou une aide médicale urgente.

Si la demande d'aide pour l'accès aux soins de santé est celle qui est de loin la plus traitée au niveau du service sociale, il est intéressant de constater que bien souvent, celle-ci est formulée par les usagers lors de leurs passages à l'infirmierie pour des soins de première ligne. Ce n'est que lorsqu'il est nécessaire d'aller plus loin dans les démarches médicales que l'utilisateur accepte nos propositions d'aide pour l'accès aux soins de santé.

Suivant ce constat, nous avons pris deux mesures pour répondre aux mieux à ces demandes récurrentes :

- 1. renforcer la synergie entre l'infirmierie et la permanence sociale ;
- 2. renforcer nos connaissances dans le domaine de l'accès aux soins de santé.

¹³ Ce point sera présenté en détail dans la partie concernant la démarche d'évaluation qualitative

Pour répondre à cette problématique, nous avons mis en place des synergies entre le service social et le dispensaire afin de lui permettre d'avoir accès aux soins de santé le plus rapidement possible. Concrètement, lorsqu'un usager n'a pas accès aux soins de santé à cause de sa situation administrative ou financière, le dossier du patient est transmis à l'assistant social qui se charge d'effectuer les différentes démarches nécessaires à l'accès aux soins de santé.

Nous souhaitons davantage développer cette collaboration et renforcer nos compétences en la matière, car cela permet d'augmenter significativement le nombre d'usagers ayant accès aux soins suite au passage par l'infirmerie et le service social. Pour ce faire, nous avons programmé en 2014 une formation sur l'accès aux soins de santé qui nous sera dispensé par Médecins du Monde, notre partenaire sur le projet médibus. Il s'agit d'un enjeu capital pour nos usagers, car nos moyens étant limités en termes de soins, il est indispensable qu'ils puissent bénéficier du meilleur suivi médical possible. Mais ce qui nous importe, au-delà de ça, est le respect des droits sociaux de nos usagers.

À partir de février 2014, l'engagement d'un médecin au sein du CLIP favorisera davantage les suivis médicaux et permettra d'augmenter la proportion d'usagers ayant accès aux soins de santé notamment par la rédaction de réquisitoire visant l'accès à l'aide médicale urgente.

Augmentation des plages horaires de la permanence sociale

L'équipe du CLIP a souvent émis l'utilité d'ouvrir une deuxième plage de permanence sociale en semaine pour répondre plus rapidement aux demandes formulées par les usagers au comptoir et en rue. De leur côté, les usagers nous sollicitaient également à ce sujet car selon eux, une semaine, c'est parfois trop long à attendre pour rencontrer l'assistant social.

Jusqu'à présent, nous n'avions pas pu répondre à ces demandes par manque de personnel mais nous sommes parvenus à réorganiser le travail de l'assistante sociale pour lui dégager du temps afin d'ouvrir une seconde permanence sur la semaine.

A partir de janvier 2014, la permanence sociale aura lieu le mardi matin et le jeudi après-midi. En ayant deux permanences par semaine, une au début et une en fin de semaine, nous pourrions traiter les demandes directement sans attendre la semaine suivante. De plus, ouvrir une permanence sociale le matin offre l'avantage de pouvoir contacter certains services sociaux qui n'ouvrent qu'en matinée.

3. La permanence sociale en quelques chiffres

Hormis les données concernant le nombre de demandes formulées à la permanence sociale qui sont répertoriées depuis janvier 2013, les données concernant le type de demandes, la répartition par sexe/âge et la file active n'ont été encodées qu'à partir de juillet 2013 avec la mise en place du programme d'encodage. Si ces données ne sont pas complètes, elles permettent tout de même d'avoir un aperçu de notre travail et de notre public.

Lors de l'année 2013, la permanence sociale a eu lieu en moyenne trois fois par mois soit 29 fois sur l'année. Ce chiffre s'explique par le fait que nous avons manqué de personnel pendant une longue période pour tenir la permanence sociale.

Durant ces permanences, nous avons accueilli 96 demandes d'utilisateurs. Ce qui représente en moyenne 3,3 demandes par permanence sociale. Soit une demande par heure. Le temps consacré par demande peut sembler important mais 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 utilisateurs venant en permanence sociale viennent avant tout pour une écoute psycho-sociale et nous devons leur accorder le temps nécessaire. Le temps que nous consacrons à chacun fait également partie de notre approche qui consiste avant tout à recréer du lien et à travailler à l'émergence d'une demande investie.

Demandes¹⁴

En 2013, sur les 96 demandes formulées à la permanence sociale, 15 l'ont été par des utilisateurs n'ayant jamais bénéficié d'accompagnement du service social. Ce sont en général les

¹⁴ Données répertoriées depuis juillet 2013

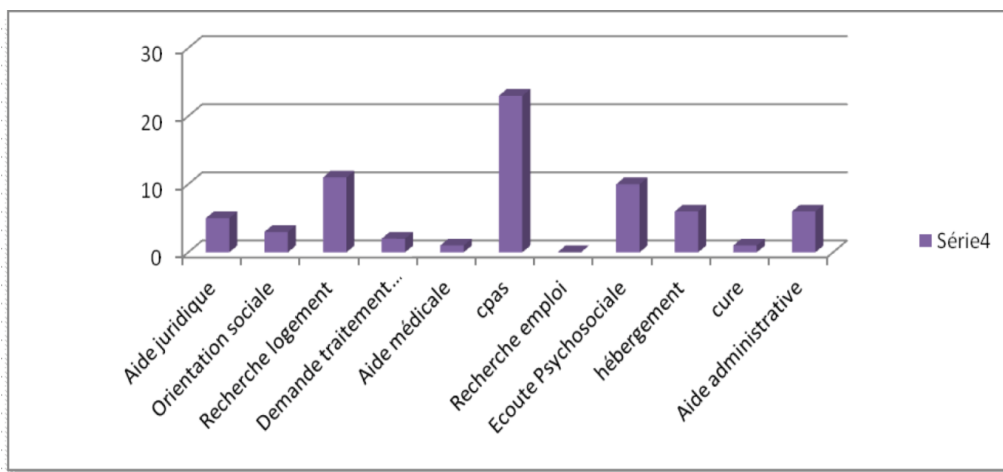
« habitués » du comptoir qui formulent les demandes d'aide sociale. Notre file active est de 51 personnes.

Les cinq demandes principales que nous recevons à la permanence sociale sont reprises dans les rubriques suivantes : CPAS, recherche logement, écoute psychosociale, hébergement, aide administrative

Environ trois quart des demandes reprises sous l'item CPAS concernent des demandes d'aide et d'accompagnement pour une carte médicale ou une aide médicale urgente. Les autres demandes reprises dans cette rubrique concernent des demandes d'informations relatives aux droits et aux devoirs des usagers face aux CPAS.

La demande qui arrive en deuxième position est celle de l'aide dans la recherche de logement. Cette aide peut prendre plusieurs formes : aide pour trouver une structure d'accueil, aide pour contacter des propriétaires, consultation de sites internet dédiés au logement...

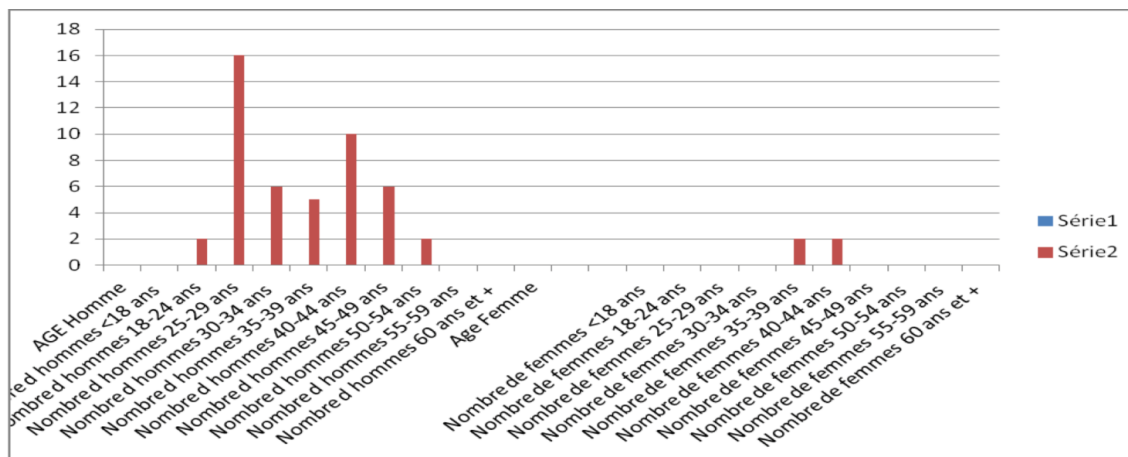
En troisième position, on retrouve la demande de soutien psycho-social. Ces demandes ne sont jamais formulées comme telles par les usagers. Il s'agit de moment où nous recevons des personnes en crise ou qui ont besoin de parler sans que ces discussions ne débouchent nécessairement sur une action concrète. Il s'agit surtout de moment de pose où l'offre d'écoute est plus importante que la mise en projet.



La rubrique hébergement concerne les démarches entreprises pour trouver un hébergement d'urgence ou de crise. Ces demandes sont majoritairement formulées à l'arrivée des basses températures. Cela dit, les demandes d'hébergement qui sont ici répertoriées concernent uniquement celles qui ont été enregistrées lors des permanences sociales. Elles ne prennent pas en compte celles formulées en rue ou au CLIP qui sont chaque année de plus en plus importantes face au manque de places d'accueils.

Enfin, la dernière rubrique la plus représentée est l'aide administrative. Cela concerne l'aide à la compréhension d'un courrier, aide pour remplir des déclarations d'impôt, rédaction de courrier...

Profile des usagers par âge et par sexe¹⁵



C. La permanence médicale

En 2012, nous annonçons notre volonté d'implémenter une permanence médicale au sein du comptoir d'échange mais, jusqu'à maintenant, nous n'avions pu concrétiser ce projet par manque de candidats médecins prêts à travailler avec notre public. A partir de janvier 2014, nous allons pouvoir poursuivre l'implémentation de ce projet soutenu par le fonds assuétude suite à l'engagement d'un médecin généraliste.

Ce projet nous permettra de compléter notre offre de service et de renforcer nos missions d'accompagnement en tentant d'apporter une approche complémentaire tout en permettant de consolider les réponses à apporter :

- aux difficultés d'orientation et de relais du public cible vers les structures de soins classiques pour plusieurs motifs : absence de couverture sociale d'un grand nombre de bénéficiaires du dispensaire et impasse pour régulariser certaines situations, réticence des bénéficiaires à consulter un médecin dans les structures de soins classiques

¹⁵ Données répertoriées depuis juillet 2013

(pratiques et cadre inadapté à cette population marginalisée dont l'accueil nécessite une approche particulière) ;

- à la surcharge des services bruxellois disposant d'une offre médicale gratuite, 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 de notre public cible, souvent à la marge du système de soins et fortement dégradé vu les prises de risques et son éloignement des systèmes classiques

Un travail préparatoire d'implémentation de la consultation médicale a été entamé en 2012 et poursuivi en 2013 en équipe, car plusieurs questions se posaient quant au cadre à donner à la mise en place de consultations médicales gratuites en parallèle des activités du comptoir.

D. L'accompagnement physique vers d'autres structures

L'accompagnement est une démarche qui consiste à accompagner la plus par du temps physiquement l'utilisateur vers les structures d'aide sociale et médicale classique. Les travailleurs de DUNE accompagnent les usagers qui rencontrent des difficultés à aller vers les institutions et les services d'aide dont ils pourraient bénéficier. Il s'agit de les aider à passer la porte et de surmonter certains blocages pour garantir leur accueil et le bon déroulement des démarches mises en place.

1. De l'émergence de la demande à l'accompagnement physique : le rôle du tiers dans la relation d'aide

Une fois la formulation de la demande effectuée, nous tentons d'accompagner et d'orienter la personne vers des services (sociaux, médicaux, traitement...) qui pourront apporter des réponses à la demande d'aide. Cela dit, l'orientation et le relais ne se font pas nécessairement sans mal. Beaucoup d'usagers n'osent plus franchir la porte d'autres services d'aides sociales ou médicales 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.

L'histoire d'un jeune usager fréquentant le comptoir illustre assez justement notre propos :

Un jeune usager fréquentant le comptoir depuis des 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...) 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 ?* » Rappelons pour finir que ce jeune à 28 ans...

Les blocages qui peuvent survenir entre l'homme de la rue et les institutions d'aides sociales ou médicales sont souvent dus à une incompréhension réciproque des systèmes de références propres à chaque partie (logique de la rue et logique institutionnelle) qui entraîne des blocages dans la relation. La personne toxicomane 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 toxicomanes 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 regarder 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

Pour comprendre, il faut aller voir, se renseigner. Mais les institutions ne sont pas adaptées à ce genre de travail de terrain. Pour les mettre en relation, il est indispensable de passer par un tiers. C'est-à-dire une personne qui permet de créer un lien entre deux systèmes qui sont à la base en désaccord, selon leur cadre de référence spécifique. Cette fonction de tiers est importante car en cas d'incompréhension, il peut permettre de réguler certains conflits et expliquer certaines informations qui ont été interprétées différemment par les deux parties.

Dans notre pratique quotidienne, nous constatons que l'accompagnement physique est d'une grande aide aux usagers mais également aux personnels des autres services et structures. Ces travailleurs sont souvent mal à l'aise et se trouvent en difficulté face à ce public. 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, de les aider à comprendre ce que les services attendent d'eux. Nous les soutenons à aller au bout de leurs démarches. Nous essayons de faciliter l'accès aux soins et à l'aide sociale, tentant – parfois pendant des mois – de persuader les personnes d'aller à l'hôpital, de voir le médecin. Le fait d'être accompagné les rassure, les pousse à consulter, et rassure également le personnel des services sociaux et médicaux, qui n'est pas toujours à l'aise avec les gens de la rue.

Nous, travailleurs sociaux de Dune, sommes invités à jouer le rôle de tiers et de traducteur entre les services officiant intra-muros et la réalité de la rue que nous connaissons par notre travail de rue et nos observations quotidiennes pour éviter les incompréhensions entre des systèmes de références « antagonistes » qui peuvent conduire à des blocages.

Notre rôle est également de redonner confiance à l'utilisateur, de l'encourager et de le soutenir dans ses démarches tout en l'informant des différentes pratiques des services pour éviter l'échec des parcours d'aide. L'objectif est de redonner confiance à l'utilisateur pour qu'à terme, celui-ci puisse mener à bien ses démarches.

En 2013, 75 accompagnements ont été programmés et 35 réalisés. Les autres ont été soit annulés soit, le bénéficiaire ne s'est pas présenté au rendez-vous. Cette année, suite à l'engagement de deux nouvelles infirmières en juillet 2013, nous avons observé une

augmentation considérable des demandes d'accompagnement par les usagers. Différentes hypothèses peuvent expliquer cette augmentation de demandes :

- 1. l'offre a peut-être augmenté la demande. Les infirmières étant plus nombreuses que les autres années, plus d'accompagnements ont pu être réalisés.
- 2. d'autres hypothèses complémentaires seraient que le nombre d'utilisateurs fréquentant le CLIP a augmenté, que le nombre de soins a donc également augmenté, que les utilisateurs préfèrent être accompagnés par une infirmière possédant les connaissances et les compétences requises, etc.

Nous pensons que cette offre d'accompagnement et d'orientation contribue fortement à l'augmentation, chaque année, du nombre d'utilisateurs fréquentant et faisant appel à l'association. Cette offre était possible en 2013 car nous avions suffisamment de personnel pour répondre aux demandes.

III. Missions spécifiques réalisées dans le cadre de l'agrément COCOF

A. Le travail de rue

1. Le travail de rue en quelques mots

Le travail de rue mené en soirée par les travailleurs sociaux (éducateurs, assistante sociale) et les infirmier(ère)s permet d'aller à la rencontre des habitants de la rue et plus particulièrement des utilisateurs de drogues actifs. Le travail de rue est une des spécificités de l'intervention de DUNE en tant que service actif en matière toxicomanie. Étant donné que les services sociaux et sanitaires sédentaires sont peu accessibles pour les utilisateurs de drogues en situation de grande précarité, le travail de rue offre des prestations qui tiennent compte de leurs habitudes de vie et qui permettent de répondre aux importantes difficultés qu'ils connaissent. et/ou de faire appel aux services qui leur sont destinés.

Le travail de rue est particulièrement exigeant mais aussi fort riche dans les contacts qui peuvent se nouer avec les habitants de la rue. Comme le souligne l'anthropologue Pascale Jamouille, « certaines nuits, "faire la rue" est une expérience de liberté et d'exploration des mondes urbains. D'autres nuits sont tendues, plombées par la fatigue, la chaleur ou le froid, la

puanteur des squats, la surexcitation des personnes ou le comportement agressif de leurs chiens. En rue, il faut faire preuve d'habileté relationnelle, user d'un fragile mélange d'autorité et de compromis, d'humour et d'intransigeance »¹⁶.

Le travail de rue est donc une modalité de travail essentiel pour accéder aux personnes en situation de précarité. Il « consiste à rejoindre la clientèle où elle se trouve et à l'aider à satisfaire ses besoins. Comme représentants du réseau de la santé, nous devons adapter nos services à la clientèle plutôt que d'exiger systématiquement que cette dernière s'adapte à nos services »¹⁷.

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 par les 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 entrées en contact avec des usagers de drogues et qui recherche un appui et un relais pour leur venir en aide.

2. Le travail de rue : une approche spécifique

La rue tisse un fil ténu entre les « sans-abris » et les travailleurs, dans une tentative d'apprivoiser les plus démunis, les plus méfiants, les plus marginalisés et les plus fragiles, dans le but de les réconcilier, peut-être, avec les institutions. En effet, nombreux sont ceux qui, aux prises avec une histoire émaillée d'enfermements et/ou de placements en institution, parfois depuis l'enfance, refusent tout lien avec les services d'aide. On est alors confronté au refus de la personne d'entrer dans un endroit ayant une culture différente et des règles, mêlé à la crainte du jugement. Les dépannages fournis en rue (matériel stérile, café, écoute, soins infirmiers) sont alors la seule solution, dans un premier temps. Malgré tout, les refus existent.

¹⁶ P. JAMOULLE, *op. cit.*, p. 113.

¹⁷ H. DENONCOURT *et al.*, « La pratique *outreach* auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants. Observations, réalités et contraintes », *Santé mentale au Québec*, 2000, vol. 25, n° 2, p. 179.

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'usager. 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. On observe, par exemple, que si certains hésitent, ils finissent par demander un aide lorsque la confiance s'est peu à peu installée tandis que d'autres demandent des soins en voyant le compagnon en recevoir : un peu d'iso-bétadine® et un « pansement psychologique » font alors des miracles...

Les dépannages fournis 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 l'accueil du CLIP où il sera possible d'entamer des démarches administratives (carte d'aide médicale urgente, mutuelle, carte d'identité, aide du CPAS, etc.), de réaliser des soins infirmiers dans de meilleures conditions et de l'accompagner vers d'autres structures selon ses besoins et demandes.

Une des conditions à laquelle le travail de rue peut s'effectuer est la compréhension de ces modes de vie liés à la rue. Ceci conduit les intervenants là où les usagers se trouvent précisément. Contrairement aux infrastructures intra-muros, ce type d'intervention en rue permet de se rendre compte de la réalité de terrain et des difficultés que rencontrent quotidiennement ces usagers. Cette démarche offre une vision différente de ce qu'on nous raconte habituellement sur la rue. On est à la fois observateur et intervenant. On essaye de s'intégrer à ce milieu afin de comprendre cette réalité très dure qui ne donne guère de chance à ceux qui s'y trouvent, car le monde extérieur ne se penche pas beaucoup sur leur sort.

Lorsqu'on travaille en rue, on se sent parfois un peu seul pour intervenir face aux problèmes rencontrés : la criminalité, la pauvreté, la marginalisation, les drogues, les problèmes socio-économiques... Se retrouver en rue, c'est aller à la rencontre d'un public très fortement précarisé qui est exposé à la marginalisation et à l'exclusion sociale.

« Faire du travail social de rue consiste à créer des pratiques sociales adaptées aux conditions et aux style de vie des habitants de la rue. »¹⁸. Ceci demande une très grande faculté

¹⁸ Horowitz. R, « Démarche en rue, oui mais dans quel sens ? », in Travailler le social, n°36, 2004, p13

d'adaptation de la part du travailleur social au contexte, à la personne et aux difficultés rencontrées par celle-ci. C'est ici que tout le travail social de rue prend son sens. En effet, adapter son intervention à la personne sous-entend se rendre compte de ce qu'elle vit au quotidien.

Ce type de travail social demande la participation des usagers car, eux seuls, sont les détenteurs du savoir de la rue et de la vie liée aux drogues. Cela dit, il faut être prêt pour rencontrer ce type de vie souvent différente de nos conceptions. En effet, selon Pascale Jamouille.¹⁹, cela demande à l'intervenant, lorsqu'il se sent « extraterrestre », d'être capable d'analyser son propre cadre de référence pour aller à la rencontre de celui de l'autre. Dans ce mode d'intervention, il faut se rendre compte que le savoir des usagers est premier car il permet d'établir une connaissance qui peut servir de base à l'intervention.

3. Le travail de rue en quelques chiffres

Nombre de contacts en rue

Les objectifs du travail de rue peuvent se résumer de la manière suivante : mettre à disposition du matériel d'injection dans les lieux de vie; rencontrer de nouveaux usagers et recréer du lien avec les usagers de drogues les plus fragilisés dans l'optique de les réorienter vers le comptoir où ils pourront bénéficier des différents services proposés par le CLIP et entreprendre des démarches sociales si nécessaire.

En 2013, le travail de rue nous a permis d'établir en rue pas moins de 508 contacts avec des usagers de drogues à Bruxelles en 97 sorties en rue. Ce qui représente en moyenne 5 contacts par soirée. Certains soirs, il arrive que les travailleurs ne rencontrent pratiquement personne tandis que d'autres ont établi un contact avec plus d'une dizaine de personnes.

Le terme contact comprend uniquement les situations où nous avons pu établir un dialogue avec les personnes rencontrées durant les maraudes. La plupart des contacts effectués en rue concerne des usagers déjà connu par les travailleurs soit parce que ceux-ci fréquentent ou ont

¹⁹ JAMOUILLE P., «Une ethnologue dans la rue», in Travailler le social, n°36, 2004, p44

fréquentés le CLIP ou parce que des contacts préalables ont déjà eu lieu en rue au fil des années. Nous estimons qu'environ 5% à 8% des contacts concernaient de nouveaux usagers. Nous essayons de faire le plus possible de travail de rue mais certaines semaines, il est difficile de maintenir les maraudes pour des motifs liés à la taille réduite de nos effectifs. L'équipe doit par ailleurs assurer l'ouverture du CLIP 6 jours par semaine tout en faisant face à une augmentation croissante de la file active du comptoir. Ceci nous impose d'augmenter les présences de travailleur à l'accueil au détriment des maraudes.

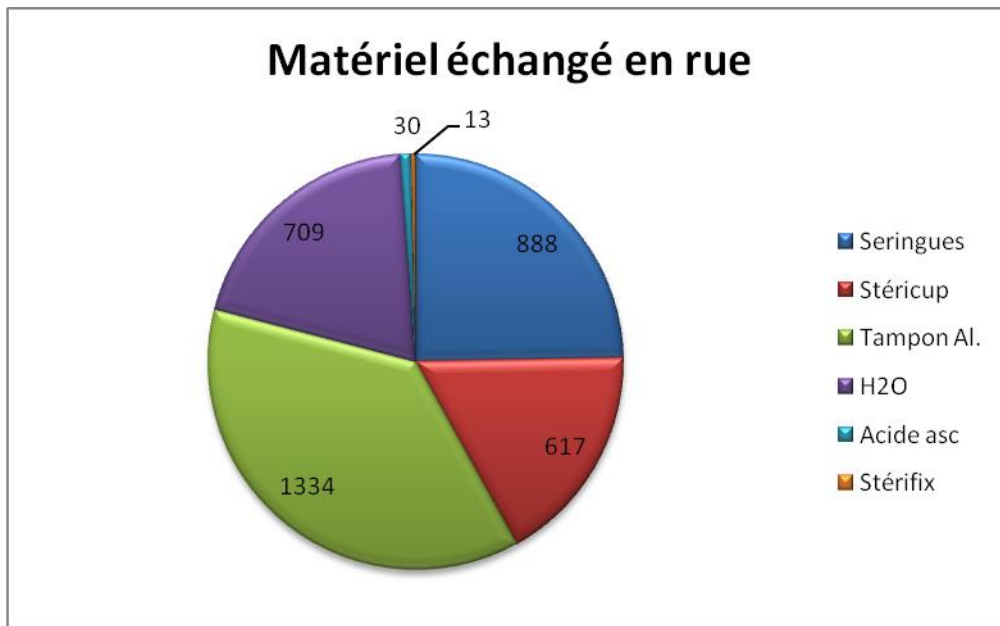
Matériel stérile distribué en rue

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

Pour certains usagers, les rencontres en rue ne se limiteront qu'à l'échange de matériel et ils n'en demanderont pas plus. C'est très bien comme ça pour le moment et nous respectons leurs choix tout en laissant la porte ouverte. Il s'agit bien souvent d'usager qui ne vont pas (encore) vers les comptoirs d'échanges.

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 personne, la rencontre en rue est avant tout un moment de discussions et d'échange informel qui servira à renforcer le lien créé depuis des années.

Notre travail en rue est avant tout un travail de création du lien qui consiste à aller à la rencontre de l'autre là où il se trouve et lui donner la possibilité, lorsqu'il estime nécessaire, de continuer avec nous ses démarches. Notre travail est avant tout d'offrir une oreille attentive sans forcer la main car nous risquerions de détruire le lien de confiance que nous mettons parfois des mois à établir entre notre service et l'usager.



IV. Missions de soins dans le cadre du Fonds assuétudes

Depuis, 2009, l'ASBL Dune est soutenue par le fonds assuétudes pour des missions de soins. Ce financement nous a permis de renforcer les missions de Dune prévues dans le cadre de l'agrément CoCof pour le dispensaire infirmier.

La convention avec le Fonds assuétudes a pour objectif de procurer des soins aux usagers de drogues actifs exposés - par leur consommation dans un contexte de pauvreté - à des problèmes somatiques et psychiques graves. L'objectif est d'améliorer l'accès aux soins de santé pour une population particulièrement fragilisée et en rupture avec les structures de soins classiques tout en promouvant l'accompagnement et l'orientation vers ces structures de soins .

Les missions prévues par la convention comprennent 4 axes :

- dispenser des soins de première ligne au public du comptoir d'échange
- mettre en place une consultation médicale gratuite qui complète le dispositif des soins infirmiers et ouvre des possibilités supplémentaires pour l'accès aux soins de santé classique

- développer l'outreaching (travail de rue) qui consiste à aller à la rencontre des usagers de drogues dans leur milieu de vie afin de recréer du lien et offrir des soins de première ligne en rue
- soutenir l'accompagnement et l'orientation vers des structures de soins classiques

Depuis 2009, le financement du fonds assuétude nous a permis de rencontrer davantage de patients et d'augmenter significativement le nombre de soins et d'accompagnement ainsi que la qualité du service tout en améliorant l'accès aux soins de santé des usagers.

Le Fonds assuétude permet de renforcer l'ensemble des missions de DUNE développées dans le cadre de l'agrément Cocof par l'apport de 2 ETP infirmiers qu'il finance. En 2015, le Fonds assuétudes va être transféré aux Régions dans le cadre de la réforme de l'état. Il nous faudra préserver cette enveloppe si ne nous voulons pas mettre en péril l'ensemble du dispositif.

V. Autres activités mise en place par l'ASBL Dune

A. Le réseau Nomade

Le réseau Nomade, dont l'asbl DUNE est promoteur depuis 2007, rassemble douze institutions œuvrant dans les secteurs de la grande précarité, du sans-abrisme, des assuétudes, de la santé mentale, de la santé et de la prostitution. En 2013 les membres adhérents sont les suivants : JES Brussel VZW (Travail de rue avec les jeunes sans-abris), ALIAS (aide au public masculin prostitué), Réseau Hépatite C (prise en charge des difficultés liées à l'hépatite C), le Forum Bruxellois de Lutte contre la Pauvreté, L'autre Lieu (initiative en santé mentale), la Strada (centre d'appui au secteur Bruxellois d'aide aux sans-abris), Espace P (aide pour personnes prostituées), Babel (consultations pour public consommateur), Infor-Drogues, La Maraude (aide aux sans-abris), Diogènes (aide aux sans-abris), Dune (aide aux usagers).

Le réseau Nomade se donne pour objectifs : l'échange, la réflexion collective, la mise en commun des expériences et représentations de chacun, l'exploration de la diversité des logiques de travail des professionnels ainsi que des trajectoires et contextes de vie des

bénéficiaires, la création de nouvelles pratiques, la co-construction de savoirs théoriques et pratiques à partir de thématiques déterminées par les participants. Le réseau est donc un groupe d'échange de pratiques et de conceptions collectives. Le réseau est aussi un outil à la disposition des partenaires pour organiser des conférences ou d'autres types d'actions. Il est considéré comme un outil d'intervention pour les travailleurs à mettre en lien avec leur travail de terrain. Les travailleurs peuvent s'inspirer de cet outil, poser sur lui un regard critique et amener de nouveaux échanges en rapport avec leurs pratiques de terrain.

Les enseignements tirés des années antérieures et une clarification des objectifs poursuivis par le réseau Nomade ont donné lieu au nouveau projet 2012-2014 axé sur la participation des bénéficiaires et les pratiques participatives qui se développent dans les services. La notion de participation revêt des interprétations multiples selon les acteurs qui s'y frottent, recouvrant une gamme très large d'actions et de principes. Le terme de participation fait référence à l'idée d'assurer l'inclusion de toutes celles et ceux qui sont concernés par le service.

Dans le courant de l'année 2013, les réunions organisées par la coordinatrice du réseau ont permis des échanges sur des expériences de pratiques participatives (pairs-aidants, groupes de parole, focus groupes, collectif d'usagers, etc...) au sein du réseau mais également à l'extérieur de celui-ci.

Les perspectives pour 2014 est de maintenir cette thématique de « participation » en développant un monitoring des différents modèles existants à l'heure actuelle au sein des pratiques des membres du réseau. Le réseau se veut ouvert pour l'ensemble des services bruxellois agissant autour de la précarité et de l'assuétude.

B. Le Médibus

Comme annoncé en 2013, cette année a vu se concrétiser la mise en place d'un projet mobile. Le Médibus comprend un comptoir d'échange et de réduction des risques ainsi qu'un cabinet de consultation en partenariat avec Médecins du Monde.

Depuis le 7 novembre 2013, la collaboration est effective. Deux soirs par semaine, le bus se rend dans des endroits stratégiques pour toucher un maximum de personnes. Actuellement, nous sommes sur la gare centrale le lundi soir et sur Ribeaucourt et gare du Nord le jeudi soir. Si les premiers résultats quantitatifs sont encourageants, ce n'est qu'un début et nous devons

être patients. L'expérience nous montre qu'il faut du temps pour que l'information circule entre les bénéficiaires. Il s'agit d'un public qui a la particularité de fonctionner par le bouche à oreille et nous devons parallèlement renforcer notre stratégie de communication pour faire parvenir l'information au public. Actuellement, c'est par l'intermédiaire du travail de rue que nous tentons de faire circuler l'information. Il s'agit selon nous d'une approche adéquate pour un public qui cultive parfois beaucoup de méfiance envers les structures d'aides et de soins. Avec l'expérience des (travailleurs) de l'équipe de Dune dans le travail de rue et la connaissance des usagers, un lien de confiance peut s'installer et faciliter dès lors l'accès au dispositif.

Ce projet qui s'est matérialisé autour d'un partenariat entre l'ASBL Dune et l'ONG Médecins du Monde a pour objectif principal d'être encore plus proche des populations exclues des soins en nous rapprochant de leurs lieux de vie (rue, squat...). Aller à la rencontre des personnes en situation de grande précarité, qu'elles soient usagères de drogues ou non, et s'adresser à elles sur leur lieu de vie est un facteur important dans la relation de confiance qui se noue et dans la possibilité d'organiser les relais vers les services sédentaires. Cette approche mobile offre une véritable flexibilité pour répondre aux besoins des publics cibles, ainsi qu'une réactivité par rapport à des demandes qui viennent de manière régulière de différents lieux : gestionnaire associatif de squat ou d'occupation, IBGE (gardiens de parcs), pouvoirs communaux, SNCB, STIB...

Nous relevons six objectifs spécifiques à cette collaboration et à la mise en place de ce dispositif:

- offrir des soins curatifs et préventifs à une population en situation précaire et en rupture de logement ;
- (re)créer un lien entre la population en situation d'extrême précarité et des professionnels de la santé;
- améliorer l'information sur la réduction des risques liés à l'usage de drogues ainsi que l'accès au matériel stérile d'injection auprès des usagers de drogues en situation de grande précarité qui ignorent ou s'intègrent difficilement au réseau de soins spécialisés en toxicomanie ;
- favoriser les relais avec les structures de soins du bas seuil, en médecine générale classique et en toxicomanie. Le dispositif mobile se caractérise par une approche

volontariste, de type "outreaching", en allant dans les différents lieux de vie pour rencontrer des personnes en situation précaire.

Outre les objectifs opérationnels décrits ci-dessus, ce dispositif mobile vient renforcer et compléter notre offre de service tout en répondant aux besoins d'usagers qui ne fréquentent pas les structures traditionnelles de soins et d'aide sociale. Il est parfaitement complémentaire aux services proposés au comptoir d'échange et en travail de rue.

C. Le Bon Plan

Au fur et à mesure du temps et des problématiques constatées sur le terrain, l'ASBL Dune a tenté d'adapter et de proposer de nouveaux services (infirmierie, permanence sociale, permanence médical, service douche...) afin de répondre au mieux aux difficultés socio-sanitaires rencontrées par nos usagers qui vivent dans des situations de grande précarité.

L'agenda BON PLAN est né de cette logique visant à apporter des réponses concrètes et des outils adéquats à nos publics partir de l'expérience et des observations des travailleurs de terrain.

En 2005 le premier exemplaire du BON PLAN était publié. Il se présentait sous la forme d'une pochette plastique au format de la carte SIS, qui pouvait être utilisée à d'autres fins.

Très vite, le BON PLAN a connu un énorme succès auprès de nos usagers et également, auprès d'associations partenaires de première ligne qui souhaitaient disposer de cet outil pour leur propre usager vu le côté pratique et particulièrement bien documenté du BON PLAN.

Lors l'édition 2010, nous souhaitons donner une autre dimension à l'outil pour le rendre encore plus accessible et pratique à l'utilisation. Pour définir la nouvelle mouture du BON PLAN, nous avons consulté nos partenaires et des groupes d'usagers afin de voir quelles améliorations pratiques nous pouvions proposer. Suite à ces consultations, nous avons vu l'opportunité d'améliorer le BON PLAN en le présentant dans sa forme actuelle : un agenda dans lequel les utilisateurs (professionnels et usagers) peuvent retrouver les différentes associations sociales, des conseils pratiques, un plan de la ville tout en bénéficiant de l'aspect pratique d'un agenda classique qui se révèle d'être d'une grande utilité pour les personnes vivant en rue. En effet, les usagers perdent souvent la notion du temps. L'agenda représente un outil et une solution concrète pour éviter les oublis avec les différents intervenants (travailleurs sociaux, AS, administrations diverses, corps médical...)

En 2014, l'agenda connaît toujours le même succès auprès du public cible et des associations. Cette année, près de 3000 exemplaires ont été publiés et distribués. Selon les utilisateurs du BON PLAN, le succès de cet outil est dû à son aspect pratique (un format de poche, qui facilite son transport allié à un agenda); à son utilisation simple et efficace (des pictogrammes qui facilitent sa lisibilité indépendamment de la maîtrise de la langue ou de la lecture); et surtout, à son répertoire d'associations qui reprend la majorité des services centrés sur les besoins des usagers et non sur les secteurs professionnels.

Contenu et présentation

Le BON PLAN se présente de la manière suivante :

En première partie, un descriptif «et un mode d'emploi » de l'outil pour faciliter sa prise en main et son utilisation.

La seconde partie est consacrée à l'agenda qui se présente sous un format hebdomadaire (une semaine par page). Ce format a été choisi car il est le mieux adapté selon les utilisateurs pour gérer l'emploi du temps tout en gardant un format compacte. Chaque mois, une page de garde reprenant divers conseils ou une thématique sont développés. Ces thématiques sont notamment destinées à :

- rappeler l'importance de la prévention et de la réduction des risques ;
- fournir des conseils de prévention ;
- rappeler les lieux accessibles gratuitement ;
- rappeler les gestes simples de propreté et d'hygiène ;
- souligner quelques droits fondamentaux que chaque personne peut prétendre exercer ;
- sensibiliser nos usagers et le public en général sur des thématiques en fonction du calendrier des journées mondiale officielle ;
- déculpabiliser les usagers face à leur situation et redonner un peu d'espoir ;

Le choix des thématiques a fait l'objet de plusieurs recherches sur le choix que nous pouvions proposer, : une priorité a été donnée à la santé (reconnaître les symptômes d'une AVC) et à la réduction des risques liés à l'usage de drogues (VIH et Hépatites) mais également au contexte économique, la santé mentale ou la prévention du suicide.

Mois	Thèmes
13 Janvier : JM du droit des migrants	Sensibilisation racisme/ stigmatisation des Roms en Europe et en Belgique
20 Février : JM de la Justice Sociale	Texte sur le rôle des CPAS (rédigé par M. J. Spinette-Président du CPAS de St Gilles)
20 Mars : JM de la prévention du suicide	Citation de J. Renaud et coordonnées du n° vert 24/24 de prévention suicide
7 Avril : JM de la Santé	Conseils des infirmières de Rue avec numéro d'urgence, Médimmigrant, MdM et CR de Belgique
Mai : Usage de drogue	Citation et coordonnée du Clip et de Transit
15 Juin : JM de Lutte contre la faim	Citation des enfoirés – Resto du cœur et distribution de repas gratuit ou à prix réduit à Bruxelles
Juillet : Egalité	Citation + Coordonnées du Comité P
Août : PLAN Hivers	Décision de parler en été de Plan Hiver qui se prépare pour les sans-abri
Septembre : Santé - Urgence	Détecter les signes d'une AVC
10 Octobre : JM de la santé mentale	Citation sur la santé mentale de M. A. Einstein, +asbl travaillant dans le secteur
23 Novembre : JM de Lutte contre les violences faites aux femmes	Citation et asbl travaillant avec les femmes (SOS viol etc...)
1 Décembre : JM Lutte contre le VIH	Sensibilisation aux modes de transmission du VIH et de l'hépatite C, + asbl travaillant dans le dépistage

Chaque édition tend à renouveler en partie ces thématiques en lien avec les activités des partenaires. Vu leur importance, certaines thématiques sont maintenues mais le message qui les illustre est actualisé afin d'introduire de la nouveauté dans l'agenda.

La troisième partie reprend commune par commune les associations à destinations des bénéficiaires. Les informations sur les associations contiennent :

- un descriptif du service et ses conditions d'accès ;
- les heures d'ouverture et des informations sur l'accessibilité ; les personnes de contact.
- des pictogrammes qui permettent de savoir si le service correspond aux besoins de l'utilisateur.
- d'un numéro qui permet à l'utilisateur de repérer les associations et adresses sur la carte géographique fournie avec l'agenda.

La quatrième partie contient l'index des associations pour faciliter la recherche des usagers et des professionnels.

La cinquième partie du BON PLAN contient une carte géographique détachable de la ville de Bruxelles au recto et d'une carte de la RBC au verso sur lesquelles sont représentées les associations sous forme de numéros.

Evaluation et perspectives pour le projet 2014

L'évaluation du Bon Plan réalisée en 2010 avait permis de l'améliorer en intégrant le plan géographique dans un agenda pour la publication finalisée de 2011. Le format agenda a permis de rencontrer les remarques et demandes suivantes :

- diffuser des messages de prévention à travers un objet concret qui a sa propre utilité;
- attirer l'attention des bénéficiaires sur l'organisation de leur temps ;
- donner une meilleure visibilité des actions des partenaires : une demi page par partenaire ;
- mettre chaque mois en évidence une thématique particulière.

L'évaluation réalisée avec les partenaires s'était révélée positive et avait permis d'apporter de nouvelles améliorations à la publication finalisée en 2012, comme l'insertion d'un lexique destiné à faciliter les recherches d'adresses (par commune ou par nom) ; l'amélioration du format, qui est un peu plus large afin d'en rendre la manipulation plus aisée ;

Pour le projet 2014, nous n'avons pas reçu de remarques particulières concernant le contenu

de l'agenda et son utilisation. En revanche, nous avons reçu beaucoup d'encouragement et de commentaires positifs concernant cette initiative. Le point négatif qui ressort de nos partenaires est le manque d'exemplaires disponibles. En effet, nous avons dû, faute de budget, restreindre certaines commandes afin de garantir une diffusion la plus homogène et la plus équitable entre les services. Nous estimons à 1000 le nombre d'exemplaires supplémentaires nécessaires pour satisfaire tous nos partenaires.

D. Formations et soutien méthodologique aux partenaires

L'asbl Dune est régulièrement sollicitée par divers organismes pour un soutien méthodologique concernant l'approche du travail de rue avec un public toxicomane. En effet, plusieurs services (services préventions communales ; gardien de la paix ; gardiens de parc) 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 du « toxicomane » qui constitue bien souvent un des freins pour les travailleurs de terrain (peur et de la réticence à entrer en contact avec ce public). Après ces rencontres, nous proposons d'aller sur le terrain avec ces équipes pour entrer en contact avec les usagers de drogues. Les objectifs sont de créer un premier lien et une première accroche qui permettra à ces équipes de proposer un relais vers notre service ou vers d'autres démarches d'aides sociales.

En 2013, nous avons rencontré les travailleurs de la commune d'Anderlecht, de la commune d'Ixelles, de l'IBGE et de la commune de Saint-Gilles. Des propositions de maraudes communales ont été faites à ces équipes pour le futur. L'ASBL Dune a également été sollicitée par la Fédération des travailleurs sociaux de rue pour partager son expérience lors d'ateliers thématiques qui se tiennent une fois par mois et qui réunissent des travailleurs de rue de divers secteurs. Dans ce cadre le coordinateur du CLIP en raison de son travail à l'asbl Dune, participe à la mise en place de formations spécifiques en travail social de rue.

Enfin, nous recevons régulièrement des demandes de stagiaires effectuant leur stage dans d'autres institutions ainsi que des travailleurs étrangers pour venir observer notre travail de rue lors des maraudes. Cette année, nous avons reçu quatre stagiaires de Transit, un de la Mass, un du projet LAMA ainsi qu'un travailleur haïtien et une équipe de travailleurs roumains venus en Belgique en formation via Dynamo international.

Outre ces rencontres d'informations, l'ASBL Dune est régulièrement sollicitée pour dispenser des formations à destination des équipes de terrain de plusieurs horizons.

En 2013, suite à une demande de l'IBGE, nous avons construit un module de formation à destination des gardiens de parc en partenariat avec l'ASBL Transit et Modus Vivendi. Ces formations commenceront en 2014 et seront dispensées à une centaine de travailleurs de la région.

Dernièrement (2014) nous avons des demandes des travailleurs de rue de la commune d'Ixelles et de St-Gilles visant à les former à l'approche des personnes « toxicomanes » en rue. Une formation destinée aux balayeurs de rue dont l'objet concerne les attitudes à adoptées aux contacts du matériel souillé sera également prodiguée en 2014.

E. Sensibilisation envers les futurs professionnels des soins de santé

Présenter le travail infirmier de Dune aux élèves infirmiers 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, l'exclusion qui existent au sein de notre société. Tout comme le concept de la réduction des risques, qui leur est étranger et leur paraît même dérangeant de prime abord.

En effet, la fonction de l'infirmier est de soigner de la façon 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 protocoles infirmiers ? 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 »²⁰ ?

L'accent est mis sur les valeurs et concepts de la réduction des risques liés à l'usage de drogues dans l'espoir d'une meilleure compréhension et acceptation de la part des élèves.

L'ASBL Dune a une grande tradition de participation dans divers réseaux de travailleurs qui ont pour objectif commun de se consulter et d'échanger afin de mettre en place des actions concrètes de terrain à destination des bénéficiaires.

F. Réseaux et partenariats

1. Participation active dans des réseaux de partenaires

Le Collectif mort de la rue

DUNE fait partie du collectif « Morts de la rue à Bruxelles », organisé en un réseau ouvert. Notre salle de réunion a été mise à disposition du collectif pour ses réunions, auxquelles deux travailleurs ont régulièrement participé pour réfléchir sur la vie e en la rue, sur les pratiques lors de la levée du corps et organiser l'hommage annuel. Ces travailleurs ont également assistés à plusieurs enterrements et participé à la visite collective au cimetière. Quant à l'équipe, elle s'est mobilisée pour assister à l'hommage qui a été organisé au mois de mars dernier, à l'Hôtel de Ville de Bruxelles en honneur des morts de la rue.

Le collectif poursuit trois objectifs :

1. « *Un enterrement digne pour tous* ». Lors d'un décès, la nouvelle est transmise aux associations et aux amis proches de la rue. Des informations sont recherchées sur la personne, sa vie, ses engagements dans le but de rendre hommage à sa mémoire. Une mobilisation est mise en place pour assister à l'inhumation.
2. « *Se souvenir, garder une mémoire, ces vies ont existé* ». Le collectif entend faire connaître et conserver la mémoire que ceux de la rue possèdent des leurs. Il témoigne de ces vies à travers ses membres et participe à la lutte pour la dignité de tous.

²⁰ JAMOULLE P., op cit., p. 245

3. « *Faire comprendre, changer les villes* ». L'hommage à ceux qui sont morts de la rue, réalisé une fois par an à Bruxelles et dans d'autres villes belges et européennes, vise à changer les mentalités par l'amélioration des connaissances de la vie en la rue ainsi qu'à interpeller les responsables politiques, les mandataires sociaux et les citoyens afin de rendre la rue plus vivable. Il entend susciter un changement dans les services de rue (ouverture des centres, accès à l'eau, aux soins, à la sécurité et les inhumations).

Les ateliers Trace de rue

Nous avons également une participation aux ateliers de la fédération Trace de rue. La fédération 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. Les travailleurs de Dune qui y participent mettent à contribution leur expériences de travail de rue pour alimenter les diverses réflexions et sujets abordés lors des ateliers thématiques qui se déroulent une fois par mois.

2. De quelques collaborations relatives à l'accompagnement sanitaire

De multiples collaborations s'organisent autour de la prise en charge des divers problèmes de santé rencontrés par les usagers de drogues qui fréquentent le CLIP ou avec lesquels nous entrons en contact en rue. En voici trois exemples :

1. La Croix Rouge de Belgique : Durant le plan hiver, une équipe de bénévoles de la Croix-Rouge a pris contact avec l'ASBL Dune car ils étaient en contact en rue avec un usager de drogue nécessitant des soins spécifiques et un accompagnement dans ses démarches. La personne étant ultra-méfiante envers les services, nous nous sommes dans un premier temps rendu sur place, à l'endroit même où il dormait pour un premier contact et des soins. Depuis, cette personne a intégré notre service. Devant la réussite de cette intervention, nous avons convenu avec la Croix-Rouge d'organiser des relais vers le CLIP au cas où leurs équipes mobiles du plan hiver seraient encore confrontées à des situations similaires.

2. Réseau Hépatite C Ce sont généralement les infirmières de DUNE qui participent aux réunions du réseau Hépatite C. Ces réunions ont désormais lieu tous les quadrimestres et elles sont l'occasion de rencontrer le réseau ainsi que des médecins et hépatologues. De nouvelles méthodes de soins ou de dépistage y sont présentées. Cette année, c'est le dépistage rapide qui a notamment été au centre des débats.

3.Médecins du monde : Depuis novembre 2013, Dune et Médecins du monde Belgique se sont associés autour d'un partenariat pour le projet Médibus. Cette collaboration nous a permis de renforcer nos compétence dans le domaine de l'accès aux soins de santé tout offrant la possibilité à Médecin du monde d'orienter les consommateurs de drogues qui ne sont pas pris en charge dans leur consultations vers le CLIP. Réciproquement, ce partenariat permet aux équipes de terrain de l'ASBL Dune d'orienter des personnes non consommatrices rencontrées en rue vers les consultations gratuite de MDM.

3. De quelques partenaires communaux et régionaux

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.

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 St-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... Cette année, les éducateurs de rue ont participé au repas organisé au CLIP pour le réveillon de Noël. Un des éducateurs de rue participe également au réseau Nomade, dont DUNE est le promoteur.

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 (COCOF) 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 »

Ixelles

L'asbl DUNE est membre de la Concertation sociale d'Ixelles. Nous participons à ses activités (Midis, AG, groupes de travail) en fonction des disponibilités de l'équipe et des thématiques abordées lors des rencontres.

En dehors de cette concertation sociale de la commune d'Ixelles, nous avons été amenés à rencontrer et à collaborer avec les éducateurs de rue autour de problématiques de toxicomanie rencontrées sur leurs lieux de travail. La demande était de pouvoir nous rendre sur place en cas de contact avec un consommateur afin de faciliter le relais et la prise en charge de l'utilisateur.

Gardien de Parc IBGE

Suite à plusieurs contacts téléphoniques avec les gardiens de l'IBGE du Parc Porte de Hall, plusieurs rencontres ont été organisées afin de dégager des pistes de solutions concernant les problématiques liées à la consommation de produits psychotrope et à l'abandon du matériel d'injection dans les lieux de loisir (plaines de jeux, parc, espace public).

Lors de ces rencontres, nous avons proposés aux gardiens de parc de l'IBGE ainsi qu'à leur hiérarchie un appui méthodologique pour entrer en relation avec les consommateurs. Nous avons élaboré un plan de prévention pour garantir la sécurité des travailleurs en cas de manipulations du matériel et les procédures à suivre en cas de blessures avec le matériel souillé. Nous avons également proposé au gardien de parc de leur fournir des conteneurs pour entreposer le matériel ramassé et de nous occuper de l'évacuation de celui-ci.

Ces rencontres ont également abouties sur la mise en place d'une formation spécifique pour l'ensemble des gardiens de parc pour laquelle nous nous sommes associés avec Modus Vivendi et l'ASBL Transit. Ces formations seront données dans le courant de l'année 2014.

4. D'autres collaborations de terrain

D'autres partenariats et collaborations perdurent et se développent également avec d'autres associations et services. Citons par exemple :

- Diogènes
- Cellule Hercham
- Collectif 123 logements
- Concertation toxicomanie Bruxelles (CA et AG)
- Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (AG)
- Convivial
- Infirmiers de rue
- Infor-Drogues (AG)
- FEDITO bruxelloise (AG)
- Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté (AG)
- La Fontaine
- Les copains du petit bitume
- Maison médicale des Marolles - Antenne La Samaritaine
- MASS de Bruxelles
- Modus Vivendi(AG)
- *Service communal* d'accompagnement des personnes toxicodépendantes
- Sep-sud
- Transit et LAIRR
- Plateforme prévention SIDA
- Projet Lama

G. Article 27

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

Lors de l'année 2013, 35 personnes différentes (28 hommes ; 7 femmes) ont pu bénéficier des tickets articles 27 au sein du comptoir. Ce qui représente 260 articles 27 distribués.

A partir de 2012, les associations partenaires du projet article 27 doivent participer financièrement aux tickets qu'elles mettent à disposition de leur usager. Cela représente un certain coût mais nous pensons que ce service est un plus pour nos usagers et leurs proches car la culture permet d'ouvrir l'esprit, de donner du sens aux choses, d'émerveiller les âmes et les visages. Elle est « *le souffle qui accroît l'humanité*²¹ »

VI. Démarche d'évaluation qualitative

Constats

Sur le terrain, nous remarquons que certaines demandes se manifestent de manière récurrente sans que nous ne puissions toujours y répondre. Pour certaines problématiques, nous avons quelquefois l'impression qu'il y a un manque d'offre de services adéquats. Cet état de fait est, semble-t-il, partagé par un grand nombre de partenaires dans le secteur. Pourtant, en allant de réunion en réunion, en échangeant avec des partenaires lors de rencontres informelles, nous pouvons constater que certaines alternatives existent sans que pour autant elles soient mises en avant de manière suffisante par le promoteur pour que le réseau soit au courant.

²¹ Proverbe africain

Thématique choisie

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

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

Ce travail en réseau peut également être un lieu de partage des expériences de terrain et des observations afin de construire avec les partenaires des solutions pour les usagers ou de proposer des alternatives pour y répondre. Il s'agit aussi d'élaborer des constats de terrain visant à informer les pouvoirs publics de la réalité de terrain. Cela dit, la connaissance du réseau implique également une connaissance du public et des problématiques spécifiques qu'il rencontre afin de définir à l'intérieur du réseau, les partenaires avec qui il est pertinent de collaborer pour répondre de manière adéquate aux demandes.

Pour ce faire, un travail préalable de recueil de données doit être effectué pour définir ces partenaires. Dans cette optique, nous procéderons à la mise en place d'outils diagnostiques permettant de répertorier les particularités de notre public.

Enjeux

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

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

Méthode - stratégie

- Elaboration d'un outil statistique informatisé permettant de récolter différentes données sur notre public. Celui-ci prendra la forme d'un questionnaire annuel rempli par chaque usager. Cet outil sera décliné sous différentes formes pour la permanence sociale afin de repérer les problématiques récurrentes en fonction des particularités individuelles des usagers. Il sera fait de même pour le dispensaire infirmier où il sera question de répertorier les interventions de type paramédical. Ceci, comme indiqué précédemment, dans le but de définir les partenaires privilégiés pour répondre aux demandes. Ces outils permettront également de définir des plans de formations spécifiques en fonction des demandes.
- Un travail réflexif doit être mené au sein de DUNE avec les travailleurs pour les amener à s'approprier le travail en réseau.
- Répartition au sein de l'équipe de la gestion des différents partenariats par secteur
- Mise en place et structuration des temps de retour « partenariat » en réunion d'équipe dans un objectif de transmission de l'information sur les réseaux formels et les réseaux informels (constitués par chaque travailleur au fil des expériences)
- Mise en place d'une « boîte à outils tuyaux » informatisée et partagée avec l'ensemble des travailleurs. Celle-ci contiendra par thématique des informations du réseau (procédures d'accès aux services, réglementations, initiatives particulières, personnes de contact...) afin d'orienter au mieux notre public en fonction des demandes. Elle se présentera sous une forme de répertoire où il sera aisé à chaque travailleur, quelle que soit sa fonction (infirmier ; travailleur social) de trouver les premières informations de base pour orienter efficacement le public.

Planning de la réalisation de la démarche d'évaluation qualitative

Janvier-juin 2014 :

- Soumission du questionnaire aux usagers. Nous estimons que durant cette période, la majorité de notre file active (+/-1200 personnes) aura répondu au questionnaire annuel

Juin-Aout 2013 :

- Analyse des questionnaires et concertation en équipe sur les partenariats privilégiés à développer.

Septembre 2014 :

- Définition des partenariats potentiels dans le secteur toxicomanie mais aussi dans d'autres secteurs
- Répartition au sein de l'équipe de la gestion des différents partenariats par secteur
- Mise en place et structuration des temps de retour « partenariat » en réunion d'équipe dans un objectif de transmission de l'information

Décembre 2014 :

- Evaluation de l'année 2014

Années 2015 et 2016 :

- Evaluation du processus enclenché en 2014
- Evaluation des outils mis en place
- Continuité des actions entreprises pour renforcer le réseau

VII. Synthèse du rapport d'activité

Rapport d'activités 2013 – Résumé

Le présent document est un résumé du rapport d'activités 2013. À côté de chaque titre de ce texte figure, entre parenthèses, les numéros de page des parties concernées dudit rapport.

I. Introduction (p3 > p6)

DUNE est un service actif en matière de toxicomanie en Région de Bruxelles-capitale. Ce service est agréé par la CoCof pour assurer les missions d'accueil, de prévention et d'accompagnement ainsi que pour développer un projet spécifique orienté vers l'outreaching (travail de rue et soins infirmiers). Ces missions et ce projet spécifique visent les usagers de drogues encore actifs, particulièrement les injecteurs. L'agrément de la CoCof soutient une équipe pluridisciplinaire composée de 3,6 ETP.

Sans l'apport de moyens additionnels d'importance, DUNE ne pourrait assurer pleinement les missions et le projet spécifique pour lesquels il est agréé. A cet égard, il convient en 2013 de citer le soutien d'emplois ACS (6 ETP), du fonds assuétudes (2 ETP), de l'agrément CoCof « Réseau », d'un budget en initiative CoCof - action sociale, du CPAS de St-Gilles (1 ETP « article 60 »).

II. Missions réalisées dans le cadre de l'agrément COCOF (p6 > p44)

1. Mission d'accueil (p6)

Le CLIP (Comptoir Local d'Information et de Prévention) est bien plus **qu'un comptoir d'échange**, c'est aussi un lieu d'**accueil**, d'**écoute**, d'**informations** liées à la **réduction des risques**, de **soins** et de **relais** aux **usagers de drogues** qui se trouvent dans une situation de grande **précarité**.

Nous voulons créer un **lien de confiance** avec l'utilisateur.

Le CLIP, c'est aussi un **lavoir social**, un **vestiaire** et un service de **douche**.

2. Mission de prévention (p8)

A. Accès au matériel stérile d'injection (p8)

1344 usagers ont fréquenté le CLIP en 2013. Le nombre de contacts entre usagers et travailleurs est de 6124.

Les usagers sont essentiellement des **adultes hommes entre 25 et 45 ans** et provenant de la région **Bruxelles-Capitale**.

Le **nombre de seringues** distribuées est de 92.063 pour 47.557 récupérées, soit un taux d'échange de 52%. En ce qui concerne le matériel connexe²², le taux avoisine les 50% par rapport aux seringues distribuées. Des mesures ont été prises pour augmenter ces taux.

B. Informations et éducation à la santé (p17)

DUNE propose des **brochures didactiques** abordant diverses thématiques (produits consommés, mode de consommation, IST,...). Ce matériel est fourni en partie par nos **partenaires de terrain** (Modus vivendi, réseau hépatite C, Gaia Paris,...). Nous produisons également **notre propre matériel** didactique : carte des sites d'injections, le Bon plan,...

Pour améliorer nos connaissances, nous avons suivis **deux formations** spécifiques : une formation en réduction des risques et une formation sur les pratiques d'injection.

L'opération Boule de Neige (méthode de prévention par les pairs) a été menée à la prison des femmes de Berkendael et avec les usagers de la rue.

3. Mission d'accompagnement socio-sanitaire (p21)

A. Dispensaire infirmier (p21)

Rappel : les missions du dispensaire se déclinent en trois volets :

- offrir des soins de première ligne
- proposer un accompagnement adéquat
- favoriser l'autonomie et la responsabilisation des patients

En 2013, il y a eu **1032 soins** prodigués à **173 patients**, parmi lesquelles **83 nouvelles personnes**.

²² Flapule d'eau, tampon d'alcool, cuillère stérile

Le public est âgé de **26 à 45 ans** en moyenne. La tranche d'âge des usagers âgés entre 26 et 30 ans étant celle qui est la plus représentée.

B. La permanence sociale (p31)

En 2013, la permanence sociale a eu lieu en moyenne **trois fois par mois**, soit 29 fois sur l'année (nous avons manqué de personnel pour pouvoir augmenter ce chiffre).

Nous avons accueilli **96 demandes d'usagers**. Sur ces 96 demandes, 81 ont été formulées par des « habitués » de nos services.

Les demandes les plus traitées sont liées aux thématiques suivantes : CPAS (principalement des demandes d'aides et d'accompagnement pour une carte médicale ou une aide médicale urgente), recherche de logement, écoute psychosociale, hébergement et aide administrative.

Si **la demande d'aide pour l'accès aux soins de santé est de loin la plus traitée** au niveau du service social, il est intéressant de constater que bien souvent, celle-ci est formulée par les usagers lors de leurs passages à l'infirmerie pour des soins de première ligne.

Nous avons donc mis en place une **synergie** entre le dispensaire infirmier et le service social (notamment via un répertoire informatique commun).

Concrètement, lorsqu'un usager n'a pas accès aux soins de santé à cause de sa situation administrative ou financière, le dossier du patient est transmis à l'assistant social qui se charge d'effectuer les différentes démarches nécessaires à l'accès aux soins de santé.

Nous souhaitons également renforcer nos compétences via une **formation sur l'accès aux soins** dispensée par Médecins du Monde et programmée en 2014.

À partir de février 2014, grâce à l'engagement d'un médecin, nous pourrons, entre autre, proposer la **rédaction de réquisitoire** permettant l'accès à l'aide médicale urgente.

À partir de janvier 2014, la permanence sociale élargit ses plages horaires au mardi matin et au jeudi après-midi.

C. La permanence médicale (p40)

À partir de janvier 2014, nous allons pouvoir poursuivre l'implémentation de notre projet de permanence médicale, soutenu par le fond assuétude suite à l'engagement d'un **médecin généraliste**.

D. L'accompagnement vers d'autres structures (p41)

L'accompagnement est une démarche qui consiste à **accompagner l'utilisateur**, la plupart du temps physiquement, **vers les structures d'aide sociale et médicale classique**. Notre rôle est de jouer le rôle de tiers et de traducteur entre l'utilisateur et ces services.

En 2013, 75 accompagnements ont été programmés et **35 réalisés**. Les autres ont dû être annulés, notamment lorsque le bénéficiaire ne s'est pas présenté au rendez-vous. Cette année, suite à l'engagement de deux nouvelles infirmières en juillet 2013, nous avons observé une **augmentation considérable des demandes d'accompagnement** par les usagers. L'augmentation de l'offre influence positivement la demande.

III. Missions spécifiques réalisées dans le cadre de l'agrément COCOF (p44 > p49)

A. Le travail de rue (p44)

Les objectifs du travail de rue consiste à **mettre à disposition** du matériel d'injection dans les lieux de vie, **rencontrer** de nouveaux usagers et **(re)créer** du lien avec les usagers de drogues les plus fragilisés, dans l'optique de les réorienter vers le comptoir, où ils pourront bénéficier de nos services.

En 2013, le travail de rue nous a permis d'établir pas moins de **508 contacts** avec des usagers de drogues à Bruxelles en **97 sorties en rue**.

Le nombre de sortie en rue est limitée par la taille réduite de nos effectifs.

IV. Mission de soins dans le cadre du fonds assuétudes (p49)

Depuis, 2009, l'ASBL DUNE est soutenue par le fonds assuétudes pour des missions de soins. Ce financement nous a permis, par l'**apport de 2 ETP infirmiers**, de **renforcer nos missions pour le dispensaire infirmier** prévues dans le cadre de l'agrément CoCof.

La convention avec le Fonds assuétudes a pour objectif de procurer des soins aux usagers de drogues actifs exposés - par leur consommation dans un contexte de pauvreté - à des problèmes somatiques et psychiques graves. L'objectif est d'**améliorer l'accès aux soins de santé** pour une population particulièrement fragilisée et en rupture avec les structures de soins classiques, tout en promouvant l'**accompagnement** et l'orientation vers ces structures de soins.

Depuis 2009, le financement du fonds assuétude nous a permis de rencontrer davantage de patients et d'augmenter significativement le nombre de soins et d'accompagnement ainsi que la qualité du service tout en améliorant l'accès aux soins de santé des usagers.

En 2015, le Fonds assuétudes va être transféré aux Régions dans le cadre de la réforme de l'état. **Il nous faudra préserver cette enveloppe si ne nous voulons pas mettre en péril l'ensemble du dispositif.**

V. Autres activités mise en place par l'ASBL Dune (p50)

A. Le réseau Nomade (p50)

Le réseau Nomade, dont l'a.s.b.l. DUNE est promoteur depuis 2007, rassemble douze institutions œuvrant dans les secteurs de la grande précarité, du sans-abrisme, des assuétudes, de la santé, de la santé mentale et de la prostitution.

Le réseau Nomade est un **groupe d'échange de pratiques et de conceptions collectives.**

Le nouveau projet 2012-2014 est axé sur **la participation des bénéficiaires** et les pratiques participatives qui se développent dans les services.

Dans le courant de l'année 2013, les réunions (les « **Midis du Nomade** ») organisées par la coordinatrice du réseau ont permis des échanges sur des expériences de pratiques participatives (pairs-aidants, groupes de parole, focus groupes, collectif d'usagers, etc...).

B. Le Médibus (p51)

L'année 2013 a vu se concrétiser la mise en place d'un **projet mobile**. Médibus est un mobile-home aménagé qui comprend un **comptoir** d'échange de matériel stérile pour la réduction des risques, ainsi qu'un cabinet de consultation pour les **soins infirmiers** de première ligne. Le projet a pu démarrer concrètement en novembre 2013 en partenariat avec Médecins du Monde.

L'objectif principal est d'**aller à la rencontre** des personnes vivant en situation de grande précarité, qu'elles soient usagères de drogues ou non. Le dispositif mobile nous permet de nous rapprocher des lieux de vie (rue, squat...). Il nous offre une véritable flexibilité et réactivité pour répondre aux besoins des publics exclus des structures de soins de santé classiques.

Deux jours par semaine, les équipes du Médibus assurent une permanence à la gare centrale, à la gare du Nord et à Ribaucourt.

C. Le Bon Plan (p53)

L'agenda « Bon Plan » est un **outil d'information** qui rencontre toujours un vif succès, tant auprès des personnes en situation de grande précarité qu'auprès des professionnels partenaires.

Il s'agit d'un agenda dans lequel les utilisateurs (professionnels et usagers) peuvent retrouver les différentes associations sociales, des conseils pratiques, un plan de la ville, tout en bénéficiant de l'aspect pratique d'un agenda classique, qui se révèle être d'une grande utilité pour les personnes vivant en rue.

En 2013, l'agenda connaît toujours le même succès auprès du public cible et des associations : c'est près de **3000 exemplaires** qui ont été publiés et distribués en grandes parties. Nous estimons à 1000 le nombre d'exemplaires supplémentaires nécessaires pour satisfaire tous nos partenaires.

D. Formations et soutien méthodologique aux partenaires (p57)

En 2013, nous avons rencontré les travailleurs de la commune d'**Anderlecht**, de la commune d'**Ixelles**, de l'**IBGE** et de la commune de **Saint-Gilles**.

L'ASBL Dune a aussi été sollicitée par la **Fédération des travailleurs sociaux de rue** pour partager son expérience lors d'ateliers thématiques mensuels.

Suite à une demande de l'IBGE, nous avons construit un module de **formation à destination des gardiens de parc** en partenariat avec l'ASBL Transit et Modus Vivendi. Ces formations commenceront en 2014 et seront dispensées à une centaine de travailleur de la région.

E. Sensibilisation envers les futurs professionnels des soins de santé (p58)

Présenter le travail infirmier de Dune aux élèves infirmiers est une expérience enrichissante : l'accent **est mis sur les valeurs et concepts de la réduction des risques liés à l'usage de drogues**.

En effet, la fonction de l'infirmier est de soigner. Comment, dès lors, accepter qu'un soin ne puisse être qu'un accompagnement, une collaboration avec une personne qui fait des choix qui ne concordent pas avec l'idéal 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 »²³ ?

F. Réseaux et partenariats (p59)

L'ASBL Dune a une grande tradition de participation à divers réseaux de travailleurs. Ils ont pour objectif commun de se consulter et d'échanger afin de mettre en place des actions concrètes de terrain à destination des bénéficiaires. (voir la liste des différents partenariats pp. 60 à 64)

E. Article 27 (p64)

DUNE fait partie du réseau des partenaires sociaux de l'asbl Article 27 afin de donner à ses bénéficiaires, s'ils le souhaitent, accès aux activités culturelles.

Lors de l'année 2013, ce sont **35 personnes** différentes (28 hommes ; 7 femmes) qui ont pu bénéficier des tickets articles 27 au sein du comptoir. Ce qui représente 260 articles 27 distribués, soit une moyenne d'environ 7 tickets/personnes.

VI. Démarche d'évaluation qualitative (p64 > p68)

Sur le terrain, certaines demandes récurrentes restent sans réponse. Pour certaines problématiques, nous avons quelquefois l'impression qu'il y a un manque d'offre de service adéquat. Cet état de fait semble être partagé par un grand nombre de partenaires dans le secteur.

Certaines alternatives existent mais elles manquent de visibilité. D'où **l'intérêt du travail en réseau.**

En renforçant le travail de mise en relation, effectué par l'intermédiaire du réseau Nomade et par la réalisation du Bon Plan, nous souhaitons **développer une connaissance précise des projets et/ou actions de nos partenaires** et ainsi apporter une réponse rapide et efficace à nos usagers. Ce travail en réseau peut également être l'occasion d'un **partage des expériences de terrain** et des observations. Le but est de définir les partenaires avec qui il est pertinent de collaborer pour répondre de manière adéquate aux demandes.

²³ JAMOULLE P., op cit., p. 245

Pour ce faire, un travail préalable de recueil de données doit être effectué pour définir ces futures partenaires. Dans cette optique, nous procéderons à la mise en place d'outils diagnostiques permettant de répertorier les particularités de notre public.

Nous voulons encore mieux connaître notre public pour mieux choisir nos partenaires.

- **Enjeux – Méthode et stratégie – Planning 2014 (p65 > p68)**

VII. Conclusions (p76)

En 2013, DUNE remplit largement les missions pour lesquelles il est agréé et financé par la CoCof. La tendance, amorcée depuis 2010, d'une intensification des prises en charges préventives, des accompagnements socio-sanitaires et des orientations vers le réseau en amont se confirme avec une progression de 10 à 15 % par année qui impacte directement le volume des activités. Ceci s'explique notamment par une réorganisation progressive du CLIP, par l'expertise accrue de notre équipe, par le renforcement qualitatif de l'offre de services, notamment en termes de soins infirmiers et d'outreaching, par la meilleure visibilité de cette offre et bien entendu par les besoins à couvrir. Mais nous ne pourrons pas continuer à ce rythme sans un renfort et soutien complémentaire.

VIII. Conclusion générale

En 2013, DUNE - service actif en matière de toxicomanie en Région bruxelloise - remplit largement les missions pour lesquelles il est agréé et financé par la CoCof. La tendance, amorcée depuis 2010, d'une intensification des prises en charges préventives, des accompagnements socio-sanitaires et des orientations vers le réseau en amont se confirme avec une progression de 10 à 15 % par année qui impacte directement le volume des activités. Ceci s'explique notamment par une réorganisation progressive du CLIP, par l'expertise accrue de notre équipe, par le renforcement qualitatif de l'offre de services, notamment en termes de soins infirmiers et d'outreaching, par la meilleure visibilité de cette offre et bien entendu par les besoins à couvrir.

DUNE occupe une place comme nul autre pareil à la lisière du bas-seuil et de la RDR. C'est dire que le CLIP offre le seul dispositif bruxellois socio-préventif, de bas-seuil et non-médicalisé qui s'adresse sans ambiguïté à une cible bien particulière constituée d'injecteurs de drogues précarisés encore actifs. L'augmentation des « demandes » qui nous sont adressées ne constitue pas pour autant un indicateur pertinent qui permettrait d'affirmer ou d'infirmier une recrudescence de ce public à Bruxelles en 2013. Nous n'en savons rien puisque DUNE par sa singularité continue à absorber la pointe émergée d'un iceberg dont la profondeur reste encore bien inconnue.

Cette richesse - la nôtre - se trouve dès lors confrontée à des limites déjà connues. Dans la mesure où il n'y a qu'un seul lieu en Région bruxelloise qui vise spécifiquement à réduire les méfaits socio-sanitaires liés aux pratiques d'injection (voire à d'autres modalités d'usages), nous courrons à tout moment le risque de la saturation. Nous ne pourrions pas continuer à « ingurgiter toute la misère du monde » sans épuisement, voire inefficacité. Si notre approche a bien une visée de santé publique, elle ne pourrait être opérante à l'échelle de la région bruxelloise sans un renforcement et une meilleure dispersion de l'offre de services RDR/Bas-seuil. Avec le réseau existant et des projets novateurs à mettre en place, DUNE pourrait utilement y contribuer. Bien entendu, il conviendrait également d'apporter en interne une réponse à nos besoins en infrastructure mieux adaptée (les locaux du CLIP) pour accueillir dans de meilleures conditions cette demande galopante et en renforcement de notre équipe pour répondre à l'accroissement du volume.

La réponse à ces besoins et à ces dispositifs novateurs est donc en partie politique. Le plan hépatite C constitue une opportunité que nous voulons prendre au sérieux. Avec l'arrivée de nouveaux traitements, chacun sait aujourd'hui que nous pourrions venir à bout de ce fléau. Mais dans une perspective « evidence-base », la prévention des risques ne pourrait être sacrifiée. D'un point de vue macro-économique, le coût de ces traitements devrait nous y faire sérieusement réfléchir... à moins d'adopter définitivement une attitude attentiste - et donc cynique - qui consisterait à sacrifier sur l'autel des bonnes intentions une génération de paumés irrécupérables et dérangeants. Au fond - pour enfoncer le clou - l'HCV présente l'avantage par rapport à l'HIV d'une évolution lente et moins visible bien qu'inéluctable !

IX. Bibliographie

- CHAMI M., *Toxicomanies et interventions sociales*, ESF
- CITADELLE, ALTO, SSMG., *Usage de drogues des professionnels vous en parlent. Pratiques partagées autour des assuétudes*, Bruxelles, Luc Pire, 2006
- CURTET F., *La toxicomanie est un prétexte*, Paris, Flammarion, « sans date »
- EDWARDS G& ARIF A.,(Sous la dir. De), *Les problèmes de la drogue dans leur contexte socioculturel : Contribution à l'élaboration de politiques et de programmes*, Organisation mondiale de la santé, Cahier de santé public n°73, Genève, 1982,
- Fustuer P, *Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial*, France, Dumond, 2005
- Hall E.T., *Au-delà de la culture*, « sans lieu », Seuil, 1979
- JAMOULLE P., *Drogues de rue : Récits et styles de vie*, Bruxelles, De Boeck Université, 2000, (Oxalis)
- JAMOULLE P, *Des hommes sur le fil*, La Découverte Poche / Sciences humaines et sociales n°291, 2008
- LAPLANTINE F, *La description ethnographique*, Armand Colin, 2006

Articles périodiques :

- DENONCOURT H, *et al.*, *La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants. Observations, réalités et contraintes*, Santé mentale au Québec, 2000, vol. 25, n° 2,
- GUILLAIN C., « La politique pénal du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues », in courrier hebdomadaire du CRISP, n°1796, 2003
- NOTHUMBE C, *LA posture du travailleur social auprès des personnes prostituées qui travaillent en rue*, Travail de fin d'étude pour l'obtention du titre d'assistant social, IEESID
- ROCHE P, *Les défis de la proximité dans le champ professionnel*, France, Nouvelle revue de psychologie, n°3, janvier 2007
- ROELANDT M., « La drogue au service de la justice » in Cahier Marxistes, N°200, novembre/décembre 1995.

- VITRY I, *la proximité, un travail sur le fil : La complexité du lien avec les personnes en errance socio-affectives*, Certificat en santé mentale en contexte sociale, Université catholique de Louvain, 2009
- Service public fédérale intérieur (Sous la dir. De), « Drogues et usage de drogues », Politique de sécurité et de prévention. Secrétariat permanent a la politique de prévention, « sas lieu », « sans date »
- Travailler le social : *Démarche de rue, oui mais dans quel sens ? n°36. 2004.*