



Région de Bruxelles-Capitale

# RAPPORT D'ACTIVITÉS 2016

Juin 2017

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

Siège social : 47 rue des Foulons à 1000 Bruxelles

CLIP : 42 chaussée de Forest à 1060 Bruxelles



# TABLE DES MATIERES

---

INTRODUCTION .....	6
<b>PARTIE 1 : PRÉSENTATION DU SERVICE .....</b>	<b>8</b>
<b>I. Description de l'institution .....</b>	<b>9</b>
A. Objet social : la réduction des risques liés aux usages de drogues.....	9
B. Philosophie d'intervention.....	10
C. Groupes cibles.....	10
D. Approche spécifique du public.....	10
E. Activités.....	11
<b>II. Description des actions et méthodologie .....</b>	<b>13</b>
A. Outreach : travail social de rue .....	13
1. Maraudes à pieds .....	14
2. Médibus.....	18
3. Le chaînon manquant .....	20
B. Prévention, RdR et information .....	21
1. Accueil : le CLIP, bien plus qu'un comptoir d'échange .....	21
2. Accès au matériel stérile.....	25
3. Information aux usagers de drogues et leur entourage .....	28
4. Information et sensibilisation de la population générale.....	30
5. Actions envers les acteurs socio-sanitaires .....	31
6. Formations.....	33
C. Accompagnement .....	34
1. Accompagner l'émergence d'une demande.....	34
2. Guidance sociale et administrative .....	38
3. Accompagnement psycho-social mobile .....	38
4. Le processus d'accompagnement .....	41
D. Le dispensaire : soins infirmiers et consultation de médecine générale .....	45
1. Rétroacte et incertitude .....	45
2. Objectifs et organisation .....	46
3. Les besoins des patients .....	46
E. Le Réseau santé Nomade « Précarité et assuétudes » .....	47
1. Principes fondateurs et objectifs généraux .....	48
2. Objectifs opérationnels .....	49
F. Le Bon Plan.....	50
G. Pratiques participatives .....	52
1. Du concept de la participation .....	53
2. Nos actions participatives.....	54
H. Réseau, collaboration, concertation et plaidoyer .....	56
I. Démarche d'évaluation qualitative (DEQ) .....	57
<b>III. Conclusion : les limites frustrantes.....</b>	<b>58</b>

<b>PARTIE 2 : ACTIVITÉS DE L'ANNEE ECOULEE .....</b>	<b>61</b>
<b>I. Outreaching : Travail social de rue .....</b>	<b>62</b>
A. Nombre de contacts en rue .....	62
B. Matériel distribué .....	64
1. Médibus .....	64
2. Maraudes à pieds .....	65
3. De la nécessité de diversifier le matériel.....	66
C. Soins .....	66
1. Données sur les soins en rue .....	66
2. Données sur les bénéficiaires de soins en rue.....	68
3. L'orientation des patients rencontrés en outreach .....	68
<b>II. Prévention, RdR et information .....</b>	<b>69</b>
A. L'accueil.....	69
1. Fréquentation du CLIP .....	69
2. La recherche d'une nouvelle infrastructure .....	70
3. Les services d'hygiène proposés dans le cadre de l'accueil.....	71
4. Profil des personnes fréquentant le CLIP .....	73
B. Accès au matériel stérile .....	76
1. Seringues distribuées.....	76
2. Seringues récupérées .....	78
3. Autres matériels distribués.....	79
C. Information aux usagers et entourage .....	80
1. Information au quotidien .....	81
2. Boules de neige (BdN) : prévention par les pairs .....	81
D. Information et sensibilisation de la population générale .....	83
1. Site internet .....	83
2. Réseaux sociaux : une présence active sur Facebook et Scoop-it .....	84
E. Actions envers les (futurs) acteurs socio-sanitaires.....	84
1. Interventions dans les écoles .....	84
2. Accueil et encadrement de stagiaires.....	85
3. Communications dans des colloques .....	85
4. Accueil de délégations et de travailleurs.....	87
F. Formation de professionnels .....	87
1. Gestion des personnes dépendantes de drogues et ramassage du matériel d'injection.....	87
2. Travail social de rue .....	91
3. Risques liés à l'injection.....	91
<b>III. L'accompagnement.....</b>	<b>93</b>
A. Guidance sociale et administrative .....	93
1. Profil des bénéficiaires du service social .....	93
2. Types de demandes émergeant au service social .....	94
B. Accompagnement psycho-social mobile .....	96
<b>IV. Dispensaire du CLIP .....</b>	<b>97</b>
A. Soins infirmiers .....	97
1. Chiffres de fréquentation .....	97
2. Nature des soins .....	98
3. Profils des patients .....	99

a)	Remarque préliminaire .....	99
B.	Consultation de médecine générale .....	105
C.	Implémentation de dépistages rapides .....	106
1.	Hépatite C .....	106
2.	VIH .....	108
3.	Remarque à propos de la démedicalisation .....	110
D.	Conclusion .....	110
<b>V.</b>	<b>Réseau santé « Nomade » - Précarité et assuétudes .....</b>	<b>112</b>
A.	Recherche de partenaires, réseautage et ouverture .....	112
B.	Préparer l'avenir du réseau .....	113
C.	Les Midis Nomades .....	113
	15.02.2016 – De la nécessité de créer un collectif auto-organisé de travailleur(s) du sexe en Belgique avec UTSOPI .....	113
	08.06.2016 – Le budget participatif du CPAS de Charleroi .....	114
	07.10.20 – Experts du vécu : qui sont-ils ? Que font-ils ? avec le SPP intégration sociale .....	115
	13.12.16 – Alter Medialab : une expérience de journalisme participatif avec l'agence Alter et le SSM Ulysse .....	116
<b>VI.</b>	<b>Pratiques participatives .....</b>	<b>118</b>
1.	Focus groupes .....	118
2.	Lunch-débats .....	118
3.	Journaliste pour DoucheFLUX magazine .....	119
4.	Atelier radio avec La voix de la rue .....	120
<b>VII.</b>	<b>Le Bon Plan .....</b>	<b>121</b>
A.	L'agenda 2017 .....	121
1.	Présentation de l'outil d'information .....	121
2.	Résultats de la diffusion .....	123
3.	Évaluation .....	124
B.	Application mobile .....	125
C.	Perspectives .....	125
<b>VIII.</b>	<b>Réseaux, collaborations, concertation et lobbying .....</b>	<b>127</b>
A.	En réduction des risques .....	127
1.	Echanges entre travailleurs et concertation de services .....	127
2.	Promotion de dispositifs innovants en Belgique .....	128
B.	Autour du soin .....	130
C.	Autour des pratiques participatives .....	131
D.	Soutien aux campagnes .....	132
1.	Support don't punish : 24 juin 2016 .....	132
2.	Journée Mondiale de Lutte contre le Sida : 26 novembre et 1 <sup>er</sup> décembre 2016 .....	132
E.	Accès à la participation culturelle : article 27 .....	133
F.	En lien avec le travail de rue .....	133
G.	Partenaires communaux .....	135
1.	Saint-Gilles .....	135
2.	Molenbeek-Saint-Jean .....	136
H.	Autres .....	136
<b>IX.</b>	<b>Démarche d'évaluation qualitative (DEQ) .....</b>	<b>137</b>

A.	Mise en œuvre .....	137
B.	Constats concernant les effets produits par le projet DEQ.....	139
1.	En 2016.....	139
2.	Bilan de clôture 2014-2016 .....	139
C.	Préparation du projet DEQ 2017-2019 .....	141
1.	Processus .....	141
2.	Choix du thème.....	142
3.	Analyse de l'environnement.....	143
4.	Objectifs.....	144
 <b>CONCLUSION GENERALE .....</b>		<b>145</b>
 <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>		<b>148</b>
 <b>ANNEXES .....</b>		<b>150</b>
<b>I.</b>	<b>Conseil d'administration .....</b>	<b>150</b>
<b>II.</b>	<b>Assemblée générale.....</b>	<b>150</b>
<b>III.</b>	<b>Membres de l'équipe .....</b>	<b>150</b>
<b>IV.</b>	<b>Formations du personnel .....</b>	<b>152</b>
<b>V.</b>	<b>DEQ.....</b>	<b>154</b>
A.	Définition des catégories .....	154
B.	Interface dossier patient.....	156
<b>VI.</b>	<b>Photo du Médibus sur site .....</b>	<b>157</b>

# INTRODUCTION

---

2016 est derrière nous ! Cap devant et toutes voiles dehors pour traverser l'année 2017 que nous avons déjà bien parcourue à l'heure d'écrire ces quelques lignes.

Nous devons pourtant déjà nous préparer pour les prochaines traversées qui s'annoncent tumultueuses. Les enjeux sociaux et la précarisation accrue de certaines couches de la population laissent entrevoir les difficultés auxquelles seront confronté les associations dans un futur proche.

Comme d'autres, nous astiquons le pont, réparons les cales et passons en revue les voiles, mais les moyens d'actions dont nous disposons aujourd'hui en matière de réduction des risques rendent périlleuses les traversées prochaines.

La réduction des risques, la prévention, la répression et le soin sont des politiques publiques complémentaires pour lutter contre les assuétudes. L'association de ces 4 axes est indispensable pour mener des actions cohérentes à visée holistique mais nous sommes en Belgique loin de l'équilibre nécessaire pour atteindre les bénéfices d'une action globale.

Aujourd'hui, nous avons l'impression que nous vivons de plus en plus dans une société où l'acte répressif et contrôlant devient la norme, légitimant davantage la figure du toxicomane délinquant alors que dans notre travail quotidien, nous avons le sentiment d'être face à des personnes en souffrance, victime pour la plupart d'un système générateur de précarité, excluant et marginalisant.

Nous devons de plus en plus nous battre pour faire entendre la voix des plus faibles et garantir leurs droits dans un contexte ultra-sécuritaire et ces exercices de palabre ne sont plus de simples discussions mais se transforment en véritable plaidoyers à la manière d'un avocat qui défendrait bec et ongle le dernier des salopards alors que si on n'y réfléchit, nous sauvons des vies.

La réduction des risques sauve des vies. Dire le contraire s'apparente à de la malhonnêteté intellectuelle. Il apparaît très clairement que la réduction des risques – qu'elle soit organisée en milieu festif où elle permet d'éviter un nombre considérable d'overdoses ou en milieu précaire où elle permet de réduire la morbidité – est une approche pragmatique et efficace pour lutter contre les effets néfastes de la consommation de drogues.

La consommation de drogues a toujours existé. Se borner à mettre la majeure partie des moyens dans la guerre contre les drogues est peine perdue car les trafiquants ont toujours un coup d'avance et il y a une demande croissante. En plus de leur échec en termes de régulation, les politiques pénales en matière de drogues aggravent les risques encourus par les consommateurs. Si bien qu'aujourd'hui, on n'en arrive à penser que nous ne faisons pas de la réduction des risques liés à l'usage de drogues mais de la réduction des risques liés aux effets néfastes de la prohibition.

À Bruxelles, nous avons pourtant de la chance d'avoir des mandataires politiques qui ont portés nos revendications de reconnaissances de la réduction des risques et nous ne pouvons que les féliciter d'avoir pris leur responsabilité. Nous ne nous réjouissons toutefois totalement que si ces mêmes qui

nous ont suivis aujourd'hui seront encore à nos côtés aux prochaines législatives pour faire bouger les choses là où ça coince. C'est-à-dire, au niveau fédéral où il devient urgent de modifier une loi obsolète qui entrave l'aide aux personnes dans le cadre de la prise en charge des assuétudes. Un ancien premier ministre disait qu'il fallait prendre deux minutes de courage politique. La situation est critique, nous ne pourrons attendre le quart d'heure.

Et pour ceux qui penseraient encore que la réduction des risques est une approche marginale, menée par quelques idéalistes déboussolés, rappelons que la réduction des risques est une approche de santé publique qui dispose de programmes dans plus de 97 pays<sup>1</sup>, qu'il existe environs 80 lieux de consommation à moindre de risque à travers le monde et que la RdR est une approche soutenue et recommandée par l'OMS.

Le secteur associatif est prêt à agir et il a besoin des décideurs politiques pour faire évoluer le cadre législatif et les mentalités. Comment accélérer le changement ? Faudra-t-il que quelques-uns agissent en marge (comme ce fût le cas dans d'autres dossiers bien connus), emportez par la révolte de regarder des femmes et des hommes mourir et s'abimer en raison d'un manque d'audace politique ?

\*  
\* \*

Pour faciliter la lecture de notre rapport d'activités, nous avons opté cette année pour une structure en deux temps.

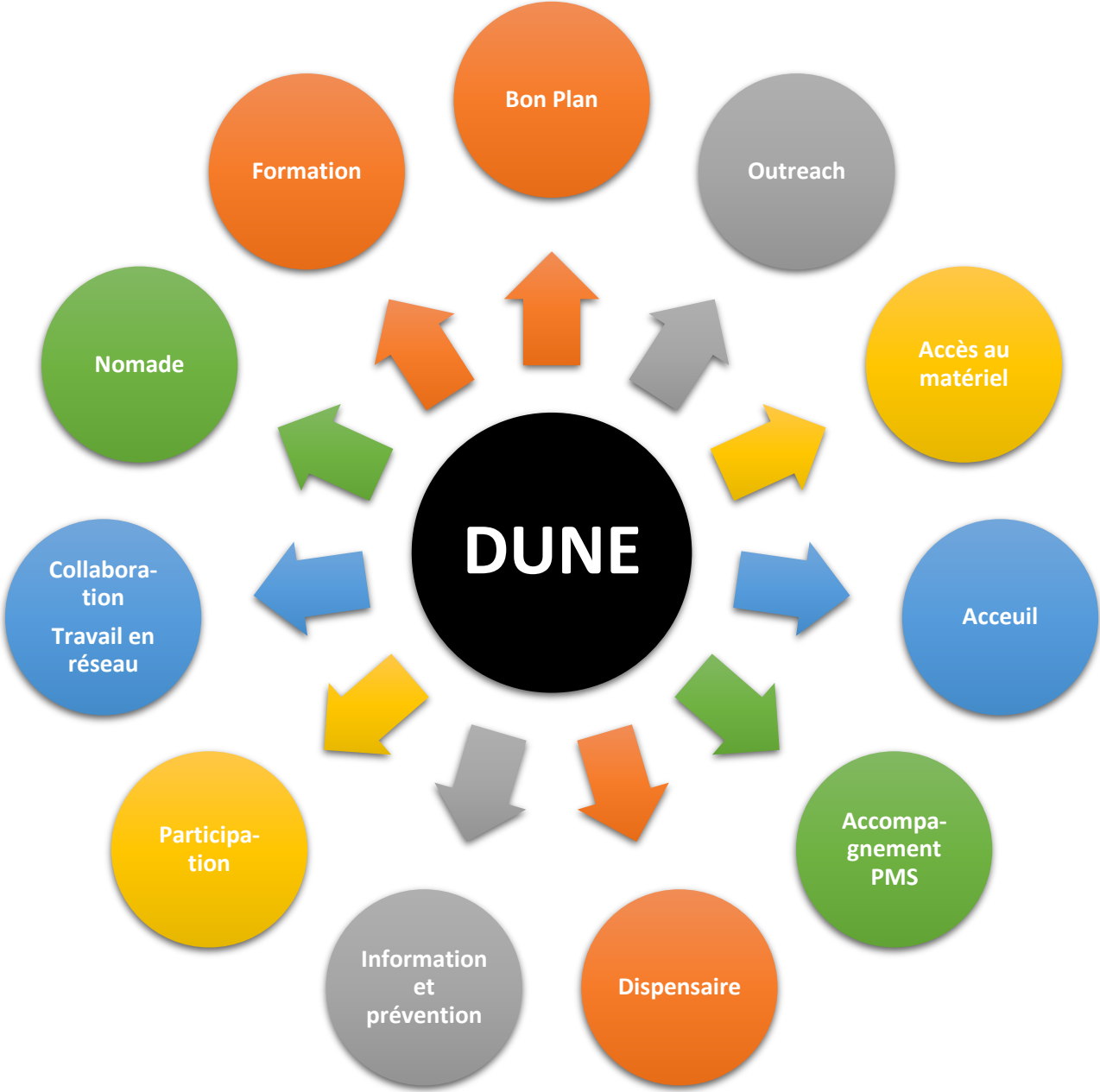
La première partie vise à présenter notre service. Elle est constituée de trois chapitres. Le premier porte sur une description générale reprenant l'objet social de l'association, sa philosophie d'intervention, son public cible, son approche spécifique des usagers de drogues en situation de précarité et une présentation synthétique de ses activités. Le deuxième chapitre entre plus en profondeur dans la description de nos actions : elles sont présentées en mettant l'accent sur notre méthodologie de travail. Le troisième chapitre est une courte conclusion qui met en évidence les limites frustrantes de notre travail de réduction des risques liés aux usages de drogues. La seconde partie du rapport reprend les activités décrites dans le graphique ci-dessous, cette fois, sous l'angle des résultats de l'année 2016. En conclusion, nous aborderons les perspectives et les enjeux qui s'annoncent pour nos projets dès 2017.

---

<sup>1</sup> *The Global state of arm reduction, toward and itegrated reponse*, London, Harm Reduction international, 2012, en ligne : [https://www.hri.global/files/2012/07/24/GlobalState2012\\_Web.pdf](https://www.hri.global/files/2012/07/24/GlobalState2012_Web.pdf).

# PARTIE 1 : PRÉSENTATION DU SERVICE

---





## I. DESCRIPTION DE L'INSTITUTION

Cette partie vise à décrire notre association en 5 points : son objet social et les missions pour lesquelles elle est agréée par le SPFB (A), sa philosophie d'intervention (B), les groupes ciblés par ses actions (C), son approche du public cible (D) et ses activités présentées de manière synthétique (E). Pour compléter cette description de DUNE, vous trouverez, en annexe, la composition de l'assemblée générale, du CA et de l'équipe.

### A. Objet social : la réduction des risques liés aux usages de drogues

L'association DUNE a été fondée en 1998 par des intervenants en toxicomanie désireux de développer des activités de réduction des risques liés aux usages de drogues à Bruxelles<sup>2</sup>. Ayant débuté avec une équipe de travailleurs de rue, elle ouvre en 2002, le 1<sup>er</sup> comptoir d'échange de seringues à Bruxelles, le CLIP (Comptoir Local d'Information et de Prévention).

Depuis 2009, DUNE bénéficie d'un agrément (provisoire en janvier, définitif en décembre) de la COCOF en tant que service actif en matière de toxicomanie (décret « ambulatoire »), pour les missions générales de prévention et d'accompagnement ainsi que le projet spécifique de travail de rue. En 2013, les soins infirmiers ont été intégrés dans l'agrément comme second projet spécifique.

DUNE propose une approche holistique de l'utilisateur de drogues en milieu précaire : la consommation de stupéfiants pouvant entraîner des dommages à différents niveaux (dépendance, lésions somatiques, risques psychosociaux), il importe de pouvoir travailler sur chacun d'eux, surtout face au public des usagers de drogues en situation de précarité qui cumulent les problèmes de santé et d'hygiène liés à la vie en rue.

Au fil des ans, DUNE a donc développé un dispositif global comprenant plusieurs actions et services accessibles aux bénéficiaires. Ces services, inconditionnels, anonymes et gratuits, s'articulent entre eux pour former un ensemble cohérent destiné à rencontrer les besoins des usagers de drogues en situation de grande précarité.

---

<sup>2</sup> Article 3 des Statuts de DUNE : « L'association a pour objet principal de mettre en œuvre toute action visant directement ou indirectement la promotion et la réalisation d'un dispositif de suppléance en matière de réduction des risques liés aux usages de drogues en Région bruxelloise. Dans le cadre de ses activités, l'association procède notamment :

- à l'évaluation des besoins par le biais de recherche-action-participation ;
- à la formation et la sensibilisation des personnes concernées, professionnels, habitants, membres de collectivité, usagers de drogues ;
- à des concertations locales ;
- à la mise sur pied de dispositifs et de services de réduction des risques complémentaires aux services de soins ;
- à l'évaluation de ces services en collaboration avec les associations qualifiées ».

## B. Philosophie d'intervention

Notre intervention repose sur les fondamentaux de la réduction des risques<sup>3</sup> sociaux et sanitaires liés à la consommation de drogues en milieu précaire. Nos actions ont donc comme objectif général de réduire la mortalité, la morbidité et l'exclusion sociale des usagers de drogues, en les considérant comme des citoyens à part entière, soucieux comme chacun de l'environnement et de la vie dans la cité.

Sur le terrain, cela se traduit par une approche non-directive, qui s'abstient de tout jugement ou discrimination quant à l'usage de drogues. Notre priorité est d'établir un lien de confiance avec nos bénéficiaires (le plus souvent en rupture avec les systèmes d'aide et de soin classiques), à travers l'accès anonyme, gratuit et inconditionnel à nos services.

En tant que service de la ligne 0,5, nous travaillons dans une logique de concertation et de relais vers le secteur des soins de santé, des services d'aide aux sans-abris et des structures dites à « bas seuil » d'accès. Il ne s'agit pas de se substituer aux services de première ligne existant mais construire des ponts entre le monde de la rue et celui des institutions.

## C. Groupes cibles

Notre service s'adresse aux usagers de drogues actifs en situation de précarité, de marginalité et d'exclusion pour lesquels l'accès aux soins est problématique. Leurs conditions de vie précaires (rue, squat...) les confrontent à des problèmes d'hygiène et à un état de santé physique et psychique souvent précaire. Il s'agit majoritairement d'usagers de drogues par voie intraveineuse bien que certains pratiquent l'inhalation ou le snif. Les produits consommés par injection sont principalement l'héroïne, la cocaïne et la méthadone (détournée de son usage *peros*) associées, pour les poly-consommateurs, à d'autres substances : tabac, alcool, médicaments...

L'attention est mise pour tenter d'atteindre des groupes-cibles particuliers (femmes, primo-arrivants, jeunes injecteurs de moins de 25 ans, primo-injecteurs) singulièrement vulnérables aux risques sanitaires liés aux usages de drogues et fort difficiles à capter par les services du bas seuil et de la réduction des risques.

## D. Approche spécifique du public

L'objectif premier de nos interventions est de (re)créer du lien avec des personnes qui ne vont pas (plus) vers les structures de soins et les services d'aide de première ligne. Ce processus d'accroche du public (à même la rue) permet de retisser progressivement les liens nécessaires à la mise en place d'un suivi, puis une (ré)inscription dans les structures de soins classiques.

---

<sup>3</sup> *Charte de la réduction des risques*, en ligne [<http://reductiondesrisques.be/charte-de-la-reduction-des-risques>].

Nos interventions se situent dans un entre-deux, entre le monde de la rue et celui des institutions avec l'objectif de construire des ponts entre ces deux univers opposés, pour garantir l'accès aux soins aux plus précaires.

Ce travail est essentiel dans la mesure où un consommateur de drogues qui se réinscrit progressivement dans les dispositifs d'aide sociale et médicale sera plus en mesure de réguler sa consommation et prendra moins de risques pour lui-même et pour son entourage. Il sera aussi plus à même d'entamer un suivi thérapeutique si son capital santé et son capital social sont au minimum préservés.

Au contraire, un usager de drogues en situation de grande précarité et vivant dans l'isolement adoptera des pratiques de consommations déréglées qui auront pour effet d'augmenter les risques de morbidité.

## E. Activités

L'approche holistique de l'usager de drogues nous a conduit à construire un dispositif cohérent de services diversifiés<sup>4</sup>, articulé autour de trois axes : le CLIP (Comptoir Local d'Information et de Prévention), l'outreach (maraudes à pieds en rue et Médibus) et un travail d'information et de réseau.

- **Accès au matériel stérile** (seringues, matériel de préparation, aluminium, paille, pipe) et à des **containers de récupération** de seringues usagées : au CLIP, situé près de la Porte de Hall et ouvert du lundi au samedi en soirée (horaire adapté au rythme de vie de notre public), en rue et au Médibus.
- **Salle d'accueil et information** : le CLIP est aussi et surtout un lieu où les bénéficiaires peuvent se poser, un lieu où discuter autour d'une tasse de café, un cadre calme où ils ne sont pas confrontés à un quelconque jugement. C'est l'occasion de diffuser des messages de prévention et de réduction des risques sous la forme de brochures, d'affiches et surtout de conseils pratiques de la part de l'équipe.
- **Services d'hygiène** : lessive, distribution de vêtements, douche (en partenariat avec une maison médicale) sont des services intégrés au dispositif d'accueil du CLIP.
- **Travail social de rue** (écoute, information, soins, échange de matériel) : mené à pieds, en soirée et l'après-midi, par les éducateurs, l'assistante sociale et les infirmier(ère)s, le travail social de rue permet d'aller à la rencontre des habitants de la rue, là où ils se trouvent. Le travail de maraude permet de maintenir le contact avec nos usagers, d'en rencontrer de nouveau et d'apporter une présence bienveillante sur les scènes ouvertes de consommation.
- **Médibus** : Depuis 2013, un mobile-home aménagé en comptoir de réduction des risques et infirmerie nous permet d'être présents deux après-midis par semaine sur la zone Ribaucourt-

---

<sup>4</sup> Pour plus d'informations, voyez la deuxième partie du présent rapport d'activités.

Yser, réputée pour son trafic et sa consommation. Le Médibus est accompagné d'une équipe de travailleurs de rue (en partenariat avec Transit) qui favorisent les relais.

- **Dispensaire infirmier** : lors des permanences au CLIP, des maraudes en rue et dans la Médibus, les infirmier(ère)s fournissent des soins et, par leur écoute active, gagnent la confiance des usagers permettant de les motiver à prendre soin de leur hygiène et de leur santé et d'entrer en dialogue quant à la réduction des risques liés à leur consommation.
- **Consultation de médecine générale** : gratuite et sans rendez-vous, la consultation bi-hebdomadaire permet d'accrocher le public cible, de mettre en place un accompagnement médical adapté de proximité (en amont de la demande de traitement de la toxicomanie) et d'améliorer l'état de santé des patients (ex. dépistage HIV et hépatites, problèmes pulmonaires, abcès...). La présence d'un médecin à DUNE est indispensable pour aller plus loin avec le patient dans le traitement des problèmes somatiques qui nécessitent un diagnostic médical, des analyses et la prescription de médicaments. Pour les traitements de substitution, nous orientons les patients vers les structures médicales (hôpitaux, maisons médicales...) et le réseau médico-social « bas seuil » de Bruxelles, avec un relai privilégié avec la MASS où le médecin travaille également.
- **Guidance sociale et administrative** : deux fois par semaine, le service social offre la possibilité d'entretien confidentiel en vue d'initier un suivi social. Si le bénéficiaire le souhaite, il sera possible d'entamer des démarches administratives en vue de refaire ses papiers d'identité, obtenir une carte d'aide médicale urgente, un revenu d'intégration sociale ou une médiation de dettes, recherche d'un lieu d'hébergement... ce travail d'accompagnement social et administratif participe à l'amélioration de l'accès aux soins des bénéficiaires et à les inscrire dans les circuits classiques d'aide et de soins.
- **Orientation et relai** : élément essentiel de notre travail, DUNE dispose d'un réseau de partenaires auxquels sont relayées certaines demandes de prise en charge sociale, psychologique ou médicale qui dépassent nos missions. Nous créons un réseau autour de l'utilisateur et coordonnons les actions. L'orientation et le relai (souvent joints à l'accompagnement mobile) concernent tant les services spécialisés en toxicomanies (e.a. centre de délivrance de traitement de substitution, centres de sevrage), que toute spécialité médicale rencontrant les besoins des bénéficiaires (ex. dentiste, cardiologie, radiologie, psychiatrie...) et les services sociaux de première ligne (CPAS, sociétés de logement...)
- **Accompagnement psycho-social mobile** : dans le cadre des relais réalisés, le bénéficiaire n'est pas envoyé vers un autre service, mais bien accompagné physiquement. Cet accompagnement par un travailleur facilite les contacts entre l'utilisateur de drogues et les intervenants sociaux ou de la santé, qui ne sont pas toujours à l'aise avec les gens de la rue et les usagers de drogues.
- **Pratiques participatives** : DUNE s'implique dans le développement de la participation de ses bénéficiaires, à travers différentes actions : les opérations de ramassage de seringues dans les espaces publics, les focus groupes où l'on fait appel au savoir expérientiel des usagers, les opérations Boule-de-Neige, en tant qu'opérateur de Modus Vivendi (méthode de prévention

par les pairs), des rencontres mensuelles thématiques, rédaction d'articles pour un magazine et création de capsules radio (projet 2017), en partenariat avec DoucheFLUX.

- **Outils de diffusion d'informations** : depuis 10 ans, nous éditons chaque année **Le Bon Plan**, un agenda doublé d'un répertoire et d'un plan reprenant plus de 150 points les points d'assistance sociale et médicale de première ligne à Bruxelles. En 2017, le Bon Plan se déclinera en application mobile. Nous proposons également de manière hebdomadaire une **revue du web de la RdR**, disponible sur notre page scoop.it et ensuite relayée sur Facebook et Twitter.
- **Formation** : nous organisons des formations modulables (1 à 3 journées) pour les professionnels confrontés aux usagers de drogues en errance (gardiens de parc, travailleurs sociaux, éducateurs de rue...). A rebours, cela permet à notre public d'être traité de manière moins méfiante et plus compréhensive sur les espaces publics qu'ils occupent. Par ailleurs, chaque année, nous effectuons des interventions de sensibilisation dans les écoles d'assistants sociaux et d'infirmiers, nous accueillons des stagiaires et des professionnels en immersion et nous intervenons dans des colloques ou revues.
- **Réseau « Nomade – assuétudes et précarité »** : réseau santé agréé par le SPFB, dont DUNE est promoteur, le Nomade offre un lieu de réflexion sur la thématique de la participation des bénéficiaires, un lieu de partage d'expériences et d'échange de pratiques entre professionnels (et bénéficiaires). Nous proposons des rencontres-débats (les Midis Nomades) ainsi qu'un répertoire d'initiatives participatives, disponible sur le site de DUNE.

## II. DESCRIPTION DES ACTIONS ET MÉTHODOLOGIE

Dans cette partie, nous présentons de manière plus détaillée nos actions afin d'explicitier notre méthodologie d'intervention. On abordera successivement : l'outreach (A), les actions de prévention, de réduction des risques (RdR) et d'information (B), l'accompagnement (C), le dispensaire (D), le réseau santé Nomade « Précarité et assuétudes » (E), le Bon Plan (F), les pratiques participatives (G), les réseaux, concertations, plaidoyers auxquels DUNE participe (H) et la démarche d'évaluation qualitative (I).

### A. Outreach : travail social de rue

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

Notre position en tant que travailleur de rue (et d'un comptoir de réduction des risques) se situe dans la « ligne 0.5 », la ligne de soins intermédiaire, recommandée dans chaque ville, par l'INAMI et Médecins du Monde, dans leur *Livre blanc*. DUNE appartient en effet à cet « ensemble de structures et/ou services ayant une approche multidisciplinaire, flexible et proactive, où les personnes exclues des soins peuvent bénéficier de soins de santé primaire (y compris la santé sexuelle et reproductive dans sa globalité), avec des conditions d'accès non discriminantes et respectueuses mais qui ont pour objectif à terme de réintégrer le patient dans la première ligne traditionnelle »<sup>5</sup>.

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

Les maraudes à pieds, avec sac à dos (1) ont été complétées, à partir de fin 2013, par un dispositif mobile de prévention et de soins infirmiers, le Médibus (2).

### 1. *Maraudes à pieds*

Les lieux parcourus à pieds lors des maraudes couvrent un large territoire du centre de Bruxelles. Les quartiers de maraudes sont choisis en fonction des lieux de consommation et de vie des usagers connus des travailleurs grâce aux échanges qu'ils ont avec les bénéficiaires et d'autres travailleurs de rue : places, parcs, parkings, terrains en friche, squats, stations de métro et gares. Dans d'autres cas, les travailleurs se déplacent sur l'appel de citoyens ou de collègues d'autres associations qui sont entrés en contact avec des usagers de drogues et qui cherchent un appui et un relais pour leur venir en aide. D'autres fois, ce sont les usagers eux-mêmes qui nous contactent afin de voir si nous ne sommes pas dans le quartier pour un dépannage, un soutien social ou une intervention paramédicale : par exemple, lorsqu'un usager est blessé ou ne peut se déplacer vers une structure d'aide et de soin.

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

Nombreux sont ceux qui refusent d'aller vers les institutions à cause d'un passé institutionnel douloureux, d'une peur des institutions ou par découragement. Des éléments tels que la temporalité particulière liée au monde de la rue et le syndrome d'auto-exclusion, si bien décrit par Furtos<sup>6</sup>, ne sont que quelques pistes qui permettent de comprendre ces blocages car la complexité des parcours de vie est parfois telle qu'aucun élément pris séparément ne peut suffire à expliquer les ruptures entre le monde de la rue et les institutions.

Pour intervenir dans ce contexte et avec ce type de public, il faut faire le deuil de la toute-puissance à pouvoir venir en aide à l'autre, malgré la détresse qui se joue devant nous et nous met, en tant que

---

<sup>5</sup> *Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique*, INAMI, Médecins du Monde, 2014, [en ligne], <http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-blanc.pdf>.

<sup>6</sup> Pour les développements relatifs à ces éléments, voyez *infra*, « accompagner l'émergence d'une demande ».

professionnels, également dans une certaine détresse. Il faut adapter et réadapter continuellement nos pratiques pour faire une offre qui fasse sens.

*- Absence de demande et offre relationnelle*

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

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

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

L'offre est donc relationnelle avant d'être axée sur une quelconque résolution de la problématique. C'est davantage le processus que le résultat qui importe dans la rencontre, comme le souligne Fustier<sup>7</sup>. Avec des personnes qui sont généralement en souffrance socio-affective, la mise en projet et l'instauration d'une dynamique de changement ne peuvent se faire que si le lien créé en rue est suffisamment fort.

---

<sup>7</sup> P. FUSTIER, *Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial*, Paris, Dunod, 2005.

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

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

*Ce n'est pas toujours facile et encore moins évident d'aborder ce public. L'approche d'un usager peut se faire avec de l'empathie, de la compréhension, une certaine forme de compassion ou une dose d'humour millimétrée. La mise en confiance est très importante. Une petite plaisanterie ou une histoire courte est toujours la bienvenue car c'est un bon moyen de détendre la personne, la faire sourire ou rire.*

*La présence d'une infirmière et d'un travailleur social est le binôme parfait pour le travail en rue. L'approche d'un usager est facilitée par ce que certains appellent la « bobologie ». Donner un soin facilite la mise en confiance... On peut alors inviter la personne à se rendre à l'infirmerie du CLIP pour recevoir des soins dans de meilleures conditions...*

(Jean-Philippe, travailleur social à DUNE)

Comme le dit si bien Pierre Roche, il s'agit d'entendre la posture de proximité comme être « auprès de », « avec »<sup>8</sup>. L'objectif de cette posture professionnelle est avant tout d'aller vers l'autre en évitant de poser des barrières (langage institutionnel, relation régie par le cadre...) entre le bénéficiaire et le professionnel, sans pour autant construire des liens trop proches qui seraient destructeurs. C'est considérer le bénéficiaire comme un autrui « tout à la fois semblable car appartenant au genre humain et différent car n'occupant pas les mêmes places sociales »<sup>9</sup>. Cette posture professionnelle permet donc d'aller au contact et d'entrer en relation avec un public qui se trouve bien souvent éloigné des institutions.

Aller vers notre public-cible et entrer en relation, nécessite une présence régulière destinée à acquérir une connaissance non-négligeable du terrain, de ses particularités et des usagers, de manière à

---

<sup>8</sup> P. ROCHE, « Les défis de la proximité dans le champ professionnel », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2007, vol. 1, n° 3, pp. 63-82.

<sup>9</sup> V. JANKÉLÉVITCH, *Le pur et l'impur*, Paris, Flammarion, 1960, cité par P. ROCHE, *op. cit.*, p. 66.



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

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

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

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

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

## 2. Médibus

Depuis novembre 2013, le travail de maraudes à pieds est complété par un dispositif innovant, unique à Bruxelles : le Médibus. Il s'agit d'un mobile-home transformé en salle de consultations infirmières et en un comptoir d'information et de réduction des risques liés aux usages de drogues. Cet outil d'outreaching permet d'aller à la rencontre des personnes en situation de grande précarité sur leur lieu de vie mais surtout d'offrir en rue un lieu plus adéquat à la réalisation des soins ainsi qu'un lieu où le consommateur peut librement venir se poser pour parler. Toute sortie du Médibus est accompagnée par une équipe qui effectue des maraudes à pieds.

DUNE a pu acquérir et aménager ce véhicule grâce au soutien de la Loterie Nationale. En 2015-2016, le Médibus a également bénéficié du soutien de la commune de Molenbeek via l'enveloppe annuelle du contrat de Quartier Durable « Autour de Léopold ». Ce contrat de quartier se clôture fin 2016 et la commune de Molenbeek a proposé le dispositif Médibus parmi les actions à financer dans le cadre du Plan de prévention 2017-2020.

### a) Implantation : horaire et site

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

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

Suite aux observations de terrain, nous avons jugé opportun de concentrer nos forces sur le quartier Ribaucourt et de laisser à Médecins du Monde la gestion des autres sites (nous y avons assuré un travail de maraude jusqu'en juillet 2014), dans la mesure où c'est à Ribaucourt que nous rencontrons le plus notre public-cible, les usagers de drogues, contrairement aux autres sites qui sont principalement fréquentés par des personnes ne présentant pas de problème d'assuétude.

2015-2016 constitue une troisième phase d'implantation durant laquelle la pertinence tant du lieu (Place Saintelette) que de l'horaire des permanences (15h à 18h) a été confortée par les observations de terrain. La pertinence du dispositif ressort également du soutien financier du Médibus par la

commune de Molenbeek, répondant ainsi partiellement aux constats posés en 2012 par la plateforme associative et citoyenne locale « Ribaupôle »<sup>10</sup>.

b) Maraudes à pieds lors des permanences du Médibus

Patience est l'un des maîtres mots de notre intervention en rue car le public que nous souhaitons toucher est, comme on l'a vu, en rupture avec les structures de soins classiques et cultive souvent beaucoup de méfiance à l'égard des aidants.

Pour favoriser le travail d'« outreaching », qui consiste à « aller vers », notre équipe déploie un travail de rue aux alentours du Médibus. Lors de chaque permanence, deux travailleurs sillonnent le quartier, dans la poursuite d'un double objectif :

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

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

c) Partenariats et travail pluridisciplinaire

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

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

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

---

<sup>10</sup> M. KIRZIN, H. MIMOUNI, E. HUSSON, *Concertation bas seuil. Projet « Riboutique »*, décembre 2012, <http://reductiondesrisques.be/wp/wp-content/uploads/2013/03/Rapport-Riboutique-last.pdf>, pp. 2-4.

### 3. Le chaînon manquant

En guise de conclusion, nous souhaitons mettre en évidence la nécessité sanitaire de mettre en place des dispositifs complémentaires, tels que les salles de consommation à moindre risque. C'est d'ailleurs l'une des actions promues par le Plan drogues 2016-2019 de la FEDIDO bruxelloise<sup>11</sup>.

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

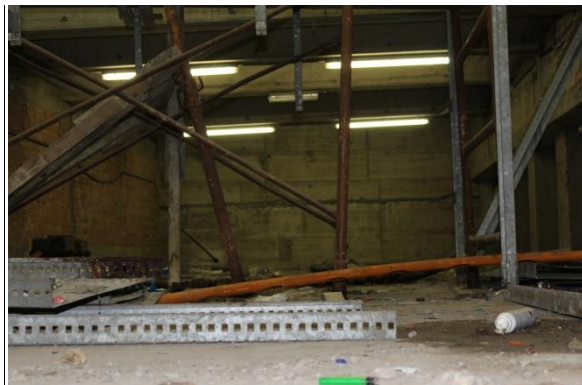
*Nous connaissons S. depuis de longs mois, c'est une personne attachante et généreuse. Elle prend du matériel d'injection stérile régulièrement. Elle arrive un jour au Médibus et nous présente une amie.*

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

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

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

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



<sup>11</sup> Action 18 : <http://feditobxl.be/fr/ressources/memorandums-politiques/politique-drogues-et-plan-drogues-2016-2019/plan-drogues/reduction-des-risques/>

## B. Prévention, RdR et information

Dans cette partie du rapport, le lecteur pourra constater que DUNE remplit l'ensemble de ses missions dans une démarche de complémentarité des activités qu'elle développe, qui concourent à la réduction des risques liés aux usages de drogues grâce une diversité de dispositifs à très bas seuil d'accès. Nous présenterons ici les activités relatives à l'accueil (1), à la prévention (dans sa déclinaison RdR sanitaire) des dommages encourus par les usagers via l'accès au matériel stérile (2), à la mission d'information aux usagers de drogues et leur entourage (3), à l'information et la sensibilisation de la population (4) et des (futurs) acteurs socio-sanitaires (5) et de formation (6).

### 1. Accueil : le CLIP, bien plus qu'un comptoir d'échange

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

#### a) Cadre de l'accueil

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

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

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

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

*David refuse de donner les informations que le travailleur lui demande. Une travailleuse tente de soutenir son collègue et de rappeler à David en quoi ces données sont importantes pour notre travail. Suite à son intervention, l'usager l'insulte, devient agressif et menaçant verbalement et physiquement envers elle. Deux travailleurs interviennent pour couper court à cette situation et recadrer l'usager. La travailleuse sentant qu'il ne se calme pas, décide de se mettre en retrait dans une autre pièce et de laisser ses collègues gérer la situation.*

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

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

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

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

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

*Dès lors, un épisode de violence ne sera pas traité de la même manière à chaque fois. Dans cette situation, nous avons décidé en équipe de ne pas sanctionner David qui s'est excusé auprès des travailleurs et s'est rendu compte de son*

*« mauvais » comportement. Il s'agissait également d'une première pour cet usager d'ordinaire calme et poli. Toutefois, les travailleurs lui ont rappelé les règles du CLIP et l'ont averti que cela ne pouvait pas se reproduire. Depuis David est revenu au CLIP à plusieurs reprises et s'adresse aux travailleurs avec beaucoup de respect et tranquillité. C'est que pour lui aussi le CLIP doit rester un lieu de quiétude où il peut venir se poser et déposer...*

(Sophie, infirmière à DUNE)

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

Néanmoins, ce n'est pas parce que la problématique de l'usager n'est pas au centre des discussions que les travailleurs se contentent d'observer la détresse de l'autre sans lui proposer un accompagnement ou de bénéficier d'un service, sous prétexte qu'ils considèrent l'autre comme acteur posant des choix. Il faut être fin dans la relation et saisir au bon moment les ficelles à actionner pour permettre aux usagers de formuler l'une ou l'autre demande.

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

#### b) Les services proposés

On l'a dit, les services développés par DUNE à l'attention des usagers de drogues en situation de grande précarité sont **inconditionnels, entièrement gratuits** et, pendant le temps nécessaire au bénéficiaire, **anonymes**. Nous expliquerons les motifs pour lesquels notre philosophie d'intervention repose sur ces trois principes dans la partie relative à l'accompagnement.

Dans le cadre de la mission d'accueil et d'accompagnement, plusieurs services ont été mis en place, pour compléter l'accès au matériel stérile :

- Des services d'accompagnement (cf. *infra*) : une permanence sociale où les usagers peuvent être aidés dans leurs démarches, un service infirmier où les usagers peuvent recevoir des soins de première ligne et une consultation médicale de médecine générale ;
- Et des services d'hygiène : un vestiaire, des douches et un lavoir.

*- Service « douches »*

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

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

*- Dons de vêtements et de couvertures*

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

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

*- Lavoir social*

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

Grâce au soutien du Fonds Pauvreté, géré par la Fondation Roi Baudouin, DUNE a pu investir dans de nouvelles machines professionnelles en 2015.

\* \*  
\*

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



## 2. Accès au matériel stérile

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

En Belgique comme dans d'autres pays, les usagers eux-mêmes se sont emparés du problème de risque de transmission du VIH par l'usage de drogues par voie intraveineuse : avec le soutien d'associations et de militants (comme le CCLA – Citoyens comme les autres), une distribution officielle du matériel nécessaire à l'injection s'est développée. L'ouverture des comptoirs d'échanges de seringues s'est ainsi effectuée « en douce » à partir de 1994 alors que la législation en la matière autorisait seulement les pharmacies et les services médicaux à délivrer du matériel stérile d'injection. Il a fallu attendre juin 2000 pour qu'un arrêté royal vienne combler le vide juridique dans lequel travaillaient les comptoirs<sup>12</sup>.

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

### a) Notre approche de la réduction des risques

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

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

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

---

<sup>12</sup> Arrêté royal du 5 juin 2000 portant exécution de l'article 4, § 2, 6° de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, M.B., 7 juillet 2000.

*La réduction des risques (RdR) est une idée générale qui consiste à ne pas considérer l'usager uniquement à travers son usage de drogues, mais à le considérer comme une personne à part entière, qui prend des risques. La RdR tente de limiter, de calculer les risques pris pour permettre de mieux vivre avec son mode de vie, et parfois ses dysfonctionnements. La réduction des risques est socio-sanitaire, c'est-à-dire qu'elle agit sur le plan médical et sur le plan humain. Elle est « reliée au monde » : il s'agit de réduction des risques d'exclusion et de précarisation psychologique, sociale, judiciaire, sanitaire. Sur le plan médical, la RdR est outillée par des supports : le matériel lié à l'injection et les conseils de « shooter propre », réduire les risques de contracter un virus par l'échange de seringues, de coton, etc. Nous les sollicitons à prendre soin d'eux et des autres, et pas seulement sous l'angle de la maladie. Sur le plan « humaniste », par le travail de proximité et le travail de rue, des contacts s'établissent, se développent entre travailleurs et usagers de drogues, et tentent de tenir une position de réduction des risques de désocialisation<sup>13</sup>.*

b) Le matériel disponible au comptoir

Au CLIP, au Médibus et en rue, les bénéficiaires peuvent recevoir gratuitement le matériel suivant :

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

De plus, les usagers ont accès à des pipes à crack au Médibus, grâce à notre partenariat avec Transit. Cela répond à une demande de public et agit comme une sorte de « produit d'appel » qui permet d'engager un contact avec le consommateur de crack. Les travailleurs de Transit apportent également au bus des feuilles d'aluminium épaisses pour les chasseurs de dragon<sup>14</sup>. Nous avons conscience que faire une offre différente au Médibus et au CLIP risque à terme de créer des difficultés. C'est pourquoi

---

<sup>13</sup> I. VITRY, « La proximité, un travail sur le fil : La complexité du lien avec des personnes en errance socio-affectives », 2009, p. 2, [en ligne],

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

<sup>14</sup> « Ces feuilles sont plus épaisses que celles disponibles dans le commerce et donc plus adaptées pour chasser le dragon : permettent une meilleure répartition de la chaleur, limitent le risque de destruction du produit actif en freinant l'augmentation de la chaleur, peuvent également servir de paille d'inhalation, elles sont non traitées lors de leur fabrication ce qui limite l'inhalation d'huiles », <http://www.apothicom.org/feuille-aluminium-presentation.htm>

nous devons reprendre le plaidoyer pour le financement du matériel stérile non plus seulement d'injection mais également le matériel servant aux autres modes de consommation utilisés par notre public.

c) Enjeux de santé publique

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

La consommation par voie intraveineuse reste le facteur principal de contamination du virus de l'hépatite C en raison du partage de seringues mais également du matériel connexe d'injection, qui peut aussi être contaminé par le sang d'un usager infecté. De plus, le virus de l'hépatite C résiste plusieurs jours à l'air libre alors que le virus du SIDA résiste beaucoup moins longtemps à l'air libre (de quelques minutes à 24h) et une plus grande quantité de sang est nécessaire à sa transmission.

Le message de la RdR du « 1 pour 1 » serait intenable pour un comptoir comme DUNE, par manque de manque de financement, si les usagers l'appliquaient intégralement : un dispositif cohérent nécessiterait une somme de 40.000€. Le manque de financement chronique du dispositif d'échange de seringues place les travailleurs dans une situation paradoxale de faire passer un message et de ne pas pouvoir donner le matériel adéquat !

Face à ce constat, les services bruxellois impliqués dans le DAMSI (DUNE, Transit, Projet Lama, Médecins du monde, Modus Vivendi) ont réalisé un dossier plaidant pour un meilleur accès et donc financement du matériel de RdR et rencontré, en septembre 2015, le cabinet du Ministre bruxellois de la Fonction publique et de la politique de la Santé, Cécile Jodogne. Notre demande de refinancement de la clef de répartition disponible pour les services bruxellois a été entendue mais les montants alloués nous permettent à peine de couvrir l'ensemble des besoins en matériel d'injection. Ce manque de financement nous met également face à l'impossibilité de donner accès aux matériels nécessaires pour d'autres modes de consommation utilisés en rue. Cette situation restreint notre capacité à toucher un public plus large et ne nous permet pas de promouvoir d'autres modes de consommations bien moins risqués que l'injection d'un point de vue socio-sanitaire.

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

qu'il n'est pas exclu qu'une contamination puisse également se produire en cas de partage d'un matériel d'inhalation (pipe à eau, narguilé, pipe à crack) »<sup>15</sup>.

La situation nous paraît d'autant plus exaspérante et absurde que le montant nécessaire pour couvrir les besoins des comptoirs bruxellois, dans le cadre d'un dispositif cohérent d'accès au matériel d'injection (1 pour 1), est inférieur au coût du traitement<sup>16</sup> pour l'hépatite C d'une seule personne !

*L'hépatite C est aujourd'hui un problème majeur de santé publique.  
On estime qu'en Belgique, 1% de la population en est atteint.  
(Réseau hépatite C)*

### **3. Information aux usagers de drogues et leur entourage**

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

Pour nous aider à diffuser les messages de prévention et les rendre compréhensibles à l'ensemble du public, nous nous appuyons sur diverses brochures et publications ainsi que des outils didactiques. Ces outils d'information et de prévention, traduits dans plusieurs langues ou fondés sur des illustrations, sont un soutien indispensable dans la mesure où une part de notre public ne maîtrise pas la langue française tandis que d'autres éprouvent certaines difficultés dans la compréhension orale des messages et des conseils.

*- Boules de neige : prévention par les pairs*

Il s'agit d'une méthode de prévention par les pairs, coordonnée et financée par Modus Vivendi, qui s'appuie sur des services de première ligne, dont DUNE, pour sa mise en œuvre.

Ses objectifs sont :

- toucher un public d'usagers de drogues marginalisés qui ont peu ou pas de contacts avec les structures de soins et sont peu touchés par les campagnes de prévention destinées au grand public ;
- recueillir des informations sur les comportements et pratiques des usagers<sup>17</sup>.

Le principe de la « boule de neige » est que les usagers de drogues transmettent eux-mêmes à d'autres usagers de leur connaissance des messages de prévention du SIDA, des hépatites et autres risques associés à la consommation de drogues. Ces usagers, rémunérés comme « jobistes », sont sollicités

---

<sup>15</sup> Pour des données relatives aux maladies infectieuses, voyez L. CASERO, M. HOGGE, M. RWUBU, Ph. BASTIN, M. DAL, C. VANHUYCK, *L'usage de drogues en Communauté française, Rapport Communauté française 2010*, Bruxelles, Eurotox, 2011, pp. 98-99.

<sup>16</sup> Le coût d'un traitement est estimé entre 60.000 et 80.000€. Voyez : <http://www.lesoir.be/947453/article/actualite/sciences-et-sante/2015-07-27/l-hepatite-c-peut-etre-eradiquee-en-belgique-selon-des-experts>

<sup>17</sup> Site internet de Modus Vivendi : <http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?rubrique30>

pour leur expertise. Ils sont susceptibles de toucher des usagers inconnus des services spécialisés et disposent sans doute d'une crédibilité auprès des autres usagers de drogues que les professionnels ne possèdent pas.

Les jobistes sont chargés de deux missions.

1. **Formation** : Ils participent au cycle de sensibilisation (8-10 séances sur une période d'un mois) au cours duquel une information est donnée sur différents sujets (SIDA, hépatites, overdoses...) permettant de mettre à jour leurs connaissances. Il s'agit également d'échanger sur les croyances et les expériences liées à l'usage de drogues et à la RdR, dans un contexte de non-jugement des attitudes ou des conduites des consommateurs. En début et fin de formation, les jobistes remplissent un test d'évaluation permet d'objectiver leurs connaissances.

Le déroulement des séances d'information suit un canevas modulable en fonction des besoins :

- 1) Prise de contact, signature des conventions et du règlement, organisation pratique. Première lecture du questionnaire et utilisation des brochures
  - 2) Hépatites
  - 3) Rappel hépatites (sous forme de jeux) et HIV
  - 4) Produits, mélanges et overdose
  - 5) IST et contraception
  - 6) Évaluation du savoir, premier défraiement pour tous les jobistes, jeux de rôle, distribution des questionnaires et des sacs à dos
  - 7) Retour des premiers questionnaires
  - 8) Évaluation finale et second défraiement
2. **Contacteur d'autres usagers** : Ils se rendent ensuite sur le terrain pour relayer l'information auprès d'une quinzaine usagers, avec comme support de la rencontre un questionnaire et des brochures de prévention.

*Comme la passation des questionnaires se déroule directement sur le lieu de vie des consommateurs (squat, rue, lieu de consommation ou de deal), les jobistes sont munis d'un sac à dos comprenant différentes brochures d'information pouvant les aider. Nous insistons auprès des jobistes pour qu'ils essaient de toucher un maximum d'usagers ne connaissant pas le projet boule-de-neige ou ne fréquentant pas les différents services de réduction des risques.*

(Chaïmae, infirmière responsable BdN à DUNE)

À l'issue de ce processus, Modus Vivendi réalise l'évaluation des opérations sur la base des questionnaires fournis par les jobistes et des rapports demandés aux animateurs. De plus, les membres de l'équipe qui sont chargés des opérations Boule-de-Neige participent aux réunions de concertation et d'échanges que Modus Vivendi organise avec tous les animateurs de ces opérations des régions wallonne et bruxelloise.

#### 4. Information et sensibilisation de la population générale

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

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

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

##### a) Site internet

DUNE dispose d'un site internet depuis 2009. Il a été refondu une première fois en mars 2014 puis en 2016-2017 : il a été structuré de manière sobre, de façon à améliorer la visibilité des différentes activités développées par notre association et à promouvoir la réduction des risques et la participation des bénéficiaires.

Sur ce portail sont repris :

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

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

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

## b) Réseaux sociaux

### - Facebook

Créée en 2014, la page DUNE ASBL/CLIP sur Facebook bénéficie d'une popularité croissante en raison du dynamisme de cette page qui se veut un fil d'actualité concernant la réduction des risques et les secteurs précarité et assuétudes. Chaque semaine, nous réalisons une revue du web relayée sur notre page Facebook.

Cette page nous permet aussi de diffuser les informations relatives à nos activités (Midi Nomade, focus-groupe, journée d'étude...) et nos éventuelles offres d'emploi. Elle a également une fonction relai : nous assurons le partage d'informations concernant les activités et les offres d'emploi de nos partenaires et plus largement des acteurs des secteurs du social et de la santé. Elle permet donc une articulation réticulaire avec les organisations du secteur, notamment sur un plan international (ex. participation à la journée d'action mondiale « Soutenez, ne punissez pas »<sup>18</sup>).

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

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

## c) Scoop-it et twitter

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

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

Notre curation assidue a été récompensée par le site : pour leur section santé, scoop.it nous a attribué une médaille d'argent en 2015.

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

[www.twitter.com/dune-asbl](http://www.twitter.com/dune-asbl)

## 5. Actions envers les acteurs socio-sanitaires

Quatre types d'actions s'adressent à ces acteurs :

- des interventions dans les écoles,

---

<sup>18</sup> [www.supportdontpunish.org](http://www.supportdontpunish.org)

- l'accueil de stagiaires,
- des communications dans des colloques, journées d'étude ou séminaires
- l'accueil de délégations ou de travailleurs d'autres institutions.

Les détails des actions réalisées en 2016 dans ce domaine se trouvent dans la seconde partie du présent rapport. Nous développons toutefois ici deux aspects liés aux étudiants.

*- Interventions dans les écoles :*

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

Cet apriori négatif envers l'articulation entre soins et réduction des risques se rencontre fréquemment chez les étudiants, comme chez certains professionnels : la fonction de l'infirmier est de soigner, et de soigner de la façon qui lui semble la plus appropriée. Comment, dès lors, accepter qu'un soin ne puisse être qu'un accompagnement, une collaboration avec une personne qui fait ses choix et dont les choix ne semblent pas toujours concorder avec les principes de l'art infirmier ? Comment accepter l'idée d'un travail auprès de personnes qui peu à peu se détruisent, « jusqu'à devenir de véritables tableaux expressionnistes de mises à mort annoncées »<sup>19</sup> ?

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

*- Tutorat des stagiaires :*

Afin de professionnaliser l'encadrement des stagiaires, l'une de nos infirmières a suivi une formation « Soutien au tutorat et renforcement de l'encadrement des stagiaires » en 2015. Elle est à présent chargée des tâches liées à la sélection, l'accueil et l'encadrement des stagiaires. Dans le courant de l'année 2016, le travail lié au tutorat a été délégué à un éducateur et l'assistante sociale pour les étudiants qui relèvent de leur formation respective.

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

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

---

<sup>19</sup> P. JAMOULLE, *Fragments d'intime. Amours, corps et solitudes aux marges urbaines*, Bruxelles, La Découverte, 2009, Coll. « Collection Alternatives sociales », p. 245.



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

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

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

## 6. Formations

L'agrément de DUNE comme service actif en toxicomanie ne prévoit pas la mission générale de formation. Pourtant, nous sommes régulièrement sollicités par divers organismes pour un soutien méthodologique concernant l'approche du travail de rue avec un public dit « toxicomane » mais aussi par d'autres associations développant une offre de formation, en raison de l'expertise de nos travailleurs. Fin 2016, nous avons préparé une demande de modification d'agrément basée notamment sur la reconnaissance de la mission de formation. Elle a été déposée en janvier 2017.

- d) Offre spécifique de DUNE : Gestion des personnes dépendants de drogues et ramassage du matériel d'injection

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

Ces rencontres débouchent quelques fois sur des demandes de formation de la part des responsables d'équipe. Nous proposons alors un module « sur mesure » pour répondre au mieux aux attentes des travailleurs. Au vu de ces sollicitations, il ne fait aucun doute sur les besoins des « travailleurs de la ville » en terme formation relative à la problématique de l'usage de drogues. Pour assurer les formations, nous avons développé un partenariat avec Modus Vivendi et Transit.

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

Expériences antérieures : 2014 – Bruxelles Environnement (100 gardiens de parc) ; 2015 – asbl BRAVVO (15 travailleurs : gardiens de la paix, coordinateurs, animateurs de centres de jeunes, médiateurs sociaux...).

#### e) Co-animation

L'expertise que DUNE a développé dans le domaine de la RdR et du travail de rue ouvre sur des collaborations de certains travailleurs de DUNE aux animations de formations de Modus Vivendi (formation aux risques liés à l'injection) et de la fédération Traces de rue.

### C. Accompagnement

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

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

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

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

#### 1. *Accompagner l'émergence d'une demande*

Il s'agit ici d'une étape souvent nécessaire pour mettre en place la démarche d'accompagnement et d'aide sociale. Bien souvent, les usagers que nous rencontrons n'ont pas de demandes spécifiques, si

ce n'est celle d'accès au matériel stérile, malgré la détresse apparente qu'ils vivent. Cela nous interpelle souvent et nous met face à notre propre incapacité à agir tant que l'autre ne demande rien et n'est pas preneur des différentes aides que nous proposons.

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

Le psychiatre J. Furtos, spécialiste de la souffrance psycho-sociale, apporte un éclairage intéressant pour comprendre le refus et difficultés de demander une aide sociale avec son concept d'auto-exclusion. Il a observé que les personnes qui vivent des phénomènes d'exclusion peuvent adopter des comportements d'auto-exclusion et de mise en retrait fermant ainsi la porte au reste du monde. Ces personnes qui ne se sentent pas respectées, qui ont connu des histoires douloureuses avec les institutions et la société s'enferment sur elles-mêmes et retournent cette exclusion contre elles-mêmes. Le drame, comme l'explique Furtos, c'est qu'en se coupant du monde pour se protéger, on se coupe également de soi-même et de ses propres sensations. L'exclusion, c'est ce sentiment de ne plus faire partie du groupe des humains<sup>20</sup>.

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

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

Intervenant – *A bon ?*

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

Si on ajoute à cette approche de l'exclusion une analyse des modes de vies en rue autour de la temporalité, on est plus à même de saisir les difficultés inhérentes à la formulation d'une demande et à l'entrée dans un processus d'aide. Selon S. Quesemand Zucca<sup>21</sup>, la notion du temps est ce qui se perd le plus rapidement en rue. Après quelques mois passés en rue, le temps est vécu comme un présent répétitif rythmé par des balises temporelles liées au jour et à la nuit, au temps de manche, de recherche de solutions pour se nourrir, se mettre au chaud ou se loger. « *Après demain n'existe pas ou se confond dans un future lointain et imprécis*<sup>22</sup> ».

A cette temporalité spécifique liée aux modes de vie en rue et à la débrouille, la vie du consommateur est également rythmée, parfois de manière métronomique, à la consommation de produits psychotropes. Se lever, consommer pour *déblanchir*<sup>23</sup>, partir faire la manche, trouver le dealer, trouver du matos, trouver un endroit pour consommer, consommer, repartir faire la manche et ainsi cycliquement plusieurs fois par jour et chaque jour de la semaine... Ce n'est pas une vie, nous confiait il y a peu un usager :

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

---

<sup>20</sup> J. FURTOS, *De la précarité à l'auto-exclusion, conférence et débat*, Paris, Editions Rue d'Ulm, Presses de l'École normale supérieure, 2009, coll. « La rue ? Parlons-en ! », p. 25.

<sup>21</sup> S. QUESEMAND ZUCCA, *Je vous salue ma rue. Clinique de la désocialisation*, Paris, Stock, 2007, p. 69-71.

<sup>22</sup> *Ibid.*, p. 70.

<sup>23</sup> Mot utilisé par les usagers pour signifier stopper ou adoucir le manque.

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

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

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

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

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

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

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

(Usager du CLIP)

Nous valorisons non pas le résultat mais le processus qui mènera à la mise en place de solutions. Dès lors, nous ne visons pas une productivité en termes de suivi social mais une productivité du lien qui consiste à construire une relation de confiance qui sera porteuse de solutions<sup>24</sup>.

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

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

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

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

*Le jour du rendez-vous, Jordy 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. Jordy semble rassurer et le lien est ainsi maintenu.*

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

*(Sophie, infirmière à DUNE)*

---

<sup>24</sup> P. FUSTIER, *Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial*, Paris, Dunod, 2005, p. 75.

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 Jordy et à l'introduire au CLIP. Il s'agit pour nous d'un grand succès étant donné que Jordy est une personne marginalisée, exclue et en rupture avec de nombreuses institutions, comme beaucoup d'autres usagers. Nous travaillons en collaboration avec Jordy, nous le considérons comme une personne à part entière. Il participe activement et est au centre des prises de décisions qui le concernent. Nous l'écoutons et l'accueillons sans jugement et sans a priori. Nous le respectons et favorisons ainsi son estime de lui et sa dignité.

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

## *2. Guidance sociale et administrative*

Deux fois par semaine (mardi 9h30 à 12h30 et jeudi 14h à 17h), 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...

*- Prendre le temps...*

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

## *3. Accompagnement psycho-social mobile*

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

Elle comporte deux enjeux :

- Tenter d'apporter des réponses adéquates aux problématiques complexes vécues par nos bénéficiaires car, ayant nos propres limites, nous sommes invités à travailler avec nos partenaires de manière transversale.
- « Faire relais » afin d'éviter si possible la rupture du lien qui pourrait survenir au cas où le processus d'aide tournerait en échec. « Faire relais » nous permet, en cas de nouvelles

ruptures avec les institutions, de reprendre le travail là où nous l'avions commencé car nous ne serons pas porteurs de l'échec.

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

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

*Un jeune usager fréquentant le comptoir depuis plusieurs années nous confie un soir être dans des démarches administratives auprès du CPAS d'une commune bruxelloise pour obtenir une carte médicale dans l'optique de pouvoir assurer la poursuite de son traitement de substitution et soigner son corps tant meurtri par des années de rue. Dans un premier temps, le CPAS lui refuse l'adresse de référence sous prétexte qu'étant en rue, il est difficile de savoir si ce jeune passe la plupart de son temps sur le territoire communal. Pour seule explication, on lui a dit qu'il peut introduire un recours devant le tribunal du travail...*

*Nous l'aidons à réintroduire une nouvelle demande pour son adresse de référence en réunissant toute une série de preuves (lettre de commerçant, confirmation par les éducateurs de rue de la commune, ticket de magasin et de pharmacie, etc.). Enfin... 2 mois plus tard, l'adresse de référence est accordée ainsi que la carte médicale.*

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

*(Christopher Collin, directeur)*

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

*Moi, je ne vais plus à l'hôpital ou dans les maisons médicales pour me faire soigner. Tu es infantilisé et regardé comme un pestiféré. On ne t'écoute même pas. L'autre fois, on a essayé de me mettre 5 fois une perfusion alors que je leur disais que je n'avais plus de veines. Ils m'ont complètement charcuté. Et puis, il*

*n'y a pas que ça. Parfois, tu veux aller dans une maison médicale et on te dit qu'on ne prend pas les toxicomanes car ils ont déjà eu des blagues avec des vols d'ordonnances ou de la violence. Mais merde, on n'est pas tous des bêtes quand même.*

(Den, usager du CLIP)

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

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

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

*Les psychiatres hospitaliers semblent avoir un pouvoir exorbitant sur la vie des sans-abris. La décision médicale de les renvoyer à la rue fait force de loi. Les structures de soins rigides et fermées sur elles-mêmes fonctionnent sur des codes sociaux feutrés mais impitoyables quand le patient ne respecte pas le mode relationnel obséquieux qui structure la relation médecin/malade. L'espace social de la rue a ses propres codes : une culture de l'affrontement dans l'adversité, la capacité d'occuper le devant de la scène et une gestion frontale des conflits (« ça passe ou ça casse »). Ces codes heurtent de plein fouet la culture et l'organisation sociale de l'hôpital. Certains responsables adoptent des logiques rigides pour gérer le choc des cultures : cadrer, sanctionner et « virer » les « tox qui foutent le bordel », afin de pouvoir prendre le temps de soigner d'autres patients qui leur paraissent plus méritants<sup>25</sup>.*

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

---

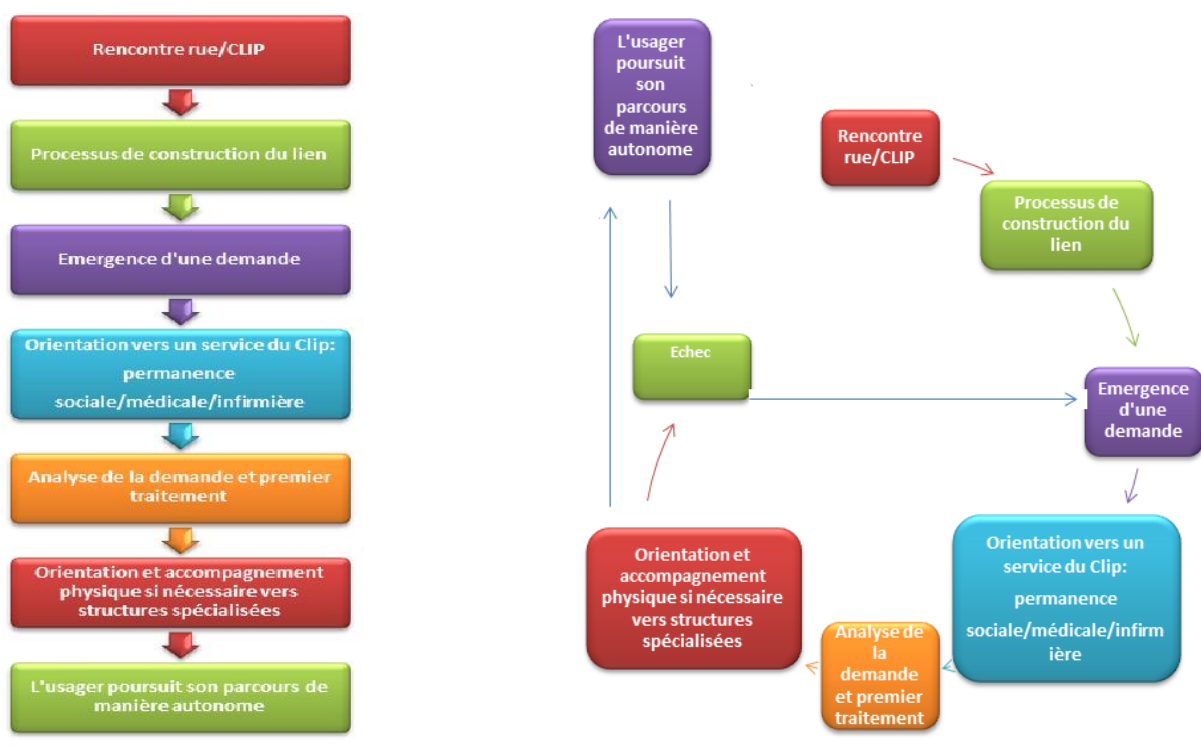
<sup>25</sup> P. JAMOUILLE, *Drogues de rue, récits et styles de vie*, Bruxelles, De Boeck Université, 2000, p. 106.



#### 4. Le processus d'accompagnement

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

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



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

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

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

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

*- Illustration*

La vignette qui suit a été rédigée par notre assistante sociale en vue de mettre en exergue le rôle central du travail de collaboration avec le réseau de l'usager dans la guidance sociale. Il permet à l'assistante sociale de traiter la situation dans sa globalité. Elle explique :

*Effectivement, une situation est complexe et pour arriver à stabiliser la situation sociale, je dois traiter toutes les problématiques. Et cela, j'y arrive seulement avec l'aide des autres ASBL/institutions.*

(Rezlane, assistante sociale)

La vignette révèle également l'importance de donner le temps et écouter le rythme du bénéficiaire, l'articulation entre le travail de rue, la guidance sociale et les accompagnements mobiles et la priorisation des actions entre social et santé.

*Stéphane a 40 ans et vit en rue depuis 10 ans. Il s'est retrouvé à la rue suite à la séparation avec son ex-femme. Il n'a pas d'enfants.*

*Il dormait sur un banc dans la commune de Ganshoren. Suite à des plaintes des voisins, envoyés à la commune signalant un sans domicile fixe, la commune a envoyé un assistant social afin de lui apporter son aide.*

*Il s'avère que Stéphane a bien accroché au suivi avec cet assistant social car il a pu remettre en ordre sa carte d'identité, obtenir une adresse de référence et mettre en place le RIS.*

*Pendant que les démarches sociales s'effectuaient, la commune a fait la demande que Stéphane soit vu par un psychiatre pour être sûr que celui-ci ne soit pas en danger pour les citoyens. C'est la raison pour laquelle un agent de quartier et agent de police l'ont amené à Saint-Pierre avec obligation pour Stéphane d'y aller. Le psychiatre a attesté que Stéphane n'était pas dangereux pour la société.*

*Nous, nous l'avons rencontré au Médibus, il y passait régulièrement pour boire un café. Il ne passait pas encore au CLIP.*

*Il était mal en point et avait besoin d'une grande écoute psycho-sociale, c'était d'ailleurs sa seule demande. Car il se plaignait beaucoup tant au niveau médical que social.*

*Nous le rencontrions également en travail de rue.*

*La première fois que mes collègues sont partis à sa rencontre sur le banc, ils ne l'ont pas rencontré mais ont laissé un petit mot en disant qu'ils étaient passés. C'est d'ailleurs un geste qui lui a fait énormément plaisir car il est revenu au Médibus et répétait plusieurs fois qu'il était heureux qu'on soit venu voir où il dormait et qu'il gardait le petit mot avec lui.*

*Par la suite, Stéphane a trouvé un squat à Ganshoren. C'est un endroit où il y a plusieurs boxes destinés aux voitures des locataires du bâtiment. La propriétaire lui a laissé occuper un box jusqu'à que l'appartement attribué à celui-ci soit loué. Il s'avère que Stéphane a des frères et sœurs qui vivent dans le même quartier où il squat mais il semble ne pas avoir beaucoup de contact avec eux.*

*Stéphane est une personne qui a des problèmes de santé mentale et un de ses principaux problèmes est de tout oublier en l'espace d'une heure. Il est donc difficile pour lui de suivre ses démarches car il oublie et confond toutes les informations qu'il reçoit.*

*En ce qui concerne le CLIP, il a commencé à le fréquenter après plusieurs semaines de passages au Médibus, de rencontres durant les maraudes. Et là encore, il a été difficile de l'amener vers les structures de soin ou d'avancer dans ses démarches sociales.*

*C'est seulement après plusieurs semaines et une fois que Stéphane se soit senti à l'aise et en confiance avec l'équipe et les différents services (Médibus, CLIP, le travail de rue) qu'il a accepté d'aller à l'hôpital pour se faire soigner.*

*En ce qui me concerne, je n'ai pas insisté avec toutes les démarches sociales car je percevais bien qu'il n'était pas encore prêt. Il fallait en priorité se concentrer sur sa santé. J'ai essayé de lui proposer quelques démarches mais il refusait d'entreprendre des démarches sociales.*

*De plus, je ne voulais pas me substituer au suivi social de l'assistant social de la commune. C'est vraiment après plusieurs semaines, une fois que sa santé était un peu plus stabilisée, que j'ai repris sa situation sociale. Et c'est à ce moment-là que je me suis rendue compte qu'il n'avait plus pris contact avec l'assistante sociale de la commune depuis qu'il avait obtenu sa carte d'identité et son RIS.*

*Après avoir eu l'assistant social au téléphone, je me suis rendue compte qu'il serait difficile pour lui de continuer à le suivre car il le voyait très peu. Alors que moi, je le voyais 2 à 3 fois par semaine soit au CLIP, soit au Médibus, soit en rue.*

*C'est à ce moment-là que j'ai pris la décision, avec l'accord de Stéphane, de faire toutes les démarches avec lui et d'être la personne référente pour son suivi social.*

*C'est ainsi que j'ai commencé les accompagnements avec lui.*

*C'est-à-dire que je vais le chercher en voiture directement dans son box et je l'emmène à tous les rendez-vous sociaux confondus. Je suis, également, présente aux entretiens pour expliquer la situation car Stéphane donne des informations inventées ou confondues.*

*Stéphane est beaucoup plus disponible à vouloir avancer dans sa situation sociale aujourd'hui qu'au début de notre rencontre, il veut même aller trop vite.*

*Grâce aux accompagnements, Stéphane s'est inscrit au logement social des Villas de Ganshoren. Avec l'appui du CPAS qui a fait une demande de dérogation, Stéphane aura son studio dès le 1<sup>er</sup> juin. Je l'accompagne à sa visite de logement le 4 mai.*

*En conclusion :*

*Vous pouvez voir avec cette situation, que nous arrivons à travailler avec un public dépendant vivant en rue lorsque nous respectons le rythme de l'utilisateur. En tant que travailleurs sociaux, il faut être patient et comprendre le fait qu'ils ne viennent pas toujours aux rendez-vous fixés avec eux. J'entends par « comprendre » qu'il faut être conscient que l'utilisateur n'a pas les mêmes priorités que nous, travailleurs sociaux. C'est la raison pour laquelle, il faut faire preuve de créativité pour adapter notre suivi social à la situation et au rythme de l'utilisateur.*

*Cette situation montre aussi la grande importance des accompagnements et du travail de rue. Ce sont des outils qui ont permis et permettront encore à beaucoup d'utilisateurs d'améliorer leur situation sociale et se remettre à nouveau en contact avec les différentes structures de soins et d'intégration sociale.*

*Nous constatons également l'importance du travail en collaboration. Comme vous avez pu le voir, il y a eu une collaboration entre l'AS de la commune, le CPAS, le service des logements sociaux mais encore d'autres collaborations que je n'ai pas mises en avant dans la description de la situation, comme la MASS où il a pu mettre en place un suivi médical et son traitement de la méthadone. Ou encore une collaboration avec la pharmacie où Stéphane prend quotidiennement sa méthadone et d'autres médicaments. Mon rôle entre tous ses services est d'être l'intermédiaire, la personne référente et de m'assurer que Stéphane s'y retrouve. »*

*(Rezlane, Assistance sociale à DUNE)*

## D. Le dispensaire : soins infirmiers et consultation de médecine générale

Dans cette partie, nous reviendrons sur la genèse du développement du dispensaire et ses sources de financement (1), nous préciserons ensuite ses objectifs (2) et nous détaillerons les besoins des patients en termes de soins (3).

### 1. *Rétroacte et incertitude*

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

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

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

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

C'est pourquoi en août 2014, DUNE a introduit auprès de la COCOF une nouvelle demande de modification d'agrément visant une extension de cadre (0,4 EPT et les frais de fonctionnement qui y correspondent) du projet spécifique. Cette demande étant restée « gelée » dans l'attente des résultats de l'étude de programmation et de l'évaluation du décret, c'est finalement grâce à l'appel du Fonds Maribel de juin 2016 visant à « répondre plus particulièrement à des problèmes liés à des publics très fragilisés et défavorisés » que l'équipe de DUNE s'est vue renforcée par un mi-temps infirmier supplémentaire, à partir d'octobre 2016.

Par ailleurs, depuis la mise en œuvre de la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat, le SPFB dégage annuellement une subvention (prolongeant la subvention qui était issue du Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes, transféré aux entités fédérées), sans que le sort de cette subvention, des emplois et projets qui en dépendent soit fixé.

À l'heure actuelle, DUNE est donc parvenue à rendre structurel une petite partie du financement nécessaire au dispensaire, grâce à l'extension d'agrément accordée par la COCOF, en remplacement du subside du SPP Intégration sociale et au Maribel social. Nous poursuivons le lobbying pour trouver des solutions structurelles pour le reste du financement. À l'avenir, il est nécessaire de trouver une solution pérenne pour le subside remplaçant le fonds assuétudes.

En effet, les soins infirmiers ont pris une place centrale dans l'accompagnement médico-social que nous offrons aux usagers de drogues actifs en situation de grande précarité : ils constituent un chaînon essentiel pour une prise en charge globale de matière de réduction des risques liés à l'usage de drogues face à des publics en rupture avec les structures de soins classiques.

## 2. Objectifs et organisation

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

Il comporte deux services : une infirmerie, accessible les soirs d'ouverture du CLIP, c'est-à-dire du lundi au samedi de 19h à 22h30 et une consultation médicale, accessible sans rendez-vous. Le personnel infirmier est présent lors des permanences médicales pour assister le médecin dans la réalisation d'actes techniques. Les permanences médicales ont d'abord eu lieu les lundis de 15h à 17h et jeudis de 15h à 17h, puis avec l'arrivée du nouveau médecin en août, la permanence du lundi a été déplacée en soirée pendant l'ouverture de l'accueil du comptoir (19h15 à 21h15) et l'horaire du jeudi a été un peu avancée : de 14h15 à 16h15.

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

Rappelons que l'accès aux soins dispensés dans le cadre des permanences médicales et paramédicales est gratuit, anonyme et inconditionnel. C'est essentiel dans la mesure où beaucoup d'usagers en rupture avec les institutions éprouvent des difficultés à se confier et à faire confiance.

## 3. Les besoins des patients

En termes de soins, les besoins le plus souvent rencontrés sont liés à la situation de vie en rue des patients. Les soins d'hygiène sont très fréquents à DUNE et les infirmier(ère)s tentent de répondre le mieux possible aux multiples demandes des bénéficiaires en leur offrant la possibilité de faire un bain de pieds, de prendre une douche, de laver leurs vêtements ainsi que des soins appropriés en fonction des problèmes d'hygiène rencontrés.

Outre les problèmes d'hygiène, les demandes de soins peuvent être regroupées en 9 items, en fonction des problématiques de santé rencontrées :

- les traumatismes suite aux chutes et bagarres : coupures, coups de couteau, éraflures, hématomes, foulures, morsures
- les problèmes respiratoires et infectieux : asthme, bronchite, toux chronique, état grippal...
- les problèmes dermatologiques : mycoses, pédiculose, gale, etc.
- les problèmes circulatoires : abcès, ulcères, phlébites, etc.
- les troubles gastro-intestinaux : nausées, diarrhées, etc.
- la malnutrition, les carences, anémie, etc.
- les troubles psychiatriques : délires, troubles graves du comportement, paranoïa, dépressions, troubles hallucinatoires, auto-exclusion, etc.
- les urgences : urgences psychiatriques, crises d'épilepsie, overdose, inconscience, etc.
- les problèmes dentaires : caries, inflammations, allergie, abcès.

Ces problèmes de santé sont provoqués, aggravés ou accélérés en raison des conditions de vie précaires. 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...

#### E. Le Réseau santé Nomade « Précarité et assuétudes »

Le travail développé au sein du Réseau santé Nomade, dont DUNE est promoteur, propose une approche intersectorielle alliant les secteurs de la santé, de la santé mentale, des assuétudes et de la grande précarité. Il est composé de 12 partenaires signataires d'une convention<sup>26</sup> et ses activités sont ouvertes aux travailleurs (et aux bénéficiaires) des services intéressés.

Inspiré notamment des valeurs de l'antipsychiatrie (« placer l'utilisateur au centre du processus ») et de la Charte de la réduction des risques (« en dépit du statut illégal de certains de ses comportements, l'utilisateur de drogues a droit à la participation sociale, à la santé, à l'éducation, au travail et au respect »<sup>27</sup>), le réseau Nomade favorise la rencontre et la collaboration entre les acteurs en contact avec différents publics précarisés (usagers de drogues, travailleur(euse)s du sexe, personnes sans-abri ou mal logées, demandeurs d'asile...). Le réseau permet d'alimenter une réflexion constante et éclectique afin d'améliorer l'accompagnement et les conditions de vie des bénéficiaires.

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

---

<sup>26</sup> Alias, Babel, Diogènes, Espace P, Le Forum – Bruxelles contre les inégalités, Infor-Drogues, Jeugd en Stad, la Maraude de Saint-Josse, La Strada, L'Autre "lieu", le Réseau hépatite C.

<sup>27</sup> *Charte de la réduction des risques*, Plateforme de RdR, [<http://reductiondesrisques.be/charte-de-lareduction-des-risques/>].

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

### **1. Principes fondateurs et objectifs généraux**

Le réseau évolue tout en conservant une cohérence dans ses activités et les thématiques qui rassemblent les participants. En effet, ses principes fondateurs, pensés dès les premières conventions qui ont été signées, perdurent et prennent tout leur sens dans l'évolution du contexte général actuel (augmentation des personnes en situation de grande précarité, difficulté de subsides, manque de places dans les services, conjoncture socio-économique difficile).

Concrètement, le réseau permet à chacun des membres de mieux situer son intervention dans un contexte donné en allant à la rencontre de différentes logiques de travail, conditions de vie, points de vue, concernant aussi bien les professionnels que les bénéficiaires des services partenaires.

Les 4 principes fondateurs du Réseau Nomade ont été reconnus et validés par tous les partenaires signataires, depuis le début de la constitution du réseau :

#### **1° Garantir une approche digne de la personne humaine et son droit de citoyen.**

#### **2° Rendre les différents services plus accessibles aux habitants de la rue :**

En tenant compte de leur compréhension et de leur vision.

En travaillant sur base des réseaux d'appartenance ou réseaux sociaux proches des usagers dans les réflexions et les pratiques internes de nos équipes et au sein des autres équipes de professionnels.

#### **3° Favoriser la continuité dans l'accompagnement tout en permettant à l'utilisateur de se positionner en adulte responsable. Le réseau Nomade aide l'utilisateur à se construire son propre réseau :**

En offrant une « réponse à la carte » qui dépasse l'institution où la demande se fait en utilisant au mieux les ressources des professionnels et/ou des différents usagers.

En améliorant les modes de collaboration et relais entre les professionnels des institutions où se pose la question de la santé.

En apprenant à mieux se connaître et à comprendre les réalités de chacun : pratiques, fonctionnements et philosophies de travail.

#### **4° Renforcer la solidarité par les relations de réciprocité entre les participants :**

Favoriser une reconnaissance réciproque des savoirs et des pratiques.

Mettre en place des actions visant à une approche citoyenne de la santé et une lutte contre la détresse. Opérer un état des lieux des besoins et des manques pour mieux répondre aux attentes des habitants de la rue, élaborer des actions qui répondent à la question de la grande précarité dans un cadre éthique qui inclut les usagers dans le processus.

Continuer à adapter les outils et les services en fonction de la réalité des usagers.

Les relations qui se nouent dans le réseau se font sur base volontaire et dans un principe de concertation ouverte. De cette manière, les relations entre les différents membres sont horizontales



et égalitaires. Nous constatons que ceci enrichit le travail collectif et participe à la réflexion sur l'articulation entre les différents services et professionnels. C'est ainsi que le réseau Nomade se caractérise par une « pratique ouverte » et se développe comme un outil à disposition des partenaires pour organiser des conférences ou d'autres types d'actions.

Le réseau poursuit en outre trois objectifs généraux :

1° **Échanger** : le réseau se réunit pour connaître d'autres personnes, d'autres institutions, d'autres façons de rechercher des solutions.

2° **Réfléchir** : le réseau se réunit pour faire le point sur un problème ou un thème, choisi en fonction des expériences et besoins des participants. Il ne s'agit pas de trouver « la » solution mais de réfléchir ensemble sur la manière dont une action est efficace ou pas, adaptée ou non et pourquoi.

3° **Inventer** de nouvelles pratiques à partir de ces savoirs partagés, chaque membre, seul ou avec d'autres sera susceptible d'être créatif, chacun « fera réseau ».

La vie du réseau contribue ainsi à 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, l'évaluation de l'adéquation des dispositifs et interventions aux besoins des publics cibles, la création de nouvelles pratiques, la co-construction de savoirs théoriques et pratiques.

## 2. Objectifs opérationnels

Rappelons que si la notion de « pair aidant » était au centre du projet initial de l'agrément 2012-2014, le travail de réflexion mené par les partenaires du réseau, en 2012, lui a assigné une place plus modeste, en tant que l'une des possibilités d'expériences de participation des bénéficiaires. Il ressort en effet des discussions que les partenaires du réseau rencontraient des difficultés à mettre en place des pratiques participatives avec leurs bénéficiaires, malgré leur souhait d'investir dans cet enjeu. Par ailleurs, les expériences et projets participatifs existants se sont révélés nombreux et diversifiés : usager expert d'expérience, action ponctuelle de type artistique par les bénéficiaires d'un service, projet structurel et citoyen sur le long terme, recherche action avec les usagers... Dès lors, plutôt que de se lancer « tête baissée » dans la mise en place de modules de formation à l'attention d'un groupe multiforme d'usagers issus des différents services partenaires du réseau Nomade, ceux-ci ont décidé de centrer les activités du réseau sur l'information et la formation des professionnels, en lien avec la problématique de la participation des bénéficiaires.

L'opérationnalisation de cet objectif général d'information et de formation des professionnels s'est traduite par la définition du Réseau Nomade par ses membres comme étant un **lieu de réflexion sur la thématique de la participation des bénéficiaires, un lieu de partage d'expériences et d'échange de (bonnes) pratiques participatives.**

Chaque année, les partenaires ont réaffirmé l'importance de poursuivre la réflexion et les débats autour de la participation, via l'organisation des réunions du *Midi Nomade* ainsi que via l'élaboration d'un répertoire d'expériences participatives.

Les **Midis Nomades** est des rencontres-débats organisées quatre fois par an dans le but de promouvoir les pratiques participatives. Ces rencontres débutent par une présentation des projets suivi d'un questions/réponses avec le public. Au préalable, une rencontre préparatoire est organisée avec l'invité, de façon à définir ensemble le contenu de la rencontre.

L'objectif de faire du réseau Nomade un lieu de réflexion sur la thématique de la participation des bénéficiaires s'appuie sur un outil défini par le réseau lui-même : un **répertoire des expériences de participation** des bénéficiaires, existant à Bruxelles, en Belgique et même, plus largement en Europe, afin de répertorier la diversité des expériences issues de la créativité des travailleurs sociaux et des bénéficiaires. Le répertoire est donc la trace écrite des initiatives rencontrées par le Nomade. Le répertoire entend être un outil dynamique destiné à assurer le suivi des expériences de participation des bénéficiaires développées dans les secteurs qui se rapportent à la double thématique du réseau Nomade : la précarité et les assuétudes.

Cet outil vise donc :

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

Les professionnels prenant part aux discussions s'accordent pour dire qu'il n'y a pas « une » mais bien « des » méthodes ou approches participatives. Et c'est ce qu'il leur semble important de soutenir dans le recueil et le partage des différentes pratiques participatives.

Ces échanges, quel que soit le niveau de réflexion ou d'implication des partenaires dans la participation des bénéficiaires, permettent à chacun de nourrir sa pratique. Outre l'objectif d'information et de formation des professionnels à la participation, ces échanges et partages d'expériences concrètes (internes ou externes au réseau Nomade) visent, à terme, l'activation de projets et la transformation des pratiques.

## F. Le Bon Plan

Depuis 2003, DUNE a développé des outils informatifs destinés à améliorer l'accès des populations marginalisées à l'ensemble des services d'aide et de soins. Ces projets trouvent leur source dans le constat que peu de documents aisés à utiliser et à consulter sont disponibles pour ces publics, notamment celui vivant en rue. Il peut y avoir une rupture dans la communication entre ces publics et les lieux où ils peuvent trouver l'aide sociale à laquelle ils ont droit. Éditer et diffuser au mieux l'agenda Le Bon Plan, c'était se donner les moyens d'améliorer cette communication.

A partir de 2005, DUNE a édité Le Bon Plan (pochette puis agenda), un outil d'information et de prévention à destination des personnes en situation de grande précarité, subsidié par le SPFB – Action

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

Voici les étapes d'évolution de cet outil d'information.

a) 2005-2006-2009 : les débuts du plan

La première édition du Bon Plan a été publiée à 5000 exemplaires, sous la forme d'une pochette plastique au format d'une carte de banque. À l'intérieur est inséré le plan de Bruxelles indiquant les points d'assistance sociale et médicale de première ligne. Il a été conçu après consultation d'un groupe de bénéficiaires.

Sa diffusion devant se faire par les intervenants des réseaux sociaux et de santé, DUNE a initié des rencontres et échanges avec 27 services, auxquels il convient d'ajouter 6 services rencontrés en 2006. En 2006, 2000 exemplaires actualisés et doté d'une meilleure lisibilité sont édités, pour monter à 4000 exemplaires en 2009.

b) 2011-2017: Le Bon Plan = un plan... mais aussi un répertoire et un agenda.

En 2010, DUNE a entamé une réflexion pour développer Le Bon Plan sous la forme d'un agenda, support considéré comme une déclinaison plus aboutie de l'outil diffusé jusqu'alors. L'agenda est doublé d'un répertoire reprenant les points d'assistance sociale et médicale de première ligne à Bruxelles. Ceux-ci sont également repris sur un plan détachable intégré au support.

Cette nouvelle formule du Bon Plan répond à trois préoccupations :

- diffuser des messages de prévention (en lien avec les problèmes de santé liés à la pauvreté, en fonction des saisons), tout en donnant un objet concret qui a sa propre utilité,
- attirer l'attention sur l'organisation du temps,
- répondre à la demande des partenaires d'une plus grande lisibilité de leurs actions (une demi-page de présentation).

Pour un tirage de 3000 exemplaires en 2011, nous sommes maintenant à 4500 exemplaires en 2016, écoulés en 3 semaines, et les demandes continuent.

c) 2015-2016 : du changement

De nombreux changements sont apparus en 2015 grâce aux suggestions et critiques de nos usagers ainsi que des institutions partenaires et à l'engagement d'une nouvelle graphiste.

- Focus-groupe « évaluation Bon Plan » (2015)

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

Principalement : étaler la semaine sur deux pages, homogénéiser les polices, refaire certains pictogrammes, agrandir le plan, mieux délimiter les communes, associer une légende au plan pour une utilisation indépendante de l'agenda.

Le résultat final proposé était à la hauteur de nos attentes, novateur mais inscrit dans la tradition des précédentes éditions. Nous avons jusqu'à présent que des retours enthousiastes, tant de la part des usagers que des professionnels.

- Vers les nouvelles technologies (2016)

En 2016, nous avons mis en réflexion le projet de développer une application mobile du Bon Plan<sup>28</sup>.

## G. Pratiques participatives

Tout comme les statuts de DUNE, la Charte de la réduction des risques donne une large place à la participation des usagers de drogues : d'une part, comme valeur en affirmant « le droit de l'utilisateur à la participation sociale »<sup>29</sup> et, d'autre part, dans l'énoncé de deux principes d'intervention.

- « Encourager les prises de responsabilité des usagers de drogues : Les interventions de réduction des risques visent à permettre aux usagers de drogues de s'approprier les moyens et outils de réduire les risques pour eux-mêmes, leur entourage et la société. Elles soutiennent la création et le développement d'associations d'auto-support »<sup>30</sup>.
- « Faire participer les usagers de drogues : Les interventions de réduction des risques se développent sur base de l'articulation entre le savoir scientifique, les connaissances tirées de l'expérience des usagers de drogues et leurs préoccupations. Ainsi, nous considérons comme essentiel le partenariat avec des usagers de drogues à tous les stades des interventions, depuis leur élaboration jusqu'à leur évaluation »<sup>31</sup>.

---

<sup>28</sup> Voyez la seconde partie du présent rapport pour plus d'informations.

<sup>29</sup> « Affirmer le droit de l'utilisateur de drogues à la participation sociale : En dépit du statut illégal de certains de ses comportements, comme tout individu, l'utilisateur de drogues a droit à la participation sociale, à la santé, à l'éducation, au travail, au respect. Pour autant que les moyens leurs en soient donnés, la plupart des usagers de drogues sont capables d'agir de manière responsable vis-à-vis d'eux-mêmes et d'autrui, peuvent être acteurs de la société et de la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Il n'y aurait, par exemple, pas d'échange de seringues sans la participation responsable des usagers de drogues. » *Charte de la réduction des risques*, <https://reductiondesrisques.be/charte-de-la-reduction-des-risques/>

<sup>30</sup> <https://reductiondesrisques.be/charte-de-la-reduction-des-risques/>

<sup>31</sup> *Idem*.

L'ancrage de DUNE dans le paradigme de la réduction des risques liés aux usages de drogues se traduit par le développement de différentes activités centrées sur la participation des usagers, qui tendent à prendre plus d'ampleur ces dernières années.

### 1. Du concept de la participation

Les pratiques participatives initiées à DUNE renvoient aux notions de capacitation citoyenne, ou *d'empowerment* : la capacitation, c'est la « mise en capacité ». C'est l'idée que, « par le collectif, on peut conforter et révéler des compétences. Ce mot venu du Brésil et du Sénégal place l'individu et le groupe au centre de la démarche, comme acteur de sa propre transformation, et de la transformation de son environnement. C'est aussi comprendre les raisons de sa situation pour mieux pouvoir la faire évoluer avec d'autres »<sup>32</sup>. Une autre définition de *l'empowerment* met également l'accent sur les liens entre le développement des compétences de l'utilisateur et son impact sur la relation usager-professionnel : « l'empowerment permet de qualifier un ensemble de pratiques caractérisées par la recherche d'un processus d'autonomisation des usagers et une transformation des relations entre ces derniers et les professionnels »<sup>33</sup>.

Bacqué et Biewener ont décrit trois modèles de *l'empowerment*. Le premier modèle, dit néo-libéral, auquel nous n'adhérons pas car il altère, par sa vision réductrice de l'émancipation individuelle, les potentialités des expériences participatives. Dans ce modèle, « la notion d'empowerment y est mobilisée dans une logique de gestion de la pauvreté et des inégalités, pour permettre aux individus d'exercer leurs capacités individuelles et de prendre des décisions « rationnelles » dans un contexte d'économie de marché. Avoir accès au pouvoir signifie dans cette acception être intégré au monde du travail et de la consommation, trouver sa place dans l'économie de marché, être « entrepreneur de sa propre vie »<sup>34</sup>. Le deuxième modèle est le modèle radical issu entre autres des mouvements féministes et civiques. « Dans cette optique, les enjeux de l'empowerment sont la reconnaissance des groupes pour mettre fin à leur stigmatisation, l'autodétermination, la redistribution des ressources et les droits politiques. L'objectif d'émancipation individuelle et collective débouche sur un projet de transformation sociale qui, dans les approches les plus radicales, repose sur une remise en question du système capitaliste. Cette conception de l'empowerment prend sens dans une chaîne d'équivalence qui lie les notions de justice, de redistribution, de changement social, de conscientisation et de pouvoir, celui-ci étant exercé par ceux d'« en bas »<sup>35</sup>. Le troisième est le modèle social-libéral qui « articule la défense des libertés individuelles avec une attention à la cohésion sociale (...). Ce modèle peut prendre en compte les conditions socio-économiques et politique de l'exercice du pouvoir, sans pour autant interroger structurellement les inégalités sociales. (...) Dans ce modèle, l'empowerment prend place dans une chaîne d'équivalence aux côtés des notions d'égalité, d'opportunités, de lutte contre la pauvreté, de bonne gouvernance, d'autonomisation et de capacité de choix »<sup>36</sup>. Nous privilégions les pratiques participatives relevant de deux derniers modèles.

---

<sup>32</sup> [www.capacitation-citoyenne.org](http://www.capacitation-citoyenne.org)

<sup>33</sup> M.-H. BACQUE, C. BIEWENER *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?*, La découverte, 2015, p. 21.

<sup>34</sup> *Ibid*, p.16.

<sup>35</sup> *Id.*

<sup>36</sup> *Id.*

## 2. *Nos actions participatives*

La participation fait en quelque sorte partie des « gènes » de DUNE puisque cette association est née, à la suite de la dissolution du CCLA (Citoyens comme les autres), de la rencontre entre des professionnels et des usagers confrontés aux difficultés d'accès au matériel d'injection à une époque où les seringues n'étaient disponibles qu'en pharmacie, alors que l'épidémie du SIDA frappait les usagers de drogues par voie injectable.

DUNE utilise depuis de nombreuses années les méthodes participatives développées en réduction des risques liés aux usages de drogues : les focus groupes (a), les opérations Boule de neige (b) et les opérations de ramassages de seringues usagées abandonnées dans l'espace public (c). En 2016, fort de nos réflexions autour de la participation suscitée par le réseau Nomade, renforcées par les idées émises par des bénéficiaires du CLIP, nous avons décidé de pousser l'expérience plus loin en fournissant un espace de parole aux bénéficiaires du CLIP (d) et en soutenant des projets d'expression individuelle et collective (e).

### a) Focus groupe

Le focus groupe est une méthode qui permet de mettre en lumière le savoir expérientiel des usagers et leurs préoccupations. Lors d'une rencontre collective autour d'un thème défini, les participants sont rémunérés en tant que jobistes. Croiser les connaissances issues de l'expérience des usagers avec celles provenant de l'expérience des travailleurs et du savoir scientifique a pour objectif d'améliorer nos interventions, de la création à l'évaluation, et d'être au plus près des besoins des usagers.

Voici quelques exemples de thématiques que nous avons abordées en focus groupe : la problématique de l'accès aux soins, les conditions d'accès au matériel stérile, comment les usagers se débarrassent-ils de leurs seringues usagées, le fonctionnement du lavoir, le graphisme et le contenu de l'Agenda Bon Plan...

### b) Opération Boule de Neige

Nous avons présenté la méthodologie de cette méthode de prévention par les pairs *supra*.

### c) Opérations de ramassage de seringues dans l'espace public

Un comptoir de RdR a également pour tâche de sensibiliser les usagers de drogues aux dangers que représente l'abandon de seringues dans l'espace public, pour eux-mêmes et les autres citoyens. Cette sensibilisation se déroule dans le cadre du travail quotidien mais également par le biais de séances collectives de ramassage de matériel en rue.

Ces opérations de ramassage rassemblent des bénéficiaires du CLIP et deux travailleurs. Elles permettent de récupérer des seringues usagées qui se trouvent dans l'espace public (stations de métro, parcs, places, parkings...), dans des lieux de consommation indiqués par les usagers eux-mêmes.

Au-delà de ce résultat immédiat, cela permet de sensibiliser concrètement les bénéficiaires à l'importance de la récolte des seringues usagées par le CLIP et à la nécessité de respecter l'environnement urbain. Il s'agit d'un processus de responsabilisation où les usagers ayant participé à l'opération jouent un rôle actif tant dans le ramassage lui-même que dans la diffusion du message auprès de leurs pairs.

d) Lunch-Débats

Tant les rencontres faites au sein du réseau Nomade (cf. *infra*) que l'élan de certains bénéficiaires ont conduit DUNE à expérimenter d'autres pratiques participatives afin de donner la place aux idées, aux souhaits que nous avons vu apparaître au détour des focus groupes de 2015 ainsi que lors de discussions dans le cadre de l'accueil au CLIP.

Afin de répondre au mouvement décelé dans les échanges avec les usagers, nous avons organisé des « lunch-débats », des rendez-vous mensuels conçus comme des espaces de discussion pour le public de notre association. Pour créer une ambiance conviviale, les animateurs préparent un déjeuner (plat, salade de fruits). La discussion, le débat est vu comme un incitant à la création, à la mise en place de nouvelles pratiques au sein de DUNE, une sorte d'incubateur de projets, activé en fonction des besoins. Le but est de donner une impulsion aux bénéficiaires pour faire émerger des idées et les mettre en projet, avec le soutien d'un travailleur si nécessaire.

e) Soutien aux projets d'expression des usagers

La rencontre lors d'un des lunch-débats avec deux bénévoles actifs dans la publication du DoucheFLUX Magazine s'est concrétisée par la rédaction d'articles par des bénéficiaires de DUNE. La collaboration avec DoucheFLUX s'est également développée par l'invitation des usagers à créer des capsules qui seront diffusées dans l'émission *La voix de la rue*, sur Radio Panik<sup>37</sup>.

Tout l'enjeu de telles activités est de parvenir à ce que les travailleurs s'effacent, qu'ils prennent la place d'un « outil » destiné à faciliter la réalisation du projet de l'utilisateur.

De plus, l'idée de certains usagers de créer un film a été soutenue par la rédaction d'un projet d'atelier cinéma comportant toutes les étapes de la production cinématographique. Ce projet a été déposé dans le cadre de l'appel à projets 2015 du Fonds Contigo visant à « favoriser l'intégration d'adultes marginalisés, exclus et précarisés » (non-retenu). Un projet d'atelier cinéma remanié a également été déposé suite à l'appel à projets 2016 de la COCOM intitulé « participation des personnes en situation de pauvreté à la concertation sociale et leur représentation. (non-retenu).

\*  
\* \*

---

<sup>37</sup> Ces projets journalistique et radiophonique sont présentés plus amplement dans la seconde partie du rapport.

Les potentialités de ce type de projets d'expression ou de création, inscrits dans la durée, qu'ils soient individuels ou collectifs, comporte d'importantes potentialités de nature à favoriser le bien-être et la santé de nos usagers.

En effet, l'inscription des participants dans de tels projet est susceptible de produire un impact à aux niveaux individuels et collectifs :

- confiance en soi (revalorisation par la création),
- diminution du sentiment d'isolement,
- création d'un esprit de groupe entre les participants,
- capacité à défendre son avis et à prendre sa place dans le groupe,
- échanges et ouverture envers les différents membres du groupe,
- création d'une relation basée sur l'expérience commune et sur l'échange de points de vue,
- création du lien social entre les participants,
- nécessité d'installer un espace de parole (respect de l'autre et écoute active),
- développement du sens critique,
- développement du sentiment d'appartenance,
- rupture dans les habitudes relationnelles entre usagers et l'équipe de DUNE,
- valorisation des savoirs expérimentiels des usagers...

Si les pratiques participatives sont présentes dans le secteur de la toxicomanie, il n'existe cependant pas en Belgique, comme dans beaucoup d'autres pays européens, de groupe de défense des droits des usagers de drogues actifs ou de groupes d'auto-support. Nos observations sur le terrain nous poussent à croire que la motivation est là parmi les usagers, mais qu'il leur manque une impulsion pour prendre conscience de leur intérêt à se fédérer. Les pratiques participatives peuvent jouer ce rôle. La mise en place d'activités de groupe stimulantes a un impact positif sur l'identité, consolide les liens et constitue donc une première étape vers la constitution d'un groupe capable de porter une parole commune, des revendications...

## H. Réseau, collaboration, concertation et plaidoyer

Le réseau est un pilier du travail socio-sanitaire mené à DUNE. Tout comme la concertation est nécessaire entre les membres de l'équipe, la concertation avec les différents acteurs du social et de la santé est primordiale.

Les collaborations fluctuent bien sûr en fonction des besoins des usagers et des projets développés avec d'autres intervenants et services. De la qualité des liens de collaboration entre les différents acteurs du social et de la santé dépendra la qualité du suivi du bénéficiaire.

DUNE participe à deux types de collaboration avec le réseau. Des collaborations institutionnelles autour de projets avec des acteurs du secteur des assuétudes (ou d'autres) et des collaborations de terrain autour des suivis psycho-médicosociaux.



En termes de collaborations institutionnelles, DUNE participe par exemple aux plaidoyers en lien avec son objet social et ses missions, au centre desquels se trouve la promotion de dispositifs de RdR : SCMR, bornes, AERLI...

Nous avons un réseau de collaboration au niveau du travail de terrain qui nous permet de trouver des réponses efficaces aux problématiques sociales et médicales. Pour n'en citer que trois : Transit avec qui nous collaborons en travail de rue mais également au niveau des suivis cliniques ; la MASS avec qui nous avons resserré les liens par l'intermédiaire du docteur Lucy Dever qui travaille dans les services : Ce qui a permis de faciliter l'accès aux traitements de substitution pour les bénéficiaires rencontrés en rue ou au CLIP ; Diogènes avec qui nous collaborons depuis plusieurs années sur des suivis sociaux en commun.

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

La thématique « réseau » est au centre de notre démarche d'évaluation qualitative 2014-2016. Notre objectif est de procéder à la mise en place d'outils diagnostiques permettant de répertorier les particularités de notre public afin de mieux l'orienter. La mise en lumière des problématiques récurrentes vécues par nos bénéficiaires permet également de rencontrer plusieurs enjeux :

- Repérer l'apparition de nouvelles problématiques auxquelles est confronté notre public : en développant davantage cet aspect de connaissances du terrain, nous pourrions proposer de manière préventive des actions ou interpeller les pouvoirs publics pour répondre à ces nouvelles problématiques.
- Proposer un suivi social et des orientations adéquates au public pour garantir la qualité de nos services (service social et dispensaire infirmier).
- Élaborer des plans de formations spécifiques pour les travailleurs en fonction des demandes récurrentes.
- Renforcer la pratique de terrain et la connaissance du secteur.
- Entamer une réflexion sur le secret professionnel partagé lors de la mise en place de relais.
- Mettre en place (si possible) de canaux privilégiés avec certains partenaires pour faciliter l'accès à nos usagers.
- Pérenniser les partenariats et la démarche entreprise dans le cadre de la DEQ.

Vous trouverez dans la seconde partie du présent rapport « activités de l'année écoulée », les informations relatives à la mise en œuvre et aux constats concernant les effets produits par le projet DEQ 2014-2016 ainsi qu'un aperçu du projet DEQ 2017-2019 que nous avons déposé fin 2016.

### III. CONCLUSION : LES LIMITES FRUSTRANTES...

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

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

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

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

(Journée d'étude AERLI, 13 mai 2014)

Par contre, à l'infirmerie, un lieu discret où la personne se trouve en colloque singulier avec l'infirmier(ère), il est parfois plus aisé de montrer certains gestes<sup>38</sup> à adopter en s'appuyant sur la demande de soin. Mais cela reste encore limité... Le cadre légal belge ne permet pas d'aller beaucoup plus loin dans l'accompagnement des UDI, malgré notre frustration et les constats d'échecs en matière de réduction des risques face à la récurrence des dommages physiques.

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

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

Pour bien comprendre, il faut placer les pratiques d'injection dans leur contexte en faisant intervenir trois facteurs : l'individu, le moment et le produit. Imaginons un consommateur de drogues en manque. Il vient de se procurer son produit (ou un substitut). Il doit le consommer en rue car il n'a pas accès à un espace privé pour le faire. Il est aisé d'imaginer l'état de stress de l'utilisateur lorsqu'il prépare son shoot dans l'espace public (le long du canal, dans une station de métro), le plus souvent dans un

---

<sup>38</sup> Par exemple, trouver les veines, montrer comment utiliser le matériel ou positionner un garrot.

environnement sanitaire désastreux (déjections, détritus), avec la peur de se faire interpeller par les forces de l'ordre... Dans une telle situation, il est extrêmement difficile que l'injection se passe dans les meilleures conditions, même si la personne dispose des connaissances et de l'expertise nécessaire à l'art de réduire les risques.

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

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

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

Pour tenter d'atténuer ces limites, nous appelons à ce que l'approche pragmatique de la réduction des risques (consistant à aider ceux et celles qui sont dans la souffrance en leur proposant des alternatives pour vivre le mieux possible, lorsque l'arrêt de la consommation n'est pas envisageable) soit reconnue, dans les textes législatifs, comme 4<sup>ème</sup> pilier des politiques de santé en matière de drogues, à côté des trois piliers existants que sont la prévention, le traitement et la répression. Par ailleurs, l'étude récurrente *La politique des drogues en chiffres* dresse la carte des dépenses publiques relatives à la politique de l'Etat belge et de ses entités en matière de drogues. Elle met en évidence que la réduction des risques au sens strict (e.a. testing et échange de seringues) fait l'objet d'un sous-financement structurel, malgré son efficacité prouvée<sup>39</sup>.

Un premier pas, bien qu'il ne suffise pas à régler le problème posé à la RdR par la loi du 24 février 1921 sur les stupéfiants, a été effectué par le SPFB avec le décret du 20 juillet 2016 modifiant le décret

---

<sup>39</sup> Voyez M. HOGGE, *L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2013-2014*, Bruxelles, EUROTOX, juin 2014, pp. 27-31.

ambulatoire du 5 mars 2009 : il accorde une reconnaissance spécifique de la RdR en tant que l'une des missions des services actifs en toxicomanie. Toutefois, le contexte politique fédéral et le droit pénal constitue un frein indéniable au développement des dispositifs de RdR présents dans de nombreux pays européens.

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

## PARTIE 2 : ACTIVITÉS DE L'ANNEE ECOULEE

---

Cette partie reprend une structure similaire à la précédente pour faire état des activités menées en 2016 et des données statistiques qui en résultent.

Nous présenterons successivement les données relatives à l'outreaching (I), à nos activités de prévention et d'information, ancrées dans le paradigme de la réduction des risques (II), à l'accompagnement (III), au dispensaire du CLIP (IV), au Réseau santé Nomade « Précarité et assuétudes » (V), au développement d'expériences participatives (VI), au Bon Plan (VII), aux réseaux, collaborations, concertations, lobbying et plaidoyers auxquels DUNE participe (VIII) et à la démarche d'évaluation qualitative (IX).

Les entrées et sorties de personnel et le changement de direction ont donné lieu à une réflexion sur l'organigramme de l'association, qui a abouti à une modification de l'organisation du travail et de la répartition des tâches (qui sera entièrement opérationnalisée en 2017). Premier changement : le coordinateur du CLIP a repris la direction de DUNE ainsi que les tâches administratives et financières (le poste de DAF a été supprimé) en juin 2016. Il est épaulé par deux chargés de projets et l'assistante administrative. Second changement : les travailleurs chargés de l'accueil et de l'accompagnement des bénéficiaires au quotidien (assistante sociale, infirmiers, éducateurs) sont systématiquement associés à la réflexion et à la mise en œuvre de chaque projet, par la création de groupes de travail ou de binômes dédiés, permettant une meilleure communication au sein de l'équipe et une gestion de projet au plus près des réalités de terrain.

## I. OUTREACHING : TRAVAIL SOCIAL DE RUE

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

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

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

En termes de nombre de prestations, notons qu'en 2016, l'équipe de DUNE a réalisé 111 maraudes à pieds en rue et 93 permanences avec le Médibus, soit un total de 204 prestations extra-muros<sup>40</sup>. Notons que le Médibus permet d'augmenter significativement les contacts en rue, l'offre de soins et l'accès au matériel.

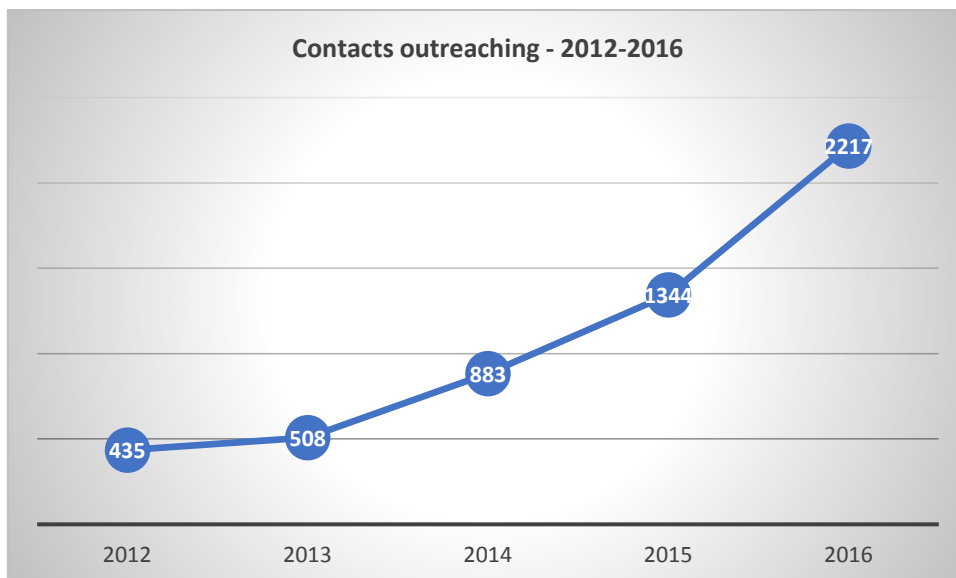
### A. Nombre de contacts en rue

Au cours des prestations d'outreaching, nous avons établis 819 contacts avec des usagers de drogues au Médibus et 1.398 contacts lors des maraudes à pieds. Ces chiffres montrent le fort potentiel de ce projet qui est parvenu à accrocher son public, d'autant qu'on observe une hausse des contacts malgré la diminution du nombre de prestations.

Notez que le terme « contact » comprend uniquement les situations où nous avons pu établir un dialogue avec les personnes rencontrées. La plupart des contacts effectués en rue concernent des usagers déjà connus par les travailleurs soit parce que ceux-ci fréquentent ou ont fréquentés le CLIP ou le Médibus, soit parce que des contacts préalables ont déjà eu lieu en rue au fil des années. Nous estimons qu'environ 5% des contacts concernaient de nouveaux usagers.

---

<sup>40</sup> Cette diminution des prestations d'outreaching est à mettre en lien avec des périodes de maladie de certains travailleurs et la réduction du temps de travail, non compensée, de plusieurs travailleurs.

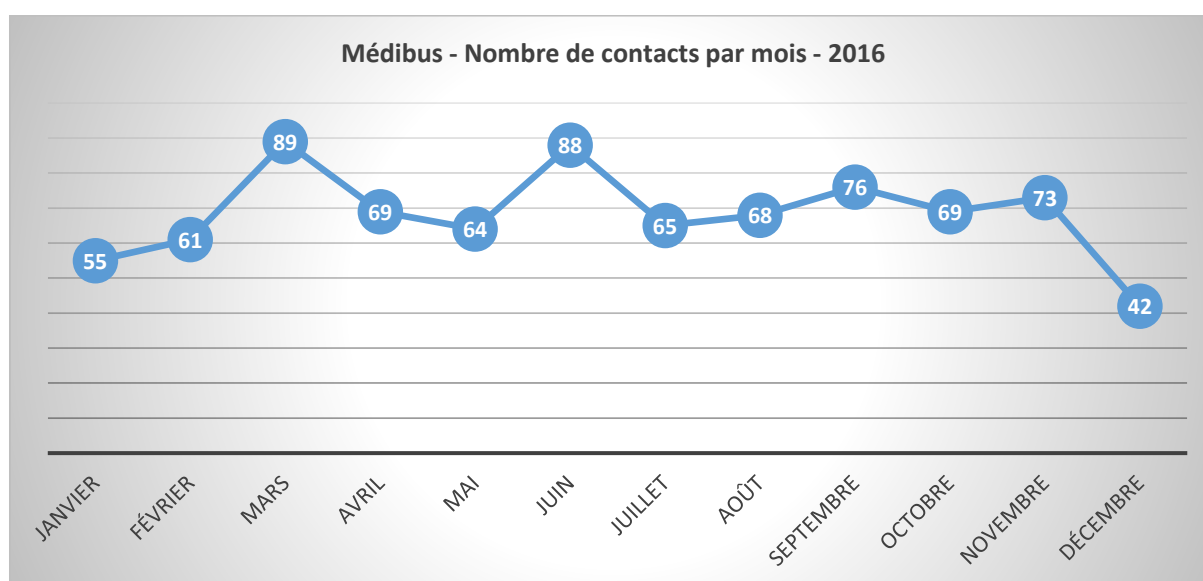


### *Médibus - 2016*

En 2016, les 93 permanences du Médibus ont permis aux travailleurs de réaliser 819 contacts avec des usagers de drogues pour du matériel stérile d'injection et 93 consultations infirmières. De plus, 125 passages de personnes au Médibus avaient pour objet un entretien avec l'assistante sociale.

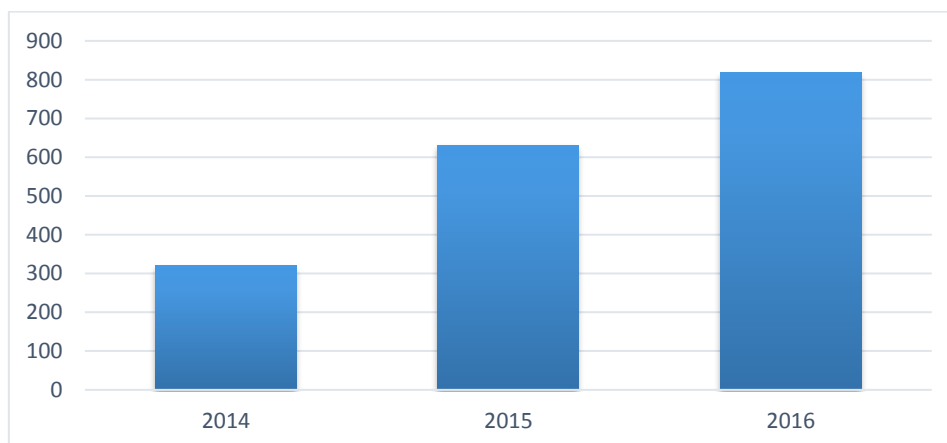
La file active (nombre de personnes différentes rencontrées sur l'année) est composée de 272 personnes, dont la majorité (95%) est constituée d'hommes, avec une moyenne d'âge de 38,5 ans. La majorité des bénéficiaires habitent (terme à prendre avec précaution étant donné la situation précaire des personnes), par ordre décroissant, à Bruxelles, Molenbeek, Schaerbeek. Classe d'âge la plus représentée dans la file active : 36-45 ans. Le plus jeune usager a 16 ans, le plus vieux 60 ans.

Le tableau ci-dessous ventile les contacts par mois.



Par rapport 2015, nous avons augmenté le nombre de contacts au Médibus de manière significative, passant de 631 contacts à 819 en 2016, soit une augmentation de 30%.

Comme l'indique le tableau ci-dessous, la comparaison des trois premières années de fonctionnement du dispositif montre son succès croissant. Ce succès est lié au fait que le Médibus est bien implanté dans le quartier et connu des consommateurs dont la plupart, lorsqu'il s'agit d'un premier contact, ont été orientés par un pair.



## B. Matériel distribué

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

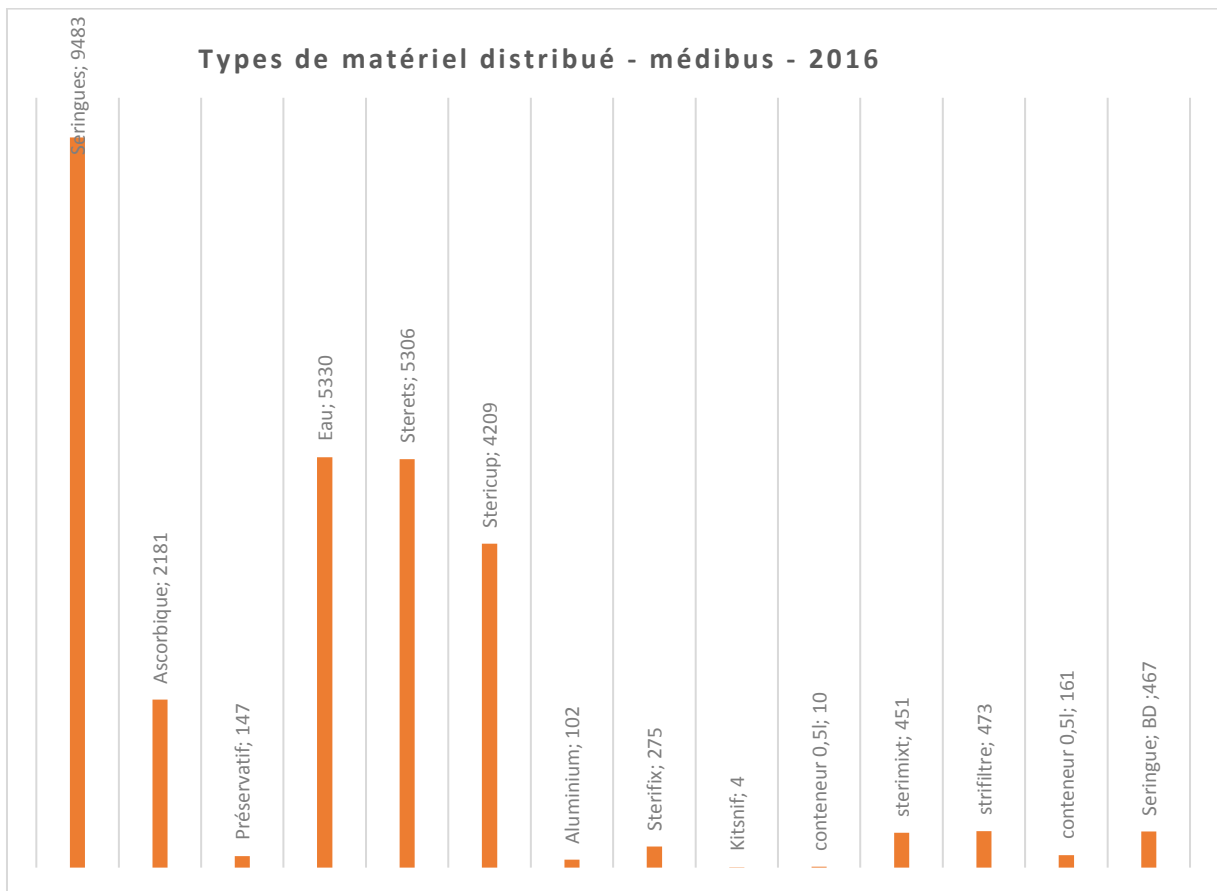
Pour certains usagers, les rencontres en rue se limiteront à l'échange de matériel et ils n'en demanderont pas plus. C'est très bien comme ça pour le moment et nous respectons leur choix, tout en laissant la porte ouverte. Il s'agit bien souvent d'usagers qui ne vont pas (encore) vers les comptoirs de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

### 1. Médibus

Etant donné que le principal mode de consommation rencontré chez nos bénéficiaires est l'injection de produits psychotropes (cocaïne, héroïne, mésusage de produits pharmaceutiques), on remarque dans le tableau ci-dessous que la grande majorité des échanges concerne la mise à disposition de



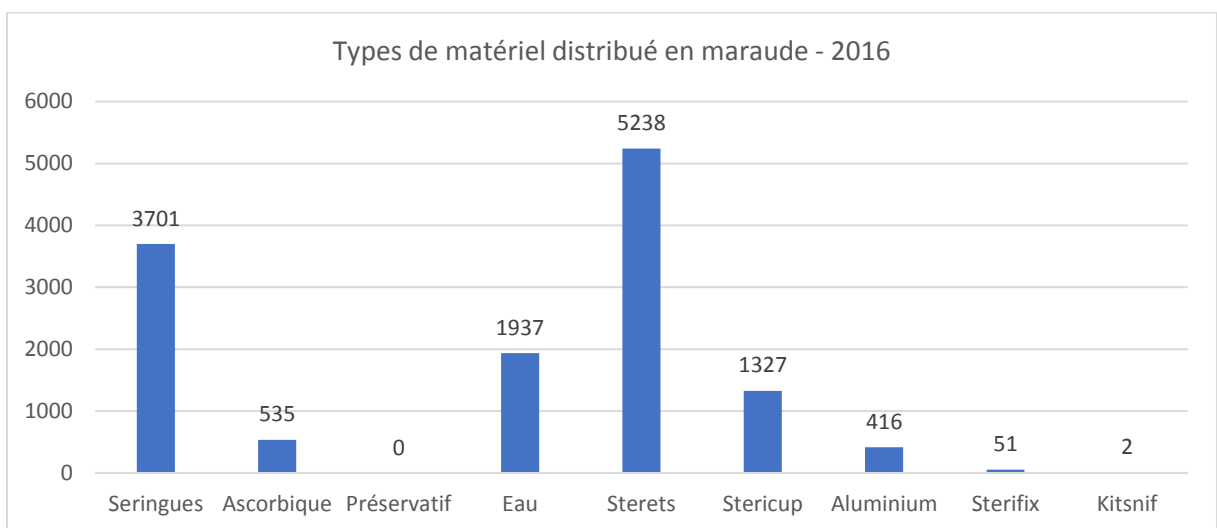
seringues permettant de réduire les risques de transmission VIH et VHC. Entre janvier et décembre 2016, ce ne sont pas moins de 9.483 unités qui ont été distribuées au Médibus.



\* Le sterimix : cuillère stérile et filtre, nouvelle génération

## 2. Maraudes à pieds

Lors des 111 maraudes à pieds effectuées en 2016, les travailleurs ont distribué 3.701 seringues.



### *3. De la nécessité de diversifier le matériel*

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

## **C. Soins**

Dans cette partie, nous décrivons les données statistiques des soins relatives à l'outreaching (maraudes à pieds et Médibus) en deux temps : les données relatives aux soins en rue (a) et celles portant sur les bénéficiaires des soins en rue (b).

### *1. Données sur les soins en rue*

En 2016, nous avons effectués 130 soins au Médibus et 27 au cours des maraudes à pieds, soit 157 soins réalisés hors de nos murs. Comparativement à certaines années où l'équipe d'infirmier(ère)s était davantage étoffée, la diminution de nos effectifs (perte d'un mi-temps infirmier en 2014) et la nécessité de rationaliser les forces de travail infirmier s'est faite au détriment des maraudes à pieds. Cela constitue une perte certaine en termes de qualité du travail de rue car l'expérience montre que les soins dispensés extra-muros sont une porte d'entrée pertinente pour entrer en relation avec notre public.

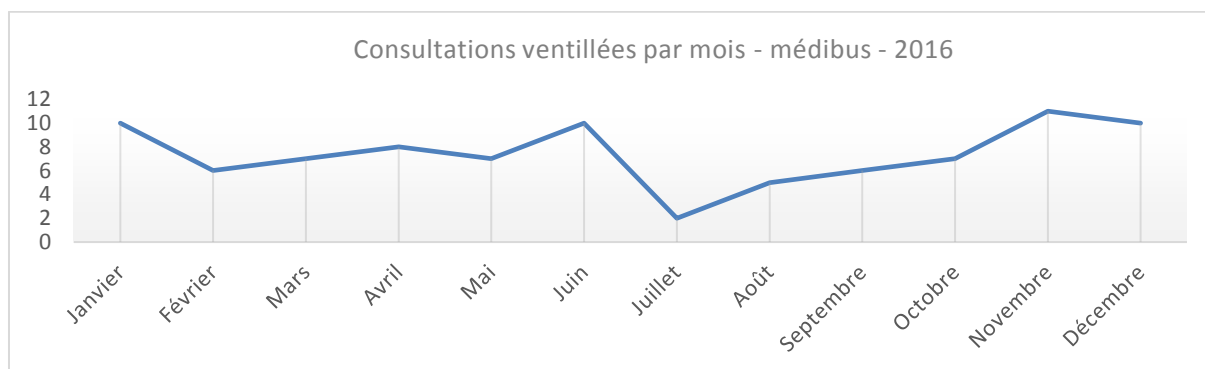
Par ailleurs, l'évolution des chiffres de soins réalisés en outreaching (à savoir de 301 soins en 2014, 142 soins en 2015 et 157 en 2016) s'explique par le choix effectué en 2015 de centrer nos ressources sur le quartier Ribeaucourt/Yser parce que nous y entrons en relation avec notre public cible. DUNE ne participe donc plus au travail sur d'autres sites d'intervention du Médibus (les gares de Bruxelles) avec Médecins du Monde de sorte que les soins prodigués sur ces sites ne sont donc plus repris dans nos chiffres. Cette décision a été prise car un grand nombre de demandes de soins sur les autres sites émergeaient principalement d'un public très précaire vivant en rue mais ne présentant pas nécessairement de problématiques liées à l'usage de drogues, nous éloignant ainsi de notre public cible.

Quant aux consultations mobiles offertes sur le quartier Ribeaucourt, notons que les personnes prises en charge au Médibus sont des consommateurs de drogues qui ne venaient pas au comptoir d'échange fixe (le CLIP), situé à Saint-Gilles, pour recevoir des soins.

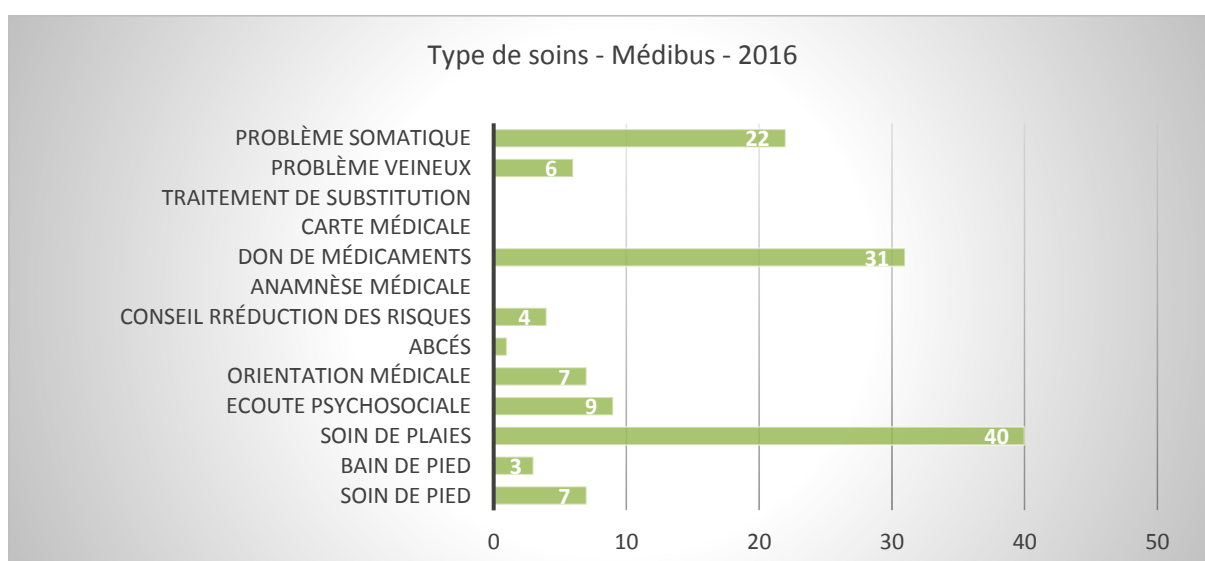
Les soins prodigués n'ont pas pour objectif d'installer une patientèle dans le Médibus mais constituent une offre de soins (psycho-) somatiques qui permettra d'entamer un travail de fond. L'objectif sera alors de réinscrire les patients dans les dispositifs de soins classiques pour une meilleure prise en charge. Dans ce but, l'infirmier(ère) soigne les plaies et autres lésions somatiques, tout en entamant un dialogue sur la nécessité pour le patient d'être pris en charge en dehors de nos structures de dépannage. En parallèle, un accompagnement mobile et une remise en ordre administrative sont proposés.

En 2016, les infirmières ont effectué 93 consultations, pour une file active de 47 personnes : il s'agit majoritairement d'hommes (41 hommes, 6 femmes) dont la moyenne d'âge est de 38 ans.

Dans le graphique suivant, nous présentons la ventilation des consultations infirmières dans le Médibus, à l'exclusion des données relatives aux soins effectués lors des maraudes à pieds.



Les 93 consultations réalisées ont donné lieu à 130 soins différents dont la majorité concerne des soins de plaies liées à l'injection. Le graphique qui suit reprend les types de soins dispensés au Médibus, à l'exclusion des soins en rue.



## 2. *Données sur les bénéficiaires de soins en rue*

Ces données reprennent uniquement les patients rencontrés dans le Médibus, à l'exclusion de ceux rencontrés lors des maraudes à pieds.

Les caractéristiques du public rencontré en rue sont comparables à celles du public qui fréquente le dispensaire du CLIP (cf. *infra*). En effet, la catégorie d'âge la plus représentée (plus de 30% de la file active) est celle des 25-35 ans. Quant au sexe, on constate la même distribution, à quelques unités près : moins de 10% de femmes sont prises en charge dans le dispositif mobile.

## 3. *L'orientation des patients rencontrés en outreach*

Les personnes qui viennent consulter au Médibus sont principalement des consommateurs qui ne venaient pas au comptoir d'échange fixe (le CLIP), situé à Saint-Gilles, pour recevoir des soins. Les soins prodigués n'ont pas pour objectif d'installer une patientèle dans le Médibus mais constituent une offre de soins (psycho-)somatiques qui permettra d'entamer un travail de fond. L'objectif sera alors de réinscrire les patients dans les dispositifs de soins classiques pour une meilleure prise en charge.

Dans ce but, l'infirmière soigne les plaies et autres lésions somatiques, tout en entamant un dialogue sur la nécessité pour le patient d'être pris en charge en dehors de nos structures de « dépannage ». En parallèle, un accompagnement physique et une remise en ordre administrative sont proposés aux usagers qui consultent au Médibus.

En 2016, sur les 47 patients rencontrés en outreach, 45 ont poursuivi leurs soins au CLIP après avoir été soignés en rue. Cette donnée vient confirmer nos efforts quant à l'orientation des patients des dispositifs d'outreaching (rue/Médibus) vers le dispensaire infirmier du CLIP. En effet, l'année précédente, seul 19% (n = 8) des patients rencontrés en rue avaient poursuivi leurs soins au comptoir. Elle montre également la pertinence et l'efficacité du dispositif : le Médibus est à présent bien implanté dans le paysage urbain et l'important taux d'orientation vers le CLIP atteste que les bénéficiaires accordent leur confiance à l'équipe de DUNE.

## II. PRÉVENTION, RDR ET INFORMATION

Dans cette partie du rapport, le lecteur pourra constater que DUNE remplit ses missions dans une démarche de complémentarité des activités qu'elle développe, qui concourent à la réduction des risques liés aux usages de drogues grâce une diversité de dispositifs à très bas seuil d'accès. Nous présenterons donc les activités relatives aux missions préalables d'accueil (A) et d'information aux usagers de drogues et leur entourage (B), à la prévention (dans sa déclinaison RdR sanitaire) des dommages encourus par les usagers (C), à l'information et la sensibilisation de la population (D), des (futurs) acteurs socio-sanitaires (E) ainsi que nos activités de formation (F).

### A. L'accueil

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

#### 1. Fréquentation du CLIP

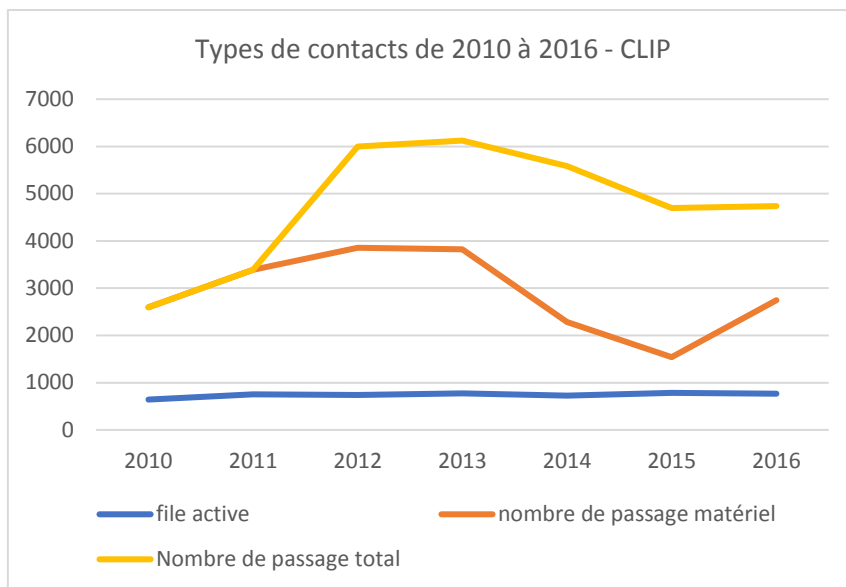
En 2016, nous avons comptabilisé un total de 4.737 passages au CLIP pour une file active de 764 personnes différentes rencontrées au cours de l'année 2016.

Les usagers viennent au CLIP pour différents motifs :

- 1.273 passages concernent une demande d'accès au matériel stérile ;
- lors de 2.742 passages, les usagers sont venus pour le matériel et ont également profité de l'accueil ;
- on constate également que de plus en plus de personnes viennent uniquement pour bénéficier de l'accueil, soit 722 passages en 2016 ;

Ainsi, notre salle d'accueil a comptabilisé un total de 3.460 passages en 2016. Notons qu'un accueil est comptabilisé si la personne reste plus de 20 minutes dans nos locaux.

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



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

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

La nécessité d'augmenter notre capacité d'accueil afin de garantir un service de qualité aux usagers est criante. En effet, nous sommes malheureusement aujourd'hui contraints, quelquefois, de devoir demander aux personnes de quitter les lieux tellement nos locaux sont saturés. En plus de susciter beaucoup de débats en équipe, cette mesure conduit régulièrement à des situations de tensions lorsque les usagers sont invités à quitter les locaux par manque de place.

Avouons qu'une pièce d'accueil d'environ 15m<sup>2</sup> n'est vraiment pas suffisante (surtout si on ajoute les chiens et les sacs qu'emmènent les usagers) pour garantir un travail de qualité – qui consiste à passer du temps avec les usagers afin de créer du lien – alors que pas moins de 12 personnes sont accueillies, en moyenne, par soirée pour l'accueil et 16 personnes en moyenne pour tous types de visites confondus.

## 2. La recherche d'une nouvelle infrastructure

Depuis plusieurs années, DUNE est à la recherche de locaux pour réaliser ses activités, et surtout améliorer les conditions d'accueil des bénéficiaires. Dans un premier temps, nous avons tenté de louer des locaux plus spacieux mais l'état du marché locatif bruxellois joint à la stigmatisation des UDI ont laissé nos recherches infructueuses. Confrontée à l'effet NIMBY, notre association s'est vu refusé l'implantation dans un quartier ou des négociations avec des propriétaires tourner cours. Quand ce n'est pas le propriétaire qui est frileux a loué à une association active en toxicomanie, ce sont les

autorités communales qui ne donnent pas leur accord à un changement d'affectation d'un bâtiment en « équipement d'intérêt collectif », malgré l'accord de la région bruxelloise. Cette situation particulière montre combien, encore aujourd'hui, le combat est encore grand pour faire évoluer les mentalités à l'égard de ces personnes en souffrance.

Le conseil d'administratif a donc décidé, en sa séance du 24 octobre 2014, de mandater la direction de rechercher les fonds afin que DUNE puisse devenir propriétaire de locaux<sup>41</sup>. Si le problème de réputation des usagers pourrait également jouer un rôle dans une opération d'acquisition, le fait de ne plus être à l'avenir locataires mettra nos activités à l'abri de la pression du marché locatif et de la répétition de situations d'incertitude (e.a. fin de bail) et de la « perte » de temps liée aux projets avortés. Ainsi, un dossier de demande d'accord de principe à l'achat et l'aménagement d'un bâtiment a été introduit en mai 2015.

Ses services ayant jugé utile et nécessaire notre demande, la ministre Cécile Jodogne a marqué son accord de principe, le 15 septembre 2015, à l'achat d'un immeuble dont le prix de vente se situe entre 350.000€ et 450.000€, selon l'importance des travaux de rénovation et d'aménagement à y faire. Il était valable pendant une durée d'un an, délai avant l'expiration duquel la demande de décision définitive d'octroi de la subvention devait être introduite.

L'équipe s'est attelée à la recherche d'un bâtiment correspondant aux besoins de notre service et de nos bénéficiaires dès réception de l'accord de principe, sans que celles-ci aient pu aboutir dans le délai imparti. La recherche s'est d'abord centrée sur un immeuble d'environ 300 m<sup>2</sup> à acheter et occuper seul. Face aux difficultés rencontrées pour trouver un bien assez spacieux, dans un état correct, bien situé, et dans nos moyens, nous avons diversifié notre approche en recherchant aussi des partenaires afin de mutualiser nos ressources. Trois projets de partenariat logistique ont été élaborés au cours de l'année 2016 avec trois associations différentes, mais aucun ne s'est soldé par une acquisition ou location. Nous avons contacté Citydev, des élus communaux, présidents de CPAS, fonctionnaires de prévention... Malgré la déception de ne pas avoir pu mener à terme notre projet d'achat, malgré les difficultés dues à l'effet NIMBY et aux prix en vigueur sur le marché locatif, nous restons très actifs dans la recherche de nouveaux locaux indispensable à la poursuite de nos activités dans des conditions adéquates pour l'équipe et les usagers, d'autant qu'un conflit est à présent ouvert avec le nouveau propriétaire du CLIP. Le temps passant nous laisse avec l'inquiétude que DUNE se retrouve à la rue, comme ses bénéficiaires !

### *3. Les services d'hygiène proposés dans le cadre de l'accueil*

Prendre une douche et avoir des vêtements propres permet de retrouver sa dignité, et d'éviter d'être jugé. Cela facilite sans aucun doute les accompagnements et orientations vers les intervenants médico-psycho-sociaux en palliant à certains manques d'hygiène marqués qui constituent des situations délicates et provoquent des réactions de rejet.

- a) Accès aux douches

---

<sup>41</sup> Ce mandat a été confirmé et précisé lors de la séance du CA du 21 janvier 2015.

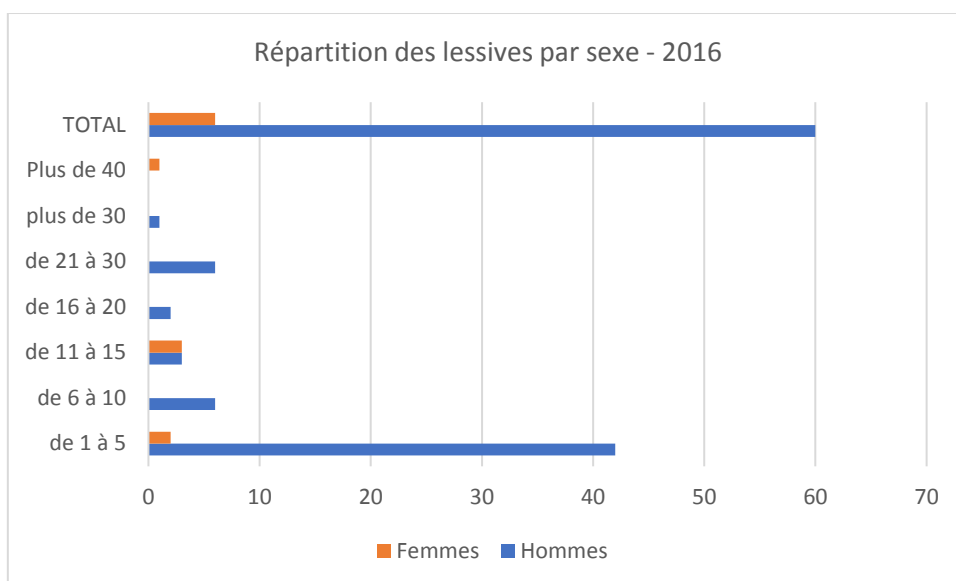
En 2016, une vingtaine de personnes usagères du CLIP ont bénéficié de 50 douches.

Nous souhaitons que l'aménagement de nos futurs locaux prévoie l'installation de douches, ce qui facilitera l'accès à ce service, pour lequel certains usagers déclinent parfois le rendez-vous pris.

b) Lavoir social

Comme en 2015, le lavoir a encore connu des périodes d'inactivité en raison de sérieux problèmes d'évacuation des eaux usagées dans l'immeuble.

En 2016, nous avons effectués 553 machines : 462 lessives pour 60 hommes et 91 pour 6 femmes.



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

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

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

Une situation qui pourrait bien s'améliorer avec l'ouverture des services de DoucheFlux, en 2017.



#### 4. Profil des personnes fréquentant le CLIP

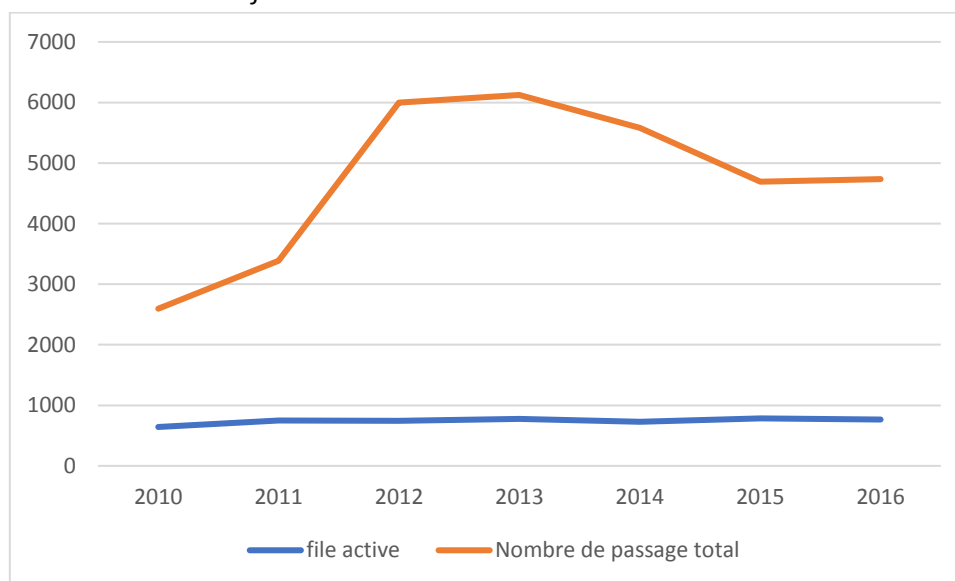
Bien que les bénéficiaires puissent accéder aux services de manière anonyme, lors de l'accueil, il leur est demandé de communiquer leur prénom, date de naissance et code postal, qui forment leur identifiant. Ces éléments nous permettent de produire quatre types de données quantitatives : la file active,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

##### a) File active

Le tableau et le graphique ci-dessous permettent de mettre en évidence l'évolution de la file active et des contacts. On observe que la file active reste relativement stable depuis 2011. Quant au nombre de contacts, on voit qu'après une importante hausse du volume des contacts en 2012 et 2013, c'est une baisse relative qui marque 2014 et 2015, suivie d'une légère hausse en 2016.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
File active	642	751	742	774	728	784	764
Nombre de contacts	2595	3389	5998	6124	5581	4694	4737

Évolution de la file active et du nombre de contacts CLIP – 2010 à 2016



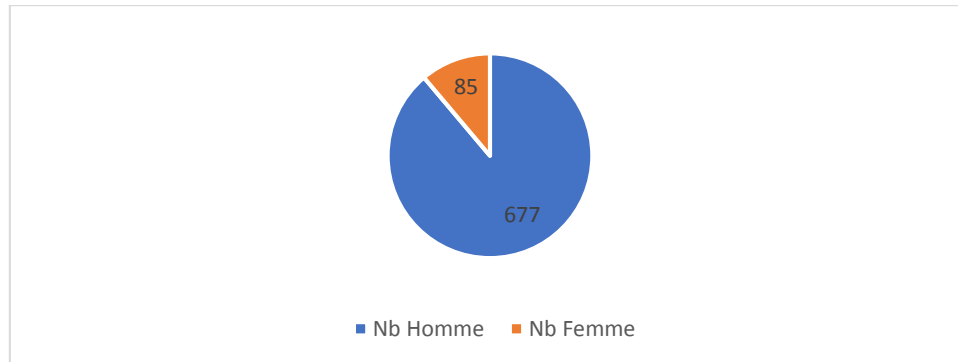
##### c) Répartition par sexe

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

Il y a plus d'injecteurs hommes, ce que confirment les données épidémiologiques. La toxicomanie est à l'homme ce que l'anorexie est à la femme (en proportion inversée). Rentrer dans de longues explications causales et probables sur les fragilités proprement masculines ou féminines qui sont à la

source de ces comportements différenciés voire « pathologiques » n'est évidemment pas le lieu de ce rapport. Simplement la proportion hommes/femmes à DUNE est à l'identique de ce qui se retrouve dans le secteur bruxellois, belge, européen, voire mondial. Le constat est le même pour la courbe des âges.

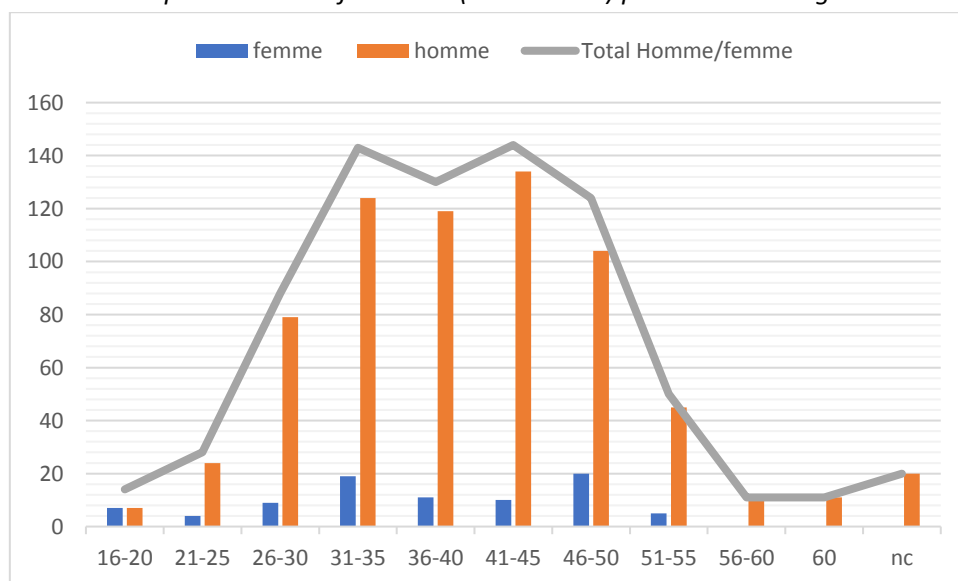
Répartition de la file active par sexe – CLIP – 2016



d) Répartition par tranches d'âge

La file active est constituée pour l'essentiel d'utilisateurs adultes dont les classes d'âges les plus représentées (homme/femme) sont les classes 41-45 ans et 31-35 ans

Répartition de la file active (CLIP – 2016) par tranches d'âge



Nous voyons également que les jeunes consommateurs sont très peu représentés à l'instar des années précédentes (de même que les plus de 50 ans). Deux mineurs sont venus au CLIP cette année ; il s'agit d'un groupe très difficile à toucher, malgré le fait qu'ils soient également concernés par les pratiques d'injection. En 2016, nous avons touché 85 femmes dont 11 font partie de la classe d'âge des « jeunes injecteurs » (15-25 ans). Cette catégorie « jeune injecteur » est composée de 42 individus au total (homme/femme). Ce qui représente une évolution importante par rapport aux années précédentes où nous établissions le constat que nous ne parvenions que très peu à toucher ce public, alors qu'il est

essentiel de pouvoir mener des actions de réduction des risques de manière précoce dans la mesure où les premières injections sont souvent les moments propices aux contaminations VIH et VHC.

L'enjeu pour un service tel que le nôtre est de pouvoir les toucher afin d'agir à la prévention et réduction des risques et dommages liés à l'injection, d'autant qu'une enquête menée en 2013 auprès des UDI qui fréquentent les programmes d'échanges de seringues en Communauté flamande (par le biais d'un questionnaire anonyme, volontaire, et structuré depuis 2001) fait état de données interpellantes :

- plus de la moitié des UDI (N=264) ont été initiés à l'injection avant leur 21 ans ; l'âge moyen pour commencer à utiliser des drogues par voie intraveineuse est 21,8 ans ;
- 14,3 % des participants qui avaient moins de 15 ans au moment de la première injection ;
- 65% des personnes interrogées indiquent que la première injection a été effectuée par quelqu'un d'autre ;
- 64 % des participants à l'étude ont indiqué qu'ils connaissaient au moins un UDI qui n'était pas en contact avec les programmes d'échange de seringues<sup>42</sup>.

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

#### e) Répartition géographique

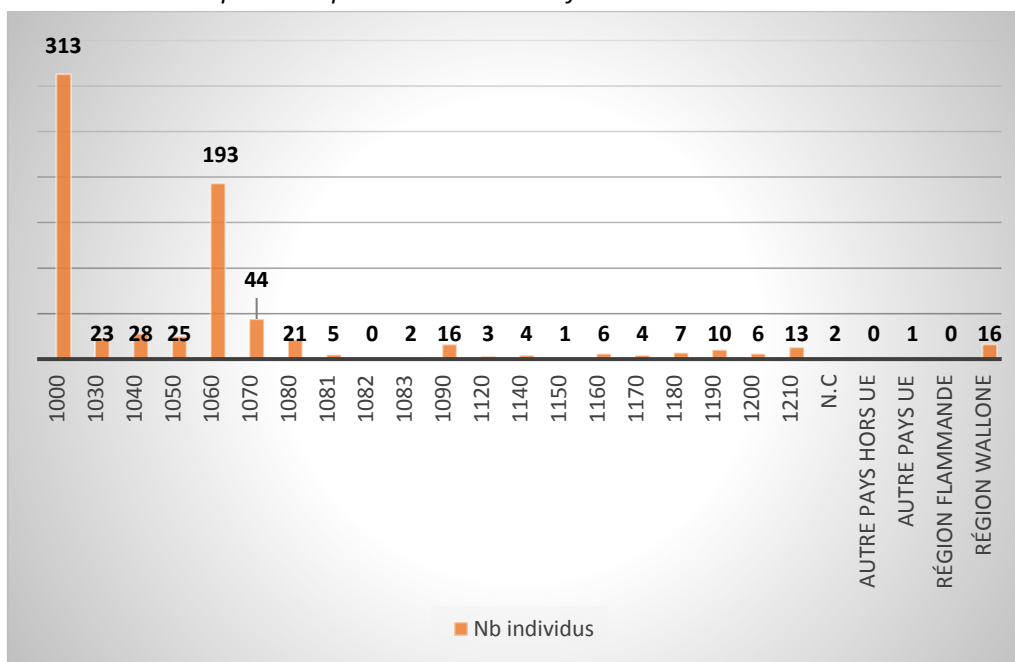
La répartition géographique du public du CLIP est déterminée par les codes postaux que les usagers fournissent comme étant leur lieu de vie.

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

---

<sup>42</sup> T. WINDELINCKX, *Evaluatie onderzoek project spuitenruil 2012*, Antwerpen, Vlaamse spuitenruil, Free clinic vzw, 2013 ; T. WINDELINCKX, *Rapport evaluatie onderzoek spuitenruil vlaanderen 2013*, Antwerpen, Vlaamse Spuitenruil, Free Clinic vzw, 2014. Données synthétisées par K. DE RIDDER, « Usagers de drogues à haut risque », in *Rapport national sur les drogues 2014 (données 2013). Tendances et évolution*, Bruxelles, Institut national de santé publique, Février 2015, p. 84.

Répartition par lieu de vie de la file active – CLIP – 2016



## B. Accès au matériel stérile

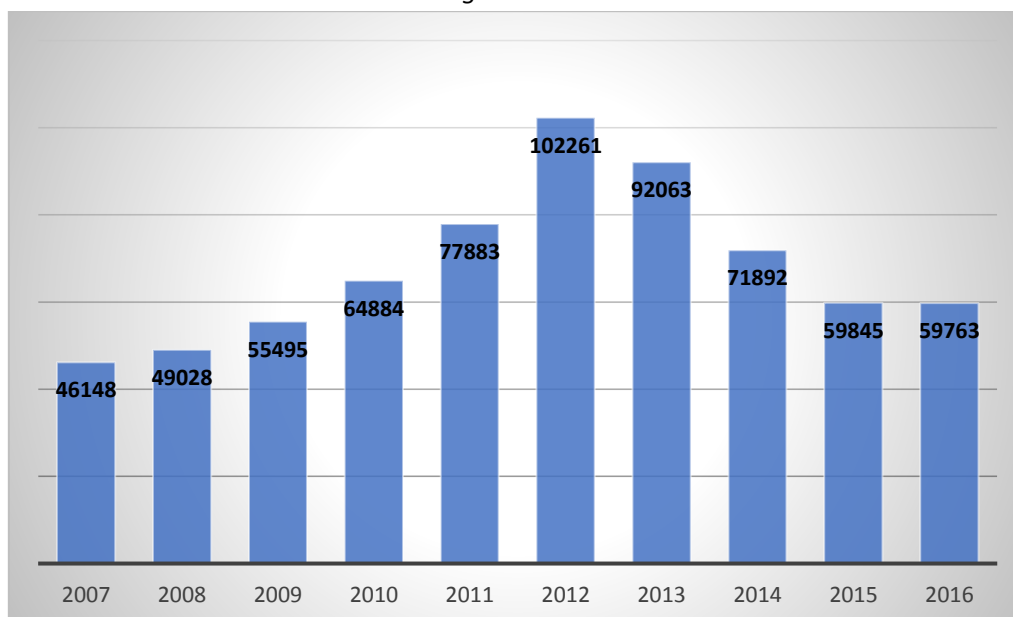
Dans cette partie, nous présenterons les données relatives aux seringues distribuées (1), aux seringues récupérées (2) et aux autres matériels stériles distribués (3).

### 1. Seringues distribuées

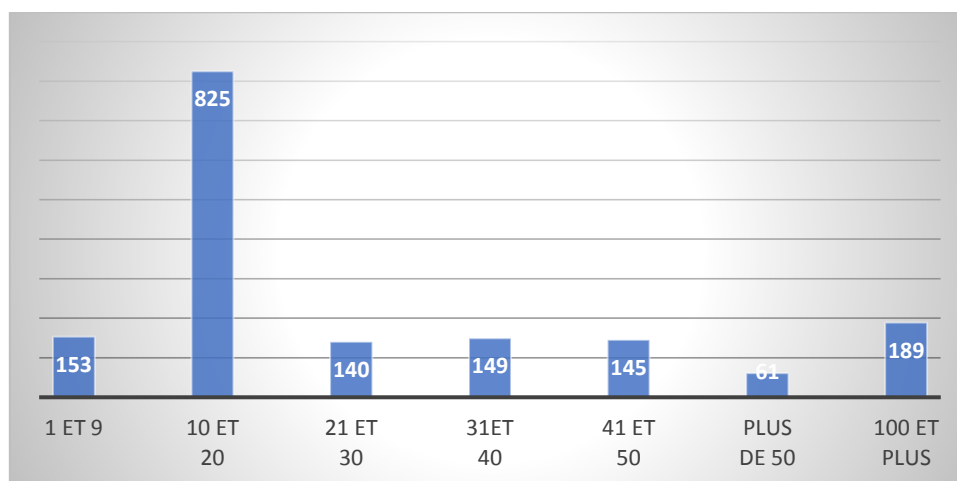
En 2016, les travailleurs ont distribué 59.763 seringues au CLIP, auxquelles s’ajoutent les 13.184 seringues distribuées en travail de rue (Médibus et maraudes), soit un total de 72.947 unités.

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

Evolution du nombre de seringues distribuées de 2007 à 2016 – CLIP



Nombre de seringues distribuées par contact – CLIP – 2015



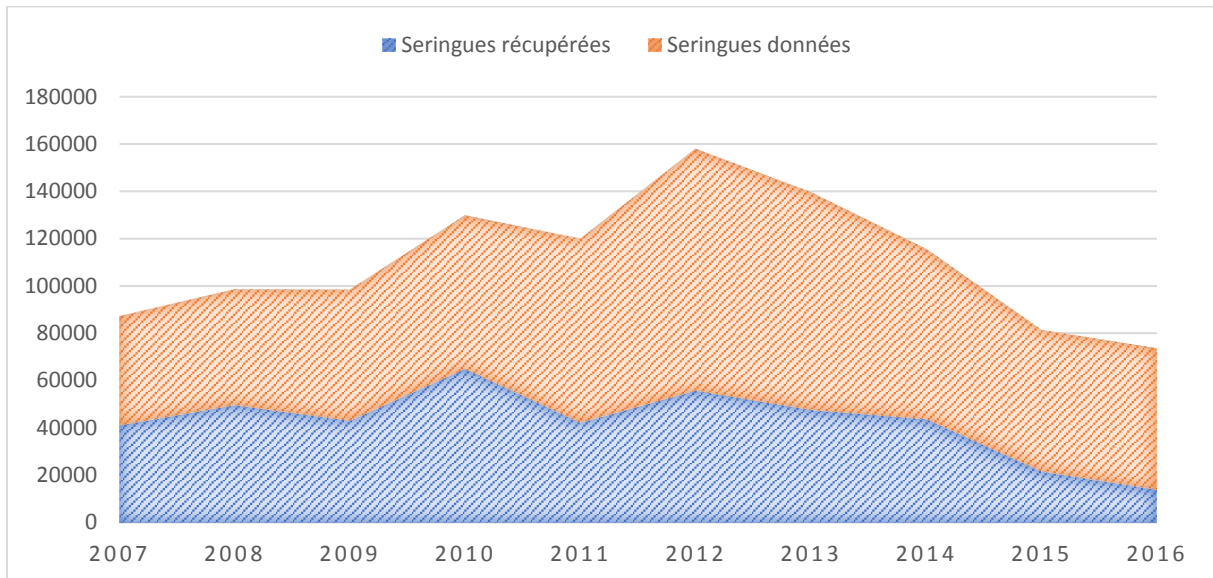
Nous voyons, dans le tableau et le graphique ci-dessus, que les demandes de matériel se font le plus souvent par 10 ou 20 seringues. Le nombre peu élevé de dons de matériel par contact est à mettre en relation avec le style de vie de nos usagers, qui vivent pour la plupart en rue et ne souhaitent pas trop s'encombrer, notamment par peur des contrôles de police.

Notons également que nous avons limité le nombre de dons de seringues à 200 unités par jour et par personne car nous avons constaté que ceux qui emportaient beaucoup de matériel avec eux ne fréquentaient plus le comptoir de manière aussi régulière. Or, c'est bien par un contact régulier avec notre public que le travail de réduction des risques prend tout son sens. Le nombre de 200 unités peut paraître énorme mais nous savons que ces demandes visent à procurer du matériel à d'autres usagers qui vivent, par exemple, dans le même squat, voire permettent de limiter les dommages dans des pratiques d'injection compulsive de cocaïne.

## 2. Seringues récupérées

En 2016, ce sont environs 15.000 seringues qui ont été récupérées par notre institution, soit un taux de récupération avoisinant les 20%.

*Comparaison récupération et don de seringues de 2007 à 2016*



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

- Questionner les usagers sur la manière dont ils se débarrassent du matériel afin d'intensifier les facteurs sur lesquels on pourrait agir pour améliorer le taux de récupération. La plupart des usagers qui fréquentent le CLIP sont en situation de rue. Pour eux, utiliser les conteneurs de récupération ou se promener avec du matériel souillé représente plusieurs risques et désavantages : risques de se faire contrôler par la police, encombrement, conteneurs peu adaptés (couleur, taille, forme...). Ils préfèrent donc se débarrasser directement du matériel via des poubelles publiques, en le jetant dans une bouteille, ou... en le laissant sur place.
- Organiser des séances de ramassage de seringues dans l'espace public avec des usagers jobistes. C'est une manière pour nous de les sensibiliser à la problématique de la dissémination du matériel dans l'espace public.
- Intensifier la sensibilisation des usagers pour les encourager à ramener le matériel : renforcer, lors de la délivrance du matériel, notre discours sur l'importance des retours et afficher une lettre ouverte à destination de nos bénéficiaires où est rappelée l'importance des retours.

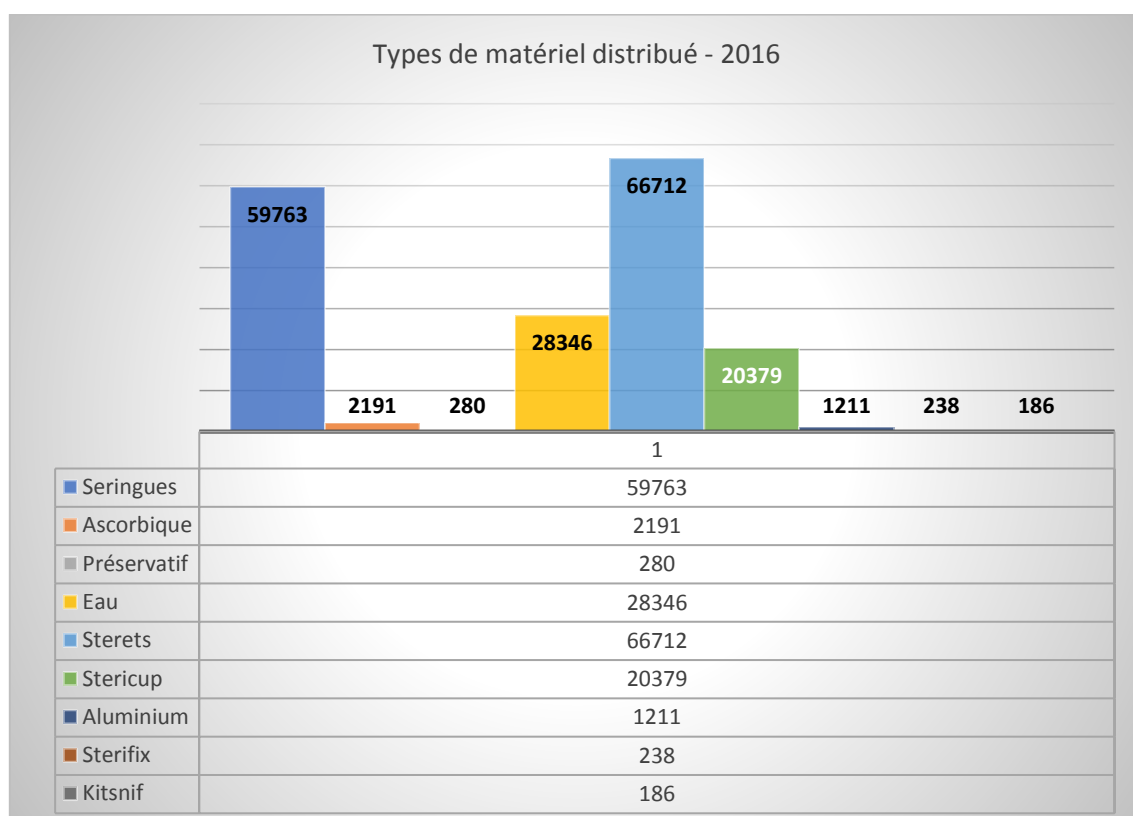
En 2016, nous avons eu la possibilité d'organiser une seule opération de ramassage de seringues par manque de personnel disponible. En effet, nous avons préféré renforcer la présence des travailleurs au comptoir et au Médibus pour garantir la sécurité de nos effectifs. En effet, nous avons connu quelques situations assez tendues lors des accueils et il n'était plus possible d'envisager ouvrir le

comptoir avec seulement deux travailleurs car lorsque l’infirmière est occupée aux soins, il n’y a plus qu’un éducateur pour gérer les flux et l’accueil.

En tant que service ambulatoire de santé, DUNE a toujours résisté à l’idée de procéder à de l’échange strict du matériel (1 seringue rendue pour 1 seringue donnée) afin d’augmenter les retours et de répondre au cadre défini par l’arrêter royal réglementant l’échange. Toutefois, cet arrêté royal précise que dans le cadre d’une urgence, l’échange strict n’est pas prescrit. Nous estimons qu’avec notre public, nous sommes constamment dans l’urgence. Dès lors, nous ne souhaitons pas opter pour cette formule et nous préférons faire un travail de fond avec les usagers pour augmenter le taux récupération.

### 3. Autres matériels distribués

Nous observons qu’en moyenne, pour trois seringues données, seul un « stericup » est emporté par l’usager. Dans une optique de réduction des risques liés aux usages par voie intraveineuse, cette situation constitue un problème majeur : pour réduire au maximum les risques qui y sont liés, il est nécessaire que les usagers utilisent, pour chaque consommation, l’ensemble du matériel. Les données récoltées en 2016 attestent que nous sommes très loin de cet idéal.



Remarquons que le nombre répertorié de préservatifs distribués est inférieur à la réalité car dans une stratégie de discrétion, ils ne sont pas comptabilisés à l’unité, les usagers pouvant se servir dans un grand récipient situé sur le comptoir. Cela dit, on peut relever que l’usage intensif de drogues, voire la

précarisation à l'extrême diminue l'appétence sexuelle et donc les relations sexuelles, même si certains aspects ne sont pas à négliger en termes de RdR (prostitution, absence de partenaire stable, auto-négligence généralisée et donc prise de risque plus élevée).

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

- Les usagers vivant en rue ne souhaitent pas emporter beaucoup de matériel sur eux par peur des contrôles. Ils privilégient dès lors la seringue au matériel connexe.
- Le matériel mis à disposition n'est pas toujours adapté aux modes de consommation et n'encourage pas les usagers à l'utiliser de manière unique. Deux exemples pour illustrer notre propos. Les flapules d'eau contiennent 5 ml, ce qui est largement suffisant pour plusieurs injections. La même flapule est donc réutilisée pour plusieurs shoots alors qu'une fois ouverte, celle-ci contient rapidement des bactéries qui augmentent les risques de destruction du capital veineux. De plus, il y a un risque majeur pour les infections et VHC car deux personnes peuvent se servir dans la même flapule. Des flapules de 2 ml seraient parfaitement adaptées mais nous ne pouvons pas nous en procurer. Les usagers gardent les filtres utilisés plusieurs fois pour en extraire les principes actifs du produit lorsqu'ils sont en manque. Il s'agit d'une pratique très répandue. D'autres filtres que ceux que nous avons à disposition ne permettent pas cette pratique mais nous n'avons pas la possibilité budgétaire de les acheter.
- Les usagers de drogues qui sont inscrits dans la consommation depuis plusieurs années ont adopté des pratiques non exemptes de risques et véhiculent certaines croyances quant à la manière de faire un shoot. Pour une partie de ceux-ci, seul l'usage unique de la seringue est important pour réduire les risques. Pourtant, le matériel connexe, en cas de partage ou de réutilisation, peut être vecteur d'infection.

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

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

### C. Information aux usagers et entourage

Cette partie aborde l'information diffusée au quotidien lors de nos activités (1) et les opérations « Boule de Neige », un outil de prévention par les pairs (2).



## 1. Information au quotidien

L'information aux usagers de drogues se fait au quotidien lorsque la qualité du lien tissé avec un consommateur permet de diffuser un message de prévention, de réduction des risques ou de promotion de la santé.

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

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

On constate que régulièrement, des personnes formant l'entourage d'usagers nous téléphone pour obtenir des informations tandis que d'autres préfèrent venir au CLIP. Ce sont parfois des échanges délicats quand les informations demandées portent sur un usager qui est suivi par DUNE. Nous écoutons les familles et nous fournissons l'information qu'il est possible de donner dans le respect du secret professionnel.

## 2. Boules de neige (BdN) : prévention par les pairs

Cette année, DUNE a organisé et animé des opérations BdN en partenariat avec d'autres opérateurs de Modus Vivendi : le Projet Lama (Anderlecht, Molenbeek-Saint-Jean et Schaerbeek), le Réseau Hépatite C et Transit.

### a) Organisation

Des changements ont été apportés dans l'organisation des partenaires opérationnels du projet Boule de neige bruxellois :

- Le groupe des animateurs a été scindé afin de faciliter la gestion des agendas et de pouvoir maintenir au moins 2 opérations par an, sans déformer le travail quotidien des institutions.
- En principe, seuls deux animateurs animent une opération.
- Faire varier les lieux où se déroulent les opérations afin diversifier les usagers touchés par une opération BdN.
- En principe, les quatre associations participent au recrutement des participants parmi leurs bénéficiaires, en fonction des critères établis pour chaque opération. Toutefois, lorsque le recrutement est délégué aux équipes élargies, cela peut entraîner des difficultés si des usagers ne correspondant pas au « profil thématique » de l'opération sont recrutés. Dans certains cas, le recrutement se fait donc uniquement dans les institutions animatrices. Reste que le problème se pose de même semblable quand les animateurs doivent déléguer aux collègues

ou lorsque le recrutement est réalisé dans l'urgence. Il s'agit d'un point à améliorer constamment.

b) Opérations BdN 2016

Des constats de terrain ont guidé le choix des spécificités des opérations de cette année, pour être au plus proche des pratiques des usagers. Ainsi, on remarque :

- une augmentation de la demande d'aluminium en rue et au sein des différentes institutions partenaires ;
- des prises de risques importantes de la part de nombreux fumeurs de crack, e.a. la préparation du crack à l'ammoniac est une pratique fortement ancrée chez nos usagers, nécessitant un travail en continu (hors BdN) sur l'utilisation du bicarbonate.

Ainsi, comme annoncé dans notre rapport d'activités 2015, deux opérations thématiques ont été réalisées : une opération « fumette » et une opération « mésusages du traitement de substitution ». Une troisième opération « rue », sans thème particulier, a été programmée en cours d'année en raison d'un budget disponible.

*- Opération « Fumette » (crack)*

Dates : du 23 mai au 23 juin 2016

Lieu : Projet LAMA de Molenbeek-Saint-Jean

Animateurs : Transit, Antennes LAMA et Réseau Hépatite C

Nombre de jobistes recrutés : 10

Nombre de jobistes ayant participé à la séance d'introduction : 6

Nombre de jobistes ayant participé à l'ensemble de l'opération : 3

Nombre de questionnaires récoltés : 28

Profil des jobistes : hommes entre 38 et 45 ans

*- Opération « mésusages du traitement de substitution »*

Dates : du 27 septembre au 25 octobre 2016

Lieu : Modus Fiesta

Animateurs : DUNE et projet LAMA d'Anderlecht

Nombre de jobistes recrutés : 8

Nombre de jobistes ayant participé à la séance d'introduction : 4

Nombre de jobistes ayant participé à l'ensemble de l'opération : 3

Nombre de questionnaires récoltés : 18

Profil des jobistes : hommes entre 31 et 43 ans

*- Opération « rue »*

Dates : 17 novembre au 13 décembre 2016

Lieu : Projet LAMA de Schaerbeek

Animateurs : DUNE, Transit, Projet LAMA, Réseau Hépatite C

Nombre de jobistes recrutés : 11

Nombre de jobistes ayant participé à la séance d'introduction : 8

Nombre de jobistes ayant participé à l'ensemble de l'opération : 8

Nombre de questionnaires récoltés : 18

Profil des jobistes : 2 femmes et 6 hommes, entre 30 et 50 ans

### c) Perspectives

En 2017, le projet boule de neige fêtera ses 30 ans. Si les opérations BdN sont gourmandes en temps pour les équipes qui les encadrent, leurs bénéfiques en termes de diffusion des messages de RdR est indéniable. Il sera profité de cette année anniversaire pour réaliser un bilan et (re)construire le projet.

Les rapports des opérations de 2016 ont mis en évidence de nombreux éléments sur lesquels qu'il sera intéressant de revenir. Par exemple :

- adapter le questionnaire afin qu'il soit plus attractif, plus aisé à utiliser et plus rapide à compléter ;
- centraliser les outils développés et recherchés par les animateurs sur un cloud, ce qui nécessite qu'une personne gère ces documents et dossiers partagés ;
- en termes de thématiques d'opération, des animateurs pointent le thème des benzodiazépines et l'importance de continuer à organiser des opérations « femmes » ;
- on constate que les jeunes usagers ne participent pas ou peu aux opérations, que ce soit comme jobiste ou pour répondre au questionnaire : comment les atteindre ?
- certains jobistes ont formulé des suggestions : distribuer du matériel stérile lors de leur mission BdN, en complément de l'information relayée et des brochures distribuées ; avoir une « carte de jobiste » destinée à être mieux identifiée, en cas de contrôle de police, sur des zones de deal, consommation ou squat.
- chercher absolument à recruter de nouveaux jobistes ou développer des groupes plus stables ? Certains jobistes ont exprimé qu'ils seraient preneurs de créer un groupe de « jobistes RdR », dont les missions seraient plus larges que celles des BdN. Il s'agissait de développer un groupe d'auto-support (« peer to peer ») en réduction des risques. Les animateurs soutiennent cet élan car il s'agirait d'un atout dans le travail de RdR (rapport différent entre usagers, toucher des publics qu'on ne rencontre pas...) ainsi qu'une activité valorisante pour les usagers.

## D. Information et sensibilisation de la population générale

Cette partie abordera deux types d'outils de communication : le site internet de DUNE (1) et sa présence sur les réseaux sociaux (2).

### 1. Site internet

Le site de DUNE a comptabilisé 16 458 visites pour l'année 2016.

Malgré ses qualités fonctionnelles, le site ne nous convenait pas d'un point de vue esthétique mais aussi ergonomique. Nous avons donc travaillé à la création d'un nouveau site, au design plus clair et

épuré. L'expérience de partenariat que DUNE a menée en 2016 avec un groupe d'étudiants de la Haute École I.S.F.S.C<sup>43</sup> chargé, dans le cadre d'un cours d'informatique, de réaliser un projet de site internet ne s'est pas soldée par une proposition exploitable. Le chargé de communication s'est formé (WordPress) afin de prendre en charge en interne, à défaut de financement spécifique, le développement du nouveau site, réalisé finalement avec le CMS Wix. Il a ainsi accompli un important travail pour fournir à DUNE son nouveau site, qui est en ligne depuis début février 2017.

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

## 2. Réseaux sociaux : une présence active sur Facebook et Scoop-it

Le tableau qui suit montre que depuis sa création en 2014, notre page Facebook gagne en popularité.

Année	Nombre d'inscrits au 15 juin
2014	56
2015	430
2016	525

La page de DUNE a été alimentée par 227 articles en 2016, dont la portée moyenne est de 160 personnes, avec des pics à 444.

Par ailleurs, cette année, DUNE a publié 71 messages sur scoop-it (relayés sur Twitter) pour alimenter sa revue du web relative à la RdR, la précarité et les assuétudes. La version non-payante de scoop-it donne seulement accès à deux statistiques : 6000 vues depuis sa création en mai 2014 et 244 personnes qui nous suivent.

## E. Actions envers les (futurs) acteurs socio-sanitaires

Quatre types d'actions à l'attention des acteurs socio-sanitaires (professionnels et étudiants) peuvent être mis en exergue en 2016 : intervention dans les écoles (1), accueil de stagiaires (2), communication dans des colloques ou journées d'étude (3), accueil de délégations (4).

### 1. Interventions dans les écoles

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

Pour 2017, nous avons fixé l'objectif d'être proactifs, de planifier des interventions dans d'autres écoles, comme précédemment. Nous avons créé un groupe de travailleurs à cet effet.

---

<sup>43</sup> [www.isfsc.be](http://www.isfsc.be)

## 2. Accueil et encadrement de stagiaires

En 2016, DUNE a accueilli 7 stagiaires qui poursuivent des études dans différentes disciplines : infirmier, psychologue, assistant social, éducateur spécialisé, santé communautaire.

Nom, prénom	Discipline	Période	Ecole
BOUTTEFEUX Valentine	Infirmière (2 <sup>ème</sup> année)	du 31 mai au 25 juin 2016	ISEI – Institut Supérieur d’Enseignement Infirmier
EVERAERTS Coline	Infirmière, spécialisation en santé mentale et psychiatrie à (4 <sup>ème</sup> année)	du 11 avril au 30 avril 2016	ISEI
SEBUGINGO Eugène	Infirmier, spécialisation en santé mentale et psychiatrie (4 <sup>ème</sup> année)	du 15 février au 13 mars 2016	ISEI
LIONEN Christian	Assistant social (3 <sup>ème</sup> année)	entre octobre 2015 et mars 2016	Haute Ecole Paul Henri Spaak
NIKHAK Roxane	Assistante sociale (2 <sup>ème</sup> année)	du 18 janvier au 25 mars 2016	ISFSC (Institut Supérieur de formation sociale et de communication)
NUNES NACHADO Andréa	Éducatrice spécialisée (2 <sup>ème</sup> année)	du 10 octobre au 9 décembre 2016	Haute Ecole Defré
GREGOIRE Laura	assistante sociale (3 <sup>ème</sup> année)	entre octobre 2016 et mars 2017	Haute Ecole Paul Henri Spaak

## 3. Communications dans des colloques

Cette année, DUNE a été sollicitée pour participer à deux évènements à destination des acteurs socio-sanitaires, dont la liste est reprise ci-dessous.

- a) Séminaire « Visibilité des usages et spécificités des territoires – un lien social « sous contraintes » ?, Paris, 17 juin 2016

Dans le cadre de son travail sur la Réduction des risques, la Fédération Addiction, en partenariat avec l’IREPS Rhône-Alpes, a lancé une réflexion nationale sur le lien social à l’épreuve des consommations, dans l’espace public.

*La question des addictions et de la consommation de substances psychoactives concerne divers secteurs de la société, notamment sur les questions de « vivre-ensemble » : santé publique, sécurité publique, justice, politique de la ville, milieu associatif... La RdR et les personnels spécialisés sont régulièrement*

*amenés à composer avec représentations de la population générale sur la question des drogues*<sup>44</sup>.

Pour mener cette réflexion, le séminaire du 17 juin 2016 était le premier d'un cycle de 3 séminaires nationaux, gratuits, et conçus comme des laboratoires d'idées ouverts à tous.

Ce premier séminaire abordait la question suivante : *visibilité des usages et spécificités des territoires – un lien social « sous contraintes » ?* En matinée, les plénières ont donné des éléments de définition des outils du vivre-ensemble, et de la médiation, en tant que mission ou de vision du vivre-ensemble et ont proposé plusieurs illustrations de sa mise en pratique, en France et en Europe. L'après-midi, les participants étaient invités à partager en ateliers leur expérience et enjeux, et à proposer des pistes de travail pour l'avenir.

Christopher Collin a été invité à ce séminaire pour partager l'expérience de DUNE : en fin de matinée, il a présenté une intervention intitulée « Le lien social et la réduction des risques, au-delà des frontières »<sup>45</sup>.

b) Séminaire « Introduire le traitement de substitution aux opiacés en Algérie », Alger, 8-9 décembre 2016

Ce séminaire, organisé par l'Office national de lutte contre la drogue et la toxicomanie et le réseau MedNet du Groupe Pompidou, s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre pour l'année 2016 du programme d'action du réseau MedNet de coopération en matière de lutte contre la drogue et les addictions en Europe et dans la région méditerranéenne, dont l'Algérie est membre fondateur. Il fait suite au séminaire d'avril 2015 à Alger et à la visite en Belgique d'une délégation algérienne en octobre 2015.

Didier De Vleeschouwer (directeur DUNE) et Nicolas Léonardi (médecin DUNE/MASS) y ont été désignés comme rapporteurs belges des visites d'études sur le TSO en Belgique. De plus Didier De Vleeschouwer a présidé, avec Nadir Bourbon, l'un des deux ateliers intitulé « supports d'information sur l'activité en matière de TSO : élaboration d'un canevas de recueil des données sur l'activité du (ou des) centre(s) pilote(s) »<sup>46</sup>.

---

<sup>44</sup> <http://eclat-graa.org/seminaire-sur-le-lien-social-a-lepreuve-des-consommations-dans-lespace-public-le-17-juin-a-paris/>

<sup>45</sup> COLLIN, Chr., « Le lien social et la réduction des risques, au-delà des frontières », in *Le lien social à l'épreuve des consommations de produits dans l'espace public*, Actes du premier séminaire *Visibilité des usages et spécificités des territoires – un lien social « sous contraintes » ?* organisé par la Fédération Addiction et l'IREPS, Paris, 17 juin 2016, pp16-17, en ligne :

[http://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2016/12/LienSocial\\_conso\\_espPublic\\_Actes\\_S1DEF.pdf](http://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2016/12/LienSocial_conso_espPublic_Actes_S1DEF.pdf).

<sup>46</sup> *Introduire le traitement de substitution aux opiacés en Algérie*, séminaire organisé par l'Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie du Ministère de la Justice de la République algérienne démocratique et populaire et le réseau MedNet du Groupe Pompidou, à Alger, les 8 et 9 mars 2016, Rapport du séminaire, 29 avril 2016, P-PG / Med (2016) 3.

#### 4. Accueil de délégations et de travailleurs

a) Visite d'une délégation tunisienne à Bruxelles<sup>47</sup> – 9 au 13 mai 2016

Dans le cadre d'un projet d'échanges organisés autour des problématiques alcool, drogues et addictions, nous avons reçu le 13 mai au CLIP, avec Catherine Van Huyck (directrice de Modus Vivendi), une délégation de Tunisiens composée de 4 personnes :

- Docteur Kaouthar CHARBAJ, médecin addictologue, responsable de la consultation ambulatoire d'addictologie au Centre « Mahmoud Yacoub » d'assistance médicale urgente de Tunis ;
- Professeur Haifa ZALILA, Psychiatre, chef de service des urgences et des consultations externes de l'hôpital RAZI (seul hôpital psychiatrique du grand Tunis) et coordinatrice du diplôme d'université d'addictologie à la faculté de médecine de Tunis ;
- Docteur Olfa MZIOU, Psychiatre et addictologue à l'hôpital RAZI impliqué dans la consultation d'addictologie du dit hôpital ;
- Professeur Nabil BEN SALAH, toxicologue, médecin directeur du centre « Mahmoud Yacoub » d'assistance médicale urgente de Tunis.

b) Accueil de travailleurs

Dans le cadre des échanges entre travailleurs de rue organisés par la Fédération Traces de rue, nous avons accueilli un travailleur haïtien qui a fait connaissance avec le travail mené par DUNE.

Nous avons également accueilli deux travailleurs de Transit, lors d'une soirée au CLIP et au Médibus.

#### F. Formation de professionnels

Dans cette partie, nous présenterons les trois axes des formations proposées par DUNE ou à l'animation desquelles ses travailleurs participent.

##### 1. Gestion des personnes dépendantes de drogues et ramassage du matériel d'injection

Nos expériences antérieures (IBGE – 2014 et BRAVVO – 2015) et les liens que nous nouons sur le terrain ont suscité des sollicitations de DUNE en termes de formation.

- En juin, nous avons rencontré une responsable de la « cellule sécurité intégrale » de la SNCB en vue d'écouter une demande et de faire une proposition de formation. Cette proposition n'a pas été suivie d'effet, la SNCB ayant d'autres priorités.

---

<sup>47</sup> Cette délégation a également visité et échangé avec les directions des services suivants : Babel, RAT, Infor-Drogues, Prospective Jeunesse, Projet Lama, L'Ambulatoire de Forest, CATS - Solboch, Transit, CAP-ITI.

- En octobre, nous avons rencontré le responsable des travailleurs de rue de la CLES (Cellule de lutte contre l'exclusion sociale) de Molenbeek. Bien qu'il semblait très enthousiaste, notre offre de formation n'a pas été suivie d'effet.
- En octobre, nous avons également répondu à l'appel d'offre de la STIB intitulé « Formation des agents de field support en contact avec le public toxicomane, en errance ou non, présent sur le réseau de la STIB », en proposant une formation d'une seule journée prenant en compte leurs besoins spécifiques. DUNE a décroché le contact visant à former 450 à 900 personnes sur une période de 4 ans, sous réserve d'une période « test » de 10 sessions de formation. Sa mise en œuvre débutera en 2017, en partenariat avec l'asbl Transit.

### *Présentation de la formation*

Cette formation procure des outils efficaces pour réagir face à certaines situations rencontrées au quotidien lors de contacts avec des usagers de drogues et permet d'apprendre à manipuler avec sécurité du matériel usagé. Elle est destinée à deux types de public :

- Des professionnels du secteur de l'aide sociale non spécialisée, qui sont en contact par leur fonction avec notre public cible ;
- Des professionnels exerçant hors du secteur de l'aide sociale, qui sont en contact par leur fonction avec notre public cible (e.a. gardiens de parc, agents des transports publics, équipes d'entretien).

### **Les objectifs se déclinent de la manière suivante :**

- Donner des clés de compréhension sur les différents produits et leur(s) mode(s) d'usage(s) respectifs.
- Démystifier la problématique de la toxicomanie en travaillant sur les préjugés et les représentations des participants.
- Relativiser les risques liés aux interactions avec le public usager de drogues en donnant une information objective susceptible de réduire les peurs liées au public.
- Donner des outils adaptés au cadre de travail des participants afin de favoriser les interactions avec le public des usagers de drogues en errance.

### **Méthodologie :**

La formation vise à donner les outils nécessaires aux participants pour faciliter les contacts avec les personnes usagères de drogues en errance. L'idée est de partir de l'expérience de terrain des participants pour aborder un contenu en relation directe avec les situations problématiques rencontrées.

Nous proposons un plan de formation « type » afin de donner un aperçu plus précis des thèmes qui peuvent être abordés lors de la formation. La liste des thématiques est pas exhaustive : nous rencontrons des représentants du personnel pour analyser chaque demande et être en mesure de proposer une formation ajustée aux réalités et besoins des participants.



Notre méthodologie est de nature à favoriser les interactions entre formateurs et participants. Il ne s'agit donc pas d'une formation ex-cathedra mais bien de faire des allers et retours entre le terrain et les apports théoriques afin de proposer un contenu qui fasse sens à la réalité de travail des participants.

#### *Module type de formation<sup>48</sup>*

### **1. Présentation des spécificités du public consommateur de drogues en errance**

Vaincre ses peurs n'est pas chose aisée. Pourtant, c'est souvent une étape indispensable pour entrer en contact avec des publics qui nous mettent mal à l'aise, nous questionnent ou génèrent en nous un sentiment de dégoût et de rejet.

Dans leur travail quotidien, beaucoup de travailleurs sont confrontés à des situations qui les dépassent et qui peuvent engendrer des sentiments de crainte et d'incompréhension qui, à leur tour, peuvent générer des comportements inappropriés qui sont autant de sources potentielles de conflits entre le travailleur et la personne en errance.

En donnant une information objective, sans jugement de valeur sur la diversité des situations et du public en errance, nous pouvons estomper ces peurs et permettre une meilleure interaction avec ce public, diminuant ainsi les risques y inhérents.

### **2. Informations sur les produits, les effets et modes de consommation**

Présentation des différents produits qui peuvent être consommés en rue ainsi que leurs modes de consommation dans le but d'informer les participants sur les réactions possibles liés aux usages de drogues. Ceci leur permettra d'évaluer sur le terrain, au cas par cas, s'il s'agit du moment opportun pour intervenir et ce à quoi ils doivent être attentifs face à une personne sous l'emprise de produits ou du manque.

### **3. Analyse du contexte d'intervention**

Il s'agit de donner des clés de compréhension sur ce qui se joue dans la relation et dans l'interaction avec le public usagers de drogues en errance afin de favoriser l'émergence d'une posture plus adéquate pour améliorer la relation.

- Possibilités d'intervention : questionnement quant au mandat des travailleurs

Ce point est indispensable pour proposer un contenu adapté aux spécificités des mandats des participants afin de répondre à leur demande de manière la plus proche possible de leurs réalités de terrain.

- Processus d'intervention en milieu urbain

---

<sup>48</sup> Il s'agit du modèle de formation que nous avons proposé à la STIB en mai 2016

Il s'agit de mettre en lumière les différents éléments de contexte à prendre en compte pour favoriser la meilleure interaction possible entre le public usager de drogues en errance et les participants, en donnant des outils spécifiques qui permettent d'entrer en relation avec le public dans le cadre particulier d'une intervention en milieu urbain. Il s'agit de questionner la posture des travailleurs dans l'exercice de leurs fonctions et de définir certains aspects essentiels permettant d'entrer en relation avec le public.

4 éléments sont indispensables à la prise de contact : la posture du travailleur, le temps de l'observation, la prise de contact, le moment de l'intervention et de l'orientation. L'analyse de ces quatre éléments favorisera les possibilités d'entrer en relation afin de pouvoir délivrer à l'attention du public cible les messages nécessaires au vivre ensemble.

#### **4. Outils d'intervention**

- Outils de communication non-violente

Il s'agit de travailler sur la manière de communiquer des participants pour entrer en contact avec les usagers de manière à éviter les conflits et garantir leur propre sécurité dans les interactions.

Il s'agit également de donner des clés pour faire face à l'agressivité que les participants peuvent ressentir dans leur interaction avec usagers de drogues en errance.

- Présentation du secteur « toxicomanie » et des différentes possibilités de collaboration

Il s'agit de présenter aux participants différentes pistes pour orienter le public vers les associations qui peuvent collaborer directement pour les problématiques de consommations de drogues.

#### **5. Mesures de sécurité à prendre lors de l'exposition au matériel d'injection**

Cette partie de la formation vise à donner des éléments clés pour que les participants puissent agir en toute sécurité dans le cadre de leur fonction. Il s'agit de présenter les situations particulières de danger ainsi que les différentes mesures à mettre en œuvre pour éviter les accidents et les sur-accidents.

Concrètement, il s'agit de :

- Présenter les situations de dangers
- Exposer la procédure de ramassage type visant à réduire les risques d'accidents lorsque les travailleurs sont confrontés à du matériel d'injection abandonné dans les lieux publics
- Présenter les différentes mesures à prendre en cas de blessures avec du matériel souillé.

#### **6. Jeux de rôle**

Il s'agit de proposer des mises en situations en lien avec le contenu de la journée afin que les participants puissent évaluer et mettre en pratique le contenu de la formation. C'est un moment de débriefing où nous laissons l'opportunité de revenir sur certains concepts présentés durant la formation.

## 2. Travail social de rue

Christopher Collin est invité à participer aux modules de formation en travail social de rue, organisés par la Fédération francophone des travailleurs sociaux de rue, Traces de rue, afin d'échanger avec les participants sur la méthodologie du travail social de rue.

### *Présentation de la formation*

Traces de rue présente cette formation dans les termes suivants : « Le module de formation se propose de consolider une professionnalisation du métier de travailleur social de rue par une approche qui vise l'intérêt des publics et son émancipation et de renforcer les capacités d'intervention des travailleurs sociaux de rue. Le module est conçu sur trois jours afin d'aborder :

- la philosophie sociale et politique du travail social de rue
- les fondamentaux méthodologiques du métier
- la déontologie et le secret professionnel

Les formateurs sont des travailleurs sociaux de rue expérimentés »<sup>49</sup>.

## 3. Risques liés à l'injection

Une nouvelle collaboration s'est mise en place concernant la « Formation aux risques liés à l'injection » organisée par Modus Vivendi. L'une de nos infirmières participe à l'animation de l'une des 2 journées de formation, consacrée aux aspects médicaux et paramédicaux.

### *Présentation de la formation<sup>50</sup>*

*Besoin d'informations concrètes sur les risques liés à l'injection et les spécificités de ce mode de consommation ? Parfois à court d'arguments face à un usager dont la pratique vous semble particulièrement inadéquate ? Et ces plaies en forme de cratères, qu'est-ce que c'est ? Sentiment que malgré votre professionnalisme vous en savez parfois moins que les usagers ? Durant vos études, vous n'avez reçu aucune formation spécifique sur l'injection ? Et dans votre pratique quotidienne comment expliquer aux usagers pourquoi éviter d'injecter dans une artère ? Qu'est-ce que c'est une artère ? Pourquoi éviter d'injecter dans les jambes ? Pourquoi éviter d'utiliser un citron, même s'il est bio ? Comment mettre soi-même un garrot et comment éviter d'utiliser un garrot ? Et lorsqu'un usager utilise beaucoup d'acide ascorbique qu'est-ce que ça pourrait indiquer ? Finalement, est-ce que respecter tous les conseils de RdR c'est facile ? Certaines de ces questions sont les vôtres ? La formation organisée par*

---

<sup>49</sup> [http://www.travaillsocialderue.be/uploads/1/1/8/8/11880993/rapport\\_activites\\_2015.pdf](http://www.travaillsocialderue.be/uploads/1/1/8/8/11880993/rapport_activites_2015.pdf)

<sup>50</sup> Ces informations sont fournies par la fiche de présentation présente sur le site de Modus Vivendi : [http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/formation\\_rdr\\_injection-2.pdf](http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/formation_rdr_injection-2.pdf)

*Modus Vivendi vous propose de chercher à y répondre ensemble afin de renforcer vos pratiques et expertises.*

Objectif général de la formation : Renforcer les professionnels acteurs de l'accessibilité au matériel d'injection dans leurs objectifs de réduction des risques liés à l'injection (HIV, HVC, infections bactériennes, zones et pratiques à risques...). Ce module se concentre sur les connaissances de base en termes de savoirs et de savoir-faire que mobilisent la mise à disposition de matériel d'injection et les bases de la RdR liée à cette pratique.

Objectifs spécifiques de la formation :

- Renforcer les savoirs à transmettre et à partager avec les UDI.
- Renforcer les outils mobilisables dans la pratique quotidienne.
- Renforcer les compétences afin d'aider la formulation de conseils de RdR adaptés à la réalité des UDI.
- Renforcer la fonction professionnelle (être éducateur ET spécialisé en injection) et le sentiment d'être mieux équipé pour discuter avec les usagers de leurs pratiques d'injection.

A qui s'adresse la formation ? La formation s'adresse à tout professionnel de terrain dispensant – dans sa pratique quotidienne – du matériel stérile d'injection (et des conseils de RdR) à destination de consommateurs de drogues par voie intraveineuse.

Méthodologie : La grande majorité des points abordés dans le programme combinent apports théoriques, travaux pratiques, échanges d'expériences et co-construction de savoirs.

Le programme – formation organisée sur deux journées :

- Articulation des dispositifs d'injection
- Les risques liés à l'injection
- Notions d'anatomie et physiologie
- Sites d'injection et zones à risques
- Veines et garrot - Usage et risques du garrot
- Le matériel en pratique et en question
- Produits : les produits, les mélanges, les substitutions (injection et médication)
- Alternatives à l'injection
- Mise en situations

### III. L'ACCOMPAGNEMENT

Nous avons souligné, dans la première partie que l'une de spécificités de DUNE, en tant que service à bas seuil d'accès, est que tous ses services adressés aux usagers de drogues en situation de grande précarité sont accessibles gratuitement, de manière inconditionnelle et anonyme. Repellons aussi l'important travail d'urgence de la demande qui est réalisé au quotidien par toute l'équipe (en rue, au Médibus, à l'accueil du CLIP), un travail nécessaire pour mettre en place la démarche d'accompagnement et d'aide sociale<sup>51</sup>.

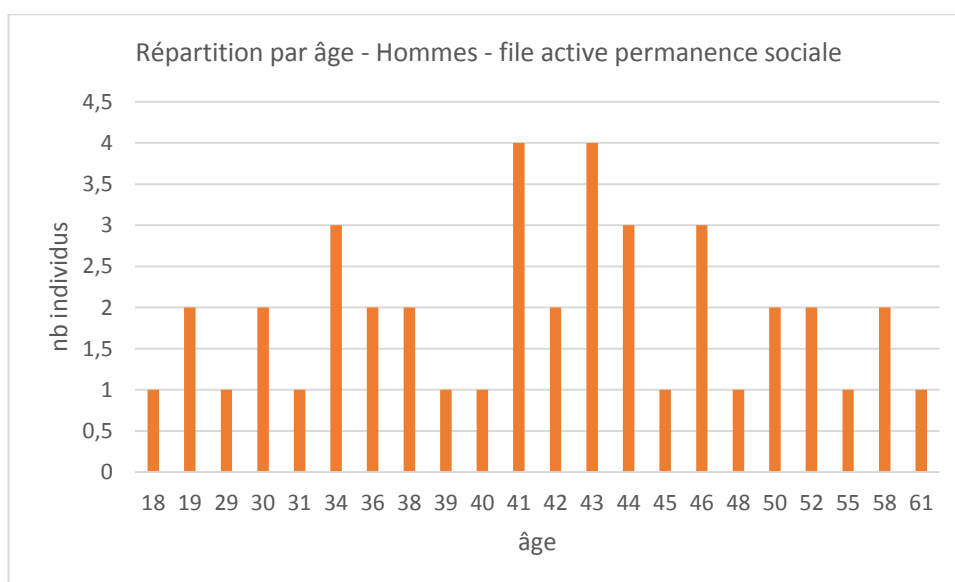
Dans cette partie, nous aborderons les données 2016 relatives à la guidance sociale et administrative (A) et à l'accompagnement psycho-social mobile (B).

#### A. Guidance sociale et administrative

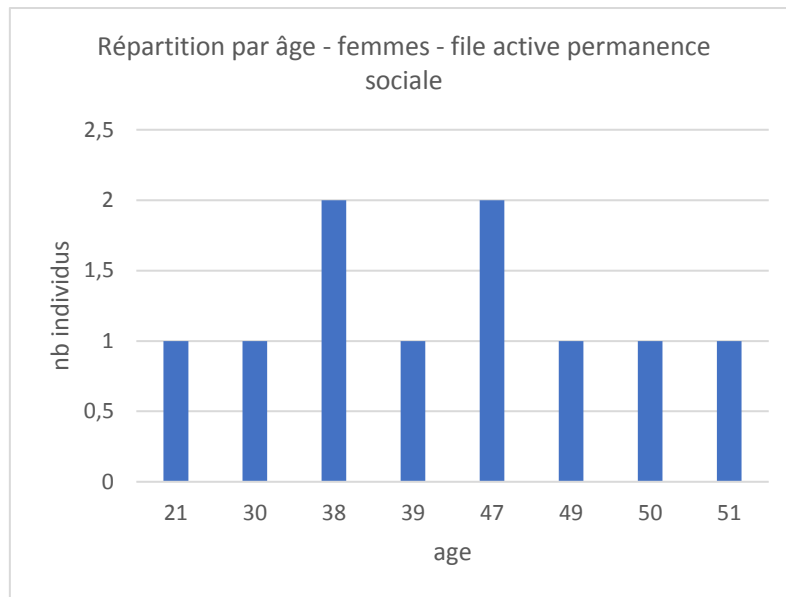
Au cours de l'année 2016, 52 permanences sociales ont eu lieu : elles ont permis à 48 usagers différents (11 femmes et 42 hommes) de bénéficier d'une guidance sociale et administrative. Au total, ces 52 permanences ont donné lieu à 158 entretiens individuels.

##### 1. Profil des bénéficiaires du service social

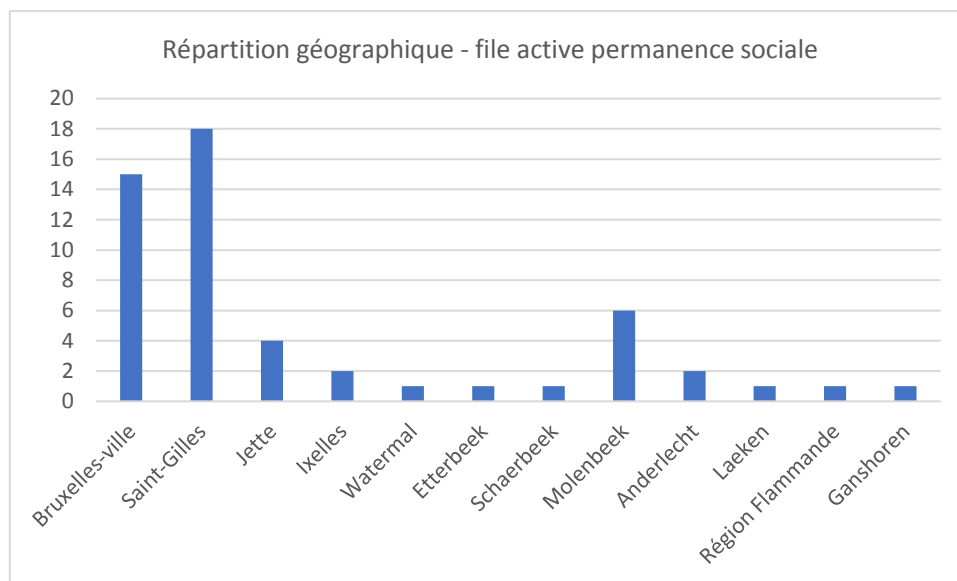
###### a) Distribution des bénéficiaires selon l'âge et le sexe – Service social – 2016



<sup>51</sup> Pour les développements relatifs à l'émergence de la demande, voyez la 1<sup>ère</sup> partie du présent rapport.



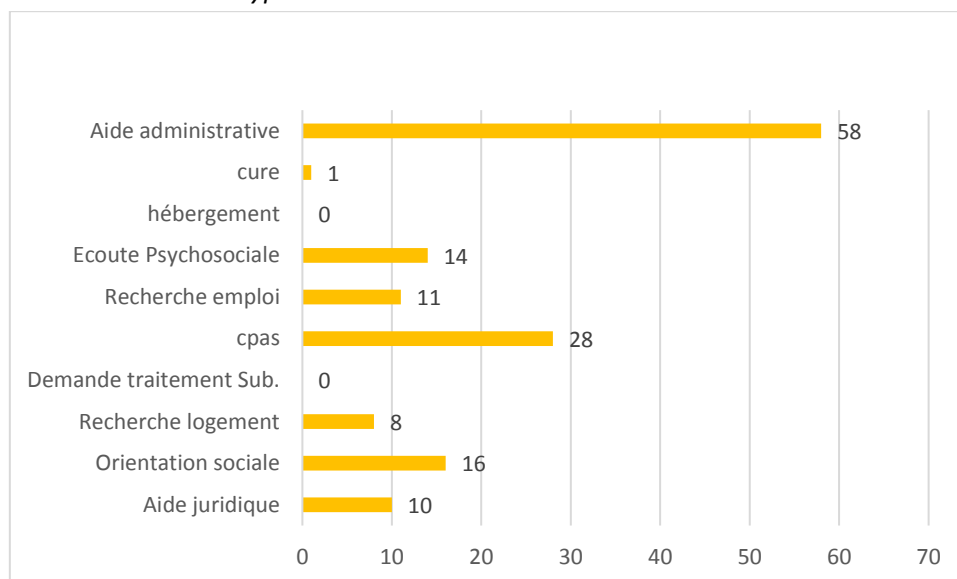
b) Origine géographique des bénéficiaires – Service social – 2016 (nombres absolus)



## 2. Types de demandes émergeant au service social

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

### Types de demandes – Service social – 2016



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

En deuxième position, les demandes reprises sous la rubrique « CPAS » concernent des demandes d'accompagnement vers un CPAS, la compréhension de leur fonctionnement, des demandes d'aide pour des reprises de contact ou des demandes de médiation entre le CPAS et l'utilisateur. Par exemple, les demandes concernant l'accès au revenu d'intégration, à une carte médicale ou à une aide médicale urgente sont reprises dans la rubrique CPAS.

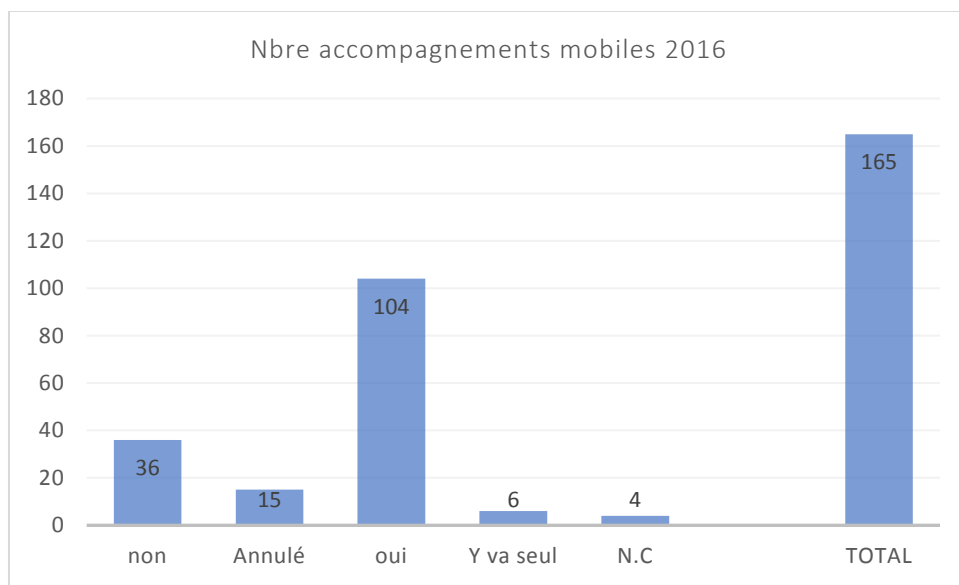
En troisième position, on trouve les entretiens qui ont donné lieu à une *orientation sociale* directe car la demande formulée par le bénéficiaire sortait de notre champ d'action. Ceci dit, lorsque nous orientons la personne, nous la mettons soit directement en contact avec une institution, soit nous l'accompagnons physiquement afin de faire le relais et favoriser la prise en charge.

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

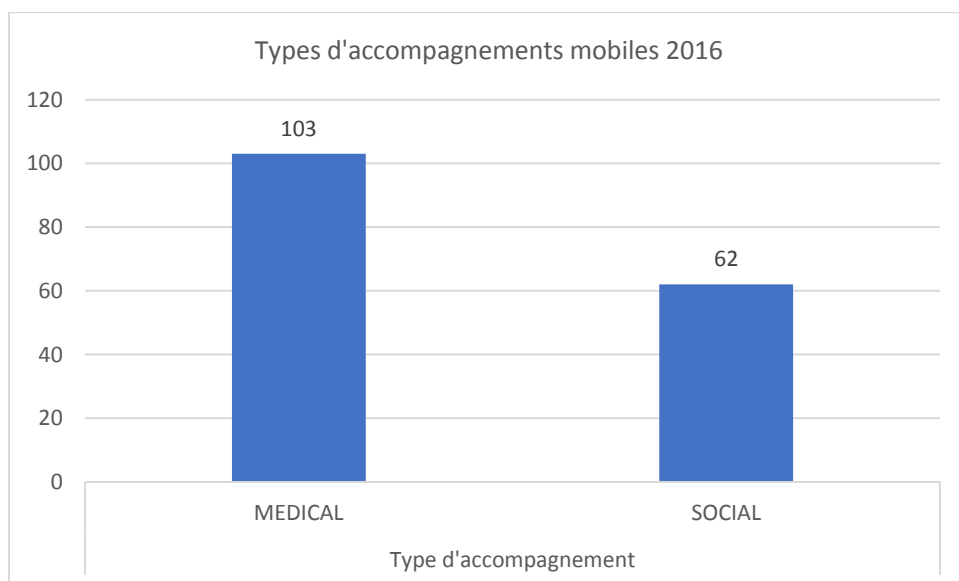
Quant aux demandes relatives à *l'aide juridique*, elles concernent l'aide pour bénéficier d'un avocat pro deo, des prises de contacts avec des maisons de justices et des avocats, la rédaction de courriers concernant des poursuites auxquelles font face les usagers ou, plus simplement, une aide pour comprendre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

## B. Accompagnement psycho-social mobile

En 2016, on compte 165 accompagnements programmés, dont 104 ont été réalisés. Trois situations sont présentes dans les autres cas : l'annulation, la personne a décidé de s'y rendre seule ou elle ne s'est pas présentée au rendez-vous. Ces accompagnements concernent une file active de 28 personnes.



Cette année, les demandes d'accompagnement sont de deux types : les accompagnements vers des services médicaux (les plus nombreux) et les accompagnements dans le cadre de démarches sociales.





## IV. DISPENSAIRE DU CLIP

Dans cette partie, nous présenterons les données relatives aux activités du service infirmier (A) ainsi que celles relatives aux activités de la consultation médicale (B)

### A. Soins infirmiers

Cette partie traite des données quantitatives relatives à la fréquentation du service infirmier (nombre de soins et de patients) (1), à la nature des soins (2) ainsi que les données disponibles sur le profil des patients (sexe, âge, origine géographique) (3).

#### 1. Chiffres de fréquentation

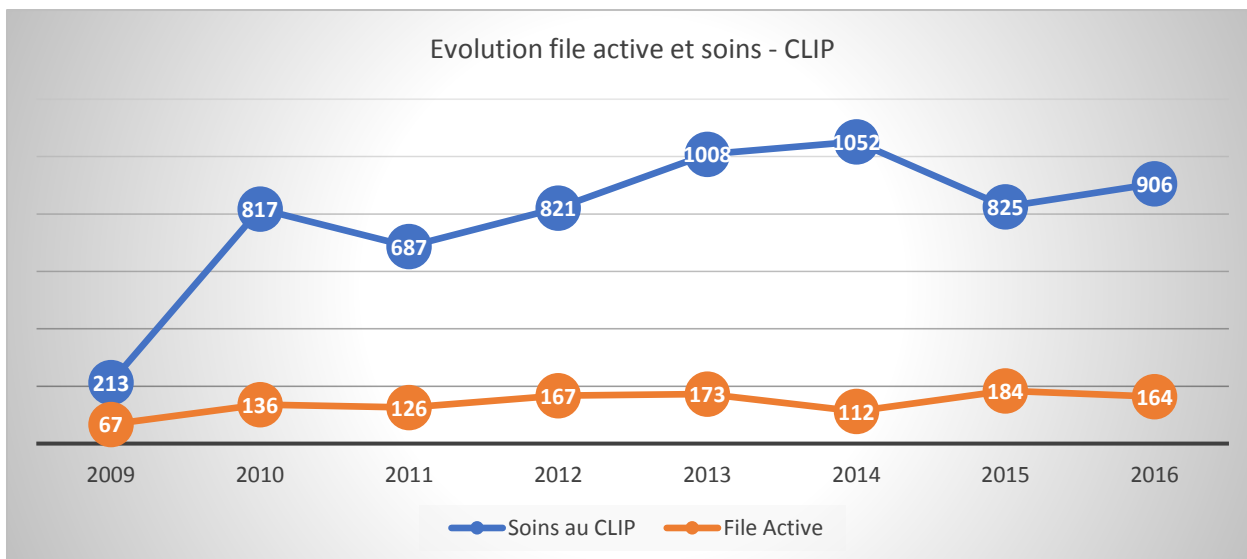
Les patients nous sont soit envoyés par un usager connaissant déjà nos services, soit référés par une association partenaire, soit orientés par nos travailleurs de rue pendant leur maraude ou permanence du Médibus.

Le public soigné au dispensaire infirmier peut être fort variable de celui qui fréquente le CLIP. En effet, plusieurs cas de figure sont possibles :

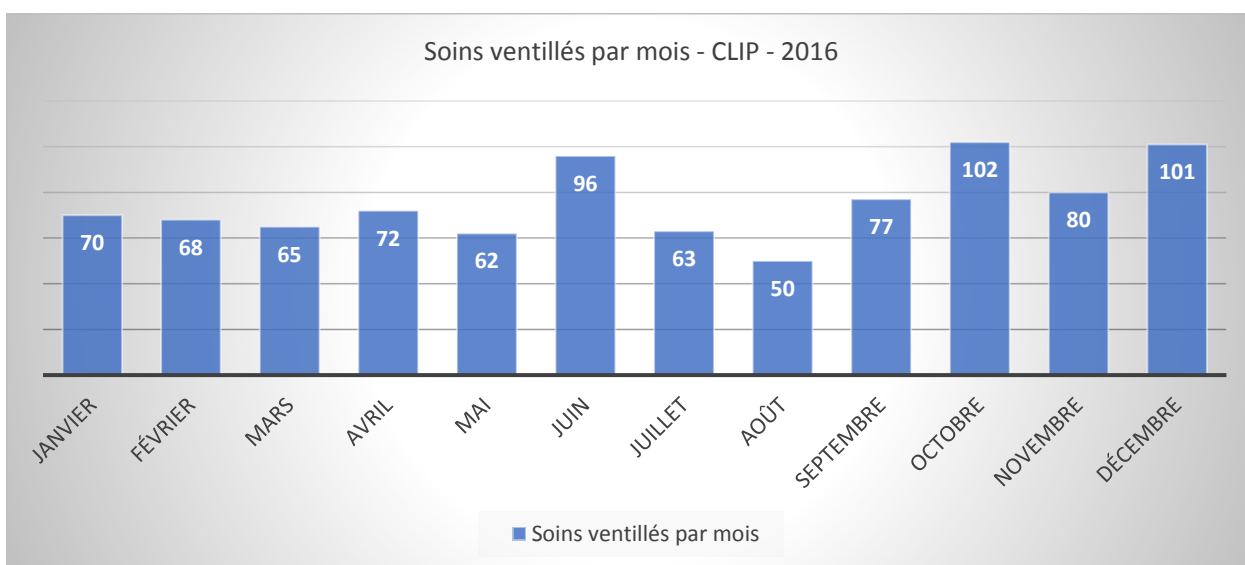
- un bénéficiaire peut fréquenter le CLIP sans faire appel au dispensaire infirmier ;
- un bénéficiaire peut se faire soigner au dispensaire sans échanger de matériel d'injection (e.a. ancien consommateur) ;
- un bénéficiaire peut fréquenter le CLIP et s'y faire soigner.

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

Le graphique ci-dessous indique le nombre de soins infirmiers fournis au comptoir ainsi que la file active, c'est-à-dire le nombre de patients différents pris en charge au cours de l'année. Il nous semble intéressant de reprendre les chiffres des années précédentes (à partir du financement par le Fonds de lutte contre les assuétudes) afin de mettre en perspective les résultats 2016.

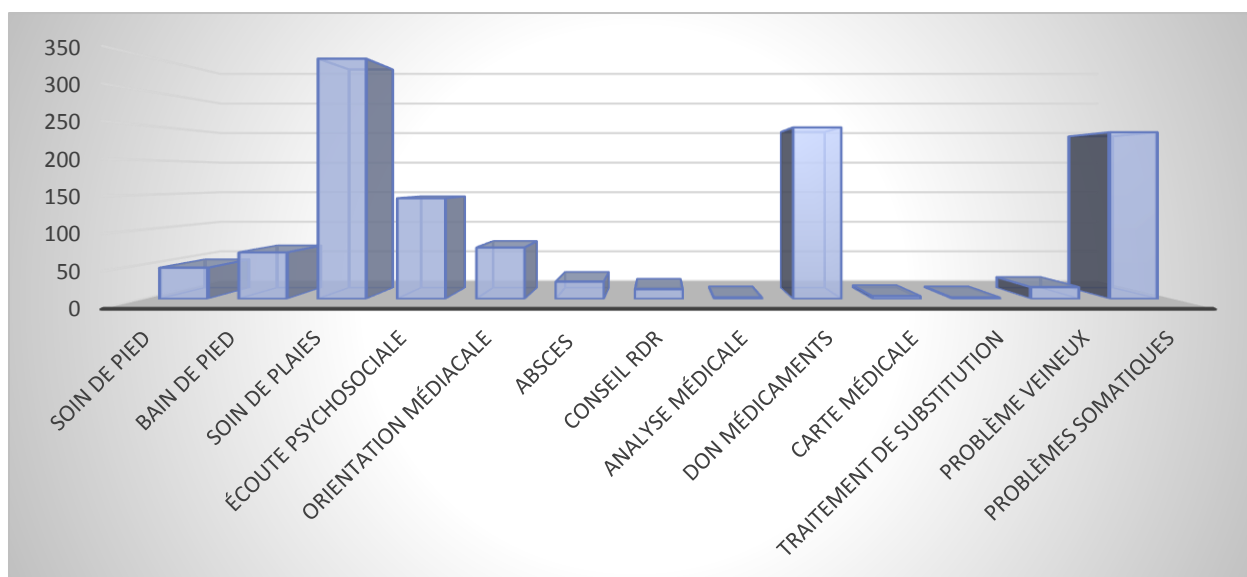


Notons que les 906 soins effectués en 2016 ont été prodigués à 164 patients différents : le nombre moyen de soins dont bénéficie un même patient est donc de cinq par année. Il convient néanmoins de préciser que certains bénéficiaires peuvent faire appel une seule fois au dispensaire infirmier ou, de façon soutenue sur une période déterminée ou encore, de façon régulière tout au long de l'année. Par ailleurs, sur les 164 patients soignés au dispensaire en 2016, 31 personnes sont nouvelles dans notre base de données.



## 2. Nature des soins

Les soins dispensés par les infirmier(ère)s sont principalement des soins de plaies généralement dues à des bagarres, des chutes ou qui sont liées à des problèmes d'injections. Viennent ensuite le don de médicaments et les interventions liés aux problèmes somatiques qui représentent 38 % des demandes formulées au dispensaire.



Relevons également que la catégorie « écoute psychosociale » constitue plus de 15% des interventions des infirmier(ère)s. Cela en dit long sur la nécessité d'offrir aux usagers de drogues en situation de grande précarité une écoute attentive dans un lieu protégé. En effet, beaucoup profitent du moment passé dans l'infirmierie pour se confier et se déposer. C'est l'opportunité pour les infirmier(ère)s d'approfondir le travail de création de lien qui est au cœur de nos interventions et qui permet, une fois instauré, d'aller un pas plus loin dans l'accompagnement.

### 3. *Profils des patients*

#### a) Remarque préliminaire

Il est difficile d'établir une cartographie précise des profils des usagers bénéficiant de soins à l'ASBL DUNE pour deux motifs : notre méthodologie de travail et la recherche d'un outil statistique performant.

Les limitations dans notre capacité à produire des données statistiques est, tout d'abord, liée à la force essentielle de notre action : tous nos services (social, médical, infirmier) sont accessibles gratuitement, de manière inconditionnelle et anonyme. L'expérience montre que beaucoup d'usagers sont très peu enclins à décliner leur identité et à se dévoiler si bien que les questions utiles pour établir leur profil peuvent constituer un frein, voire une barrière à l'accès au dispositif.

Dès lors, nous ne leur demandons pas (et d'ailleurs, de quel droit pouvons-nous leur demander ?) de se mettre à nu, de dévoiler une partie de leur intimité en répondant notamment à des questionnaires d'ouverture de dossier. Quel serait, vu notre public, l'intérêt pour atteindre nos objectifs ? Et de quelle sorte d'humanité ferions-nous preuve si l'on conditionnait à un questionnaire le fait d'exercer le droit élémentaire qu'est l'accès aux soins de santé ou de bénéficier d'un conseil quand on se trouve dans la détresse ? Nous offrons au patient la possibilité de se préserver et de faire le choix ou non de nous dévoiler une partie de lui-même. Finalement est-ce si important de tout savoir au premier contact ? D'autant que nous savons qu'au fil du temps, si la relation est suffisamment forte, l'autre finira par se livrer et nous donner les éléments qu'il estime être importants de donner. Compléter le dossier avec

les données relatives au profil du patient se fait donc au fur et à mesure des rencontres ; le patient a toujours le droit de refuser de répondre à nos questions.

Ceci dit, dans la seconde phase de l'accompagnement qui consiste à orienter et accompagner physiquement l'utilisateur vers les structures de soins, nous lui signifions que nous avons au minimum besoin de sa situation administrative pour poursuivre l'orientation. Ce n'est que dans ce cadre-là que nous récoltons certaines données supplémentaires. Nous parvenons ainsi à produire des données portant sur le sexe, l'origine géographique ainsi que l'accès aux soins de santé pour un certain échantillon de la file active (variable selon les informations concernées) constitué de ceux qui lesquels nous avons poursuivi un travail de « raccrochage » avec les structures de soins classiques.

Le second motif tient à nos difficultés pour disposer d'un outil performant en termes de traitement des données des patients. La gestion et la sauvegarde des données a fait partie de notre DEQ : trouver une solution informatique durable (et peu onéreuse) permettant de mieux suivre nos patients et donc, à terme, de mieux définir leur profil. En 2015, nous avons finalisé le travail en interne de conception/adaptation d'une base de données Excel et de ses interfaces utilisateurs. Le nouvel outil a amélioré notre capacité à produire des données statistiques, bien que nous nous heurtions encore à des limitations. Dès lors, en 2016, DUNE a dégagé le budget nécessaire pour investir dans l'achat d'un logiciel ERP de gestion des dossiers patients. Cela nous permettra de répondre de manière plus sereine aux changements qui se profitent en termes de standardisation des rapports d'activités et des données statistiques à produire. Ce logiciel sera opérationnel en 2017.

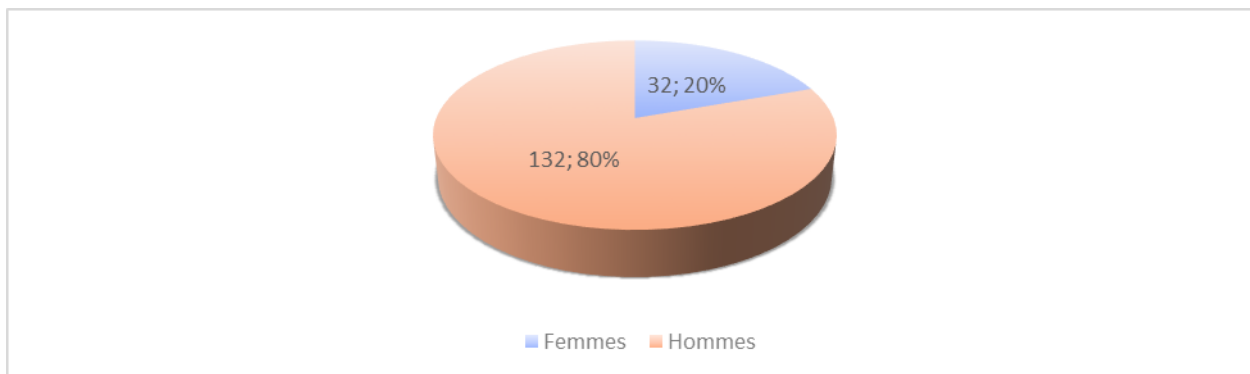
Quel est le profil-type des usagers de drogues rencontrés au CLIP ? Il s'agit d'hommes qui se trouvent dans une situation de précarité importante : sans emploi, sans aucun revenu de remplacement (CPAS, mutuelle...), sans couverture pour les soins de santé (AMU, carte médicale...), beaucoup sont sans logement et certains n'ont même aucun document d'identité valable sur le territoire. Cette situation de grande précarité est à mettre en tension avec le fait que 70% des habitués du CLIP<sup>52</sup> ont une trajectoire émaillée de problèmes judiciaires et incarcérations souvent répétées.

#### b) Répartition selon le genre

Nous constatons que le nombre de femmes prises en charge cette année par le dispensaire infirmier représente 20% de la population qui y est soignée : soit 32 femmes pour 132 hommes.

---

<sup>52</sup> Cette estimation devrait être corroborée par une évaluation portant sur l'ensemble du public fréquentant nos services, au moyen d'une enquête que nous souhaiterions voir menée par une personne extérieure à l'équipe de DUNE pour des motifs de biais méthodologique et d'impact sur la relation entre les agents d'aide, nos travailleurs, œuvrant à la création et au maintien du lien

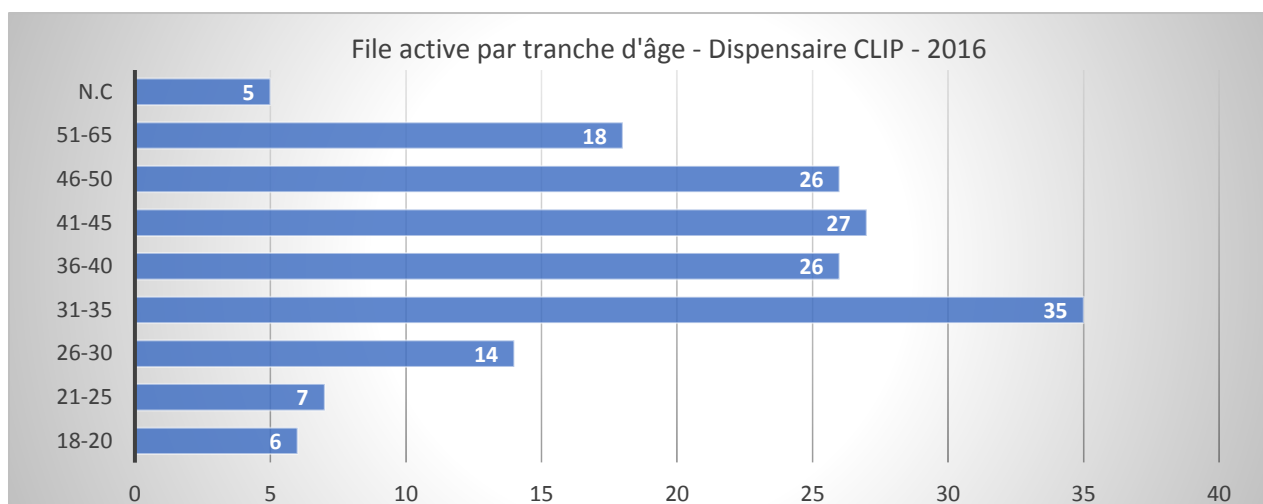


Plusieurs facteurs complémentaires expliquent cette proportion hommes/femmes :

- Les données épidémiologiques montrent que l'usage de drogues par voie intraveineuse touche moins les femmes que les hommes de sorte que la proportion entre les genres à DUNE est similaire à ce que l'on trouve dans le secteur « toxicomanie » bruxellois, belge et dans les autres pays.
- La population générale des usagers de drogues en situation de grande précarité comprend plus d'hommes que de femmes et par conséquent, ces dernières sont moins présentes dans les services à bas seuil d'accès.
- Les femmes usagères de drogues ne se montrent pas facilement dans les services spécialisés en assuétudes, comme le CLIP, qui est un lieu peuplé d'hommes (même si notre personnel est mixte), comme l'univers de la rue et de la « came ». S'il leur est difficile de pousser la porte du CLIP, quand elles y entrent et font appel au dispensaire, elles sont un peu plus réceptives aux soins. On peut ajouter que dans la répartition des rôles dans un couple d'usagers de drogues, c'est l'homme qui est généralement chargé de l'approvisionnement en « came et matos ».
- Les femmes étant un public particulièrement vulnérable, elles seraient prioritaires dans les services d'aide de première ligne et, par conséquent, plus facilement prises en charge par ceux-ci.

c) Distribution par catégories d'âge

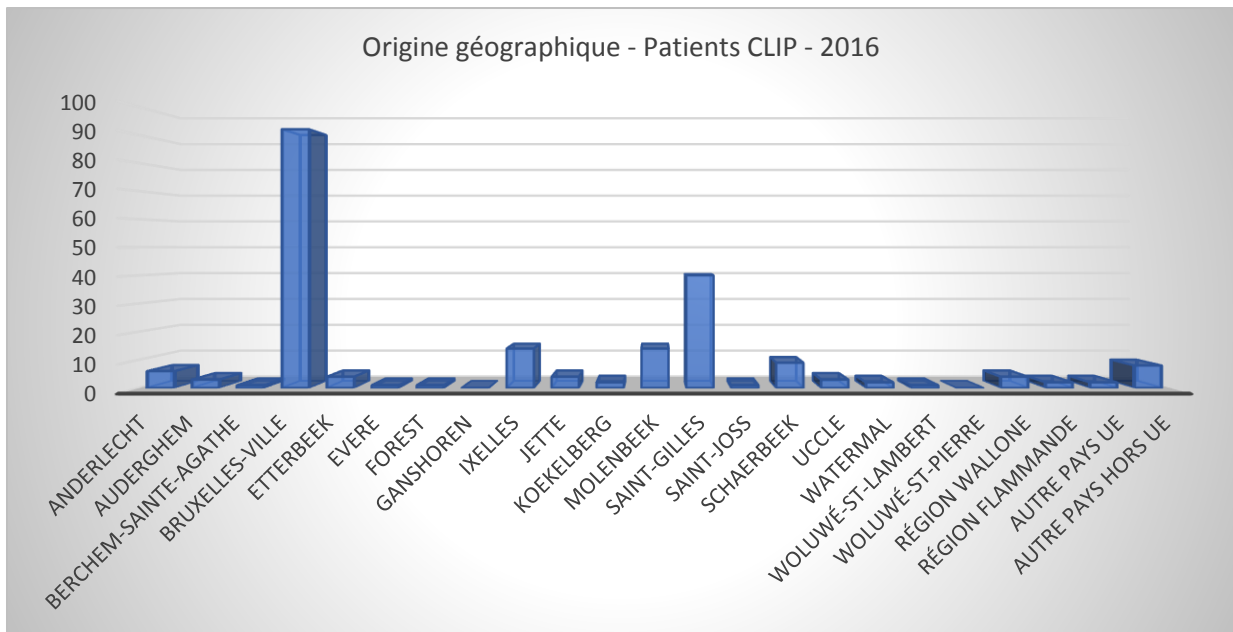
La distribution des bénéficiaires selon les tranches d'âge montre que le public du dispensaire est relativement jeune : la tranche d'âge la plus représentée est celle des individus ayant entre 31 et 35 ans.



Il est à noter que cette année, nous avons dispensé des soins à 13 jeunes âgés de 18 à 25 ans. Comme déjà évoqué, il s'agit d'une catégorie d'âge particulièrement vulnérable aux risques liés à la primo-injection qui questionne la visibilité et l'accessibilité des dispositifs spécialisés comme le nôtre pour des jeunes qui ne s'identifient pas comme étant « toxicomane ». Il s'agit donc d'un groupe cible auquel nous sommes particulièrement attentifs, en multipliant les contacts avec les travailleurs d'associations actives auprès de ce public-cible.

#### d) Réparation géographique

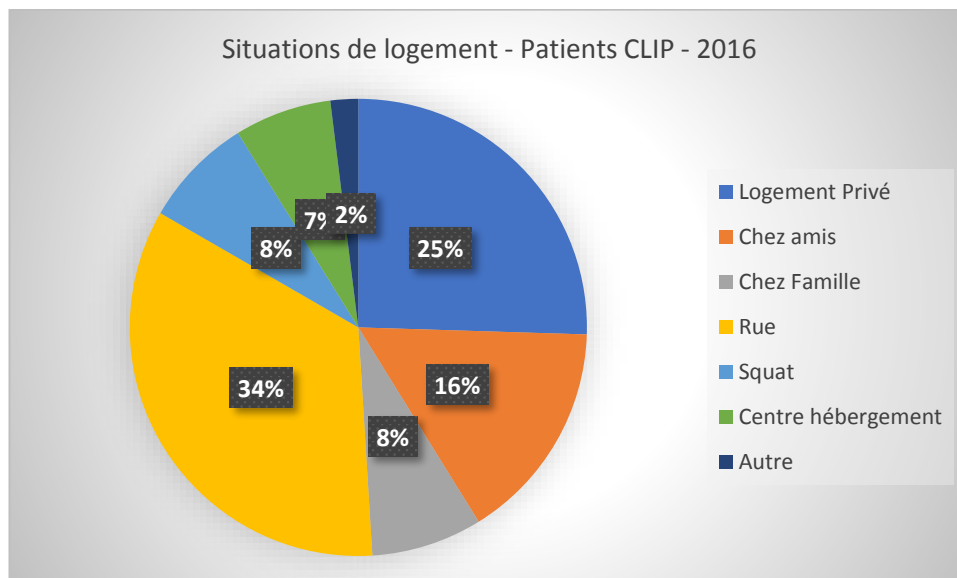
La répartition géographique du public du dispensaire est établie à partir des codes postaux que les bénéficiaires fournissent comme étant leur lieu de vie. Peu de bénéficiaires rapportent vivre hors de la Région bruxelloise. Au sein de la région, les bénéficiaires indiquent venir principalement de la ville de Bruxelles et de Saint-Gilles. L'interprétation de cette donnée doit prendre en compte qu'une large proportion des bénéficiaires est sans logement et n'a pas d'adresse de référence. Il s'agit donc des communes où ils passent une part importante de leur temps ; ils voyagent souvent de commune en commune au gré des lieux d'abris (squat, gare, station de métro...)



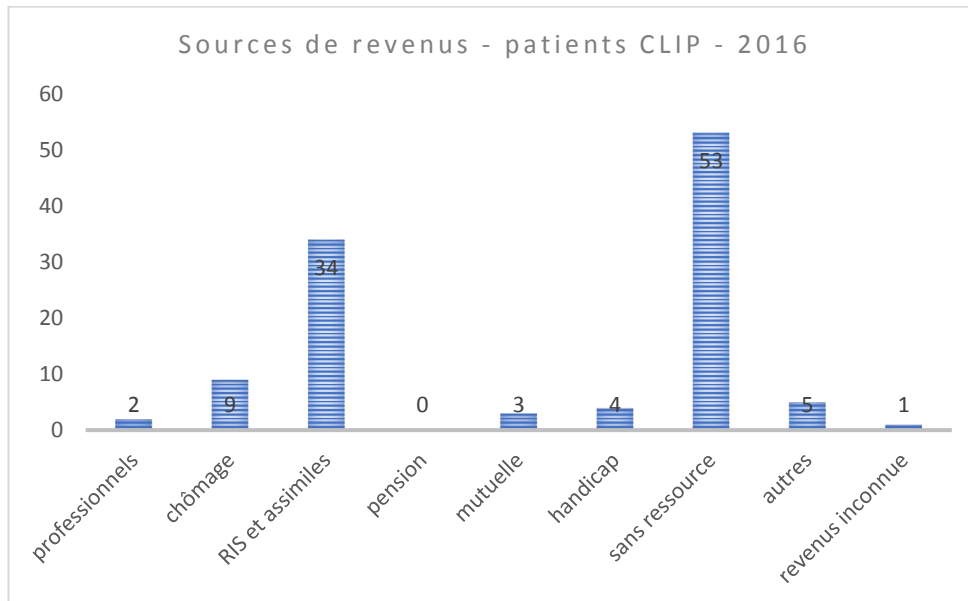
e) Indicateurs de précarité

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

1. Le cercle ci-dessous (n= 166) montre que la majorité des usagers bénéficiant des services du dispensaire ont une situation très précaire par rapport au logement. En effet, plus de 50% des bénéficiaires dorment en rue, en squat ou chez des amis le « temps de trouver autre chose », comme ils disent.

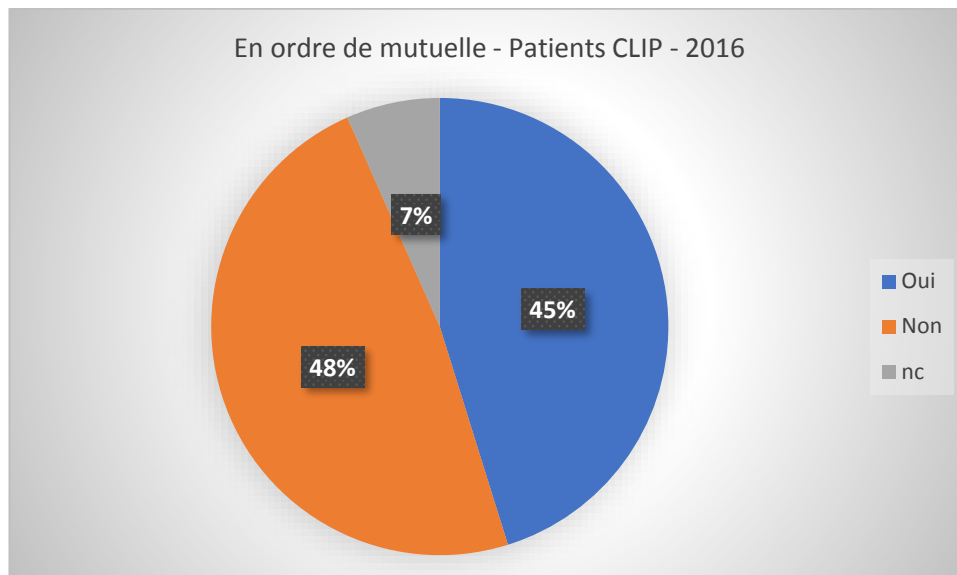


2. Les sources de revenus des bénéficiaires (n = 166) attestent qu'ils se trouvent dans une situation économique très précaire.

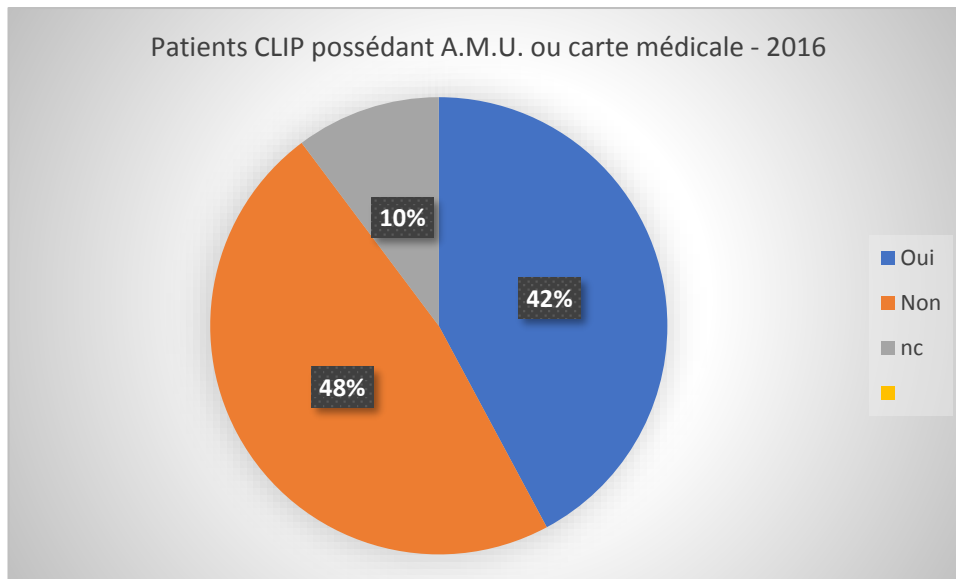


En effet, plus de la moitié des répondants ne bénéficient d'aucune source de revenus et la seconde catégorie la plus représentée concerne les revenus d'intégration.

3. En outre, sur un échantillon de 166 patients, plus de la moitié ne possède pas de couverture en matière de soins de santé.







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

## B. Consultation de médecine générale

La consultation de médecine générale s'est ouverte au CLIP en février 2014 avec le docteur Léonardy. L'année 2016 constitue une année de transition : fin août 2016, DUNE a engagé un nouveau médecin, Lucy Dever, qui travaille également à la MASS. Ce changement a été fort bénéfique pour le développement de la consultation médicale (avec une permanence en soirée) et l'opérationnalisation du projet TROD.

Durant l'année 2016, il y a eu 47 consultations, auprès d'une file active constituée de 30 patients.

Année	Consultations	File active
2014	70	29
2015	62	12
2016	47	30

La présence d'un médecin dans l'équipe permet à nos infirmier(ère)s de poser des actes techniques dans le respect de l'art infirmier et d'aller plus loin avec le patient dans le traitement des problèmes somatiques qui nécessitent un diagnostic médical, des analyses et la prescription de médicaments.

À l'heure actuelle, les tâches accomplies par le médecin généraliste sont les suivantes :

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

### C. Implémentation de dépistages rapides

DUNE souhaite proposer à son public des dépistages rapides Hépatite C et VIH et, depuis 2014, des contacts se sont été noués avec le Réseau Hépatite C et le Centre Elisa dans ce sens. Ainsi, DUNE a participé aux actions de la *Testing Week*, la semaine européenne de dépistage du VIH & hépatites, menée à travers toute l'Europe du 20 au 27 novembre 2015<sup>53</sup>. En 2016, deux partenaires (Réseau Hépatite C et Médecins du Monde) ont proposé à DUNE de collaborer à des projets de TROD (test rapide à orientation diagnostique) : les premiers contacts et l'élaboration des projets ont eu lieu cette année, pour une mise en place effective des dépistages dès 2017. Vous trouverez ci-dessous des informations concernant le contexte des partenariats, les objectifs, les publics visés et le dispositif développé à DUNE, d'abord en ce qui concerne l'hépatite C puis le VIH.

#### 1. Hépatite C

Chez les usagers de drogues ayant recours à injection, la prévalence de l'hépatite C est de 43,3%<sup>54</sup>, ce qui est relativement élevé et confirme, au niveau belge, l'ampleur de cette problématique. Face à ce constat, DUNE a décidé de développer un dispositif de dépistage de l'hépatite C au sein du comptoir, dans le cadre de la recherche menée par le Réseau Hépatite C – Bruxelles.

---

<sup>53</sup> DUNE a cosigné la carte blanche publiée à l'initiative de la FEDITO bruxelloise et du Réseau Hépatite C Bruxelles, [en ligne], <http://reseauhepatitec.be/2015/11/23/carte-blanche-vih-et-hepatites-une-seule-politique-qui-vaille-la-sante-publique/#more-253>

<sup>54</sup> Cl. STEVENOT, E. CARAËL, M. HOGGE, *L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles. Rapport 2015*, Bruxelles, Eurotox, février 2016, p.93.

#### a) Contexte de partenariat

Certains professionnels de la santé, du secteur hospitalier, des centres ambulatoires et de dispositifs spécialisés dans le domaine de la réduction des risques se penchent depuis plusieurs années sur la possibilité d'améliorer l'accès au dépistage de l'hépatite C auprès des publics usagers de drogues par voie injectable.

La situation du TROD est différente en matière de VIH et de VHC. En effet, si le TROD est aujourd'hui de plus en plus utilisé par les centres de dépistages du VIH, avec un cadre légal qui évolue vers la démedicalisation et même l'accès en vente libre, par contre, au niveau de l'hépatite C, le TROD existe mais est encore peu utilisé par les professionnels, avec un cadre légal qui ne prévoit pas d'initiatives démedicalisées.

Dans ce contexte, le Réseau Hépatite C – Bruxelles a initié une recherche épidémiologique visant à déterminer la plus-value des TROD pour les publics usagers de drogues injectables fréquentant les centres partenaires, dont DUNE fait partie.

#### b) Objectifs

Deux objectifs peuvent être soulignés :

- quantifier le nombre de personnes ayant répondu favorablement à un dépistage rapide TROD et comprendre les raisons qui motivent le refus, le cas échéant ;
- évaluer si, après un TROD positif, l'utilisateur initie une mise au point : sérologie, PCR55 et consultation chez un hépatologue.

#### c) Public cible

La recherche vise des usagers de drogues injectables (UDI) actifs et dont les pratiques de consommations sont à risques de contamination par le virus hépatite C.

- Critères d'inclusion : les UDI ayant encouru un risque de contamination par leur pratique de consommation.
- Critères d'exclusion : les personnes ayant déjà connaissance de leur séropositivité aux anticorps de l'hépatite C.

#### d) Le dispositif de DUNE

Dans un premier temps, après discussions avec l'équipe, il a été convenu que les TROD seraient proposés aux usagers lors de la permanence médicale du jeudi après-midi (14h-17h) au CLIP. L'encadrement de ces séances sera réalisé par Lucy Dever (médecin généraliste), Sophie Godenne

---

<sup>55</sup> La polymérase chain reaction (PCR) ou amplification génomique est la technique de choix pour la détection de l'ARN du VHC.

(infirmière) et Tommy Thiange (chargé de projets). Ces permanences TROD commenceront le 23 février 2017.

L'équipe présente lors des permanences sera formée au counseling, c'est-à-dire aux phases pré- et post-test destinées à informer l'utilisateur sur la maladie, sa transmission, les risques, les questions d'assurabilité, le déroulement du test et son suivi en cas de test réactif. À noter que, si le counseling est démedicalisé, ce n'est encore le cas du test lui-même (voir *infra*).

Le dispositif de dépistage mis en place par DUNE est appelé à évoluer en fonction des besoins du public (plage horaire, équipe présente). L'idéal serait d'arriver à un dispositif flexible où le test serait proposé dès qu'une demande émerge.

## 2. VIH

Bien que l'injection de drogues par voie intraveineuse ne soit impliquée que dans 2,1 % des nouveaux cas d'infection VIH<sup>56</sup>, DUNE estime pertinent de proposer à ses bénéficiaires un dépistage rapide au VIH dans la mesure où il s'agit d'un public largement caractérisé par une (auto-)exclusion des systèmes de soins classiques.

Ainsi, Médecins du Monde nous a proposé de bénéficier de TROD, grâce au soutien aux activités de prévention et de dépistage du fonds MacAIDS.

### a) Contexte du partenariat

Le nouveau programme 90-90-90 d'ONUSida vise à ce que 90% des patients atteints du VIH connaissent leur statut, que 90% d'entre eux aient accès à des thérapies antirétrovirales (ART) et que 90% des patients sous ART aient une charge virale indétectable. Afin d'y parvenir, l'OMS met en place des campagnes de dépistage VIH et de counseling au niveau communautaire (HIV Counseling and Testing – HCT). Dans le monde, on estime qu'actuellement seulement 54% des personnes infectées par le VIH connaissent leur statut<sup>57</sup>. Or, dans la lutte contre le VIH-SIDA, il est crucial de détecter l'infection et de mettre en place le traitement adapté le plus tôt possible. Ainsi, un traitement est non seulement essentiel à la santé des patients mais il joue également un rôle crucial dans la prévention de la transmission (« traitement comme prévention »).

L'augmentation de la prévalence du VIH en dehors de l'Europe se traduit par une augmentation de la prévalence concentrée dans notre population<sup>58</sup>. Les migrants subsahariens africains (SAM) sont le deuxième groupe le plus affecté par le VIH dans notre pays (après les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)).

---

<sup>56</sup> Cl. STEVENOT, *et al.*, *op. cit.*, p. 93.

<sup>57</sup> OMS, *VIH/Sida, Aide mémoire n° 360*, novembre 2016, en ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr>

<sup>58</sup> SASSE A., DEBLONDE J., VAN BECKHOVEN D., *Epidémiologie du Sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2014*, Bruxelles, Institut scientifique de Santé Publique, 2015.

- 45% des personnes ayant été contaminées par contact hétérosexuel sont originaires d'un pays d'Afrique sub-saharienne.
- 38 % des infections diagnostiquées en 2014 étaient des infections diagnostiquées tardivement. Chez les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne ainsi que pour les femmes (toutes origines confondues), ce chiffre est au-dessus de 40%, ce qui engendre des implications majeures au niveau santé et coût pour les patients et la société.

La politique actuelle de Médecins du Monde met l'accent sur le renvoi des groupes à haut risque vers les centres de dépistage à bas seuil d'accès (Centre de dépistage ELISA à Bruxelles et le HelpCenter à Anvers). En 2014, 18% de la population de SAM ayant fréquenté le CASO-Bruxelles a été dépistée au centre ELISA et 33,6% de la population de SAM du COZO-Anvers par le HelpCenter. Au CASO-Bruxelles, et 79% des personnes référencées vers le centre ELISA ont été dépistées. En 2014, on pouvait compter une prévalence du VIH supérieure à 1% pour la population totale (SAM et non SAM) à la fois à CASO-Bruxelles et COZO-Anvers. En matière de VIH une prévalence supérieure à 1% est considérée comme haute prévalence<sup>59</sup>.

#### b) Objectifs

Quatre objectifs peuvent être relevés :

- Offrir une meilleure accessibilité aux HCT via la démedicalisation (transfert des tâches des médecins aux infirmier-ères, personnel paramédical et non médical) et la décentralisation du dépistage du VIH à l'aide des TROD.
- Augmenter la proportion des personnes connaissant leur statut sérologique dans notre population (en particulier pour les groupes à risque identifiés)
- Promouvoir l'accès à la prévention et aux traitements, un objectif qui se décline aussi via un plaidoyer sur l'accès aux soins de santé des personnes vivant avec le VIH.
- Sensibiliser et augmenter les connaissances sur la santé sexuelle dans notre population grâce au counseling et à la prévention.

#### c) Publics visés

Afin de promouvoir l'accès aux soins de santé de qualité, les groupes suivants sont ciblés dans le cadre de ce projet :

- Migrant-e-s d'Afrique sub-saharienne sans accès aux soins
- Travailleuses-eurs du sexe
- Usagers de drogues par injection
- Personnes en situation de grande précarité (sans domicile fixe).

DUNE a donc été sollicitée en référence au troisième groupe cible : les usagers de drogues par injection.

---

<sup>59</sup>Lignes directrices du projet de dépistage du VIH avec tests rapides d'orientation diagnostiques (TROD), Projet MacAIDS Fund -Bruxelles, Médecins du Monde Belgique, 2016.

d) Le dispositif de DUNE

Le dépistage VIH sera proposé dans les mêmes conditions que celui de l'Hépatite C.

### 3. Remarque à propos de la démedicalisation

La démedicalisation (tests effectués par toute personne n'étant pas sous la supervision d'un médecin) et la décentralisation (tests réalisés dans un lieu/cadre non médical) contribuent à l'amélioration de la disponibilité du dépistage du VHC et du VIH, en particulier pour les populations difficiles à atteindre (sans-papiers, sans-abri...).

Actuellement cependant, la législation (arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé) ne permettant pas le dépistage décentralisé et démedicalisé, tous les tests réalisés à DUNE dans le cadre de son dispensaire sont réalisés sous la supervision du médecin généraliste.

## D. Conclusion

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

Le meilleur exemple concerne la mise en place de procédures spécifiques concernant l'accès aux soins de santé pour des usagers n'étant pas en ordre d'assurabilité : cela nécessite le travail conjoint du personnel infirmier pour repérer des problèmes somatique, du médecin pour confirmer le diagnostic et orienter au mieux le patient, de l'assistant(e) social(e) pour faire les démarches administratives et l'accompagnement vers le CPAS en cas de difficultés de l'usager à faire ses démarches lui-même.

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

*Alphonse vient régulièrement au Médibus chercher du matériel d'injection et faire un soin. En effet, il a un ulcère au niveau de la jambe. D'origine française, Alphonse n'a pas de couverture médicale. Les soins ne sont faits qu'au Médibus,*

*une à deux fois par semaine maximum. Peu à peu, son état semble se dégrader : le teint devient gris, il maigri et parle de vomissements répétés. Un soir, il accepte de nous accompagner au CLIP afin d'y rencontrer le médecin. Le médecin le rencontre et fait le relais vers une autre association qui l'aidera au niveau social et médical. Depuis, il passe régulièrement au CLIP pour prendre du matériel, refaire son pansement ou laver son linge.*

(Anouk, infirmière à DUNE)

## V. RÉSEAU SANTÉ « NOMADE » - PRÉCARITÉ ET ASSUÉTUDES

Les objectifs opérationnels établis pour 2016 ont été atteints comme nous allons le voir tout au long de la présentation des activités menées au cours de l'année. Ces objectifs ont été définis comme suit :

- Organiser une réunion avec les membres du réseau pour définir le contenu de la demande de prolongation de l'agrément.
- Organiser 4 rencontres (les Midis Nomades) autour d'expériences de participation pertinentes.
- Implémenter la participation chez DUNE (via un partenariat).
- Rechercher des orateurs, sur base des attentes et intérêts formulés par les partenaires du réseau.

### A. Recherche de partenaires, réseautage et ouverture

Lors des réunions de réseau et par voie de courriers électroniques, les deux coordinateurs successifs se sont adressés aux membres du réseau Nomade et à son comité de pilotage afin qu'ils identifient des projets susceptibles d'être étudiés en interne. Des appels à suggestions sont lancés fréquemment en vue d'inviter des personnes issues des services membres du réseau à présenter leurs pratiques et leurs projets de type « participatif ».

Depuis maintenant 3 ans, le Nomade participe aux *Espaces de parole*, une initiative mise à l'honneur en 2014 lors d'un Midi Nomade. Ces espaces d'échanges sont organisés par La Strada dans différentes institutions du secteur de la grande précarité (Latitude Nord, Jamais Sans toit...).

Nous avons également pris part aux petits déjeuners de la réduction des risques (une initiative de Modus Vivendi<sup>60</sup> – avec notamment une mise à l'honneur de l'auto-support d'usagers de drogues), à la conférence de presse du projet de journalisme participatif Alter Medialab (le 29.09 au Pianofabriek<sup>61</sup>) et, une fois par mois, aux ateliers d'enquête politique initiés par Bruxelles Laïque<sup>62</sup>.

Étant donné que le réseau Nomade constitue un lieu de réflexion, de partage d'expériences et d'échange de pratiques sur la thématique de la participation des bénéficiaires, un travail de communication (newsletter, réseaux sociaux, relai de l'information par les partenaires...) est mené pour susciter une plus large participation des membres des équipes des institutions partenaires, surtout des professionnels de première ligne. L'ouverture du réseau aux bénéficiaires des institutions partenaires est également poursuivie, mais rencontre moins de succès.

Par ailleurs, les Midis Nomades sont ouverts à l'ensemble des associations des secteurs de la précarité et de la santé. Une publicité des activités est assurée via le portail du Nomade sur le site de DUNE, les réseaux sociaux (Facebook, Twitter) et plusieurs newsletters (CBCS, FEDITO, La Strada, Modus Vivendi). Ainsi, des travailleurs d'associations externes au réseau ont assistés aux Midis Nomades : DoucheFLUX, Bruxelles Laïque, Jamais sans toit, le Samu social, Un toit à soi, la Plate-Forme de Concertation en Santé

---

<sup>60</sup> <http://www.modusvivendi-be.org>

<sup>61</sup> <http://altermedialab.be/exil-un-nouvel-horizon/>

<sup>62</sup> <http://www.cbcs.be/Atelier-d-enquete-politique-penser-l-aide-et-le-soin-par-le-bas>



Mentale de Bruxelles, Transit, le Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS), l'Îlot, Bij Ons, Samenlevingsopbouw Brussels, la Maison médicale des Riches-Clares, la Maison médicale de Maelbeek, Hermes Plus, Puerto, SMES-B, Housing First, Concertation des centres culturels bruxellois, Infirmiers de rue, Plan de prévention - Ville de Liège, Espace P Liège, Centre de ressource « Handicap et sexualité », SSM Ulysse, CPAS Molenbeek, CPAS Berchem-Ste-Agathe, CPAS Charleroi et Modus Vivendi.

À terme, un élargissement du réseau à d'autres partenaires signataires de la convention sera envisagé étant donné que certains professionnels invités à présenter un projet, une approche ou une expérience ont manifesté leur intérêt pour le réseau et participent régulièrement à ses activités.

## B. Préparer l'avenir du réseau

Le réseau étant en situation de prolongation, une réunion avec les partenaires signataires a été organisée le 23 mai 2016 afin de discuter du contenu du projet de réseau, en vue d'obtenir un nouvel agrément. À ce moment, encore aucune information officielle n'avait été diffusée, l'idée était de prendre les devants de façon à être réactif quand celle-ci tomberait.

Les partenaires présents ont exprimé leur souhait de déposer un projet fondé sur le but que poursuivi depuis plusieurs années par le réseau Nomade (à savoir un espace d'échanges autour des expériences participatives) ainsi que sa manière de fonctionner, en vue d'obtenir un nouvel agrément dans le cadre d'un futur appel. Le réseau Nomade trouve en effet son originalité et sa pertinence dans le fait de parcourir et promouvoir l'ensemble des pratiques existantes dans ce domaine, en lien avec la santé, la précarité et les assuétudes : pair-aidance, groupes d'auto-support, associations d'usagers, fédérations d'associations d'usagers, experts du vécu, projets expressifs/créatifs ponctuels, espaces de paroles... Par ailleurs, différentes associations ont été identifiées comme partenaires potentiels.

## C. Les Midis Nomades

Cette année, le Réseau Nomade a organisé et animé 4 rencontres autour d'expériences participatives qui chacune à leur manière mettent en œuvre les principes de *l'empowerment* : l'auto-support, le budget participatif, l'expert du vécu et le journalisme participatif.

*15.02.2016 – De la nécessité de créer un collectif auto-organisé de travailleu(r)ses du sexe en Belgique avec UTSOPI*

UTOSPI (Union des travailleu(r)ses du sexe organisés pour l'indépendance) est un groupe d'auto-support de travailleurs du sexe créé en novembre 2015<sup>63</sup>.

Leurs objectifs :

- pouvoir parler en leur nom propre, faire entendre leur voix, se représenter politiquement, en dehors des associations de terrain existantes,

---

<sup>63</sup> [www.facebook.com/utsopi](http://www.facebook.com/utsopi)

- créer un espace de paroles, pour se réunir, discuter du travail, des clients...

Le collectif, actif dans toute la Belgique, se compose d'une trentaine de membres, aux profils variés (prostitution en vitrine, en rue, par petites annonces, sans-papier, acteur porno, accompagnant sexuel...). Il reçoit de plus en plus de demande : UTSOPI apporte écoute, aide juridique et visibilité si nécessaire à tout professionnel du sexe confrontés à des difficultés.

UTSOPI vise l'auto-gestion. Il y a 4 porte-paroles médiatiques, mais les décisions sont prises de manière collective. Le projet n'est pas défini de manière stricte, il évolue au fur et à mesure en fonction des demandes des membres et de l'actualité.

UTSOPI n'a pas de financement pour le moment, ils vont se constituer en asbl mais veulent éviter les subsides pour conserver leur liberté. Ils privilégient un esprit do-it-yourself.

Leur premier combat : un nouveau règlement sur la prostitution en vitrine de la commune de Saint-Josse. Ce règlement défavorise les travailleur(s) du sexe, UTSOPI dénonce cette situation et attaque en justice le bourgmestre.

#### **08.06.2016 – Le budget participatif du CPAS de Charleroi<sup>64</sup>**

##### *- Contexte*

Il y a d'abord eu, à Marchienne, la création du CLAP (Comité Local d'Aide aux Projets). Le CLAP était destiné à tout citoyen : du tissu associatif, une école, un collectif de citoyens, des personnes à titre individuel... tout le monde pouvait participer, introduire une proposition de projet pour recevoir une aide (maximum 2.500€). Dès le départ, 10 projets sont proposés à un comité d'agrément. Ce comité est initialement composé de professionnels du secteur associatif, de représentants citoyens et ensuite des personnes ayant pris part au projet participatif.

Après 5 ans, le CPAS a évalué ce projet et a décidé de l'étendre à tout Charleroi, c'est là que commence la collaboration avec Periferia (une association bruxelloise active dans la capacitation citoyenne), notamment un travail sur la définition des critères de participation. Le budget 2016 est de 40.000€ (toujours 2.500€/projet).

Il y a une importante différence maintenant par rapport à la période avec Marchienne et Periferia : les politiques sont rentrés dans le comité d'agrément. Et des professionnels du CPAS. L'entrée du politique a cadencé le projet du budget participatif, ce qui provoque la perte des initiatives citoyennes.

##### *- L'atout réseau*

Encore plus que l'argent issu du projet du budget participatif, c'est le réseau qui compte. Grâce au réseau, ils ont notamment découvert la cellule partenariat du CPAS, les subsides de la ville de Charleroi, des ressources professionnelles... Le budget est un détonateur.

---

<sup>64</sup> [www.periferia.be/index.php/fr/archives-fr/budget-participatif/90-site-content/innovations/150-bp-cpas-charlerois](http://www.periferia.be/index.php/fr/archives-fr/budget-participatif/90-site-content/innovations/150-bp-cpas-charlerois)

Un autre exemple est l'asbl Chantier de Marcinelle qui a reçu un budget participatif sur des thèmes liés à l'éducation démocratique. Au final, la région wallonne les a engagés pour qu'ils viennent montrer leur méthodologie à Namur.

Le budget participatif peut être un marchepied qui donne accès à l'émergence de changements.

- *Mais...*

Pour le budget participatif, un départ avec beaucoup d'illusions qui sont maintenant derrière eux. Par exemple, la volonté d'auto-gestion initiale du budget, c'est maintenant l'inverse : irruption du politique, bureaucratisation, structure lourde et pesante.

Depuis l'irruption du politique et du CPAS, les critères sont plus proches de la façon de faire du CPAS. Le but du CLAP était de donner la possibilité de créer un projet à des gens qui ne l'ont jamais, leur donner l'opportunité de se créer un réseau et de réaliser leurs objectifs. L'idéal est l'auto-gestion du budget, le citoyen est assez vigilant pour assumer ses responsabilités, et là au contraire, toute la procédure a été alourdie, avant c'était beaucoup plus « citoyen ».

#### *07.10.20 – Experts du vécu : qui sont-ils ? Que font-ils ? avec le SPP intégration sociale*

- *Contexte*

Les services publics fédéraux ont pour objectif le bien-être et la sécurité sociale de tous les citoyens de Belgique. Chaque citoyen doit avoir accès aux services sociaux fondamentaux auxquels il a droit. Mais un constat s'impose : certains groupes ont plus facilement accès à ces services que d'autres.

Il existe un fossé profond entre les personnes vivant en pauvreté et le reste de la société. Ce fossé se creuse dans différents secteurs de la société et souvent à différents niveaux simultanément. Il s'agit notamment de failles relatives à l'éducation, à la santé, au logement, à la langue, au revenu, au réseau social, à la participation .... La législation est généralement conçue pour et par la classe moyenne, ce qui constitue un obstacle pour l'accès des pauvres à leurs droits fondamentaux. Les citoyens pauvres ne peuvent pas combler ces fossés à partir de leurs seules ressources ce qui les empêche de participer à la dynamique sociale et donc maintient, voir creuse, l'écart entre eux et la société. Pour combler ces fossés, il faut inclure la participation de personnes ayant vécu ou vivant cette expérience de pauvreté. Celles-ci sont les mieux placées pour inventorier les écueils. Elles sont aussi les seules qui peuvent se prévaloir d'une expérience transversale avec différents services et ainsi, les plus à même d'évaluer les mesures efficaces ou non dans l'approche de la pauvreté.

Le service a pour objectifs principaux :

- D'intégrer le point de vue des personnes vivant dans la pauvreté au sein des services publics fédéraux,
- D'améliorer l'accessibilité des services publics pour tous les citoyens, en particulier pour les personnes vivant dans la pauvreté.

Pour atteindre ces deux objectifs, le service fait appel à des personnes qui possèdent une expérience personnelle de la pauvreté, les « experts du vécu ».

*- Que font les experts du vécu ?*

Les experts du vécu dans les services publics fédéraux sont de véritables intermédiaires qui, grâce à leur expérience, examinent les atouts et les possibilités du service en vue de toucher l'ensemble des citoyens et de garantir les droits fondamentaux de chacun<sup>65</sup>.

Les missions assurées par l'expert du vécu sont :

1. Contribuer à l'amélioration de l'accueil et de l'information du public, en particulier du public confronté à la pauvreté.
2. Soutenir les usagers dans leurs procédures administratives.
3. Inventorier les besoins des personnes vivant dans la pauvreté par le biais d'entretiens, d'enquêtes et de contacts avec des organisations sociales.
4. Améliorer la qualité générale et l'accessibilité du service en formulant des propositions pour l'amélioration de la communication, des procédures et des mesures.
5. Collaborer à l'élaboration de partenariats entre les services, de façon à ce que l'expertise du vécu puisse aussi être mise en œuvre au-delà du service. L'objectif transversal de la lutte contre la pauvreté est ainsi renforcé.
6. Signaler aux décideurs politiques les problèmes structurels, les carences dans la législation, et les besoins non perçus et non traités des personnes vivant dans la pauvreté.

*- Comment ça fonctionne ?*

Les experts du vécu bénéficient d'une formation. Ils sont soutenus par un mentor dans leur service de détachement et par l'équipe de coaching et de coordination du SPP Intégration Sociale, dont trois experts du vécu en pauvreté et en exclusion sociale.

De son côté, le service qui les accueille doit être disposé à examiner d'un œil critique son propre fonctionnement et sa propre culture, et à les adapter si nécessaire.

### ***13.12.16 – Alter Medialab : une expérience de journalisme participatif avec l'agence Alter et le SSM Ulysse***

*- Contexte*

L'objectif de l'Alter Medialab<sup>66</sup> : donner la parole à des personnes qui ne l'ont pas forcément, une parole qui peut être déniée. C'est un projet de l'agence Alter, une agence de presse qui traite des questions sociales depuis 20 ans, c'est inscrit dans leurs statuts : défenses des droits sociaux, culturels et économiques des citoyens. L'agence Alter, c'est aussi deux revues : Alter écho et les Échos du crédit et de l'endettement : il y a une réelle volonté d'un travail journalistique sur ces questions sociales.

---

<sup>65</sup> Le film : <https://www.youtube.com/watch?v=DRAGbSRzYio> ; [www.mi-is.be/fr/experts-du-vecu-en-matiere-dexclusion-sociale](http://www.mi-is.be/fr/experts-du-vecu-en-matiere-dexclusion-sociale)

<sup>66</sup> [www.altermedialab.be](http://www.altermedialab.be) ; [www.alter.be](http://www.alter.be) ; [www.ulysses-ssm.be](http://www.ulysses-ssm.be)

Une prise de conscience s'est imposée avec le temps : dans la sphère journalistique, la parole va souvent aux mêmes personnes (institutions, associations, ceux qui font les politiques sociales et pas suffisamment à ceux à qui elles sont destinées). En réaction, il y a 4 ans, création d'un dispositif de journalisme participatif : l'Alter Medialab.

Le journalisme est un outil intéressant dans le sens où on peut partir du témoignage de ces personnes en déficit de droit sociaux, économiques et culturels. L'idée est de les amener à se situer dans l'environnement dans lequel ils se trouvent, dans la société où ils vivent. De pouvoir confronter leurs expériences avec celles d'autres personnes. D'aller à la rencontre des décideurs, des responsables et de pouvoir confronter leurs manières d'avoir vécu, ressenti les choses, avec le point de vue des autres intervenants. Le rôle du journaliste est de restituer cette complexité auquel on appartient tous en tant qu'acteur. Alter Medialab a déjà travaillé sur le handicap, le surendettement et cette fois l'exil.

*Comment ça fonctionne ?*

L'Alter Medialab a eu vent du groupe « journal » du service d'Ulysse. C'est une bonne base de travailler avec un groupe qui s'intéresse aux questions de journalisme. S'ensuit une première prise de contact avec explication de la démarche, puis une série de rencontres pour voir s'il y avait une envie commune de travailler ensemble, faire connaissance et se demander comment travailler ensemble. À partir de là, l'Alter Medialab a entamé la mise en place du journal papier et a proposé différents médias : réalisation journalistique écrite, photos pour ceux qui ne sont pas à l'aise avec l'écriture, l'illustration (bande-dessinée) et aussi la radio avec le Gsara<sup>67</sup>.

Au fur et à mesure, les membres du groupe « journal Ulysse » se sont confiés, ont expliqué leur trajectoire. À partir de là est apparu ce que les participants avaient envie d'exprimer. Ils ont travaillé sur des sujets choisis par les participants et qui les concernaient donc directement : ne pas avoir de papier, le fait d'être dans un entre-deux, un état de suspension, où les personnes ne peuvent s'inscrire dans une réalité concrète (la réalité des « avec-papiers »). La question du travail aussi, le fait de ne pas pouvoir accéder à ce qui permet de s'inscrire dans la société. La question de l'éducation, l'accès aux études - qui est, au niveau primaire et secondaire, reconnue juridiquement mais pas facile à mettre en œuvre, et difficile ensuite quand les enfants grandissent (accès à l'université). La question des centres d'accueil, des centres fermés fait également partie des sujets abordés.

Peu importe le support (illustration, texte, photo ou radio), tout est co-construit en tandem (participant – journaliste).

---

<sup>67</sup> [www.gsara.be](http://www.gsara.be)

## VI. PRATIQUES PARTICIPATIVES

Depuis plusieurs années, DUNE expérimente la participation et favorise la participation des usagers aux activités de l'association : focus-groupe, ramassage de seringues dans l'espace public et opération boule-de-neige (prévention par les pairs), événements comme Support don't punish...

En 2016, fort de nos réflexions autour de la participation suscitée par le réseau Nomade, renforcées par les idées émises par des bénéficiaires du CLIP lors de deux focus groupes (2015), nous avons décidé de pousser l'expérience plus loin. Le Nomade offrait principalement de la théorie, il était temps de passer à la pratique.

### 1. Focus groupes

Nous n'avons pas organisé de focus groupe cette année afin d'éviter de créer une confusion avec les lunch-débats dont il est question ci-dessous. En effet, lors des focus groupes les usagers sont défrayés en tant que « jobistes » alors qu'ils ne le sont pas lors des lunch-débats. Cette différence est justifiée par le fait que ces deux activités poursuivent des objectifs différents. Le focus groupe est un moyen qui permet d'avoir accès au savoir expérientiel des bénéficiaires et à leurs préoccupations, et de le croiser avec l'expérience des travailleurs et le savoir scientifique afin d'améliorer nos interventions (de la création à l'évaluation) et d'être au plus près des besoins des usagers.

### 2. Lunch-débats

Les lunch-débats sont des rendez-vous mensuels conçus comme des espaces de discussion pour le public de notre association. Pour créer une ambiance conviviale, les animateurs préparent un déjeuner (plat, salade de fruits). Le but est de donner une impulsion à nos usagers pour mettre en place leur propre projet. La discussion, le débat est vu comme un incitant à la création, à la mise en place de nouvelles pratiques au sein de DUNE.

*18.01.16 – Lancement (présentation du projet aux usagers)*

Participants : 4 usagers, 2 animateurs.

La réunion prend la forme d'un brainstorming sur ce que peut devenir ce rendez-vous. De ce maelstrom d'idées ressort notamment l'envie de créer un journal de DUNE. Mais créer un journal est un travail colossal et participer à un journal existant s'impose vite comme une solution plus réaliste. Nous décidons d'inviter le DoucheFLUX magazine à la prochaine réunion (DFXmag est un magazine réalisé et vendu par les précaires).

*23.02.2016 – DoucheFLUX Magazine*

Participants : 1 animateur, 3 usagers et 2 membres de l'équipe du DoucheFLUX.

Présentation des activités de DoucheFLUX, notamment le magazine et les possibilités d'y participer.

Retombées de cette réunion : deux bénéficiaires de DUNE participent comme auteurs au magazine et l'édition d'un numéro a été consacré à DUNE.

22.03.16 – Ciné-débat « L'échec de la guerre contre la drogue »

26.04.16 – « Quelles activités faire ensemble ? »

Pour ces 2 séances, aucun usager n'était présent (c'est un risque habituel avec notre public).

Nous décidons de suspendre les lunch-débats pour nous concentrer sur le lancement de la collaboration de nos bénéficiaires au magazine. Nous réalisons qu'il est préférable de travailler sur un projet concret, de faire une proposition bien définie. Le lunch-débat a cependant été utile dans sa fonction de brainstorming et de tremplin...

### 3. Journaliste pour DoucheFLUX magazine

*Le DoucheFLUX Magazine est un outil de sensibilisation du grand public à la problématique de la grande pauvreté. Loin d'un ton pleurnichard ou de la rubrique des chiens écrasés, le magazine est une fenêtre sur une réalité méconnue. Co-écrit par des précaires, le DoucheFLUX Magazine est aujourd'hui tiré à près de 4000 exemplaires et diffusé dans toute la Région de Bruxelles-Capitale par l'intermédiaire des précaires eux-mêmes. Un exemplaire leur est vendu au prix de 0,25€ pour être ensuite revendu par leur soin au prix de 2€, et ce en toute légalité. Pour beaucoup de vendeurs de magazines, les profits réalisés constituent une part importante de leurs revenus<sup>68</sup>.*

D'une part, l'un des bénéficiaires présents au lunch-débat de février a écrit un récit de vie anonyme, avec le soutien de l'une des journalistes de DoucheFLUX (diffusion en 2017).

D'autre part, un autre de nos usagers a lancé l'idée de proposer une sorte de « guide Michelin » des restaurants sociaux bruxellois. Dans des moments informels lors de sa venue au comptoir (c'est vraiment là que les idées germent) ou dans le cadre de réunions, il est soutenu par un travailleur de DUNE dans la formulation et la réalisation de son projet. De fil en aiguille, ils ont convenu de réaliser une interview d'un restaurant social. Pour le premier article, le choix s'est vite imposé : La Samaritaine<sup>69</sup>, le restaurant où notre usager est bénévole. Après s'être documenté sur l'histoire de La Samaritaine, l'usager et le travailleur ont convenu d'un rendez-vous (24.08) pour réaliser l'interview des chargés de projets de La Samaritaine. Le mois de septembre a été consacré à la retranscription de l'interview et à la rédaction de l'article.

Parallèlement, nous avons répondu à l'invitation du DFXMag à rédiger l'éditorial d'un numéro en proposant un texte co-écrit, conjuguant la présentation des services de DUNE et l'expérience qu'en a fait cet usager.

---

<sup>68</sup> <http://www.doucheflux.be/notre-action/activites/doucheflux-magazine/>

<sup>69</sup> [www.lasamaritaine.be](http://www.lasamaritaine.be)

Les textes ont été remis fin septembre et ont été diffusés dans le numéro d'octobre<sup>70</sup>.

Deux articles sont déjà prévus pour 2017, toujours sur des restaurants sociaux (Nativitas<sup>71</sup> et les Gastrosophes<sup>72</sup>).

#### 4. *Atelier radio avec La voix de la rue*

En août 2016, nous avons été contactés par *La voix de la rue*, l'émission radio des (ex-)habitants de la rue, également une initiative de DoucheFLUX. Depuis plus de 2 ans, cette émission est diffusée chaque mois durant 1h30 sur les ondes de Radio Panik<sup>73</sup>. Leur équipe de bénévoles est chargée de récolter des témoignages et d'accompagner leurs auteurs dans la réalisation matérielle de ces derniers. Leur but est de faire profiter à un maximum de bénéficiaires de l'aide au sans-abrisme de l'outil radiophonique qu'ils ont développé, à savoir un espace de parole neutre où le précaire est acteur de son propre discours.

Dans cet esprit, ils ont développé une nouvelle formule : la capsule audio, soit des enregistrements courts (entre 3 et 30 minutes) diffusés à intervalles réguliers. Celles-ci traitent de thématiques particulières, prenant la forme d'interviews ou de témoignages réalisés par les (ex-)habitants de la rue. Le public de DUNE a donc été invité à proposer ses propres capsules.

Après une réunion préparatoire fin novembre 2016, il a été convenu qu'un atelier radio prendrait place tous les vendredis au CLIP pendant un mois et ce, dans le but de créer une capsule pour une diffusion lors de l'émission du 27 mars 2017. En parallèle de ces ateliers, des formations en prise de son et montage sont proposés aux usagers, toujours dans le but de pousser les pousser à l'autonomie, qu'ils deviennent les concepteurs de leurs propres capsules.

---

<sup>70</sup> [http://www.doucheflux.be/wp/wp-content/uploads/douchefluxmag\\_18\\_web.pdf](http://www.doucheflux.be/wp/wp-content/uploads/douchefluxmag_18_web.pdf) (pp. 1 à 8).

<sup>71</sup> [www.nativitas.be](http://www.nativitas.be)

<sup>72</sup> [www.lesgastrosophes.over-blog.com](http://www.lesgastrosophes.over-blog.com)

<sup>73</sup> [www.radiopanik.org](http://www.radiopanik.org)



## VII. LE BON PLAN

Chaque début d'année l'agenda est diffusé aux bénéficiaires via nos partenaires. Pour les données relatives à l'édition 2016, nous vous renvoyons au rapport 2015. C'est que les activités 2016 ont été centrée sur la préparation de l'édition 2017 (A) et le développement d'un projet d'application mobile (B).

### A. L'agenda 2017

#### 1. Présentation de l'outil d'information

L'agenda Le Bon Plan 2017 est confectionné selon une structure en 5 parties.

Dans la première partie se trouve un éditorial, modeste tribune rappelant la position de DUNE face aux problématiques précarité - assuétude.

La deuxième partie est consacrée à l'agenda qui se présente sous un format hebdomadaire (une semaine sur deux pages). Chaque mois, une page de garde présente une thématique, sous la forme de citations, textes et conseils. Elle permet de :

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

Le choix des thématiques est effectué par l'équipe de DUNE, après consultation des associations partenaires, et reflète la diversité des problématiques rencontrées par nos publics, c'est-à-dire des sujets pertinents pour tout public précarisé ou en contact avec la précarité (participation des usagers, réduction des risques, restaurants sociaux, santé mentale, accès à la culture...). Cette année, deux vignettes ont été réalisées en collaboration avec notre assistante sociale (mars et mai).

Mois	Thème	Organisations
Janvier	Permettre aux précaires de se faire une beauté et de redresser la tête.	DoucheFLUX
Février	Informations sur les dispositifs d'accès au matériel stérile.	DUNE / CLIP Transit Médibus
Mars	Informations sur l'AMU (Aide Médicale Urgente).	Assistants sociaux en général.
Avril	Hommage aux morts de la rue.	Collectif Morts de la rue

Mois	Thème	Organisations
Mai	Information sur le PIIS (projet individualisé d'intégration sociale).	Assistants sociaux en général.
Juin	Soutenez, ne punissez pas ! Événement pour dénoncer l'échec de la guerre contre la drogues.	Support, don't punish ! Belgium
Juillet	Informations sur l'hépatite C.	Réseau Hépatite C Centre Eliza
Août	Information sur l'hydratation (plan des fontaines).	Infirmiers de Rue
Septembre	Opération Boule de Neige (prévention par les pairs en milieu toxicomane).	DUNE Projets LAMA
Octobre	Se nourrir à Bruxelles.	Opération Thermos Source – La Rencontre Restos du Cœur
Novembre	Conseils par temps froid.	Samusocial
Décembre	Informations sur le dépistage rapide VIH.	Sida'sos Plateforme prévention Sida

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

La troisième partie propose un vaste répertoire reprenant, commune par commune, les associations à destination des bénéficiaires. L'édition 2017 répertorie 150 organisations de première ligne. Les informations relatives aux associations comprennent :

- un descriptif du service et ses conditions d'accès,
- les horaires et coordonnées,
- des pictogrammes synthétisant les informations afin d'identifier directement si le service correspond aux besoins de l'utilisateur, peu importe la langue de ce dernier,
- un numéro qui permet de repérer sur la carte géographique les services répertoriés.

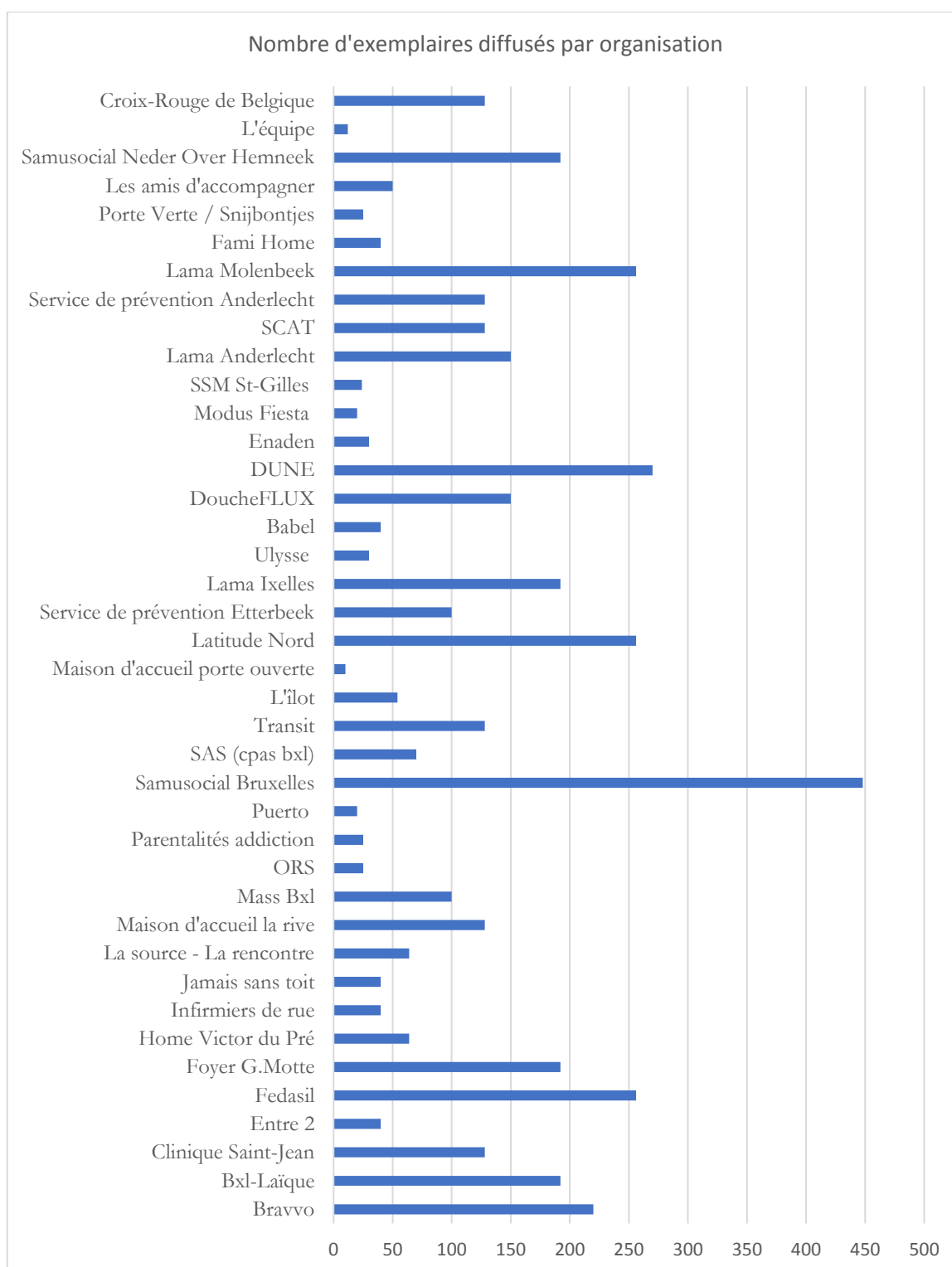
La quatrième partie contient l'index des associations, par ordre alphabétique, pour faciliter la recherche.

La cinquième partie propose un plan recto-verso détachable, en papier plastifié, reprenant deux cartes géographiques : l'une des 19 communes, l'autre du centre de Bruxelles. Les différentes associations reprises dans l'index y sont localisées. Le plan fourni depuis l'édition 2016 a gagné en lisibilité grâce à l'agrandissement de sa surface et la délimitation en couleur des frontières entre commune, mais surtout en autonomie via la création d'une légende listant les associations localisées (avec les pictogrammes correspondants).

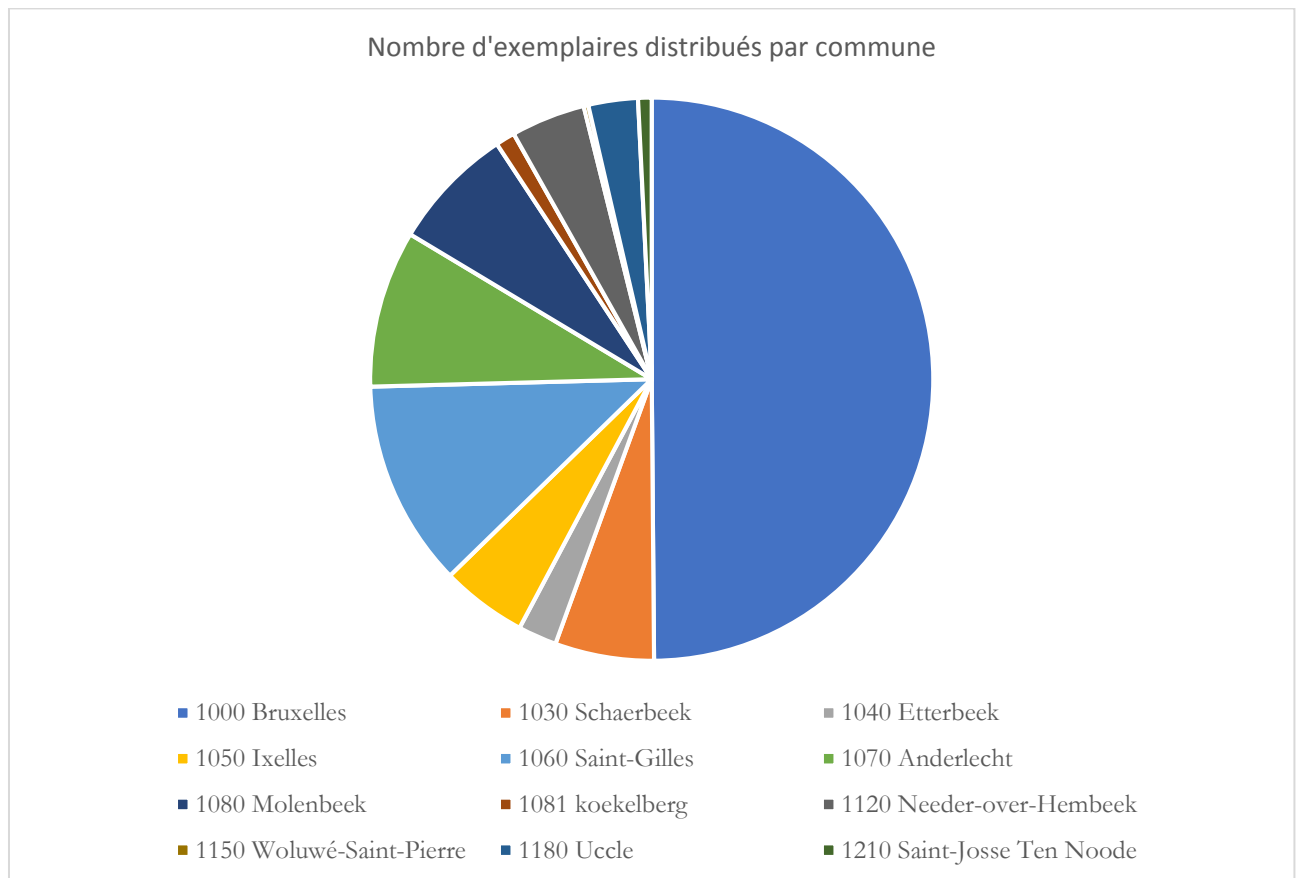
## 2. Résultats de la diffusion

En fin d'année, les associations du secteur ont été invitées par courriel et via les réseaux sociaux (Twitter, Facebook) à passer commande. Ensuite, elles sont venues retirer leurs exemplaires entre le 9 janvier et le 23 janvier 2017, lors d'une des 4 permanences prévues à cet effet.

Au terme de ces permanences, les 4500 exemplaires de l'édition 2017 étaient épuisés.



Pour l'édition 2017, les agendas Le Bon Plan ont été distribués dans les communes bruxelloises suivantes.



### 3. Évaluation

D'une manière générale, l'évaluation par les professionnels et les bénéficiaires a permis de déterminer les clés du succès du Bon Plan :

- Son utilité : un répertoire de services, en lien avec les besoins des personnes en situation de précarité, avec plans de localisation, allié à un agenda.
- Le Bon Plan propose un instantané des ressources disponibles en première ligne à Bruxelles.
- Son accessibilité : il est diffusé gratuitement.
- Son aspect pratique : un format de poche, facilitant son transport.
- Sa lisibilité : des pictogrammes clairs et originaux, facilitent son utilisation indépendamment de la maîtrise de la langue ou de la lecture.
- Son plan détachable et autonome.

Nous avons montré (dans la 1<sup>ère</sup> partie) comment cet outil d'information et de prévention s'est peu à peu construit et affiné grâce à la prise en compte des commentaires et suggestions des publics cibles et des professionnels.

## B. Application mobile

Vu la rapidité de la démocratisation des technologies mobiles, de plus en plus de personnes disposent d'un smartphone, y compris parmi les précaires. Dans ce contexte, DUNE a décidé de saisir la balle au bond pour proposer aux professionnels, aux précaires, mais aussi à toute personne en recherche d'un service de première ligne, un outil informatif en phase avec son époque : une application Le Bon Plan pour smartphone.

L'année 2016 a vu ce projet se préparer en interne et s'externaliser, fin de l'année, pour le développement (iPhone et Android) auprès d'un prestataire technique extérieur. L'application reprend le répertoire du Bon Plan et propose, grâce à la géolocalisation, les associations les plus proches répondant aux besoins de l'utilisateur. Elle sera présentée au printemps 2017<sup>74</sup>.

## C. Perspectives

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

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

Nos perspectives pour l'année 2017 se déclinent de la manière suivante :

- *Poursuivre avec la mise en place de focus groupes.* L'édition 2018 sera la troisième édition depuis notre changement de graphiste, il serait intéressant de dresser un nouveau bilan avec les usagers bénéficiaires du Bon Plan. À partir de ces groupes, il s'agit de concevoir et d'évaluer le Bon Plan, tant sur le plan graphique et pratique (facilité d'utilisation) que sur la réponse de l'outil à leurs besoins (pertinence) mais aussi de chercher des nouveaux outils de sensibilisation, de promotion de la personne et d'insertion sociale qui partent des besoins définis par les usagers. Ces rencontres nous permettent de tisser un lien pertinent avec nos usagers, basé sur une réflexion aboutissant à un résultat concret. Cette situation est stimulante pour les usagers autant que pour les professionnels, permettant à l'un et l'autre d'entrevoir leur rapport à l'association d'une manière constructive et sur un socle commun.
- Poursuivre l'amélioration de la ligne graphique
- Augmenter le tirage de 4500 exemplaires à 5000 exemplaires.
- Déployer l'application mobile Le Bon Plan.

---

<sup>74</sup> L'application : DUNE Le Bon Plan est téléchargeable gratuitement sur [play.google.com](http://play.google.com) (Android) et [itunes.apple.com](http://itunes.apple.com) depuis le 23 mai 2017.

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

(Tommy Thiange, Chargé de projet)

## VIII. RÉSEAUX, COLLABORATIONS, CONCERTATION ET LOBBYING

Nous avons rassemblé dans cette partie, sans poursuivre l'exhaustivité, les participations de DUNE et de ses travailleurs à des réseaux, concertations et collaborations ainsi que leur implication dans des plaidoyers, lobby ou campagnes. Nous avons choisi de les présenter par thèmes : la réduction des risques (A), les soins (B), les pratiques participatives (C), les compagnes d'information (D), l'accès à la culture (E), le travail de rue (F).

### A. En réduction des risques

Nous avons distingué deux aspects : les échanges entre travailleurs ou services (1) et la promotion de dispositifs innovants (2).

#### 1. *Echanges entre travailleurs et concertation de services*

**Petits déjeuners de la réduction des risques (Modus Vivendi)** – Plusieurs fois par an, Modus Vivendi organisent les Petits déjeuners de la réduction des risques<sup>75</sup>. Destinés aux professionnels bruxellois intéressés par les questions de réduction des risques liés aux usages de drogues, ils permettent aux intervenants de se rencontrer et de réfléchir ensemble autour de différentes thématiques. L'un des thèmes abordés cette année qui nous a particulièrement intéressé était l'auto-support d'usagers de drogues.

**Réunions « Super Seringues » (Modus vivendi)** – Ce sont des rencontres de concertation des travailleurs et services participants au DAMSI en Belgique francophone. Les sujets abordés sont par exemple : appropriation du nouveau Shooter Propre, présentation des chiffres DAMSI et discussion, positionnements des services face à la notion d'urgence et la responsabilisation des usagers des services, capacité des containers...

**Réunions « Super Boule de neige » (Modus Vivendi)** – Il s'agit de rencontres de concertation entre les travailleurs participant aux opérations Boule de Neige à Bruxelles et en Wallonie. C'est l'occasion de partager et discuter des données récoltées lors des opérations annuelles, de faire un bilan et de définir les orientations pour la suite.

**Concertation « Super Centrale » (Modus Vivendi)** – La centrale d'achat est une initiative de Modus Vivendi visant à collectiviser les achats de matériel d'injection des différents services de la FWB dispensant ce matériel. Cette collectivisation permet la mise à disposition d'un matériel de qualité à moindre coût, une réponse rapide aux besoins des services, le test, l'évaluation et la validation du matériel mis à disposition. Lors des réunions « Super Centrale », les comptoirs se réunissent afin de discuter : partage de l'enveloppe, échanges d'informations, marchés publics...

---

<sup>75</sup> <http://www.modusvivendi-be.org>

## 2. *Promotion de dispositifs innovants en Belgique*

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

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

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

Cette année, il y a eu trois réunions, dont une spécifiquement destinées aux travailleurs de terrain. La dernière réunion d'octobre a été l'occasion de réaliser un bilan sur le projet, le GT, les orientations, sa dynamique, ses évolutions. On s'est en quelque sorte trouvé dans l'impossibilité d'avancer tous ensemble, en raison de visions différentes sur les stratégies à adopter. Toutefois, le travail autour de l'AERLI n'est pas enterré, il peut prendre d'autres formes. Ont été évoqués : l'élaboration d'un protocole de recherche en vue de rechercher du financement et le partenariat avec une école de santé publique, l'organisation d'une rencontre avec des professionnels français qui pratiquent l'AERLI. Les membres du GT sont donc susceptibles de créer des sous-groupes de travail et Modus Vivendi se chargera de les réunir une fois par an pour échanger sur les avancées.

**SCMR (Salle de Consommation à Moindre Risque)** – Malgré l'ouverture de tels dispositifs dans les pays voisins, la Belgique reste à la traîne pour la mise en place de ce dispositif de RdR destiné aux usagers les plus vulnérables.

Le GT SCMR, piloté par la FEDITO BXL, s'est réuni dans le courant des mois de février-mars avec le but de définir concrètement le dispositif de salle de consommation à moindre risque que nous souhaiterions sur Bruxelles, à savoir une salle à proximité d'une « scène de consommation » ainsi que trois centres de supervision de consommation, intégrés dans des services spécialisés existants. Ce texte, qui comporte un budget, a servi de base à la consultation organisée le 15 avril par les cabinets Gosuin, Jodogne et Vervoort. L'enthousiasme est retombé à l'issue de la conférence interministérielle du 24 octobre : si les ministres ont approuvé la note de synthèse sur les SCMR, ils ont annoncé que le



gouvernement fédéral ne soutiendra pas une modification de la loi de 1921 nécessaire au développement de ce type de dispositif, chargeant le BELSPO de réaliser une étude en la matière<sup>76</sup>.

Par ailleurs, à l'invitation de l'asbl SAFE (Paris) et de Transit (Bruxelles) et à l'initiative de la commission de la Santé du parlement bruxellois, des députés accompagnés de leurs collaborateurs et de représentants de DUNE, de Modus Vivendi et de la FEDITO, se sont rendus à Paris pour une journée d'études consacrée à la réduction des risques liés aux usages de drogues.

Au programme de cette journée :

- Visite de la 1<sup>ère</sup> SCMR française, l'Espace Gaïa : Elle s'est ouverte le 17 octobre, adossée à l'hôpital Lariboisière, dans le 10<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, dans le quartier de la Gare du Nord. La délégation a été accueillie par le Dr Avril, directrice de l'Espace, et M. Matos, chef de service du CAARUD Gaïa. La visite a duré environ une heure et a été l'occasion de prendre connaissance du mode de fonctionnement de la salle, du profil des usagers, du personnel et du budget y consacrés. Les architectes, auteurs du projet, étaient également présents pour expliquer la philosophie de la rénovation du bâtiment en adéquation avec sa destination.
- Examen d'un automate d'échanges de seringues et de kids pour fumeurs de crack : À quelques 200 mètres de l'Espace Gaïa, l'asbl SAFE a fait installer deux automates d'échanges de seringues. Le fonctionnement de ceux-ci (sur base de jetons gratuits ou de matériel usagé) a été expliqué à la délégation par Mme Duplessy, directrice de l'association. Un technicien chargé du réassort des machines a également été questionné.
- Salle des fêtes de la Mairie du 10<sup>ème</sup> arrondissement : La délégation s'est ensuite rendue à la Mairie où elle a été accueillie par Mme Bach, cheffe de la Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques, Mme Jeannes, cheffe de projets, et par M. Simondon et M. Bribard, élus du 10<sup>ème</sup> arrondissement.
- Présentation du dispositif régional d'échanges de seringues : Mme Duplessy a procédé à un exposé détaillé relatif au dispositif régional d'automates d'échanges de seringues en abordant les aspects réglementaires, les partenariats et les résultats obtenus.
- Intervention de M. Féraud, maire du 10<sup>ème</sup> arrondissement et de M. Jomier, adjoint à Mme Hidalgo, en charge de la Santé : Leurs exposés ont eu trait, d'une part, à la fierté d'avoir vu le projet aboutir et, d'autre part, à la genèse de celui-ci en tant qu'enjeu de la campagne électorale de 2014. Ils ont également abordé les arguments développés par les opposants au projet et par ceux qui y sont favorables.
- Déjeuner : Il s'est déroulé dans la salle des fêtes de la Mairie du 10<sup>ème</sup> arrondissement et a été l'occasion de procéder à des échanges en petits groupes, la délégation s'étant répartie autour de tables de 7 ou 8 personnes.
- Exposé de M. Ezra (DGS) : Il a présenté l'évolution du dispositif légal et réglementaire en la matière.
- Exposé de M. Chappard, président des associations Psychoactif et SAFE : il a relaté l'histoire politique de la création de la salle de consommation parisienne et l'implication des élus d'arrondissement et du mouvement inter-associatif ainsi que la mobilisation des usagers dans la mise en œuvre du projet.

---

<sup>76</sup> <http://www.presscenter.org/fr/pressrelease/20161024/conference-interministerielle-sante-publique-secretariat-de-la-reunion-themati>

- Visite des structures partenaires : Vers 16h30, la délégation s'est scindée en petits groupes qui se sont rendus, au choix, auprès de dispositifs de RdR : un bus itinérant de distribution de méthadone, le CAARUD « Step » (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour usagers de Drogues)<sup>77</sup>, le CSAPA Sleep-In Paris (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie accueillant des usagers de drogues actifs en situation de grande vulnérabilité sociale en consultation pluridisciplinaire et proposant un hébergement d'urgence), un dernier groupe est resté à la Mairie du 10<sup>ème</sup> arrondissement pour assister à une présentation de « Coordination Toxicomanies », dispositif de médiation sociale qui intervient sur les problèmes liés aux drogues et leurs répercussions dans les quartiers.

**Projet « Distribox » (Bornes d'échanges de seringues)** – De mars à mai 2016, les associations Transit, FEDITO, Modus Vivendi et DUNE ont collaboré avec le député Julien Uyttendaele au sujet d'un projet visant à installer des « Distribox » à Bruxelles. Les équipes qui ont été invitées à participer à la rédaction de ce projet de décret ont donné des conseils pour la rédaction de l'exposé des motifs ainsi que pour l'implémentation de ce type de dispositif.

## B. Autour du soin

**Plate-forme de Concertation pour la Santé mentale en région de Bruxelles-Capitale** – Il s'agit d'une initiative commune des institutions et services psychiatriques bruxellois uni- et bi-communautaires, qui a « pour but de promouvoir et d'organiser, dans l'intérêt des habitants de la Région de Bruxelles-Capitale, une concertation entre les institutions et services psychiatriques qui y exercent leurs activités »<sup>78</sup>.

Cette association a créé un groupe de travail « santé mentale et assuétudes » afin de répondre aux missions qui lui ont été confiées en matière d'assuétudes ainsi qu'à la demande de nombreux acteurs de terrain estimant la collaboration utile entre les deux secteurs, en tenant compte de leur spécificité, de leur complémentarité et de leur articulation possible. Ce GT se réunit le troisième vendredi du mois et un membre du staff infirmier de DUNE y participe. Ses objectifs sont formulés de la manière suivante :

- « Améliorer les connaissances des spécificités et des cadres de travail de chacun des services au sein des différents secteurs concernés par les problématiques liées aux assuétudes, et plus particulièrement entre le secteur spécialisé et la santé mentale ; ainsi qu'améliorer la connaissance des projets spécifiques et de leur fonctionnement concret,
- Améliorer les connaissances des dispositifs porteurs et fonctionnels ainsi qu'améliorer la visibilité de l'existant,
- Produire des recommandations et propositions, à destination des Autorités compétentes, afin de soutenir une politique la plus respectueuse possible de la richesse et la diversité de secteurs

---

<sup>77</sup> Les CAARUD ont été créés dans le cadre d'une politique publique de santé visant à réduire les risques et les dommages sanitaires ou sociaux liés à la prise de produits psychotropes. Ils sont financés par l'assurance-maladie et accueillent gratuitement les usagers.

<sup>78</sup> <http://www.pfcsm-opgg.be/>

concernés par ces questions, à la faveur de la qualité et de l'accès des soins pour les patients de la Région de Bruxelles-Capitale »<sup>79</sup>.

**Réseau ABC** – Depuis 2016, DUNE participe à ce réseau qui regroupe des institutions prenant des patients en charge pour des problèmes d'alcoolisme, de dépendance aux drogues et aux médicaments en Région bruxelloise. Il s'adresse plus particulièrement aux patients nécessitant une prise en charge de longue durée et par plusieurs partenaires. Le réseau porte actuellement un projet d'immersion visant à « échanger à propos des pratiques des intervenants de différentes institutions ayant affaire à des patients souffrant d'assuétudes ». Ce projet a pour objectif de favoriser le dialogue et de faciliter la mise en place de collaborations entre partenaires par la connaissance des pratiques des diverses institutions bruxelloises ayant affaire à la problématique des addictions. Le but est donc, ici encore, d'améliorer le travail en réseau et de rester en phase avec les demandes émergentes des patients et des secteurs confrontés à la problématique des assuétudes »<sup>80</sup>. Chaque institution a pu rédiger un mode d'emploi qui correspond à ses capacités d'accueil et les modalités souhaitées par cet accueil.

**GT « Bas seuil » (FEDITO bruxelloise)** – Ce GT a pour objectifs, entre autres, d'assurer une meilleure prise en charge des publics précarisés, d'améliorer l'orientation et la continuité des soins, de soutenir de nouveaux dispositifs accessibles à tous (accompagnement, housing first, salle de consommation à moindre risques...). DUNE y participe quand elle est invitée.

**GT « Soins » (FEDITO bruxelloise)** – Un membre du staff infirmier de DUNE participe à ce groupe de travail s'est donné comme 1<sup>er</sup> objectif de parvenir à une définition commune du soin dans le secteur de la toxicomanie, à partir de 4 pôles :

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

Ce travail de définition a abouti en mai 2016 à un texte, publié sur le site de la FEDITO<sup>81</sup>.

### C. Autour des pratiques participatives

**Espaces de parole (La Strada)** – DUNE participe (via le Nomade) aux *Espaces de parole*, une initiative mise à l'honneur en 2014 lors d'un Midi Nomade. Ces espaces d'échanges sont organisés par La Strada dans différentes institutions du secteur de la grande précarité (Latitude Nord, Jamais Sans toit...).

**Atelier d'enquête politique (Bruxelles Laïque, 2015/2016)** – Une fois par mois, des travailleurs, usagers et chercheurs se sont réunis dans une expérience originale d'enquête sur les politiques sociales et de santé. Comme l'explique Jacques Moriau, sociologue (CBCS asbl) dans un bilan de cette expérience, en travaillant à partir du récit, « le retour de chacun sur son expérience institutionnelle,

---

<sup>79</sup> <http://www.pfcsm-opgg.be/assuetudes/sante-mentale-et-assuetudes>

<sup>80</sup> <http://pfcsm-opgg.be/assuetudes/projet-abc-vbh>

<sup>81</sup> <https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2015/08/GT-Soin-De%CC%81finition-Mai-2016.pdf>

que ce soit en qualité de professionnel ou d'usager, est d'abord une méthode de l'égalité qui place les participants du groupe dans une position commune d'enquêteur. Faire exploser la dichotomie entre soignants et soignés, aidants et aidés est un façon concrète de faire de tous des acteurs des politiques sociales et de santé<sup>82</sup>.

## D. Soutien aux campagnes

### 1. *Support don't punish : 24 juin 2016*

Plusieurs membres de l'équipe ont participé à la campagne *Support don't punish*, le 24 juin 2016, au parc royal de Bruxelles. « Soutenez. Ne Punissez pas » est une campagne mondiale de plaidoyer visant à promouvoir des politiques des drogues qui mettent la priorité sur la santé publique et les droits humains.

La campagne a pour but de promouvoir une réforme des politiques en matière de drogues et de changer les lois et politiques qui entravent l'accès aux interventions de réduction des risques. Les revendications sont notamment l'arrêt des poursuites judiciaires (souvent arbitraires) et le droit à la santé pour tous (réduction des risques, salles de consommation...).

### 2. *Journée Mondiale de Lutte contre le Sida : 26 novembre et 1<sup>er</sup> décembre 2016*

Comme le souligne la Plateforme Prévention SIDA, « depuis 1988, le 1<sup>er</sup> décembre a lieu la Journée Mondiale de Lutte contre le Sida. En 2016, il reste essentiel de se mobiliser partout dans le monde pour combattre le virus et afficher notre soutien aux personnes séropositives. En effet, si de réelles avancées permettent de mieux vivre avec le VIH, et même de ne plus le transmettre à son enfant ou à son partenaire lors de relation sexuelle, les personnes vivant avec le VIH souffrent toujours de discrimination et le virus continue à se propager. En Belgique, près de 3 personnes sont dépistées séropositives au VIH chaque jour. Il est donc essentiel de continuer à sensibiliser la population et de l'inviter à se protéger, mais aussi à porter le ruban rouge, symbole de solidarité envers les personnes séropositives »<sup>83</sup>.

Comme chaque année, DUNE a décidé d'être active à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida : deux personnes de l'équipe se sont mobilisées pour participer aux réunions de préparation et aux activités organisées le 1<sup>er</sup> décembre, en tenant un stand et en répondant aux questions du public à la gare du midi.

*Nous avons mis à disposition des passants des milliers de capotes dans des pochettes duo avec lubrifiant, des rubans rouges et des d'informations. La journée s'est bien déroulée, grâce notamment aux nombreux passages que*

---

<sup>82</sup> Jacques MORIAU, « Atelier d'enquête politique : penser l'aide et le soin "par le bas" », en ligne [<http://www.cbcs.be/Atelier-d-enquete-politique-penser-l-aide-et-le-soin-par-le-bas>].

<sup>83</sup> <http://preventionsida.org/2016/11/la-journee-mondiale-de-lutte-contre-le-sida-ensemble-cest-possible/>

*permet cet emplacement, très bien situé près des commerces. La majorité des partenaires estiment que les objectifs de visibilité et d'information ont été globalement atteints. À Bruxelles, près de 100 000 préservatifs et de 50 000 rubans rouges ont été distribués. Sur le campus de l'ULB et à la gare centrale de Bruxelles, 510 rubans rouges virtuels ont été récoltés via la Solidarity Map.*

(Badr, éducateur à DUNE)

## E. Accès à la participation culturelle : article 27

Cette année encore, nous avons travaillé de concert avec l'asbl Article 27 pour lutter contre l'exclusion. Cette association a pour mission de « sensibiliser et faciliter l'accès à la participation culturelle pour toute personne vivant une situation sociale et/ou économique difficile »<sup>84</sup>. Article 27 se développe en réseau avec des partenaires sociaux, culturels et les publics. L'asbl compte 835 opérateurs culturels (théâtre, musique, cinéma, arts plastiques, danse, patrimoine...) de la Fédération Wallonie-Bruxelles et 186 organisations sociales partenaires<sup>85</sup>. DUNE fait partie de ce réseau des partenaires sociaux, ce qui permet d'offrir un accès à la culture aux usagers qui fréquentent le CLIP, via l'obtention d'un ticket modérateur valable à Bruxelles et en Wallonie.

Concrètement, 37 personnes ont bénéficié des tickets articles 27 en 2016. Cela représente 185 tickets articles 27 distribués. Parmi ces 37 personnes, on compte 6 femmes et 31 hommes. Trois personnes sont âgées de 19 à 30 ans, 12 personnes de 31 à 40 ans, 15 personnes de 41 à 50 ans et enfin, 7 personnes de 51 à 65 ans.

Depuis 2012, les associations partenaires du projet « article 27 » doivent participer financièrement aux tickets qu'elles mettent à disposition de leur usager. Cela représente un certain coût mais nous pensons que ce service est un plus pour nos usagers et leurs proches car la culture permet d'ouvrir l'esprit, de donner du sens aux choses, d'émerveiller les âmes et les visages. Elle est « *le souffle qui accroît l'humanité* »<sup>86</sup>.

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

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

## F. En lien avec le travail de rue

**Ateliers de la fédération francophone des travailleurs de rue (Traces de rue)** – Cette fédération a pour objet social de promouvoir le travail social de rue qui vise à permettre aux individus et collectifs

---

<sup>84</sup> <http://www.article27.be/bruxelles/Article-27-Bruxelles-140>

<sup>85</sup> *Idem*, <http://www.article27.be/>

<sup>86</sup> Proverbe africain.

d'individus de sortir ou d'échapper à toute forme d'exclusion sociale dans une démarche à visée émancipatrice. L'association promeut la reconnaissance du travail social de rue et sa spécificité dans le champ du travail social, défend la profession, les intérêts des différents publics, la déontologie et l'éthique telle qu'elles sont définies dans la charte de l'association. L'enjeu est de promouvoir une approche du travail social de rue à visée préventive et émancipatrice. DUNE est impliquée dans les activités de la fédération. Un travailleur participe aux ateliers thématiques qui se déroulent une fois par mois. Il peut ainsi mettre à contribution son expérience de travail de rue pour alimenter les diverses réflexions et sujets qui y sont abordés.

**Collectif Morts de la rue à Bruxelles (Diogènes)** – DUNE fait partie de ce collectif organisé en un réseau ouvert d'(ex)habitants de la rue, d'associations, de citoyens et d'institutions. Comme chaque année, notre salle de réunion est mise à disposition du collectif pour ses réunions, auxquelles un travailleur de DUNE participe régulièrement pour réfléchir sur la vie en la rue, sur les pratiques lors de la levée du corps et organiser l'hommage annuel. Il participe également aux activités du Collectif et notre équipe se mobilise pour assister à l'hommage annuel.

**Concertation mensuelle SDF (STIB)** – Dans sa mission de transporteur, le STIB est quotidiennement confrontée à une série de problématiques sociales et sociétales, dont la présence de personnes en situation de grande précarité, usagers de drogues ou non, en errance sur le réseau. Pour faire face à cette situation, l'entreprise mène des actions et crée des partenariats avec des acteurs spécialisés : par exemple, Opération Thermos, Infirmiers de Rue, Bij Ons/chez Nous, Diogènes, DUNE et Médecins du Monde<sup>87</sup>. Cette concertation mensuelle participe des actions relevant de l'engagement social et sociétal de la STIB et regroupe plusieurs associations actives en rue, dans le but de partager les problèmes générés par la présence de personnes en errance sur le réseau. DUNE participe aux réunions, en alternance avec Médecins du Monde, en tant qu'opérateur du Médibus sur Ribaucourt-Yser.

**Concertation transports en commun/secteur social (SNCB)** – À l'initiative de la Cellule Sécurité Intégrale de la SNCB, cette concertation permet une rencontre annuelle des acteurs concernés en vue d'échanges d'information. La concertation de septembre 2016 avait à l'ordre du jour les points suivants : point sur les gares/stations les plus sensibles, dénombrement organisé par La Strada, point sur la fonction d'expert de terrain, position des transports en commun concernant les offres de formation.

**GT Daklozen in Métro/Les sans-abri dans le métro (Cabinet du Ministre Pascal Smet)** – À partir de septembre, DUNE a été invitée au groupe de travail, initié par le ministre de la Mobilité de la Région de Bruxelles-Capitale, avec d'autres acteurs préoccupés par ou travaillant avec les sans-abri : police, Ville de Bruxelles, STIB, Transit, CPAS de Bruxelles, Diogènes, SAMU social. Les questions inscrites à l'ordre du jour de ce groupe de travail : la situation dans les stations (problématique Bourse, recensement...), Projet Housing First pour les « habitants » du métro...

**Dénombrement des personnes sans abri (La Strada)** – En 2016, la Strada a organisé la 4<sup>ème</sup> édition de son dénombrement des personnes sans abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale, en

---

<sup>87</sup> Société des Transports Intercommunaux de Bruxelles, *Rapport d'activités 2015*, pp. 78-80.

collaboration avec le secteur bruxellois de l'aide aux sans-abri et de nombreux partenaires (associations et services secteurs connexes, services publics, experts de vécu...). Il s'agit d'une tentative de répondre à la question récurrente du nombre de personnes sans-abri et de son évolution en vue d'une meilleure évaluation des besoins. Pour la première fois, il ne s'agissait plus d'un dénombrement isolé mais de deux dénombrements : un premier en automne, avant l'ouverture du dispositif hivernal (7 novembre 2016) et un second en hiver, pendant l'ouverture du dispositif hivernal (6 mars 2017). Étant données la crise de l'accueil des réfugiés et les interconnexions avec l'aide aux sans-abri, le secteur de l'aide aux migrants a été associé à la démarche<sup>88</sup>. Lors de la pré-enquête, les travailleurs de DUNE ont annoté et commenté de grandes cartes du Pentagone pour signaler des lieux prioritaires pour le dénombrement, grâce à leurs connaissances des lieux où dorment des personnes acquises lors des maraudes réalisées en soirée. Le 24 octobre, nous avons accueilli une travailleuse de La Strada au CLIP afin de réaliser des questionnaires en face à face avec nos bénéficiaires portant sur les lieux et les conditions dans lesquelles ils passent leurs nuits. Le 7 novembre, deux travailleurs de DUNE ont participé au dénombrement lui-même.

## G. Partenaires communaux

Le CLIP est installé sur le territoire de commune de Saint-Gilles (près de la Porte de Hall) 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.

### 1. *Saint-Gilles*

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

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

---

<sup>88</sup> <https://www.lastrada.brussels/portail/fr/observatoire/denombrement>

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.

## 2. Molenbeek-Saint-Jean

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

Comme l'an dernier, nous avons bénéficié d'un soutien de la commune pour le dispositif Médibus présent sur Ribaucourt-Yser, dans le cadre de l'enveloppe annuelle du **Contrat de Quartier Durable « Autour de Léopold II »**. Cela nous a conduits à participer aux réunions de la commission du contrat de quartier ainsi qu'à la fête de clôture du CQD, organisée le 10 décembre, durant laquelle le Médibus a pu être visité par les riverains et les personnels des associations actives sur le quartier.

## H. Autres

Avant de clôturer cette partie, il ne faudrait pas oublier que DUNE dispose d'un réseau de partenaires auxquels sont relayées les demandes qui dépassent nos missions. Nous créons un réseau autour de l'utilisateur et coordonnons les actions. L'orientation et le relai (souvent joints à l'accompagnement mobile) concernent tant les services spécialisés en toxicomanies (e.a. centre de délivrance de traitement de substitution, centres de sevrage), que toute spécialité médicale rencontrant les besoins des bénéficiaires (ex. dentiste, cardiologie, radiologie, psychiatrie...) et les services sociaux de première ligne (CPAS, sociétés de logement, hébergement d'urgence...). Citons-en quelques-uns : La Fontaine, la MASS, Diogènes, Transit, Projet Lama, Entr'aide des Marolles, Ambulatoire Solbosch, Parentalité et Addiction, CETIM (Centre d'Etude et de Traitement de l'Immunodéficience - CHU Saint-Pierre), Interstices – CHU Saint-Pierre, Maison médicale des Marolles – Antenne La Samaritaine, Centre Elisa, Athena...

De plus, DUNE est membre de plusieurs associations :

- AG du Réseau Hépatite C
- CA de la FEDITO bruxelloise (Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes)
- CA de la FEIAT (Fédération des Employeurs des Institutions Actives en Toxicomanie)
- AG du Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté
- AG du CBCS (Conseil bruxellois de coordination sociale et politique)
- AG d'Alias

Par ailleurs, certains travailleurs de DUNE sont membres, à titre personnel, d'assemblée générale d'autres associations, ce qui renforce également les liens :

- AG de Modus Vivendi : Frédérique Bartholeyns
- AG d'Infor-Drogues : Frédérique Bartholeyns
- AG de la Fédération des travailleurs de rue, Traces de rue : Christopher Collin



## IX. DÉMARCHE D'ÉVALUATION QUALITATIVE (DEQ)

En 2014, nous faisons état des difficultés rencontrées, vu les ressources disponibles en interne et le travail colossal que cela représente, pour développer une base de données efficiente destinée à gérer les dossiers patients du dispensaire, en articulation avec les dossiers du service social. Nous avons proposé, lors de l'entretien annuel 2015 avec la responsable de Cellule d'accompagnement de la DEQ, de prospecter parmi les logiciels « open source » pour trouver un outil informatique permettant de gérer les dossiers des bénéficiaires et rendre les suivis plus efficaces. Après une réflexion reposant sur une large prospection et consultation des outils utilisés par d'autres associations, nous avons choisi de contacter la société Champs-Libres qui installe et paramètre un programme « open source » facilement adaptable et ce, pour un prix abordable. Il s'agit du programme Chill, le 1<sup>er</sup> logiciel libre d'accompagnement social<sup>89</sup>.

### A. Mise en œuvre

Afin de cibler le plus précisément possible nos besoins en termes de logiciel, nous avons travaillé en équipe (5 réunions) pour définir :

- Les fonctionnalités indispensables
- Les différents modules
- Les aspects liés aux échanges d'informations entre service social et infirmerie
- Les items
- Les perspectives en termes de développement que devrait contenir le logiciel afin de répondre aux exigences institutionnelles futures comme les rapports d'activités standardisés ou le développement de prescription électronique.

Après avoir ciblé nos besoins, nous avons continué nos recherches sur internet et avons consulté nos partenaires afin de prendre connaissance des logiciels dont ils disposent pour le suivi des patients. Lors de ces consultations, nous avons découvert l'entreprise Champ Libre qui met à disposition un logiciel libre pour le suivi des patients et qui le paramètre de manière spécifique pour les différents secteurs de l'aide sociale.

Le coordinateur de DUNE a rencontré Monsieur Fastré, programmeur pour Champ Libre, afin d'analyser si le logiciel proposé pourrait convenir à nos activités. Trois réunions ont eu lieu avec ce prestataire de services, qui scande les 3 phases de mise en œuvre de notre projet.

*Phase 1 : Démonstration du programme et mise à disposition d'une version test standard*

Après la première réunion avec Champ Libre, le logiciel a été soumis à l'équipe afin qu'elle le teste et qu'elle affine les items nécessaires ainsi que les fonctionnalités et les modules à prévoir lors de la phase

---

<sup>89</sup> Voyez l'interview de l'un des développeurs : <http://pro.guidesocial.be/actualites/decouvrez-chill-premier-logiciel-libre-d-accompagnement-social.html>, 17 juin 2015 ; <http://www.cbcs.be/Chill-un-logiciel-libre-pour-l-> ; Tester la démo par vous-même : <http://www.chill.social/>

de développement. À l'issue de la phase test, l'équipe a opté pour ce programme pour plusieurs raisons :

- Facilité d'utilisation et de prise en main
- Interface agréable et instinctive à l'utilisation
- Paramétrage simple sans faire nécessairement appel à Champ Libre
- Possibilité de développer ce programme à l'infini
- Coûts limités en termes d'installation et d'hébergement.

*Phase 2 : Paramétrer le logiciel en fonction des besoins de DUNE*

Pour préparer au mieux la 2<sup>ème</sup> rencontre avec le programmeur, nous nous sommes réunis en équipe pour :

- Finaliser les différents items nécessaires (cf. liste en annexe)
- Identifier ce que l'on garde de la version test standard et ce qui sera supprimé (fonctionnalités sans utilité pour DUNE)
- Définir les modules à ajouter
- Etablir la structure des rapports et leur contenu
- Définir le contenu de l'interface d'accueil du dossier patient (cf. print-screen en annexe).

Nous avons demandé l'ajout de 6 modules :

<b>Modules</b>	<b>Objectifs</b>
Extraction de données	Faciliter l'observation de notre travail ; repérer les problématiques récurrentes ; faciliter la conception des rapports d'activités
Rapport d'anamnèse médical	Garantir des soins de qualités en tenant compte des particularités du patient
Rapport de don de matériel	Faciliter l'encodage du matériel donné au comptoir
Rapport d'anamnèse social	Recueillir uniquement les informations pertinentes pour garantir un meilleur suivis social
Rapport de réunion clinique	Permettre un meilleur suivi des bénéficiaires
Orientation et accompagnements	Faire le lien avec le réseau

Ensuite, nous avons travaillé à distance avec les développeurs tout au long du processus de programmation. L'objectif était de tester les diverses fonctionnalités du programme afin d'affiner le plus possible sa réalisation. Une fois que nous sommes parvenu à avoir un outil adapté à nos besoins, nous avons programmé une troisième réunion avec Champ Libre.

À l'issue de la phase de programmation, nous avons pu tester le logiciel paramétré selon nos besoins et planifier le basculement de nos outils antérieurs de gestion des dossiers patients vers notre nouvel outil.

Par ailleurs, la 3<sup>ème</sup> réunion avec Champ Libre a été l'occasion de recevoir le mode d'emploi du logiciel afin que nous puissions procéder nous-même à certains développements du logiciel, sans faire appel à Champ Libre.

## B. Constats concernant les effets produits par le projet DEQ

### 1. En 2016

La DEQ et l'arrivée de Chill social, renforcées par l'analyse de risques menée en collaboration avec l'ABBET en 2016, nous ont poussé à entreprendre le développement et la mise à niveau de l'outil informatique de l'association. Ce projet permettra d'améliorer la qualité des suivis des bénéficiaires, d'améliorer le bien-être au travail de l'ensemble du personnel et d'améliorer la communication entre les différents services.

Concrètement, il s'agit de compléter l'installation d'un programme de gestion de dossier usager performant, par le remplacement du parc informatique défectueux ou sa mise à jour, l'installation d'une plate-forme de travail collaboratif et l'achat d'un PC portable pour le Médibus. En août 2016, nous avons rencontré un prestataire de services informatiques afin de budgéter et planifier ce projet. Sa mise en œuvre s'étale sur 2016-2017.

### 2. Bilan de clôture 2014-2016

Le tableau de synthèse ci-dessous présente le bilan du projet DEQ, centré sur le thème du réseau, qui s'est clôturé cette année.

Projet	Objectifs	Mise en œuvre	Effets
<b>2014</b>			
Mettre en place un outils diagnostique pour repérer les nouvelles problématiques	Développer de nouveaux partenariats  Mieux connaître notre public	Création du questionnaire  Création d'une base de données pour l'analyse des particularités de notre file active	Réflexion autour de l'opportunité de nous doter d'un programme informatisé de gestion des dossiers des bénéficiaires
Mettre en place un questionnaire sur la situation psycho-	Trouver des réponses adéquates aux demandes formulées par les bénéficiaires	Création d'un outil statistique	Réflexion d'ordre éthique, déontologique et clinique sur le sujet du recueil et du partage de données

Projet	Objectifs	Mise en œuvre	Effets
<p>médico-social des bénéficiaires</p> <p>Rechercher de partenariats spécifiques nous permettant de répondre aux nouvelles problématiques</p>			<p>La mise en œuvre de la nouvelle base de données et de l'outil d'analyse statistique nous a permis de corriger certaines erreurs dans nos files actives antérieures</p> <p>Réflexion sur l'opportunité de nous faire accompagner par un bureau de consultance pour la mise en œuvre d'un programme de gestion pour le suivis des bénéficiaires</p>
<b>2015</b>			
<p>Améliorer la base de données ainsi que la méthode de recueil</p> <p>Implémenter un logiciel de suivis patients</p>	<p>Recueillir des données plus fiables</p> <p>Se doter d'un programme informatisé de gestion des dossiers des bénéficiaires</p> <p>Définir les critères permettant d'effectuer un choix en matière de programme informatisé</p>	<p>Amélioration de la base de données</p> <p>Concertation avec des partenaires concernant leurs outils informatiques</p> <p>Prise de contact avec des concepteurs de logiciels</p> <p>Mise en place d'un cahier des charges pour effectuer le choix du logiciel</p>	<p>La base de données a considérablement été améliorée</p> <p>Le cahier des charges nous a permis de définir plus finement nos critères et de cibler au mieux les offres du marché</p> <p>La perspective de la mise en place d'un logiciel de gestion des données patients a ouvert le débat sur les limites du recueil et du partage des données ainsi que sur les balises définissant le cadre du secret professionnel partagé</p>
<b>2016</b>			
<p>Prospecter pour l'achat d'un programme informatique de gestion des dossiers des bénéficiaires</p> <p>Installer un programme de gestion des dossiers patients</p>	<p>Trouver un logiciel qui convienne à nos activités et qui soit financièrement abordable</p> <p>Garantir un meilleur suivi des bénéficiaires</p> <p>Repérer les problématiques récurrentes via un dispositif d'analyse</p>	<p>Prospection sur internet</p> <p>Rencontre avec des partenaires de terrain</p> <p>Rencontra avec des concepteurs de logiciel</p> <p>Analyse interne des besoins</p>	<p>Débat sur les limites du recueil et du partage des données ainsi que sur les balises définissant le cadre du secret professionnel partagé.</p> <p>Définition d'un référentiel commun autour de l'encodage des données statistiques liées aux soins et aux suivis sociaux</p>

Projet	Objectifs	Mise en œuvre	Effets
	statistique inclus dans le programme afin de trouver des réponses adéquates	<p>Redéfinition du cahier des charges</p> <p>Définition des Items et des fonctionnalités du programme</p> <p>Implémentation du logiciel</p> <p>Travail avec les concepteurs pour adapter le logiciel à nos besoins</p>	<p>Renforcement des partenariats avec le Réseau Hépatite et la MASS qui utilisent ce programme. L'objectif est de s'entendre pour développer des modules communs sur le logiciel CHILL afin de réduire les coûts de développement</p> <p>La mise en place de ce programme a suscité l'intérêt d'autres partenaires du secteur</p> <p>Alimente les débats sur la mise en œuvre d'un logiciel commun au secteur</p> <p>Programmation de la mise à niveau du parc informatique de DUNE et de l'implémentation d'outils collaboratifs en interne</p>

## C. Préparation du projet DEQ 2017-2019

### 1. Processus

Au cours des mois de novembre et décembre, nous avons eu plusieurs échanges en équipe pour préparer le contenu du nouveau projet DEQ.

Nos premiers échanges ont porté sur le choix du thème DEQ sur lequel nous allons travailler pendant 3 ans. La consultation des travailleurs s'est déroulée en réunion et par échanges de courriels (pour les absents). Chaque travailleur a retenu 1 à 3 thèmes, 8 personnes ont répondu. À partir de cette première sélection nous avons discuté et présenté nos arguments respectifs, l'intérêt qu'on portait au choix des autres, etc. L'équipe a ainsi centré son choix final sur l'accueil et la participation et a donné les éléments à la chargée de projet pour répondre aux 2 premières questions du formulaire portant sur la motivation du choix du thème et l'analyse de l'environnement.

Le texte approuvé par l'équipe, nous avons poursuivi la réflexion et tenté de définir collectivement les objectifs du projet DEQ et ses modalités de mise en œuvre. Chacun a confronté ses idées à celles des autres, le planning d'action a été discuté (pour éviter de se surcharger), etc. et la chargée de projets

est retournée à la rédaction d'un texte « martyr ». Ensuite, la proposition écrite a été discutée en réunion d'équipe et amendée pour tenir compte des remarques.

## 2. *Choix du thème*

C'est le thème « bénéficiaires » qui a retenu le plus de suffrages lors de la sélection réalisée par les travailleurs. Plus particulièrement, deux aspects de cette thématique ont été retenus lors des discussions en réunion d'équipe : l'accueil et la participation, entre lesquels des connexions ont été établies.

Nous souhaitons réfléchir en équipe à des pistes pour améliorer l'accueil de nos bénéficiaires au CLIP car il constitue un moment essentiel pour l'encrage du travail d'accompagnement et il participe, grâce à un lieu chaleureux et une écoute empathique, au lent processus d'émergence de la demande.

Il ressort des échanges en équipe que les éléments du cadre de l'accueil, trouvant leur fondement dans notre philosophie d'intervention, ne sont pas interprétés/mis en œuvre de la même manière par tous les travailleurs, ce qui est susceptible de créer des malentendus/des tensions, tant entre collègues, qu'entre bénéficiaires et travailleurs ainsi qu'entre les usagers eux-mêmes. Un travail sur le cadre et surtout les savoirs-être des travailleurs à l'accueil sera au centre de nos échanges, des aspects importants pour un service à bas seuil d'accès (ou haut seuil de tolérance) tel que le nôtre.

Par ailleurs, un questionnement est apparu concernant ce que le CLIP offre en termes d'accueil : les fauteuils où se poser avec un café, pour se reposer ou parler, la bibliothèque (à alimenter régulièrement), des journaux récents, la lessive, les vêtements, des repas ponctuellement... Qu'est-ce qui serait pertinent de proposer qui réponde aux besoins de notre public ? Certains bénéficiaires, lors de l'organisation de focus groupes, ont évoqué des activités communautaires, et c'est ici que l'on passe à la thématique de la participation, modulée par les limites induites par notre infrastructure actuelle.

Depuis sa création, DUNE a inscrit la participation des bénéficiaires dans son dispositif d'intervention à travers les opérations Boule de Neige, les focus groupes, le ramassage de seringues. En 2015-2016, nous avons tenté de donner un nouvel élan à cet aspect important du paradigme de la réduction des risques en expérimentant, avec plus ou moins de bonheur, d'autres pratiques participatives (créer un lieu mensuel d'échanges thématiques, rédiger des articles pour le DoucheFLUX Magazine).

Nous souhaitons mettre la question de la participation des bénéficiaires en débat en équipe, tant pour consolider les pratiques déjà bien ancrées dans notre travail que pour en développer de nouvelles. Des questions taraude l'équipe : Que souhaitons-nous proposer ? Comment stimuler la participation de bénéficiaires ? Comment faire émerger et rebondir sur leurs demandes ? Comment imaginer le travail d'usagers jobistes, tels que cela se pratique dans d'autres services (ex. la Free Clinic d'Anvers). Cette dernière perspective entraîne de nombreux questionnements, voire des résistances, que nous souhaitons travailler ensemble afin de faire une analyse des perspectives offertes à DUNE par la participation, pour remplir ses missions.

Par ailleurs, depuis plusieurs années, DUNE cherche à se loger dans des locaux plus adaptés à ses activités. Les locaux actuels du CLIP, fort exigus, limitent fortement nos possibilités de développer certains de nos projets, notamment en termes d'accueil et de pratiques participatives. Nous souhaitons également traiter ces deux thèmes dans la perspective d'un changement futur d'infrastructure.

### 3. *Analyse de l'environnement*

#### a) Accueil

- File active relativement stable, mais qui rencontre nos limites d'accueil, tant au niveau de l'infrastructure que des ressources humaines
- Public présentant des problématiques de plus en plus lourdes avec un cumul de problématiques (e.a. santé mentale et usage de drogues)
- Apparition de nouvelles problématiques telles que l'arrivée de réfugiés et de sans-papier.
- Exiguïté des locaux : que peut-on offrir en termes d'accueil malgré cette contrainte ?
- Historiquement, ouverture quand les autres services ferment (19-23h) : valider que c'est toujours adéquat ?
- Quel est l'impact sur la fréquentation de l'accueil de l'ouverture de la consultation médicale en soirée ?
- Difficulté à trouver des pistes d'aide car de plus en plus d'utilisateurs se voient exclus du CPAS ou du chômage, par exemple.

#### b) Participation

- Pas de groupes d'auto-support en Belgique
- Lors de focus groupes et à l'accueil CLIP, demande des utilisateurs de pratiques communautaires/participatives
- Lors d'opérations Boule de neige, des jobistes expriment qu'ils seraient preneurs d'un groupe de « jobistes RdR », dont les missions seraient plus larges que celles des BdN, un groupe d'auto-support (« peer to peer ») en réduction des risques.
- Pas de moyens dédiés
- De plus en plus d'utilisateurs viennent à l'accueil, sans nécessairement prendre du matériel/un soin
- Les activités du Réseau Nomade « Précarité et assuétudes » sont stimulantes
- La thématique « raisonne » avec le changement récent d'organisation du travail : structure plus horizontale et constitution d'un binôme (chargé de projets/travailleur de terrain) pour chaque projet.

#### 4. Objectifs

##### a) Accueil

L'objectif poursuivi est de définir ce qui constitue un accueil de qualité (du point de vue de l'instruction, des travailleurs et des bénéficiaires) et de définir le rôle de l'accueillant (établir un profil de fonction) en vue notamment de favoriser l'appropriation par chaque (nouveau) travailleur de la philosophie d'intervention de DUNE.

##### b) Participation

Concernant le volet « participation » de notre projet DEQ, l'objectif est de définir le projet « participatif » de DUNE à court et moyen terme (en équipe et avec les bénéficiaires), en fondant nos réflexions sur une récolte d'informations relatives aux pratiques participatives existant en comptoir RdR.



## CONCLUSION GENERALE

---

Pour l'asbl DUNE et son équipe, l'année 2016 a été riche en intensité et en changement. Ceux-ci sont au cœur de notre métier parce que les situations de précarité, d'urgence, de crise, d'auto-exclusion, de désaffiliation qui habitent nos bénéficiaires nous y plonge directement. Elle est également au centre de notre organisation parce que le contexte socio-économique et politique nous pousse à envisager des mesures de précaution et d'anticipation qui mobilisent nos ressources humaines.

Quelles sont dès lors les perspectives, les opportunités, voire les menaces qui s'annoncent dès 2017 ?

**Infrastructures.** La recherche d'une infrastructure accueillante, à la hauteur de l'intensité et des besoins décrits, pour assurer nos missions dans le respect de la dignité et du bien-être de nos bénéficiaires comme ceux de notre équipe, reste à ce jour infructueuse, malgré nos nombreuses démarches. De nouveaux locaux permettront également une meilleure cohérence interne en regroupant les activités sur un seul site. Nous avons vu s'éloigner la possibilité d'un achat et c'est un véritable défi de trouver de tels locaux sur le marché locatif du pentagone bruxellois.

**Travail social de rue.** Il est certain que le travail psychosocial de proximité au quotidien avec les usagers de drogues les plus vulnérables peut constituer un facteur participant à l'objectif de pacification de l'espace public. Il est tout aussi évident que cet objectif ne nous appartient pas : le nôtre est centré sur la personne de l'usager de drogues, sa santé et son bien-être, sa liberté d'agir et de se dire. Il convient donc de ne pas se laisser piéger par des demandes émanant de divers acteurs ayant à gérer des espaces publics, qui invitent à la confusion des rôles en demandant au travailleur social d'endosser celui de traqueur d'incivilités, d'agent de la propreté publique, d'acteur de répression, d'informateur ou de médiateur social. D'aucuns semblent même prêter à notre travail une sorte de pouvoir magique qui parviendrait à « gérer » des situations problématiques récurrentes et tenaces, qui ne font que se déplacer lorsque les usagers sont chassés des lieux qu'ils occupent. En tant que service de santé, guidée par les fondamentaux éthiques et déontologiques du travail social et de la réduction des risques, l'asbl DUNE s'arme de vigilance en continuant à questionner, au cas par cas, l'impact des dispositifs ou projets proposés, tout en évitant un excès de méfiance qui pourrait nous priver d'inventer de nouvelles manières de travailler ensemble...

**Médibus.** Ce projet unique à Bruxelles, dont les résultats montrent toute sa pertinence, bénéficie d'une sécurité financière partielle, étant donné son inscription dans le Plan de sécurité et de prévention 2017-2020 de la commune de Molenbeek, bien que son budget 2017 tarde à être voté par le conseil communal.

**Accueil.** Cette mission sera au centre des réflexions de l'équipe en 2017. Nous avons en effet profité du nouveau projet DEQ pour mener un travail en profondeur sur le cadre de l'accueil au CLIP et les savoirs-être des travailleurs, des aspects essentiels pour un service à bas seuil d'accès (ou haut seuil de tolérance) tel que le nôtre.

**Accès au matériel de RdR.** Il s'agit de poursuivre le plaidoyer pour un financement adéquat et structurel du matériel stérile d'injection et celui nécessaire aux autres modes de consommation, de façon à couvrir les besoins de notre comptoir dans une perspective prophylactique efficiente, notamment en matière de prévention HCV.

**Dispensaire.** Le transfert des compétences impacte directement notre service, via le Fonds Assuétudes (soutien indispensable au dispositif infirmier et médical). Jusqu'ici c'est une politique de *stand still* qui est appliquée par le SPFB. Il conviendra de trouver les modalités structurelles nécessaires à la sécurisation cette mission.

**Réseau Nomade.** La prolongation de l'agrément du réseau arrive à son terme fin 2017. Un appel sera lancé par le SPFB en vue de l'agrément de réseaux santé pour 2018-2020. Le Nomade est un réseau intersectoriel, centré sur la promotion de la culture de la participation (de *l'empowerment*), porteur d'innovations : il offre la possibilité aux personnes fragilisées de devenir actrices de leur santé et aux services de découvrir les changements que la participation des bénéficiaires est susceptibles d'insuffler dans les méthodologies de la prévention, du soin et du travail social. L'enjeu est de parvenir, avec l'aide de nos partenaires, à faire reconnaître sa pertinence à travers l'obtention un nouvel agrément permettant de poursuivre ce projet.

**Pratiques participatives.** Pérenniser les activités relevant de *l'empowerment*, ouvrir l'association à la participation des usagers au-delà de ce que nous pratiquons actuellement, requièrent le dégagement de ressources humaines additionnelles afin de gérer les projets et de soutenir les usagers dans leurs démarches.

**Bon Plan.** Nous sommes déjà en train de préparer l'édition 2018 de l'Agenda Le Bon Plan. Relevant d'une subvention annuelle, notre demande a été rentrée en vue de couvrir la publication de 5.000 exemplaires et nous sommes en attente de la réponse du SPFB – Action sociale. Par ailleurs, le développement, la traduction et la maintenance de l'application mobile Le Bon Plan, publiée le 23 mai 2017, nécessitent une recherche de financement qui permettra de déployer l'application mobile dans toutes ses potentialités.

**Recherche de fonds et bénévolat.** Un investissement dans la recherche de moyens additionnels qui permettront un meilleur développement de nos actions. Cette recherche vise à augmenter l'enveloppe des frais de fonctionnement nécessaires à leur amélioration qualitative. L'agrément de DUNE par le SPF Finances en tant qu'institution autorisée à délivrer des attestations fiscales pour les dons est une opportunité à saisir, malgré la difficulté de promouvoir un objet social comme le nôtre. Par ailleurs, nous pensons également opportun de trouver dans le bénévolat et le mécénat de compétence un renfort pour la réalisation de nos projets.

**Reconnaissance de la RdR.** En juillet, le Parlement francophone bruxellois a voté les amendements au décret ambulatoire apportant la reconnaissance pleine et entière de la réduction des risques en matière de drogues, comme stratégie de santé publique. C'est avec enthousiasme que nous avons accueilli ce premier pas vers la reconnaissance politique de la spécificité de notre travail, attendue depuis plus de 15 ans par le secteur. Quelques mois plus tard, c'est sans surprise mais néanmoins avec déception que nous avons pris connaissance de la déclaration de la Conférence interministérielle

reléguant le projet bruxellois de SCMR... En janvier 2017, nous avons introduit une demande d'extension d'agrément visant à obtenir la reconnaissance de la mission RdR afin de pouvoir déployer nos actions de RdR de manière plus fondée, au bénéfice de la santé des usagers et de la collectivité.

**Formation.** Il convient de rechercher des moyens financiers et humains pour développer nos activités de formation de manière cohérente et répondre aux demandes qui nous sont adressées. Pour ce faire, la demande d'extension d'agrément, déposée en janvier 2017 auprès du SPFB, porte également sur la reconnaissance de la mission de formation.

**Promotion de la santé.** À l'heure où nous terminons de rédiger ce rapport, le Gouvernement francophone bruxellois a dévoilé son Plan stratégique de promotion de la santé 2018/2022 établi en vertu du Décret de promotion de la santé du 18 février 2016. Nous pensons que DUNE a sa place pour mettre en œuvre les objectifs de ce plan visant à promouvoir la santé et à réduire les inégalités sociales de santé, en ce qui concerne les usagers de drogues, et particulièrement les injecteurs, identifiés comme l'un des publics prioritaires des actions.

\*  
\* \*

DUNE occupe une place comme nul autre pareil dans le secteur des assuétudes, articulant prévention, soin et travail social, dans l'encrage du bas-seuil et de la RdR. C'est dire que le CLIP et le Médibus constituent des dispositions centraux et innovants dans le paysage bruxellois de la ligne 0,5, en s'adressant sans ambiguïté à une cible bien particulière constituée d'injecteurs (ou ex-injecteurs) de drogues précarisés.

Cette richesse – la nôtre – se trouve dès lors confrontée à des limites déjà connues. Dans la mesure où il y a peu de lieux en Région bruxelloise qui visent spécifiquement à réduire les méfaits socio-sanitaires liés aux pratiques d'injection (voire à d'autres modalités d'usages), nous courons à tout moment le risque de la saturation. Si notre approche a bien une visée de santé publique, elle ne peut être opérante à l'échelle de la région bruxelloise sans un renforcement et une meilleure dispersion de l'offre de services RdR. Avec le réseau existant et des projets novateurs à mettre en place, DUNE pourrait utilement y contribuer.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BACQUE, M.-H., BIEWENER, C., *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?*, La découverte, 2015.
- CASERO, L., HOGGE, M., RWUBU, M., BASTIN, Ph., DAL, M., VANHUYCK, C., *L'usage de drogues en Communauté française, Rapport Communauté française 2010*, Bruxelles, Eurotox, 2011.
- Charte de la réduction des risques*, en ligne [<http://reductiondesrisques.be/charte-de-la-reduction-des-risques>].
- COLLIN, Chr., « Le lien social et la réduction des risques, au-delà des frontières », in *Le lien social à l'épreuve des consommations de produits dans l'espace public, Actes du premier séminaire Visibilité des usages et spécificités des territoires – un lien social « sous contraintes » ?* organisé par la Fédération Addiction et l'IREPS, Paris, 17 juin 2016, en ligne [[http://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2016/12/LienSocial\\_conso\\_espPublic\\_Actes\\_S1DEF.pdf](http://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2016/12/LienSocial_conso_espPublic_Actes_S1DEF.pdf)].
- DE RIDDER, K., « Usagers de drogues à haut risque », in *Rapport national sur les drogues 2014 (données 2013). Tendances et évolution*, Bruxelles, Institut national de santé publique, Février 2015.
- FURTOS, J., *De la précarité à l'auto-exclusion, conférence et débat*, Paris, Editions Rue d'Ulm, Presses de l'Ecole normale supérieure, 2009, coll. « La rue ? Parlons-en ! ».
- FUSTIER, P., *Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial*, Paris, Dunod, 2005.
- Introduire le traitement de substitution aux opiacés en Algérie*, séminaire organisé par l'Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie du Ministère de la Justice de la République algérienne démocratique et populaire et le réseau MedNet du Groupe Pompidou, à Alger, les 8 et 9 mars 2016, Rapport du séminaire, 29 avril 2016, P-PG / Med (2016) 3.
- JAMOULLE, P., *Drogues de rue, récits et styles de vie*, Bruxelles, De Boeck Université, 2000.
- KIRZIN, M., MIMOUNI, H., HUSSON, E., *Concertation bas seuil. Projet « Riboutique »*, décembre 2012, en ligne [<http://reductiondesrisques.be/wp/wp-content/uploads/2013/03/Rapport-Riboutique-last.pdf>].
- Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique*, INAMI, Médecins du Monde, 2014, en ligne, [<http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-blanc.pdf>].
- MORIAU, J., « Atelier d'enquête politique : penser l'aide et le soin "par le bas" », en ligne [<http://www.cbcs.be/Atelier-d-enquete-politique-penser-l-aide-et-le-soin-par-le-bas>].
- QUESEMAND ZUCCA, S., *Je vous salis ma rue. Clinique de la désocialisation*, Paris, Stock, 2007.
- ROCHE, P., « Les défis de la proximité dans le champ professionnel », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2007, vol, 1, n° 3, pp. 63-82.

SASSE, A., DEBLONDE, J., VAN BECKHOVEN, D., *Epidémiologie du Sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2014*, Bruxelles, Institut scientifique de Santé Publique, 2015.

STEVENOT, Cl., CARAËL, E., HOGGE, M., *L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles. Rapport 2015*, Bruxelles, Eurotox, février 2016.

*The Global state of arm reduction, toward and itegrated reponse*, London, Harm Reduction international, 2012, en ligne : [https://www.hri.global/files/2012/07/24/GlobalState2012\\_Web.pdf](https://www.hri.global/files/2012/07/24/GlobalState2012_Web.pdf).

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

# ANNEXES

---

## I. CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration est composé de :

- Przylucki Laurence (Présidente)
- Husson Eric
- Valkeneer Bruno
- Goessens Muriel

## II. ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'assemblée générale a été renforcée lors de l'AG de juin 2016. Elle est composée de :

- Beghin Juliette
- Collet Pierre
- De Vleeschouwer Didier
- De Win Bart
- Fanelli Julien
- Guyot Madeleine
- Heymans Stéphane
- Jaspert Alice
- Lemonne Anne
- Moriau Jacques
- Renson Marc
- Vergaïrginski Catherine
- Wagener Martin
- Jaramillo Isabelle

## III. MEMBRES DE L'ÉQUIPE

En 2016, le coordinateur de terrain a repris la fonction de coordinateur général, suite au départ du directeur (31 mai 2016) et du responsable administratif et financier (1<sup>er</sup> mars 2016). Ce changement a induit une nouvelle organisation du travail en équipe, plus collaborative entre les équipes de première et deuxième lignes. Par ailleurs, l'obtention du soutien du Maribel social a permis l'engagement d'un infirmier mi-temps supplémentaire. L'une de nos infirmières ayant été écartée dans le cadre de la protection de la maternité (fin septembre 2016), son temps de travail a été réparti entre les trois autres infirmier(ère)s.

Le tableau ci-dessous reprend les personnes qui composaient l'équipe en 2016, avec leur fonction, durée du contrat de travail, et source de financement.

Nom	Prénom	Nbre h/sem.	Fonction	Financement
ALLA	Reslane	38	Travailleur social	ACS
BARFI	Mohamed	38	Travailleur social Délégué syndical inter-centres (SETca)	ACS
BARTHOLEYNS	Frédérique	19	Chargée de projets	SPFB
COLLIN	Christopher	38	Coordinateur CLIP (jusqu'au 30 mai) et coordinateur général (à partir du 1 <sup>er</sup> juin)	SPFB
DAHROUCH-NAIMI	Chaimae	28,5 – 38 (en octobre)	Infirmière Déléguée syndicale inter-centres (CNE)	SPFB – ex-FA
DEVER	Lucy	10	Médecin généraliste (à partir du 21 août)	Ex-FA
DEVILLE	Éric	19	RAF (jusqu'au 29 février)	ACS
DE VLEESCHOUWER	Didier	19	Coordinateur général (jusqu'au 31 mai)	SPFB
EL FATIHI	Badr	38	Travailleur social Conseiller en prévention	ACS
ES-SAFI	Mustapha	38	Travailleur social et logistique	ACS
GODENNE	Sophie	19 – 38 (en septembre)	Infirmière	SPFB – ex-FA
HAMIANI	Nadia	30,4	Secrétaire Personne de confiance	SPFB
LAGODA	Jean-Philippe	38	Travailleur social	ACS
LEONARDY	Nicolas	10	Médecin généraliste (jusqu'au 20 août)	Ex-FA
MASSAUX	Anouk	30,4	Infirmière (écartement le 12 septembre)	SPFB
SEBUGINGO	Eugène	38	Infirmier (à partir d'octobre)	Remplacement + Maribel
THIANGE	Tommy	19 puis 38 (en mars)	Chargé de projets	ACS

#### IV. FORMATIONS DU PERSONNEL

*Plaies et cicatrisation*, certificat interuniversitaire organisé par l'UCL, l'ULB et l'ULG, 150 heures du 23 septembre 2015 au 10 juin 2016 : Sophie Godenne.

*Entre ombre et lumière : addictions & vulnérabilité*, Colloque organisé le 29 janvier 2016 par le RA, en collaboration avec le laboratoire d'anthropologie prospective de l'UCL, 29 janvier 2016 : Christopher Collin.

*Supervision clinique*, 10 séances en 2016, financées par une bourse du FASSS (APEF) : l'équipe de 1<sup>ère</sup> ligne.

*Bilan de compétences*, Laboratoire l'Ergologie appliquée, de janvier à mars 2016 : Frédérique Bartholeyns.

*Initiation à l'écoute active*, organisée par LEEP, les 1<sup>er</sup> et 8 mars 2016 à Bruxelles : Chaïmea Dahrouch-Naimi.

*Enrayer la fabrique des pauvres*, 17<sup>ème</sup> atelier international de recherche et d'action sur les inégalités sociales et les discriminations, organisé par Le Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté, en collaboration avec le CREMIS (Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations), le 11 mars 2016 à Saint-Gilles : Frédérique Bartholeyns et Tommy Thiange.

*Obligations comptables des ASBL, comptabilité en partie double et analyse financière*, organisée par le CESEP, les 1<sup>er</sup>, 8, 15 et 22 mars, 12 et 19 avril à Bruxelles : Nadia Hamiani.

*Attitudes et techniques de communication efficace*, organisée par LEEP, les 14, 15 et 21 mars 2016 à Bruxelles : Chaïmae Dahrouch-Naimi.

*Stratégie de communication pour les associations*, organisée par Ideji asbl, le 21 avril 2016 à Bruxelles : Frédérique Bartholeyns, Tommy Thiange.

*Comment animer un groupe et installer un climat propice à la réalisation des tâches*, organisée à Bruxelles par la Ligue de l'enseignement, les 22 et 29 avril 2016 : Frédérique Bartholeyns.

*Formation de base de conseiller en prévention*, organisée par le CESI, les 19 et 26 avril, 3, 10, 17, 24 mai 2016 à Mons : Badr EL Fatih.

*L'assertivité comme outil de travail*, organisée par Bruxelles Formation Entreprises, le 28 avril, 19 mai et 2 juin 2016 à Uccle : Chaïmae Dahrouch-Naimi.

*Pratiques collectives et participation*, organisée par le CEMAE-EP à Bruxelles, les 19, 20, 26 et 27 mai 2016 : Frédérique Bartholeyns.

*Premier Salon et Congrès pour les responsables d'asbl en Belgique francophone*, organisé par asblissimo, les 25 et 26 mai à Bruxelles : Tommy Thiange.

*Formation de base en secourisme*, organisée par la Croix-Rouge de Belgique, les 5, 6, 7 et 9 septembre 2016 à Bruxelles : Rezlane Alla et Badr El Fatih.



*Pratiques participatives avec des publics fragilisés*, modules de formation organisé par Repères asbl, de septembre 2016 à juin 2017 : Frédérique Bartholeyns.

*Mise au vert*, trois thèmes abordés : réflexion clinique « Qu'est-ce que la réduction des risques à l'asbl DUNE ? » ; Réflexion le bien-être au travail et le type de collaboration en équipe, nouvel organigramme et projets 2017, à Bruxelles, le 23 septembre 2016 : toute l'équipe.

*Introduction à la Communication NonViolente selon le processus de Marshall Rosenberg*, stages organisés à Bruxelles par Anne Bruneau, module 1 : « Les bases du processus et la relation à soi », 24 et 25 septembre 2016, module 2 : « La relation à l'autre et l'ouverture du dialogue », 15 et 16 octobre 2016, module 3 : « Les défis de la relation et la pratique du dialogue », 26 et 27 novembre 2016 : Frédérique Bartholeyns.

*Formation aux risques liés à l'injection*, organisée par Modus Vivendi, les 4 et 6 octobre 2016 à Bruxelles : Eugène Sebugingo.

*Introduction à la communication non violente*, organisée par Cocoon, les 14, 24 et 28 octobre 2016 à Evere : Chaïmae Dahrouch-Naimi.

*Désamorcer les conflits pour plus de qualité et d'efficacité*, organisée par l'asbl Sortir de la Violence, le 27 octobre et 10 novembre 2016, à Auderghem : Chaïmae Dahrouch-Naimi.

*Cycle de formation sur le VIH et les infections sexuellement transmises*, service des Maladies Infectieuses du CHU St-Pierre en collaboration avec le CUMG ULB, 19 novembre 2016, à Bruxelles : Sophie Godenne.

*Formation en droit des étrangers*, organisée à Bruxelles par l'Association pour le droit des étrangers (ADDE), module 1 « Séjour » : le 13 octobre 2016, module 2 « Séjour » : 27 octobre, module 3 « Protection » : 17 novembre, module 4 « Travail et aide sociale » : 1<sup>er</sup> décembre, module 5 « DIP, nationalité et intégration » : 15 décembre 2016 : Rezlane Alla.

*Recyclage de secourisme en milieu professionnel*, organisée à Uccle par la Croix-Rouge de Belgique, le 7 décembre 2016 : Chaïmae Dahrouch-Naimi, Sophie Godenne.

*Co-Working : accompagner les publics les plus éloignés de l'aide et du soin*, colloque organisé par Infirmiers de rue à Bruxelles, le 6 décembre 2016 : Rezlane Alla.

*Comment accompagner sans s'épuiser*, organisée par l'Ecole des Parents et des Educateurs, les 5 et 6 décembre 2016 à Uccle : Chaïmae Dahrouch-Naimi.

*Agir face au burn out*, organisée par le Ligue de l'Enseignement, les 1 et 9 décembre 2016 à Bruxelles : Chaïmae Dahrouch-Naimi.

*RdR entre paradoxe et pragmatisme, la naissance d'un nouveau paradigme. S'accommoder ou s'affranchir de la loi*, Colloque organisé par la Liaison antiprohibitionniste, à Bruxelles, le 8 décembre 2016 : Frédérique Bartholeyns, Christopher Collin, Tommy Thiange, Laura Grégoire.

*Formation des travaux sociaux de rue*, organisée par Traces de rue, Fédération francophone des travailleurs sociaux de rue, à Liège, les 8 et 9 décembre 2016 : Jean-Philippe Lagoda.

*Intervisions LaMbdA « Assuétudes et Exil »*, cycle 2016-2017, organisé par Le projet LAMA Anderlecht : Rezlane Alla.

## V. DEQ

### A. Définition des catégories

Médical	Définition
Dépistage	<ul style="list-style-type: none"><li>• TROD HCV</li><li>• TROD HIV</li></ul>
Don	Nous distinguons : <ul style="list-style-type: none"><li>• Don de matériel de soin : compresse, bande Velpeau, ...</li><li>• Don de matériel d'hygiène : brosse à dents, dentifrice, rasoir, tampon hygiénique, shampoing, crème hydratante, ...</li><li>• Don de médicaments : comprimé, gel, crème, ...</li><li>• Don de vêtements : chaussettes, caleçon, ...</li></ul>
Ecoute	Nous entendons l'écoute psychosociale au sens large de sa définition.
Information / Prévention	Nous entendons toute information ou conseil de prévention liée ou non à la consommation de drogues, comme par exemple : <ul style="list-style-type: none"><li>• Alimentation</li><li>• Hygiène de vie</li><li>• RDR</li></ul>
Injection	Nous entendons toute injection de médicament suivant la prescription médicale de l'utilisateur : <ul style="list-style-type: none"><li>• IM</li><li>• IV / Port-à-cath</li><li>• SC</li></ul>
Orientation	Nous distinguons : <ul style="list-style-type: none"><li>• Orientation externe (vers le réseau) : Transit, MASS, Projet LAMA, ...</li><li>• Orientation interne : permanence médicale ou permanence sociale.</li></ul>
Paramètre	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fréquence respiratoire</li><li>• Glycémie</li></ul>

Médical	Définition
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulsations cardiaques</li> <li>• Saturation en oxygène</li> <li>• Température corporelle</li> <li>• Tension artérielle</li> </ul>
Réfection pilulier	Nous entendons la réfection d'un pilulier suivant les traitements médicamenteux de l'utilisateur.
Soins de pieds	<p>Nous entendons tout soin fait au niveau des pieds, c'est-à-dire la zone située entre les orteils et la cheville en ce compris la malléole, comme par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bain de pied</li> <li>• Cors</li> <li>• Durillon</li> <li>• Mycose / Onychomycose</li> <li>• Phlyctène</li> <li>• Toute plaie située au niveau des pieds</li> </ul>

Social	Description
Logement	Recherche logement privé
	Recherche logement social
	Recherche AIS
	Recherche centre d'hébergement
	Contentieux avec le propriétaire
	Problèmes liés au logement (insalubrité)
	Accompagnement pour aide financière logement
	Aide administrative liée au logement
	Adresse de référence (autre que CPAS)
Aide administrative	Remise en ordre papiers identités
	Aide impôts
	Aide administrative (Autre)
	Rédaction courrier
Emploi	Recherche d'emploi
	Démarches Actiris/ONEM
	Démarches Chômage
	Problèmes liés au contrat de travail
	Litige avec employeur
CPAS	Adresse de référence
	RIS
	Aide sociale

Social	Description
	Aide alimentaire
	Litige avec CPAS
	Carte médicale / AMU
Justice	PRO DEO
	Contact avec assistant de justice
	Médiation
	Contact avec avocat
Accès soins de santé	Démarches mutuelles
	Démarches AMU
	Démarches carte médicale
	Démarche autre pour accès soins de santé

## B. Interface dossier patient

NOM : [REDACTED] (MIKE L'ANGLAIS)    PRÉNOM : MICHAEL    DATE DE NAISSANCE : 5 août 1955    NATIONALITÉ : Royaume-Uni    LANGUES PARLÉES : anglais

**GÉNÉRALITÉS**

Prénom : Michael  
Nom : [REDACTED]  
Genre : Homme  
[MODIFIER](#)

**ADMINISTRATIF**

Nationalité : Royaume-Uni  
Langues parlées : anglais  
Etat civil : [REDACTED]  
[MODIFIER](#)

**ANAMNÈSE SOCIALE**

Couverture en soins de santé  
 AMU  
Carte ID / passeport  
 Passeport uniquement  
CPAS  
 BRUXELLES

**SITUATION FAMILIALE**

Situation familiale  
Divorcé  
Deux frères

**NAISSANCE**

Date de naissance : [REDACTED]  
Lieu de naissance : [REDACTED]  
Pays de naissance : Royaume-Uni  
[MODIFIER](#)

**INFORMATIONS DE CONTACT**

Adresse  
*Pas d'adresse renseignée* [Ajouter une adresse](#)  
Courrier électronique : [REDACTED]  
*Pas d'information*  
Numéro de téléphone : [REDACTED]  
*Pas d'information*  
[MODIFIER](#)

**INFORMATIONS LOGEMENT**

Lieu de vie  
 Squat  
 Rue  
AS de référence au CPAS  
Mme Cazin

**INFORMATIONS MÉDICALES**

Maison médicale  
Entr'Aide des Marolles  
Médecin traitant  
Dr Salama  
Pharmacie  
Pharmacie des Fleuristes

**DÉTAILS DE LA PERSONNE**

TIMELINE

AJOUT D'UN RAPPORT

LISTE DES RAPPORTS

PERIODES D'ACCOMPAGNEMENT

AJOUTER UNE NOUVELLE ACTIVITÉ

LISTE DES ACTIVITÉS

VI. PHOTO DU MÉDIBUS SUR SITE

