



Région de Bruxelles-Capitale

# RAPPORT D'ACTIVITÉS 2017

Juin 2018

**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 : Avenue Henri Jaspar 124 – 1060 Saint-Gilles



# 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.....	17
3. Le chaînon manquant .....	20
B. Accueil : le CLIP, c'est bien plus qu'un comptoir d'échanges.....	22
1. Cadre de l'accueil.....	22
2. Les services proposés .....	24
C. Accès au matériel stérile .....	26
1. Notre approche de la réduction des risques .....	26
2. Le matériel accessible au comptoir .....	27
3. Enjeux de santé publique .....	28
D. Accompagnement.....	30
1. Accompagner l'émergence d'une demande.....	30
2. Guidance sociale et administrative .....	34
3. Accompagnement psycho-social mobile .....	34
4. Le processus d'accompagnement .....	36
E. Le dispensaire : soins infirmiers et consultation de médecine générale .....	40
1. Rétroacte et incertitude .....	40
2. Objectifs et organisation .....	42
3. Les besoins des patients.....	42
F. Prévention, information et sensibilisation.....	43
1. Information aux usagers de drogues et leur entourage .....	43
2. Information et sensibilisation de la population générale.....	44
3. Le Bon Plan : points d'assistance médicale et sociale de 1 <sup>ère</sup> ligne à Bruxelles .....	46
G. Pratiques participatives .....	49
1. Du concept de la participation .....	49
2. Nos actions participatives.....	50
H. Le Réseau santé Nomade « Précarité et assuétudes » .....	53
1. Principes fondateurs et objectifs généraux .....	54
2. Objectifs opérationnels .....	55
I. Réseau, collaboration, concertation et plaidoyer .....	57
J. Formation.....	57
1. Interventions dans les écoles .....	58
2. Tutorat des stagiaires .....	58
3. Journées de formation à l'attention des professionnels .....	59

K.	Démarche d'évaluation qualitative (DEQ) .....	60
<b>III.</b>	<b>Conclusion : les limites frustrantes.....</b>	<b>61</b>
<b>PARTIE 2 : ACTIVITÉS DE L'ANNEE ECOULEE .....</b>		<b>64</b>
<b>I.</b>	<b>Outreaching : Travail social de rue .....</b>	<b>65</b>
A.	Nombre de contacts en rue .....	65
B.	Matériel distribué .....	67
1.	Médibus .....	67
2.	Maraudes à pieds .....	68
3.	De la nécessité de diversifier le matériel.....	68
C.	Soins infirmier et suivi social .....	69
1.	Soins et suivis sociaux en rue .....	69
2.	L'orientation des patients rencontrés en outreach .....	70
<b>II.</b>	<b>L'accueil au CLIP.....</b>	<b>72</b>
A.	Fréquentation du CLIP .....	72
B.	Les services d'hygiène proposés dans le cadre de l'accueil .....	73
1.	Accès aux douches.....	73
2.	Lavoir .....	73
C.	Profil des personnes fréquentant le CLIP .....	73
1.	File active .....	73
2.	Répartition par genre .....	74
3.	Répartition par tranches d'âge .....	75
4.	Répartition géographique.....	76
<b>III.</b>	<b>Accès au matériel stérile .....</b>	<b>77</b>
A.	Seringues distribuées .....	77
B.	Seringues récupérées.....	78
C.	Autres matériels distribués .....	79
<b>IV.</b>	<b>L'accompagnement .....</b>	<b>81</b>
A.	Guidance sociale et administrative .....	81
1.	Activités du service social .....	81
2.	Profil des bénéficiaires du service social .....	81
3.	Types de demandes émergeant au service social .....	83
B.	Accompagnement psycho-social mobile .....	85
<b>V.</b>	<b>Dispensaire du CLIP : soins infirmiers et consultation de médecine générale.....</b>	<b>87</b>
A.	Soins infirmiers .....	87
1.	Chiffres de fréquentation .....	87
2.	Nature des soins .....	88
3.	Profils des patients .....	89
a)	Remarque préliminaire.....	89
B.	Consultation de médecine générale .....	93
C.	Implémentation de dépistages rapides .....	94
1.	Hépatite C .....	95
2.	VIH .....	97
3.	Remarque à propos de la démedicalisation .....	99

D.	Conclusion.....	99
<b>VI.</b>	<b>Prévention, information et sensibilisation .....</b>	<b>101</b>
A.	Information aux usagers et à leur entourage .....	101
1.	Information au quotidien .....	101
2.	Boules de neige (BdN) : prévention par les pairs .....	101
B.	Information et sensibilisation de la population générale .....	105
C.	Le Bon Plan.....	106
1.	Diffusion de l’agenda 2018.....	107
2.	Nouveautés de l’agenda 2018 .....	109
3.	Evaluation .....	109
4.	Application mobile « Le Bon Plan » .....	110
5.	Perspectives pour l’édition 2019 .....	112
<b>VII.</b>	<b>Pratiques participatives .....</b>	<b>114</b>
A.	Opération de ramassage de seringues.....	114
B.	Focus groupe : l’accueil en point de mire .....	114
C.	Journaliste pour DoucheFLUX magazine.....	117
D.	Atelier radio .....	117
1.	Capsules pour La Voix de la Rue – Radio Panik.....	118
2.	Reportage lors du festival « Drogues : ne punissez plus ! » .....	118
<b>VIII.</b>	<b>Réseau santé « Nomade » - Précarité, assuétudes et participation : La participation pour agir sur la santé 119</b>	
A.	Recherche de partenaires, réseautage et ouverture .....	119
B.	Préparer l’avenir du réseau.....	120
C.	Les Midis Nomades .....	120
	15.02.2016 – De la nécessité de créer un collectif auto-organisé de travailleur(r)ses du sexe en Belgique avec UTSOPI .....	120
	08.06.2016 – Le budget participatif du CPAS de Charleroi.....	121
	07.10.20 – Experts du vécu : qui sont-ils ? Que font-ils ? avec le SPP intégration sociale .....	122
	13.12.16 – Alter Medialab : une expérience de journalisme participatif avec l’agence Alter et le SSM Ulysse .....	123
<b>IX.</b>	<b>Réseaux, collaborations, concertation et lobbying.....</b>	<b>125</b>
A.	En réduction des risques.....	125
1.	Echanges entre travailleurs et concertation de services .....	125
2.	Promotion de dispositifs innovants en Belgique .....	126
B.	Autour du soin .....	128
C.	Autour des pratiques participatives.....	130
D.	Soutien aux campagnes et actions.....	131
1.	Support don’t punish : 24 juin 2016 .....	131
2.	Journée Mondiale de Lutte contre le Sida .....	132
3.	Autres actions collectives .....	132
E.	Accès à la participation culturelle : article 27 .....	133
F.	En lien avec le travail de rue .....	134
G.	Partenaires communaux .....	135
1.	Saint-Gilles.....	135
2.	Molenbeek-Saint-Jean .....	136
H.	Autres.....	136

<b>X. Formation</b> .....	<b>138</b>
A. Interventions dans les écoles supérieures .....	138
B. Accueil et encadrement de stagiaires .....	139
C. Communication et recherche .....	139
D. Modules de formation à l'attention des professionnels.....	140
1. Gestion des personnes dépendantes de drogues et ramassage du matériel d'injection.....	140
2. Travail social de rue .....	143
3. Risques liés à l'injection.....	144
<b>XI. Démarche d'évaluation qualitative (DEQ)</b> .....	<b>146</b>
A. Problématisation.....	146
B. Analyse de l'environnement .....	147
C. Objectifs .....	148
D. Mise en œuvre .....	148
E. Constats concernant les effets produits par le projet DEQ.....	150
 <b>CONCLUSION GENERALE</b> .....	 <b>152</b>
 <b>ANNEXES</b> .....	 <b>155</b>
 <b>I. Conseil d'administration</b> .....	 <b>155</b>
 <b>II. Assemblée générale</b> .....	 <b>155</b>
 <b>III. Membres de l'équipe</b> .....	 <b>155</b>
 <b>IV. Formations du personnel</b> .....	 <b>157</b>
 <b>V. Photo du Médibus sur site</b> .....	 <b>159</b>

# INTRODUCTION

---

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

Depuis 2009, l'asbl DUNE dispose d'un agrément comme service actif en matière de toxicomanie dans le cadre du décret ambulatoire du 5 mars 2009<sup>1</sup> pour les missions générales d'accompagnement et de prévention, et un projet spécifique centré sur le travail de rue. Cet agrément s'est renforcé en 2013 par un projet second projet spécifique, reprenant une partie de notre dispositif infirmier, jusqu'alors soutenu par le SPP Intégration sociale. L'autre partie du dispositif infirmier et la consultation médicale relèvent d'un subside issu du transfert de l'ancien Fonds fédéral de lutte contre les assuétudes (*stand still*). S'y ajoute un agrément comme promoteur du réseau Nomade, en vertu des articles 177 à 196 du même décret.

En 2017, DUNE s'est vue agréée pour la mission générale de réductions des risques, à la suite de l'inscription de cette mission dans le décret ambulatoire. Outre l'aspect symbolique de la reconnaissance de la RdR aux côtés des trois autres piliers des politiques publiques de lutte contre les assuétudes (le soin, la prévention et la répression), l'agrément par la COCOF de DUNE pour cette mission générale permet à l'équipe de mettre en œuvre l'objectif stratégique de l'association dans un cadre normatif sécurisant.

En 2017, DUNE n'a pas démerité : elle renforce et améliore la qualité de ses interventions à tous les niveaux, et plus particulièrement sur les aspects liés à l'accueil que nous avons choisi de travailler par l'intermédiaire de la DEQ. Ces réflexions sont primordiales dans la mesure où elles nous permettent de travailler le fondement de la mise en relation : l'accueil débouche sur la création du lien nécessaire à toutes interventions avec un public précarisé. Ce travail de réflexion sur la base de notre travail est nécessaire car il donne de la plus-value au « prendre soin » de notre métier et permet d'avoir un impact concret sur les facteurs de vulnérabilité.

C'est avec cette clef et au travers d'un outil expérimenté dans le travail de rue – nommé la « posture de proximité » – que nous vous invitons à découvrir nos activités en 2017.

Bonne lecture !

\*  
\* \*

---

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

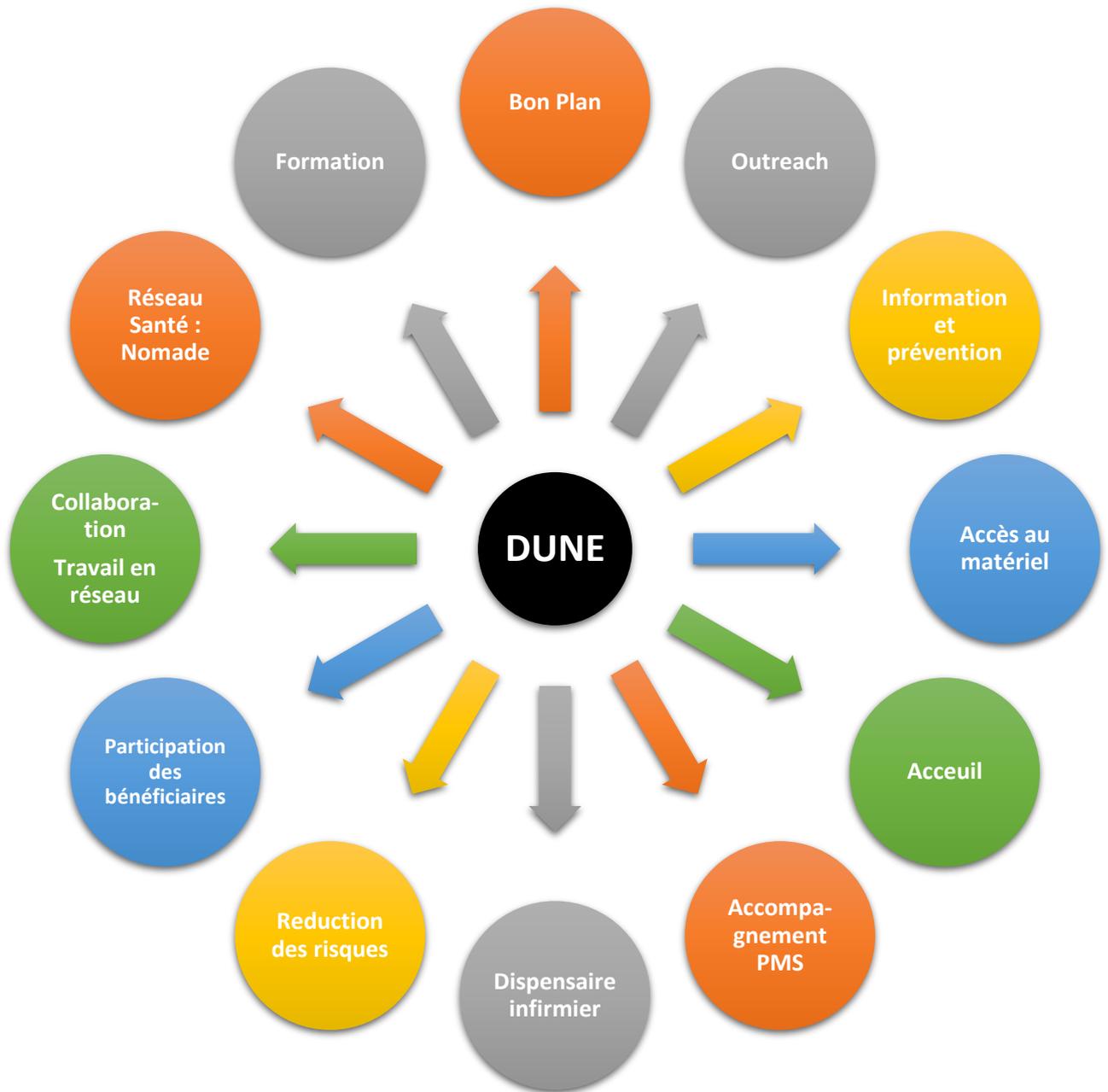
Nous proposons une présentation en deux temps de nos activités afin de rendre la lecture plus fluide.

La première partie du rapport 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 2017.

# 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, après le retrait du subside venant du SPP Intégration sociale.

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...

Une attention particulière 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'(in)formation 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 leur inscription 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. dentisterie/stomatologie, 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, 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 d'assistance sociale et médicale de première ligne à Bruxelles. Depuis 2017, le Bon Plan se décline aussi 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, agents des transports publics...). 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), l'accueil (B), l'accès au matériel stérile (C), l'accompagnement (D), le dispensaire (E), les actions de prévention, d'information et de sensibilisation (F), les pratiques participatives (G), le réseau santé Nomade « Précarité et assuétudes » (H), les réseaux, concertations, plaidoyers auxquels DUNE participe (I), la formation (J), et la démarche d'évaluation qualitative (K).

### A. Outreach : travail social de rue

En parallèle des activités menées au comptoir (le CLIP), 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, lesquels 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 (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 réduction des risques 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'approprie. 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.

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.

- La posture de proximité

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

---

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

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 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.*

*L'approche d'un usager peut se faire avec l'empathie, la compréhension 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...*

(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 du terrain, de ses particularités et des usagers, de manière à comprendre ce qui fait sens dans ce contexte bien particulier. Sur cette base, il s'agit d'inventer et de réinventer notre pratique pour proposer une approche qui corresponde aux spécificités du public-cible. Le travail de 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, les réalités vécues par les personnes qui constituent notre public afin de 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

---

<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.

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.

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 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 reprendre petit à petit 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*

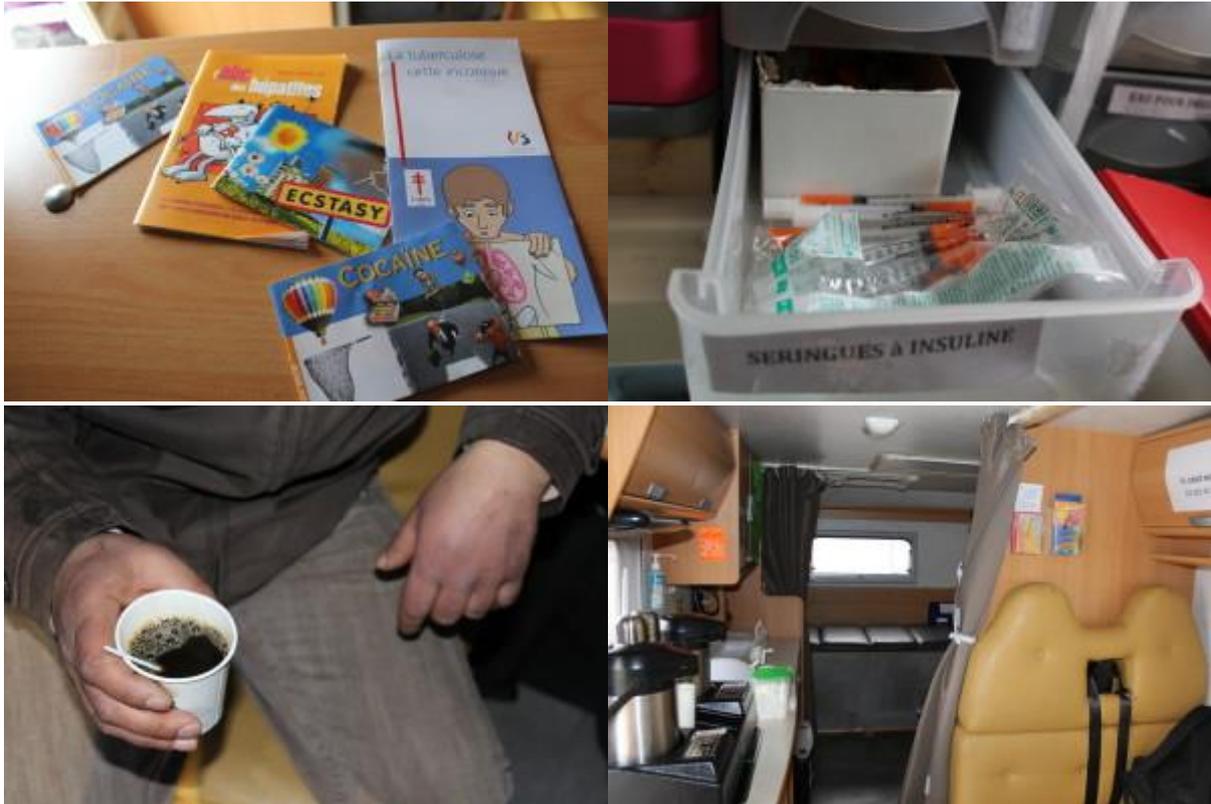
Depuis novembre 2013, le travail de maraudes à pieds est complété par un dispositif innovant, unique à Bruxelles : le Médibus. Il s'agit d'un mobile-home transformé en salle de consultations infirmières et en un comptoir d'information et de réduction des risques liés aux usages de drogues. Cet outil d'outreaching permet d'aller à la rencontre des personnes en situation de grande précarité sur leurs lieux de vie ou d'errance 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 ». Pour 2017-2019, la commune de Molenbeek

poursuit son soutien au dispositif dans le cadre de son Plan local de prévention. Si le travail psychosocial de proximité mené auprès des usagers de drogues est un facteur contribuant à l'objectif de pacification de l'espace public, cet objectif ne nous appartient pas. En tant que service de santé, notre travail est centré sur la personne de l'utilisateur de drogues, sa santé et son bien-être, sa liberté d'agir et de se dire. L'inscription du soutien communal dans la durée est une manière de répondre (partiellement) aux constats posés en 2012 par la plateforme associative et citoyenne locale « Ribaupôle »<sup>10</sup> et atteste de la pertinence de notre dispositif.



<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.



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 à la suite de 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.

Sur la base des observations de terrain, nous avons jugé opportun de concentrer nos forces sur le quartier Ribaucourt/Yser 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 notre public-cible, les usagers de drogues, contrairement aux autres sites qui sont principalement fréquentés par des personnes ne présentant pas de problème d'assuétudes.

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.

## 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 s'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 efficace du patient (ex. travail administratif pour une carte médicale, orientation et accompagnement vers la seconde ligne).

### 3. *Le chaînon manquant*

Cette année encore, nous souhaitons clore cette partie en mentionnant l'urgence sanitaire de mettre en place des dispositifs complémentaires, tels que les salles de consommation à moindre risque (SCMR), l'une des actions promues par le Plan drogues 2016-2019 de la FEDIDO bruxelloise<sup>11</sup>. En octobre 2016, une note a été établie par les trois cabinets bruxellois de la santé (Ministres Gosuin

---

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

et Vanhengel, Santé – Cocom, Ministre-Président Vervoort, Région de Bruxelles Capitale et la Ministre Jodogne, Santé – Cocof) représentés au sein de la Cellule politique générale en matière de drogues. « Elle a été alimentée par les discussions qui ont eu lieu au sein du groupe de travail ad hoc mis en place dans le cadre de cette Cellule, ainsi que par la consultation d’experts actifs dans le domaine de la toxicomanie à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie »<sup>12</sup>. DUNE a participé à la consultation des experts en toxicomanie bruxellois organisée par la Cellule. La note s’interroge sur la faisabilité et les conditions préalables à remplir pour la mise en place de SMCR en Belgique, avec une attention spécifique aux besoins et aux aspects organisationnels, budgétaires et légaux. Une des sept conclusions finales établit la nécessaire qu’une étude de faisabilité, si l’on veut mettre en place de telles SMCR. C’est donc dans ce contexte que la Politique Scientifique Fédérale (BELSPO) a commandité, pour la première fois, une recherche évaluant cette faisabilité en Belgique<sup>13</sup>.

À l’heure où l’on écrit ses lignes, le BELSPO a rendu son étude sur la faisabilité des SCMR<sup>14</sup> et la situation bouge à Liège... Nous espérons que la région bruxelloise et ses communes ne resteront pas dans un l’immobilisme pesant pour les travailleurs du secteur et préjudiciable à la santé publique.

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 détritiques 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.*

---

<sup>12</sup> Cellule Générale Politique Drogues, Coordination générale, *Salles de consommation à moindre risque*, Note de synthèse, octobre 2016,

[https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2016/10/CIM24102016\\_note\\_salles\\_de\\_consommation.pdf](https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2016/10/CIM24102016_note_salles_de_consommation.pdf)

<sup>13</sup> <https://feditobxl.be/fr/2018/02/etude-de-faisabilite-de-salles-de-consommation-a-moindre-risque-belgique-2018/>

<sup>14</sup> VANDER LAENEN, Fr., NICAISE, P., DECORTE, T., DE MAEYER, J., DE RUYVER, B. et al., *Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium - Étude de faisabilité de salles de consommation à moindre risque en Belgique*, 2018, <http://hdl.handle.net/2078.1/194734>

(Sophie, infirmière)

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



## B. Accueil : le CLIP, c'est bien plus qu'un comptoir d'échanges

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.

### 1. 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, activités participatives...). 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

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

*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 énérvé 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.*

*Un épisode de violence n'est 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.

## *2. 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 de médecine générale ;
- des services d'hygiène : un vestiaire, des douches et un lavoir.

a) 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 shampoing, savon, coton-tige, brosse à dents et dentifrice.

b) 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 lots de vêtements provenant des Petits Riens ainsi que par des dons de la Croix Rouge de Belgique, des travailleurs et de leurs connaissances professionnelles et personnelles. En hiver, on se procure des couvertures.

c) Lavoir social

Depuis l'été 2008, DUNE a également développé un lavoir 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.

### C. 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 la consommation par voie intraveineuse : avec le soutien d'associations et de militants (comme le CCLA – Citoyens comme les autres), une distribution officieuse du matériel nécessaire à l'injection s'est développée. L'ouverture des comptoirs d'échanges de seringues s'est ainsi effectuée « en douce » à partir de 1994 alors que la législation en la matière autorisait seulement les pharmacies et les services médicaux à délivrer du matériel stérile d'injection. Il a fallu attendre juin 2000 pour qu'un arrêté royal vienne combler le vide juridique dans lequel travaillaient les comptoirs<sup>15</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.

#### 1. 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. Cette sensibilisation a lieu dans le cadre du travail quotidien ainsi que lors des séances collectives de ramassage de matériel en rue.

---

<sup>15</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.

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

*La réduction des risques (RdR) est une idée générale qui consiste à ne pas considérer l'usager uniquement à travers son usage de drogues, mais à le considérer comme une personne à part entière, qui prend des risques. La RdR tente de limiter, de calculer les risques pris pour permettre de mieux vivre avec son mode de vie, et parfois ses dysfonctionnements. La réduction des risques est socio-sanitaire, c'est-à-dire qu'elle agit sur le plan médical et sur le plan humain. Elle est « reliée au monde » : il s'agit de réduction des risques d'exclusion et de précarisation psychologique, sociale, judiciaire, sanitaire. Sur le plan médical, la RdR est outillée par des supports : le matériel lié à l'injection et les conseils de « shooter propre », réduire les risques de contracter un virus par l'échange de seringues, de coton, etc. Nous les sollicitons à prendre soin d'eux et des autres, et pas seulement sous l'angle de la maladie. Sur le plan « humaniste », par le travail de proximité et le travail de rue, des contacts s'établissent, se développent entre travailleurs et usagers de drogues, et tentent de tenir une position de réduction des risques de désocialisation<sup>16</sup>.*

## 2. Le matériel accessible au comptoir

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

- Seringues : actuellement, deux modèles de seringues sont proposés (via la centrale d'achat, coordonnée par Modus Vivendi) : l'une avec une aiguille sertie, l'autre non, d'épaisseur et de contenance similaire. Les usagers qui fréquentent des comptoirs dans d'autres pays sont étonnés du peu de diversité de seringues proposées. En effet, les injecteurs ont besoin de seringues de contenance différentes selon les produits consommés.
- Tampons alcoolisés : ils servent à désinfecter la zone d'injection avant l'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.
- Stérifilt® : La pratique mise en cause dans les contaminations VHC est le partage des filtres et cuillères. Si ce nouvel outil permet de limiter sérieusement cette catastrophe sanitaire, il n'est proposé qu'au Médibus, grâce à nos partenaires sur ce projet, car son coût est relativement élevé. De plus, il n'est pas évident pour les usagers de modifier leurs pratiques de consommation : un travail d'information est nécessaire pour familiariser le public avec ce nouveau filtre.

---

<sup>16</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)

- Stérifix : le Stérifix est un kit comprend du matériel d'injection pour deux injections ainsi qu'une information écrite, destiné aux pharmacies (via les répartiteurs/grossistes en pharmacie). Certains usagers nous demandent le matériel d'injection sous forme de Stérifix.
- Acide ascorbique : utilisé dans la préparation de l'héroïne afin de chasser les impuretés de la solution injectable.
- Feuilles d'aluminium pour ceux qui pratiquent la fumette : Au Médibus, il s'agit de feuilles d'aluminium épaisses (©Apothicon) pour les chasseurs de dragon<sup>17</sup>.
- Paille à utilisation unique
- Pipe à crack : Les usagers ont accès à des pipes à crack au Médibus. 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. De plus, l'offre de ce type de matériel à tendance à influencer les pratiques de consommation moins risquées que l'injection. Il s'agit de l'une des manières efficaces de lutter contre le HIV et le VHC.
- Préservatifs

Nous avons conscience que faire une offre différente au Médibus et au CLIP risque à terme de créer des difficultés. C'est pourquoi 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. Il s'agit de suivre l'évolution des pratiques de consommation et des innovations technologiques.

### 3. 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

---

<sup>17</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>

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>18</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>19</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)

---

<sup>18</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>19</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>

## D. 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)*

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)

---

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

<sup>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.

est la demande d'écoute qui découlera sur la formulation d'une plainte ou d'une demande d'aide. C'est le point d'enclage sur lequel le travail d'accompagnement peut démarrer.

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

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

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

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

(Usager du CLIP)

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

*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*

---

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

*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)*

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'avons commencé car nous ne serons pas porteurs de l'échec.

Dans la pratique, les orientations et relais ne se font pas nécessairement sans mal. Beaucoup d'utilisateurs 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.

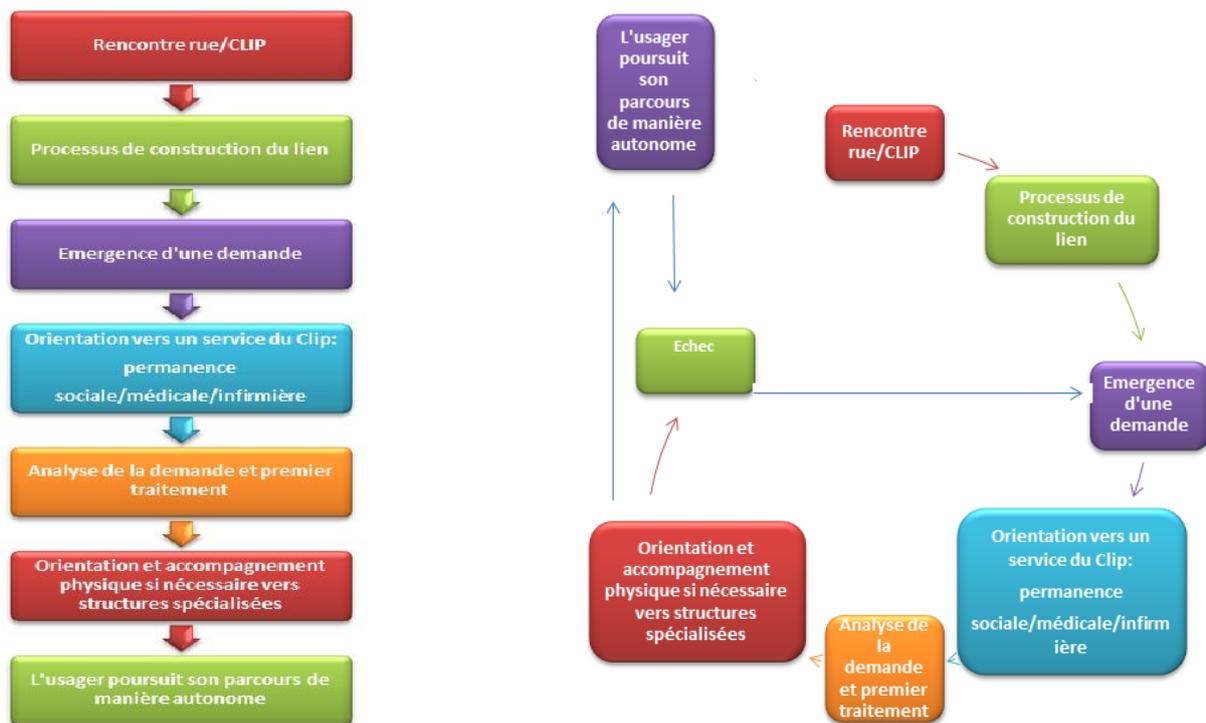
#### **4. Le processus d’accompagnement**

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’usager, 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**

---

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



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 sociaux 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'utilisateur 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)*

## **E. 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...

## F. Prévention, information et sensibilisation

Nos activités de prévention, information et sensibilisation peuvent être regroupées en trois points : l'information et la prévention destinées aux usagers de drogues et à leur entourage, passant par différentes modalités, dont les opérations Boule-de-Neige (1), l'information et la sensibilisation de la population générale, via notre site internet et les réseaux sociaux (2) et le Bon Plan, répertoriant les points d'assistance médicale et sociales de 1<sup>ère</sup> ligne à Bruxelles, à l'attention des personnes en situation de précarité et des travailleurs (3).

### 1. 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>26</sup>.

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

---

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

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.

## 2. *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.

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, Scoop-it et twitter

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>27</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)

En 2014, DUNE a créé également 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. Un relai était assuré sur twitter.

Toutefois, vu les difficultés à mobiliser une communauté au sein de ces réseaux (et aussi les contraintes financières imposées par Scoop.it), nous avons décidé de les clôturer en 2017, et de nous consacrer uniquement à la gestion de notre page Facebook.

### *3. Le Bon Plan : points d'assistance médicale et sociale de 1<sup>ère</sup> ligne à Bruxelles*

Depuis 2003, DUNE a développé des outils informatiques 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.

---

<sup>27</sup> [www.supportdontpunish.org](http://www.supportdontpunish.org)

c) Etapes d'évolution de l'outil d'information.

*- 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.

*- 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.

*- 2015-2017 : 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 (2016-2017)*

En 2016, nous avons mis en réflexion le projet de développer une application mobile du Bon Plan, munie de la géolocalisation. Cette app a été développée en 2017<sup>28</sup>.

#### d) Structure de l'outil

La structure du Bon Plan est adaptée en fonction des remarques des utilisateurs, en vue d'assurer utilité et facilité d'utilisation. Il 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 - assuétudes.

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...). 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 de première ligne à destination des bénéficiaires. 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,

---

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

- 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).

## 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>.

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

---

<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*.

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'usager 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.

## 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.

---

<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.*

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 : écriture et atelier radio

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.

La rencontre lors d'un des lunch-débats avec deux bénévoles actifs dans la publication du DoucheFLUX Magasine s'est concrétisée par la rédaction d'articles par des bénéficiaires de DUNE.

Les bénéficiaires de DUNE ont été invités à créer des capsules audio qui sont diffusées dans l'émission *La voix de la rue*, sur Radio Panik<sup>37</sup>.

*La Voix de la Rue est une émission qui parle de la vie des précaires. Le projet initié par DoucheFLUX On Air a pour but de faire entendre la voix des précaires à propos des problématiques liées à la pauvreté. Ce projet, largement participatif, est conçu comme un porte-voix. Il est une réponse au désir "d'esprits" de la rue de faire bouger les choses en faveur des plus démunis : face au constat du nombre grandissant de personnes à la rue, de plus en plus jeunes !, l'objectif est d'une part de sensibiliser à cette problématique et, d'autre part, d'améliorer la situation en tirant de ce bagage de vie à la rue, d'un vécu, des points de vue et conseils utiles.*

*Il n'y a PAS de fatalité ! La précarité est construite par le système et on peut se battre contre ça. **Il est tout à fait possible d'éradiquer la pauvreté**, c'est une question de volonté. La crise n'est pas responsable des non solutions ! Les thèmes des émissions sont en lien avec la vie à la rue, la pauvreté et la précarité des conditions d'existence des plus démunis. Ils sont abordés à travers des débats, des reportages, des informations pratiques. Le tout dans*

---

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

*un esprit constructif et agrémenté de musique (surtout bruxelloise !) et de rigolade !*

*Avec beaucoup de motivation et de persévérance, c'est une équipe sans cesse en mouvement qui se mobilise pour porter **La Voix de la Rue. Car parler, c'est déjà agir.***

<http://www.radiopanik.org>

\*  
\* \*

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 expérientiels 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. 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>38</sup> et ses activités sont ouvertes aux travailleurs (et aux bénéficiaires) des services intéressés.

Inspiré notamment des valeurs de l'antipsychiatrie (« placer l'utilisateur au centre du processus ») et de la Charte de la réduction des risques (« en dépit du statut illégal de certains de ses comportements, l'utilisateur de drogues a droit à la participation sociale, à la santé, à l'éducation, au travail et au respect »<sup>39</sup>), le réseau Nomade favorise la rencontre et la collaboration entre les acteurs en contact avec différents publics précarisés (usagers de drogues, travailleur(euse)s du sexe, personnes sans-abri ou mal logées, demandeurs d'asile...). Le réseau permet d'alimenter une réflexion constante et éclectique afin d'améliorer l'accompagnement et les conditions de vie des bénéficiaires.

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

La volonté du réseau de stimuler la réflexion et l'échange autour des pratiques participatives s'incarne dans l'organisation de rencontres-débats, *Les Midis du Nomade*, 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.

---

<sup>38</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>39</sup> *Charte de la réduction des risques*, Plateforme de RdR, [<http://reductiondesrisques.be/charte-de-lareduction-des-risques/>].

**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.

L'enjeu spécifique de 2017 pour le Nomade était de préparer la demande d'agrément pour 2018-2020 (voyez la 2<sup>ème</sup> partie).

## I. 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.

## J. Formation

Depuis octobre 2017, DUNE est agréée par le SPFB pour la mission générale de formation. Nos activités de formation visent deux types de publics : les acteurs socio-sanitaires et les acteurs de l'espace public qui cherche un soutien méthodologique concernant l'approche du travail de rue avec un public dit « toxicomane ».

DUNE a développé cinq types d'actions de formation :

- des interventions dans les écoles

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

Les détails des actions réalisées en 2017 dans ce domaine se trouvent dans la seconde partie du présent rapport. Nous développons toutefois ici deux aspects liés à la formation des étudiants ainsi que notre offre de formation.

### *1. Interventions dans les écoles*

Présenter le travail de réduction de risques de DUNE dans le cursus des étudiants (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 étudiants 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. Les débats avec les étudiants engagés dans les études d'infirmier peuvent tourner autour des questions suivantes : 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>40</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.

### *2. 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 chargée des tâches liées à la sélection, l'accueil et l'encadrement des stagiaires. Depuis 2016, le travail lié au tutorat est délégué à un éducateur et à 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.*

---

<sup>40</sup> P. JAMOULLE, *Fragments d'intime. Amours, corps et solitudes aux marges urbaines*, Bruxelles, La Découverte, 2009, Coll. « Collection Alternatives sociales », p. 245.

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

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

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

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

### **3. Journées de formation à l'attention des professionnels**

- a) 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, agents des transports publics) 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.

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 consommatrices.

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...); 2017 (STIB : 100 agents).

#### b) Co-animation

Nous sommes régulièrement sollicités par d'autres associations développant une offre de formation, en raison de l'expertise DUNE dans le domaine de la RdR et du travail de rue.

Cette expertise ouvre sur des collaborations à l'animation de formations organisées par d'autres associations, telles que Modus Vivendi (formation aux risques liés à l'injection) ou la fédération Traces de rue (formation au travail social de rue).

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

La DEQ 2017-2019 est centrée sur le thème « bénéficiaires » (choisi par l'équipe) et plus particulièrement, les aspects « accueil » et « participation », entre lesquels des connexions ont été établies.

Au centre de nos réflexions, l'amélioration de l'accueil des bénéficiaires au CLIP car cet aspect de notre travail 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.

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 donné 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 taraudent 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.

### 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'infirmière, il est parfois plus aisé de montrer certains gestes<sup>41</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.

---

<sup>41</sup> Par exemple, trouver les veines, montrer comment utiliser le matériel ou positionner un garrot.

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

Pour bien comprendre, il faut placer les pratiques d'injection dans leur contexte en faisant intervenir trois facteurs : l'individu, le moment et le produit. Imaginons un consommateur de drogues en manque. Il vient de se procurer son produit (ou un substitut). Il doit le consommer en rue car il n'a pas accès à un espace privé pour le faire. Il est aisé d'imaginer l'état de stress de l'utilisateur lorsqu'il prépare son shoot dans l'espace public (le long du canal, dans une station de métro), le plus souvent dans un environnement sanitaire désastreux (déjections, détritus), avec la peur de se faire interpellé 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. Rappelons que 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>42</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 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. DUNE et Modus Vivendi ont été agréées pour cette nouvelle mission RdR pour la Région bruxelloise en 2017. Toutefois, le contexte politique fédéral et le droit pénal constitue un frein indéniable au développement des dispositifs de RdR ayant démontré leur pertinence 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.

---

<sup>42</sup> Voyez M. HOGGE, *L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2013-2014*, Bruxelles, EUROTOX, juin 2014, pp. 27-31.

## PARTIE 2 : ACTIVITÉS DE L'ANNEE ECOULEE

---

Cette partie du rapport est destinée à faire état des activités menées en 2017 et des données statistiques qui en résultent. Selon une structure similaire à la 1<sup>ère</sup> partie, nous présenterons successivement les données relatives à l'outreaching (I), à l'accueil (II), à l'accès au matériel stérile (III), à l'accompagnement (IV), au dispensaire du CLIP (V), aux actions de prévention, d'information et de sensibilisation (VI), aux pratiques participatives (VII), au Réseau santé Nomade « Précarité et assuétudes » (VIII), aux réseaux, collaborations, concertations, lobbying et plaidoyers auxquels DUNE participe (IX), la formation (X) et à la démarche d'évaluation qualitative (XI).

Fin 2017, l'agrément de DUNE pour deux nouvelles missions (réduction des risques et formation) a permis l'engagement de nouveaux collaborateurs, qui sera effectif en 2018. Cette fin d'année 2017 a été particulièrement riche en changements puisque les recherches menées pour trouver de nouveaux locaux ont enfin abouti : à la mi-janvier 2018, les deux sites d'activités déménageront dans un seul bâtiment, situé à Saint-Gilles, en face du parc de la Porte de Hall. Nous avons poursuivi la mise en place de binômes de travail ou de groupe de travail autour des différents projets de DUNE afin que l'ensemble de l'équipe soit associé à la réflexion et la gestion des projets. Cela permet de développer une meilleure communication et cohésion au sein de l'équipe ainsi que des projets 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 (ré)orienter ;
- 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 2017, l'équipe de DUNE a réalisé 109 maraudes à pieds en rue en soirée et 98 permanences avec le Médibus, assorties de 85 maraudes en après-midi, soit un total de 292 prestations extra-muros. 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 870 contacts avec des usagers de drogues au Médibus et 1.145 contacts lors des maraudes à pieds, soit un total de 2.015 contacts établis en outreaching. En moyenne, les travailleurs ont établi 9,6 contacts par maraude à pieds. Le plus grand nombre de personnes rencontrées en rue en soirée est égal à 29.

Ces chiffres montrent le fort potentiel des actions d'outreaching (et particulièrement du Médibus) qui permettent de créer une accroche avec le public cible, au plus près des lieux de vie et d'errance.



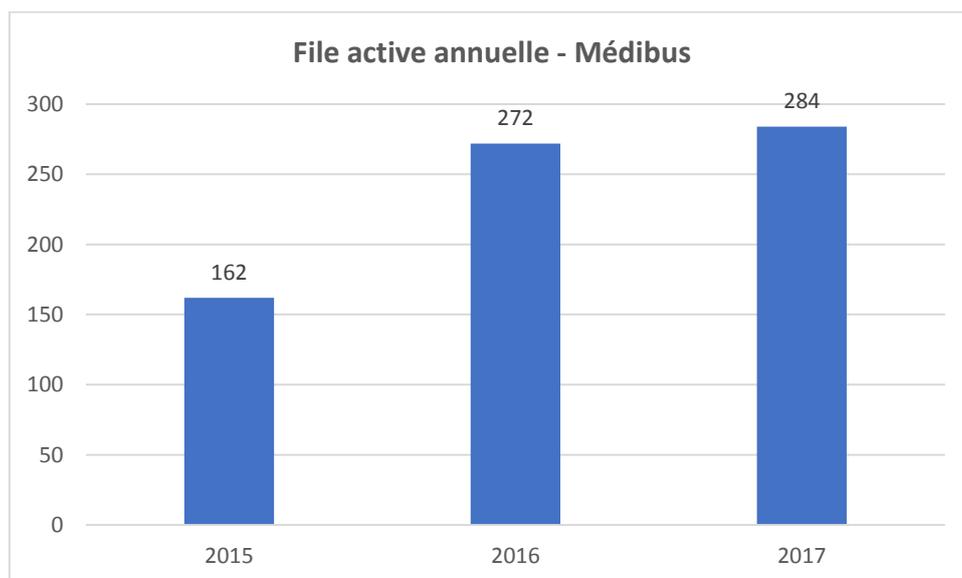
Notez que le terme « contact » comprend uniquement les situations où nous avons pu établir un dialogue avec les personnes rencontrées. La plupart des contacts effectués en rue concernent des usagers déjà connus par les travailleurs soit parce que ceux-ci fréquentent ou ont fréquentés le CLIP ou le Médibus, 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.

### ***Données relatives aux contacts sur le Médibus - 2017***

En 2017, les 98 permanences du Médibus ont permis de réaliser 870 contacts avec des usagers de drogues, dont 512 pour le matériel de consommation et 93 consultations infirmières.

La file active (nombre de personnes différentes rencontrées sur l'année) est composée de 284 personnes : 246 hommes et 38 femmes. La moyenne d'âge est de 38 ans. Le plus jeune usager a 19 ans, le plus vieux 58 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.

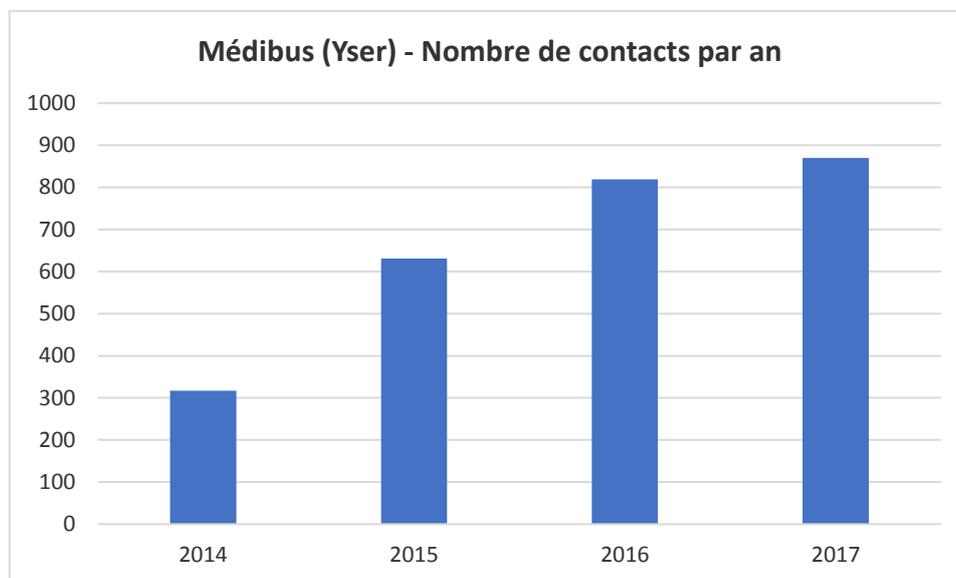
Le graphique ci-dessous indique la progression de la file active (nombre de personnes différentes rencontrées sur l'année) du Médibus sur le site de Ribeaucourt/Yser.



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). L'un des objectifs du dispositif est de réorienter la personne vers le CLIP ou de l'inscrire dans le réseau d'aide et de soins et on constate que la plupart des personnes qui passent par le médibus sont effectivement orientées vers le CLIP et s'y rendent. On observe aussi le passage d'habités au médibus (dont certains viennent aussi au CLIP). Le travail psycho-social de proximité réalisé au Médibus avec les usagers de drogues participe également à l'objectif de pacification de l'espace public.

Par ailleurs, la comparaison des quatre premières années de fonctionnement du dispositif montre son succès croissant. En effet, 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. La forte progression

des contacts observée les premières années continue, plus modérément, avec un total de 870 contacts en 2017, malgré une légère diminution de la file active.



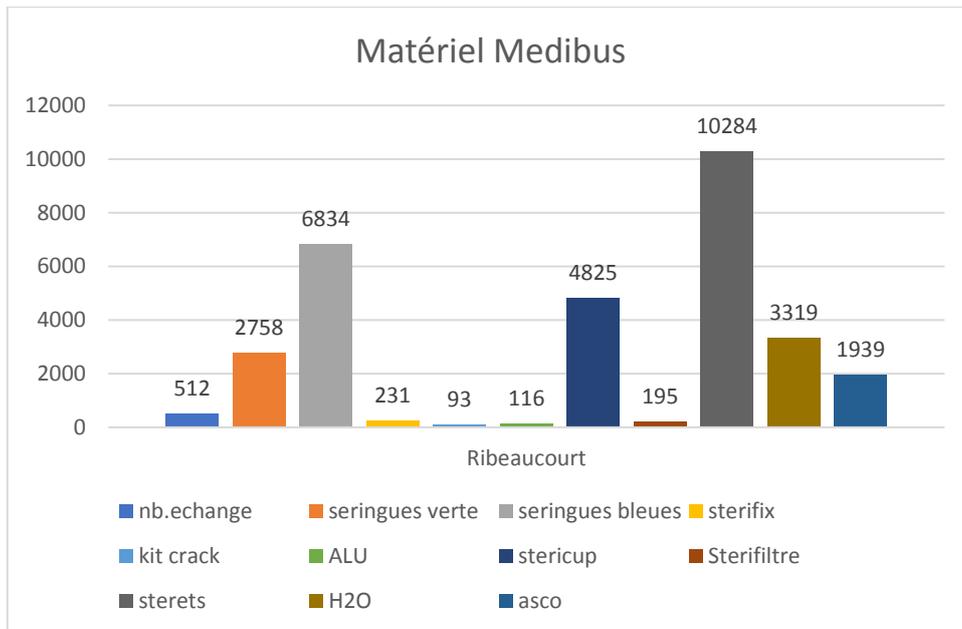
## B. Matériel distribué

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

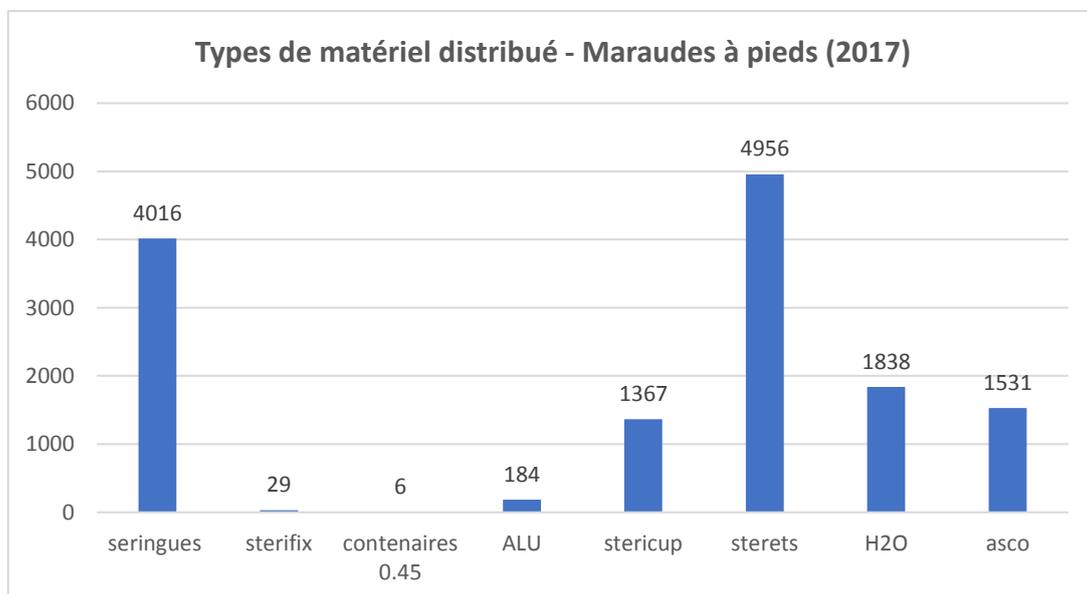
L'injection de produits psychotropes (cocaïne, héroïne, mésusage de produits pharmaceutiques) étant le principal mode de consommation rencontré chez nos bénéficiaires, on remarque dans le tableau ci-dessous que la grande majorité des échanges concerne la mise à disposition de seringues permettant de réduire les risques de transmission VIH et VHC. Entre janvier et décembre 2017, ce ne sont pas moins 9.592 unités qui ont été distribuées au Médibus.



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

## 2. Maraudes à pieds

Lors des 109 maraudes à pieds effectuées en 2017, les travailleurs ont 355 échanges de matériel et distribué 4.016 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.

Nous avons élargi notre gamme de matériel de réduction des risques, en y incluant des pipes à crack, afin de toucher un autre profil de consommateurs mais aussi de favoriser d'autres modes de consommation moins risqués en termes de santé. Grâce à la reconnaissance de la mission de réduction des risques, nous pourrions en 2018 proposer notre gamme de matériel élargie tant au CLIP qu'en maraude.

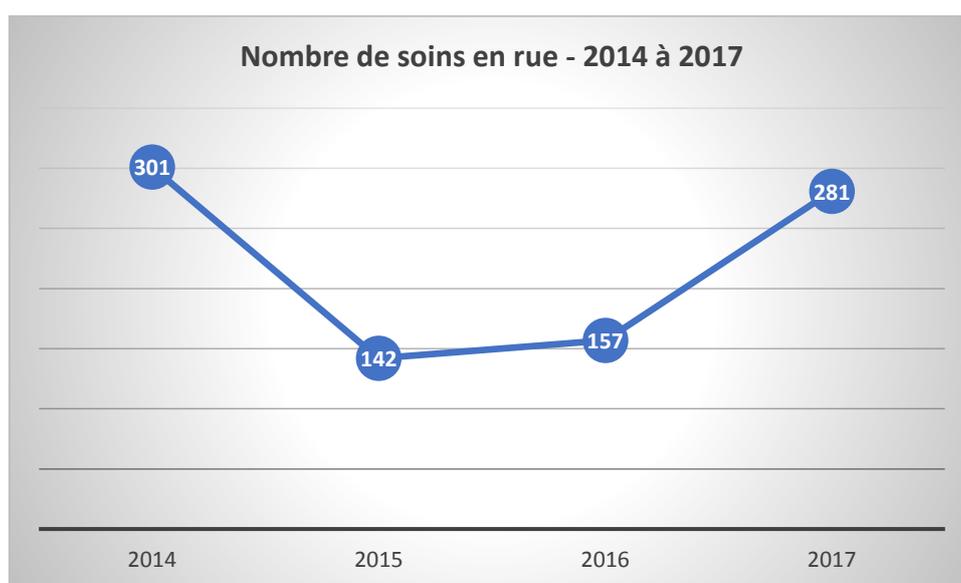
### C. Soins infirmier et suivi social

Dans cette partie, nous décrivons les données relatives aux soins et suivis sociaux réalisés en outreach (maraudes à pieds et Médibus) (1) ainsi que le travail d'orientation réalisé à partir des actions d'outreaching (2).

#### 1. Soins et suivis sociaux en rue

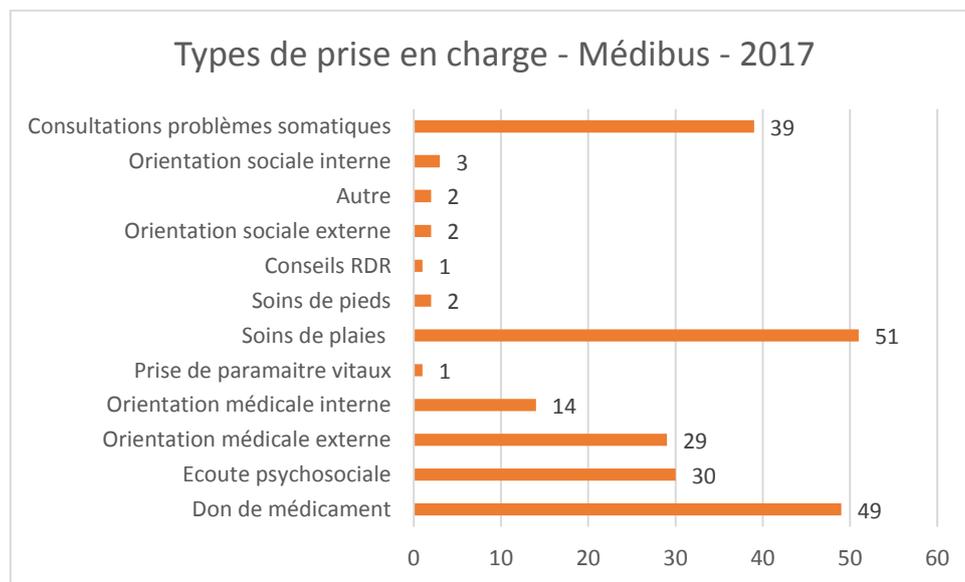
En 2017, les infirmier.ère.s ont effectué 223 soins au Médibus et 58 soins au cours des maraudes à pieds, soit un total de 281 soins réalisés hors de nos murs. Les 223 soins infirmiers réalisés au Médibus concernent une file active de 47 personnes (40 hommes et 7 femmes).

Le graphique ci-dessous montre l'évolution annuelle du nombre de soins réalisés en outreach. Une part des fluctuations est liée à la disponibilité du personnel infirmier. Toutefois, il convient de rappeler qu'en 2015, DUNE a centré ses activités avec le Médibus sur le quartier Ribeaucourt/Yser pour être au plus près de son public cible. N'intervenant plus sur les autres sites d'intervention du Médibus (gares du Nord, Gare du Midi), les soins qui y sont effectués ne sont donc plus repris dans nos statistiques, expliquant la forte baisse en 2015.



Comparativement à 2016, on constate une hausse de 44% des soins en rue en 2017. Cette hausse des soins prodigués est à mettre en lien avec l'augmentation de notre cadre infirmier, qui s'est vu doté d'un mi-temps supplémentaire. Une présente paramédicale accrue en rue et au Médibus a permis de répondre à un nombre plus important de demandes de soins.

Le dernier tableau reprend les différents types de prises en charge effectuées au Médibus : on constate que les soins de plaies liés à l'injection occupent une place prépondérante avec le don de médicaments.



## 2. L'orientation des patients rencontrés en outreach

Les soins prodigués en rue et au Médibus n'ont pas pour objectif d'installer la patientèle dans les structures d'outreach. Cette offre de soins (psycho-)somatiques permettra (avec le temps) 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 ». Notre équipe propose également aux patients un accompagnement mobile vers des structures de soins spécifiques (voir *infra*) afin de favoriser la prise en charge.

Depuis octobre 2017, nous avons eu l'opportunité d'ouvrir une permanence sociale tenue par l'assistante sociale, une fois par semaine au Médibus. Ceci a considérablement aidé les patients qui ont pu directement bénéficier d'une orientation sociale et, le cas échéant, d'une prise en charge, notamment pour des questions d'accès aux soins.

Il convient de noter qu'il est difficile d'obtenir le nombre d'orientations effectives depuis le Médibus vers le réseau d'aide et de soins de 1<sup>ère</sup> ligne. En effet, lorsque l'orientation est réalisée sans accompagnement mobile des travailleurs de DUNE, nous avons très peu de retours de la part des institutions de renvoi permettant de confirmer que l'orientation est effective. De plus, il est assez délicat, au regard du secret professionnel, de demander ce type d'informations, si aucun suivi commun n'est organisé entre DUNE et la structure vers laquelle le patient a été orienté.

Nous sommes toutefois parvenus à mesurer l'orientation vers le dispensaire infirmier du CLIP en croisant les différentes files actives. Le résultat est fort satisfaisant puisque les 47 personnes ayant reçu des soins au Médibus en 2017 ont également bénéficié de soins au CLIP. Cette donnée montre 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. L'ACCUEIL AU CLIP

La recherche d'une nouvelle infrastructure s'est clôturée fin 2017 avec la conclusion d'un bail pour un immeuble sis avenue Jaspar, en face du parc de la porte de Hall. La perspective d'un déménagement amène des questions. Les usagers vont-ils suivre dans les nouveaux locaux ? Comment va se réaliser l'intégration de notre service dans un nouveau quartier ? En attendant d'y répondre dans le rapport de l'an prochain, c'est encore notre petit local de la Chaussée de Forest qui a accueilli les bénéficiaires, tout au long 2017.

### A. Fréquentation du CLIP

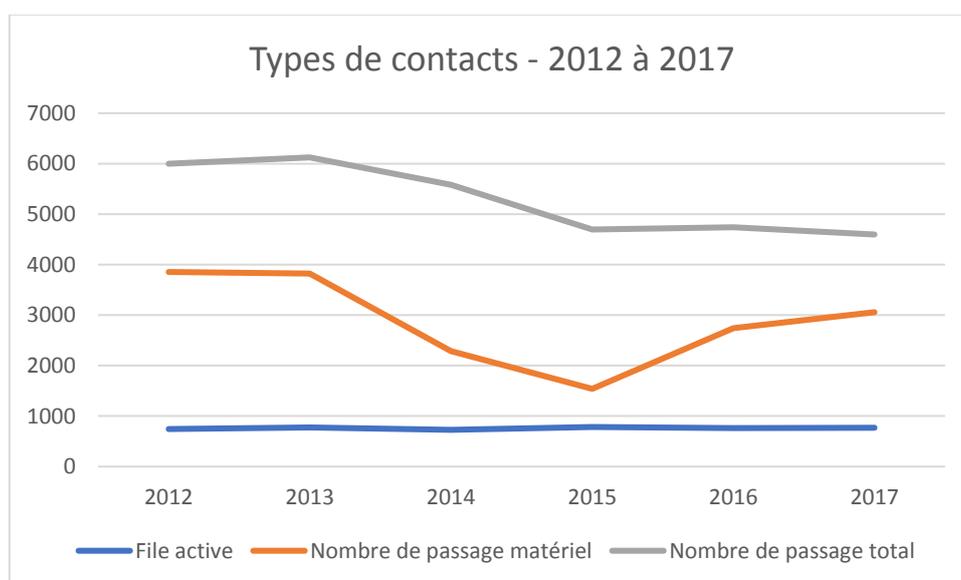
Nous avons comptabilisé un total de 4.597 passages au CLIP pour une file active de 772 personnes différentes rencontrées au cours de l'année 2017.

Les usagers viennent au CLIP pour différents motifs :

- pour bénéficier de l'accueil, sans échange de matériel : 742 passages
- pour une demande d'accès au matériel stérile, uniquement : 833 passages
- et lors de 3022 passages, les usagers sont venus pour le matériel et pour profiter de l'accueil.

Ainsi, notre salle d'accueil a comptabilisé un total de 3.764 passages en 2017. Notons qu'un accueil est comptabilisé si la personne reste plus de 20 minutes dans nos locaux.

Le 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.



Ces données montrent combien l'accueil en soirée est essentiel pour les usagers fréquentant le CLIP. 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.

## B. 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 également les accompagnements et orientations vers les intervenants médico-psycho-sociaux en palliant certains manques d'hygiène marqués qui constituent des situations délicates et provoquent des réactions de rejet.

### 1. Accès aux douches

En 2017, une vingtaine de personnes ont bénéficié de 59 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.

### 2. Lavoir

En 2017, nous avons effectués 386 lessives pour 74 bénéficiaires, dont 9 femmes.

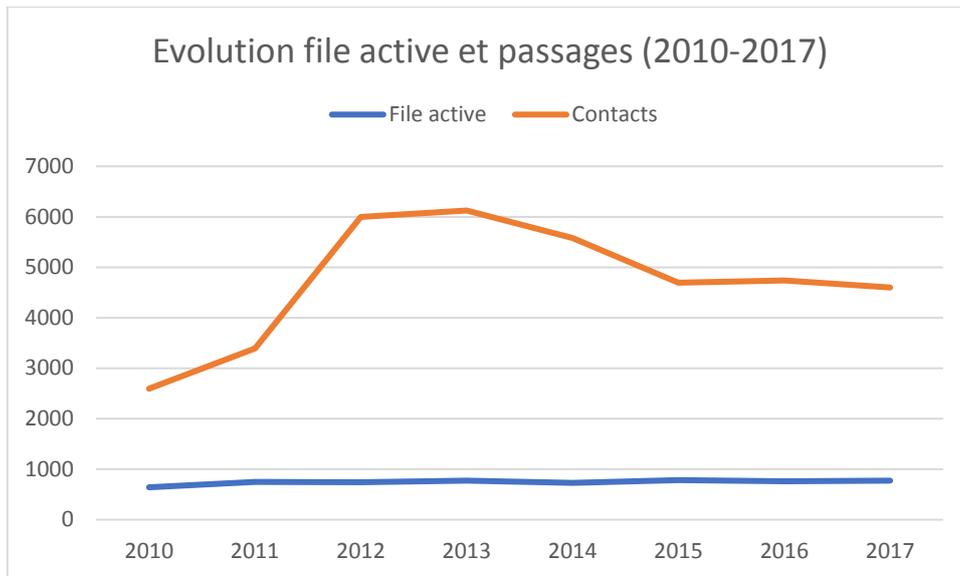
## C. Profil des personnes fréquentant le CLIP

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

### 1. File active

Le tableau et le graphique ci-dessous permettent de mettre en évidence l'évolution de la file active et des contacts. On observe que la file active reste relativement stable depuis 2011. Quant au nombre de contacts, on voit qu'il reste aussi relativement stable ces trois dernières années.

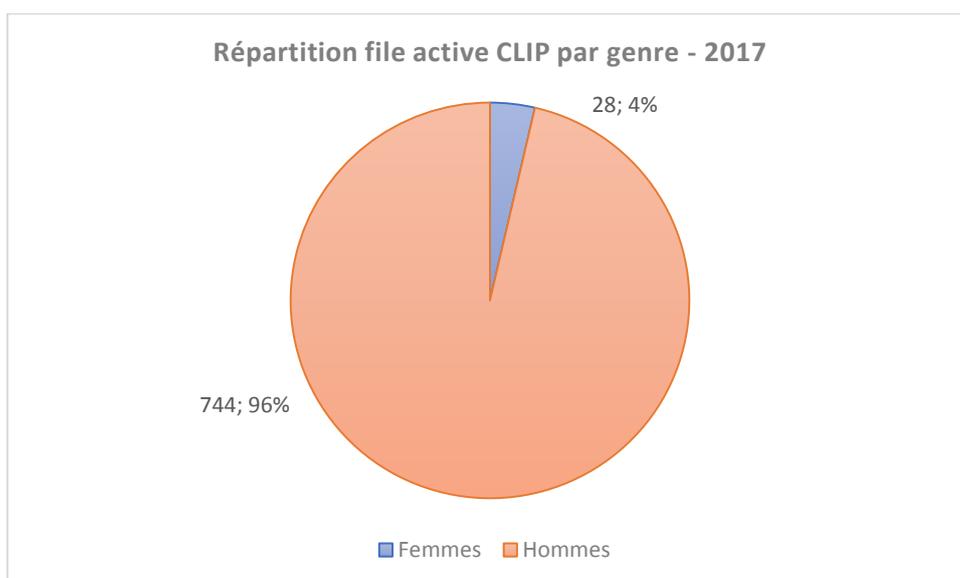
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
File active	642	751	742	774	728	784	764	772
Nombre de contacts	2595	3389	5998	6124	5581	4694	4737	4599



## 2. Répartition par genre

Les années précédentes, le pourcentage de femmes présentes au CLIP était relativement stable, autour des 10%. Cette année, les femmes ne représentent que 4% de la file active du CLIP. Cela nous a surpris et renforcé dans l'idée qu'il serait pertinent de proposer des activités spécifiques pour les femmes.

De manière globale, 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.

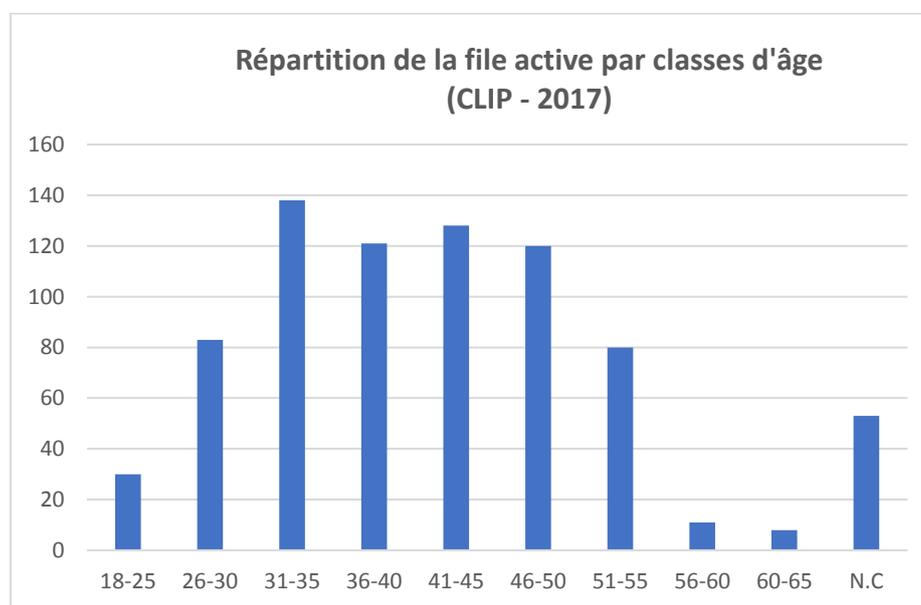


Relevons encore que plusieurs facteurs complémentaires expliquent cette proportion hommes/femmes :

- 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.

### 3. Répartition par tranches d'âge

La file active est constituée pour l'essentiel d'usagers adultes dont les classes d'âges les plus représentées sont les classes 31-35 ans et 41-45 ans.



L'enjeu pour un service tel que le nôtre est de pouvoir toucher les jeunes injecteurs car les premières injections sont identifiées comme à risques de contaminations VIH et VHC. 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 d'ailleurs 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>43</sup>.

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

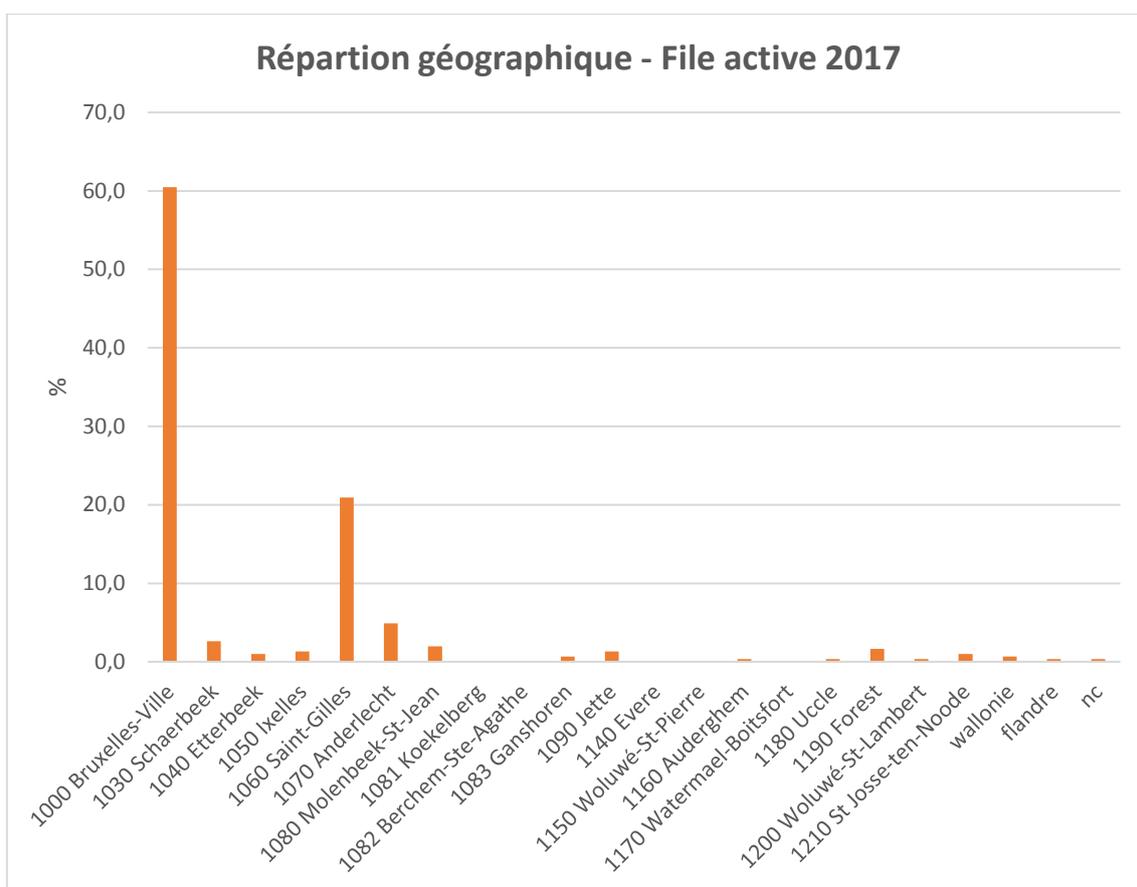
#### 4. Répartition géographique

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

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

---

<sup>43</sup> T. WINDELINCKX, *Evaluatie onderzoek project spuitenuil 2012*, Antwerpen, Vlaamse spuitenuil, Free clinic vzw, 2013 ; T. WINDELINCKX, *Rapport evaluatie onderzoek spuitenuil vlaanderen 2013*, Antwerpen, Vlaamse Spuitenuil, Free Clinic vzw, 2014. Données synthétisées par K. DE RIDDER, « Usagers de drogues à haut risque », in *Rapport national sur les drogues 2014 (données 2013). Tendances et évolution*, Bruxelles, Institut national de santé publique, Février 2015, p. 84.



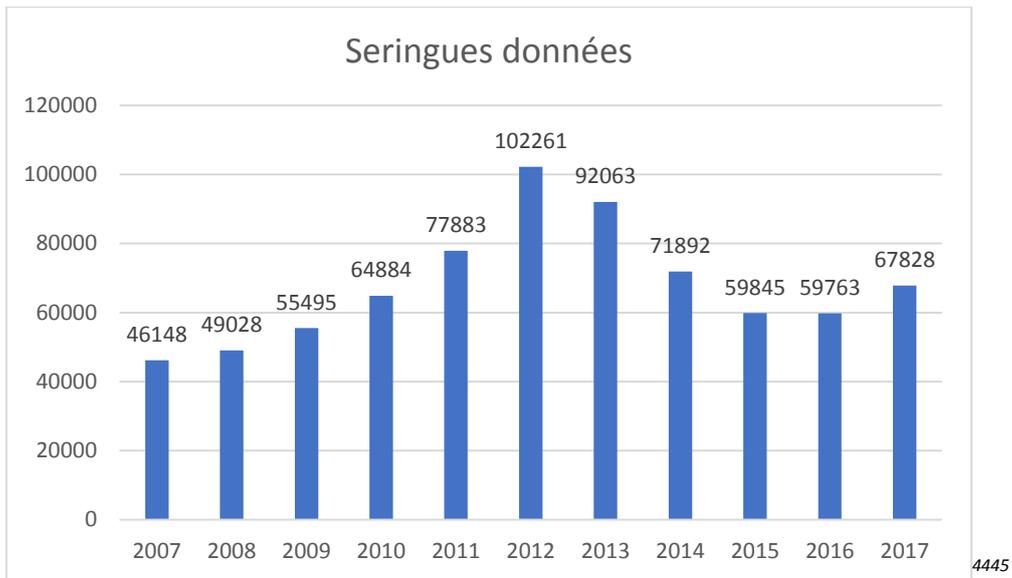
### III. ACCÈS AU MATÉRIEL STÉRILE

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

#### A. Seringues distribuées

En 2017, les travailleurs ont distribué 67.828 seringues au CLIP, auxquelles s'ajoutent les 13608 seringues distribuées en travail de rue (Médibus et maraudes), soit un total de 81436 unités

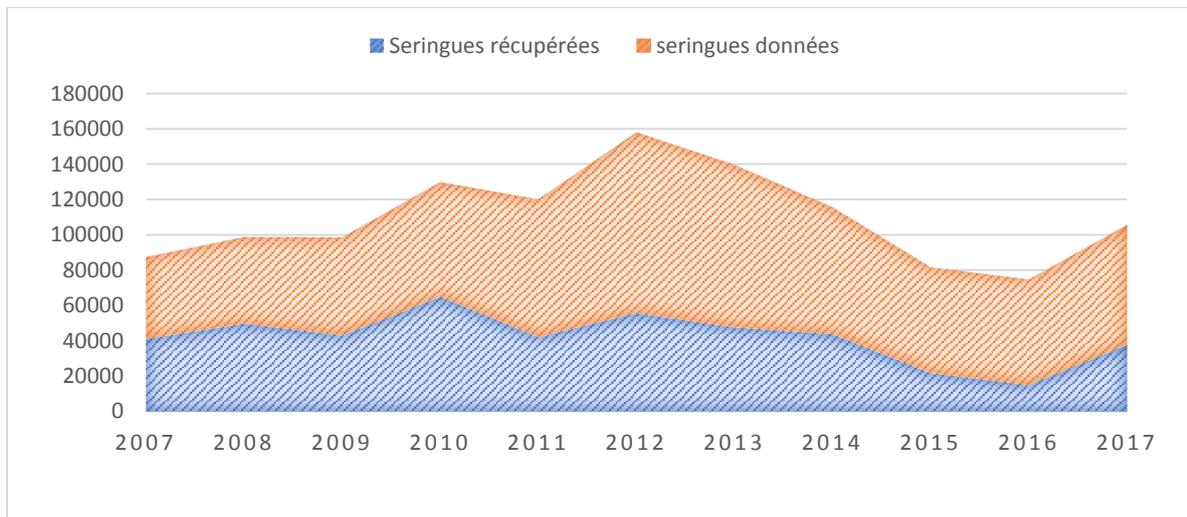
En raison des spécificités du public qu'elle rencontre, DUNE est un mauvais observatoire d'une diminution des pratiques d'injection et, si les données collectées sur les UDI restent parcellaires, elles sont encore plus lacunaires concernant certaines populations, comme les personnes originaires de l'Est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



## B. Seringues récupérées

En 2017, DUNE a récupéré 37.704 seringues, soit un taux de récupération de 55.59%. Il s'agit d'une amélioration notable de notre taux de récupération, comparativement à 2016 où le taux avoisinait les 25% de récupération.

*Comparaison récupération et don de seringues de 2007 à 2017*



Trois mesures sont développées afin 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

<sup>44</sup> Données uniquement pour le CLIP

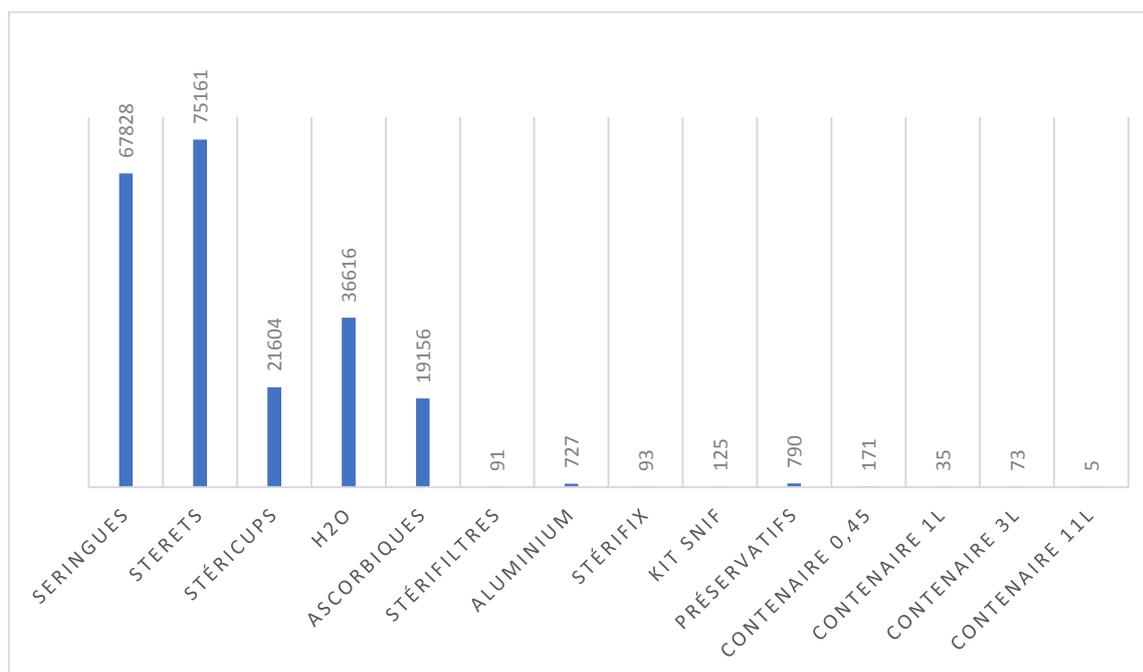
récupération ou se promener avec du matériel souillé représente plusieurs risques et désavantages : risques de se faire contrôler par la police, encombrement, conteneurs peu adaptés (couleur, taille, forme...). Ils préfèrent donc se débarrasser directement du matériel via des poubelles publiques, en 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 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 le nombre des retours. L'arrêté royal réglementant l'échange précise qu'en cas d'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 la formule de l'échange strict. Nous préférons faire un travail de fond avec les usagers pour augmenter le taux de récupération.

### C. Autres matériels distribués

Nous observons qu'en moyenne, pour trois seringues données, seul un « stéricup » est emporté par l'utilisateur. Dans une optique de réduction des risques liés aux usages par voie intraveineuse, cette situation constitue un problème majeur : pour réduire au maximum les risques qui y sont liés, il est nécessaire que les usagers utilisent, pour chaque consommation, l'ensemble du matériel. Les données récoltées en 2017 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.

## IV. L'ACCOMPAGNEMENT

Nous avons souligné, dans la première partie, l'une des spécificités de DUNE, en tant que service à bas seuil d'accès : tous les 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>46</sup>.

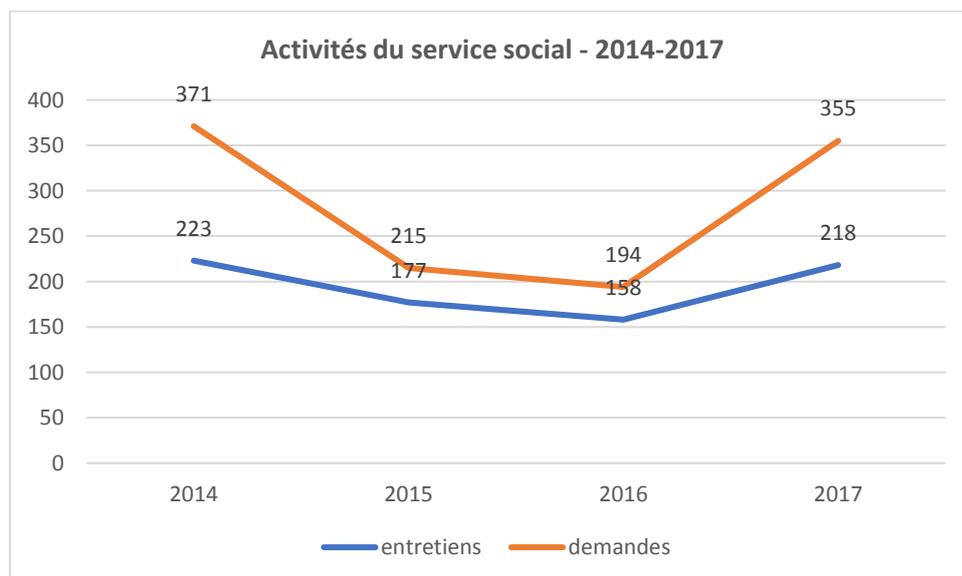
Dans cette partie, nous aborderons les données 2017 relatives à la guidance sociale et administrative (A), ainsi qu'à l'accompagnement psycho-social mobile (B).

### A. Guidance sociale et administrative

Après une présentation de l'activité globale du service social (1), nous présenterons le profil des bénéficiaires (2) ainsi qu'une analyse des types de demandes adressées au service social (3).

#### 1. Activités du service social

Au cours de l'année 2017, 84 permanences sociales ont été assurées par l'assistante sociale. Elles ont permis à 42 usagers différents (8 femmes et 34 hommes) de bénéficier d'une guidance sociale et administrative. Au total, ces 84 permanences ont donné lieu à 218 entretiens individuels au cours desquels 354 demandes ont été formulées.

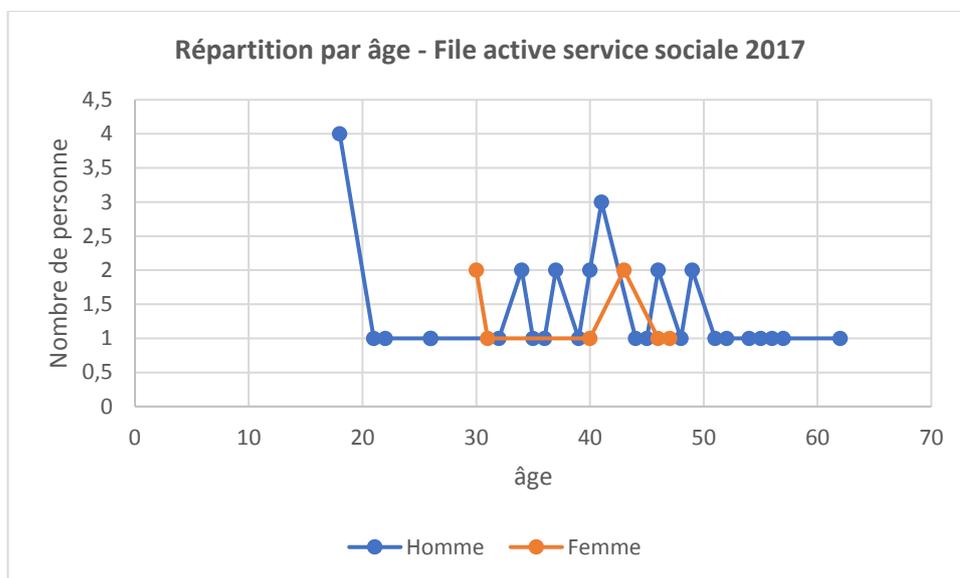


#### 2. Profil des bénéficiaires du service social

<sup>46</sup> Pour les développements relatifs à l'urgence de la demande, voyez la 1<sup>ère</sup> partie du présent rapport.

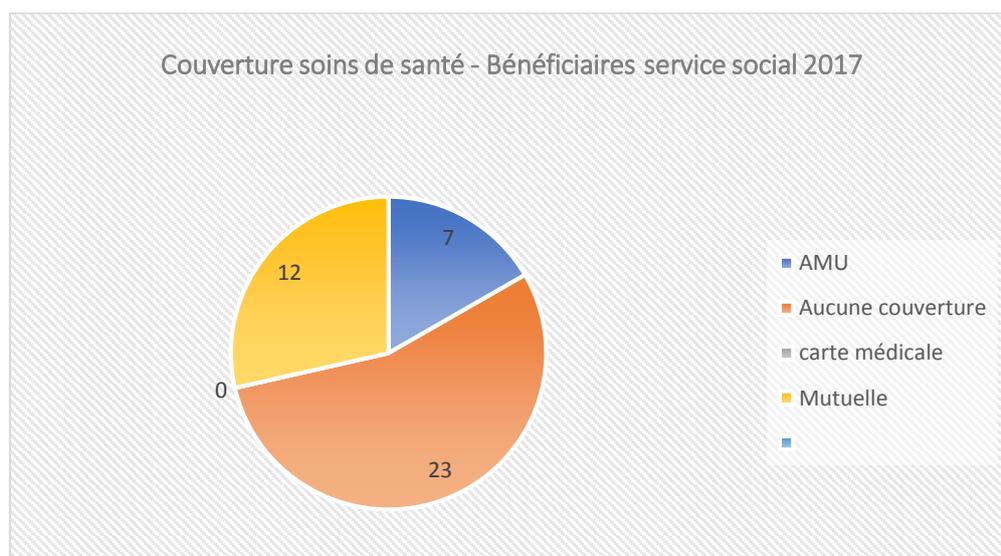
Nous disposons de quatre types d'informations portant sur le profil des bénéficiaires d'une guidance administrative et sociale : l'âge et le genre (a), la couverture en matière de soins de santé (b), les sources de revenus (c) et le type de logement (d). Pour compléter cette information, nous renvoyons le lecteur au profil des patients fréquentant le dispensaire infirmier (voyez *infra*).

a) Distribution des bénéficiaires selon l'âge et le genre



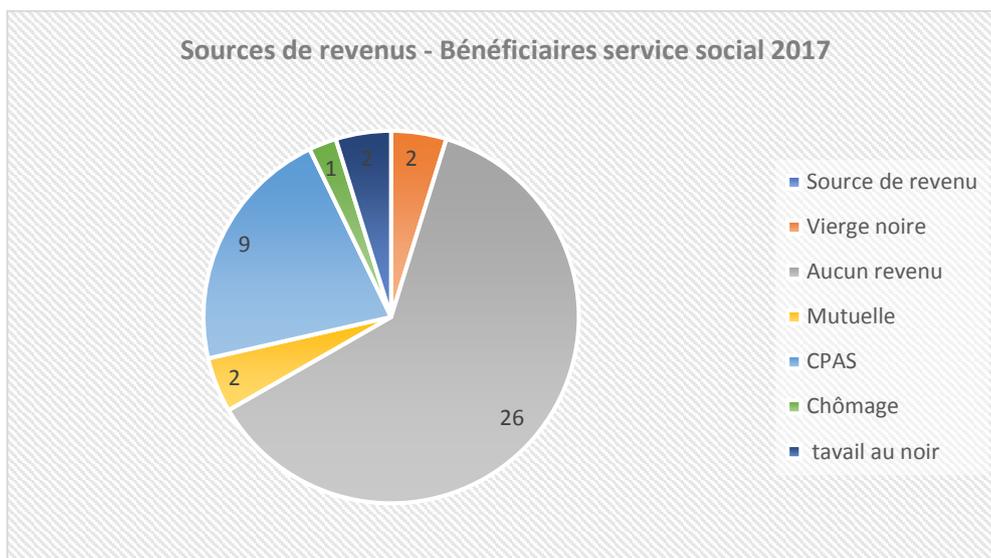
b) Couverture en soins de santé

On observe que la majorité des bénéficiaires ne disposent d'aucune couverture en matière de soins de santé.



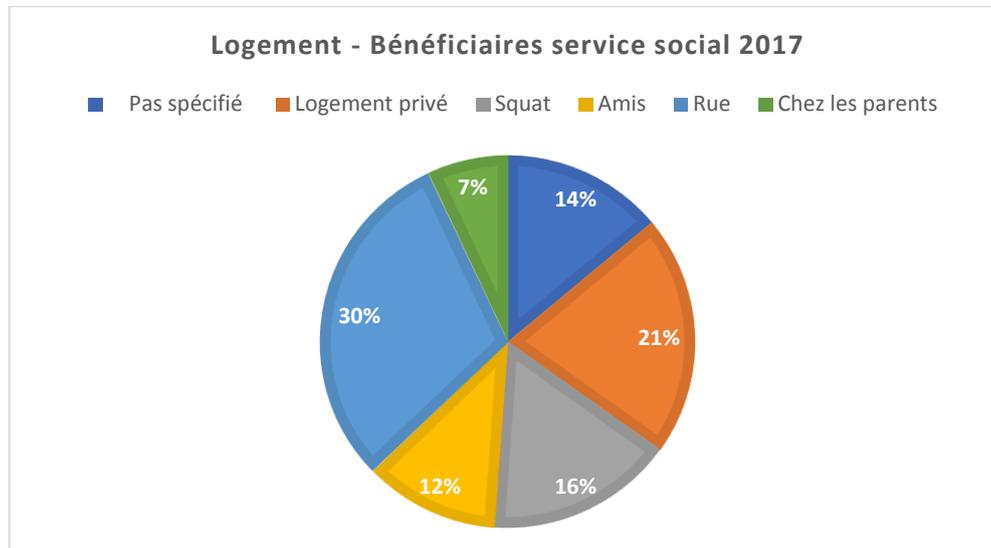
c) Sources de revenus

De même, la majorité des bénéficiaires du service social déclare être sans source de revenus. Les autres bénéficiaires de revenus de remplacement.



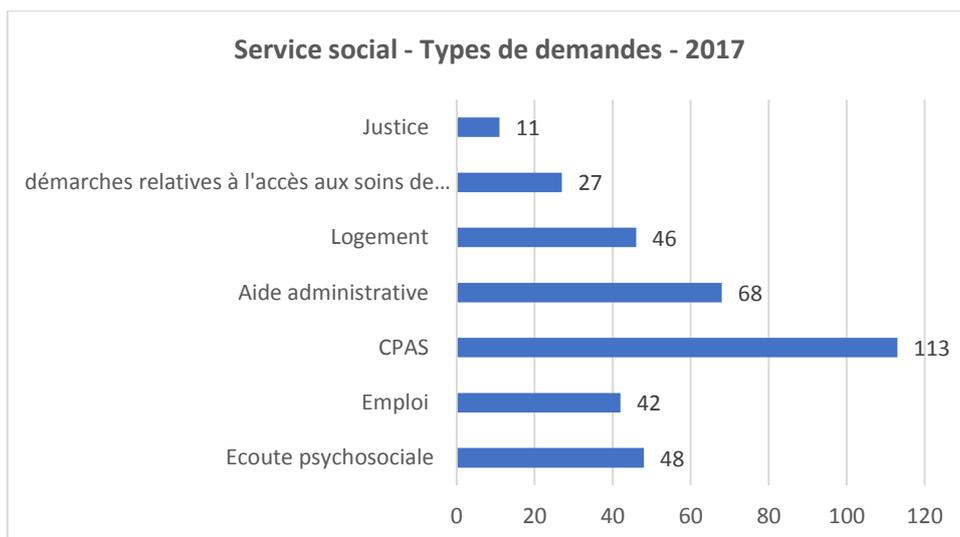
d) Lieux de vie

La situation des bénéficiaires en matière de logement est dans indicateur de l'état de précarité dans lequel ils vivent.



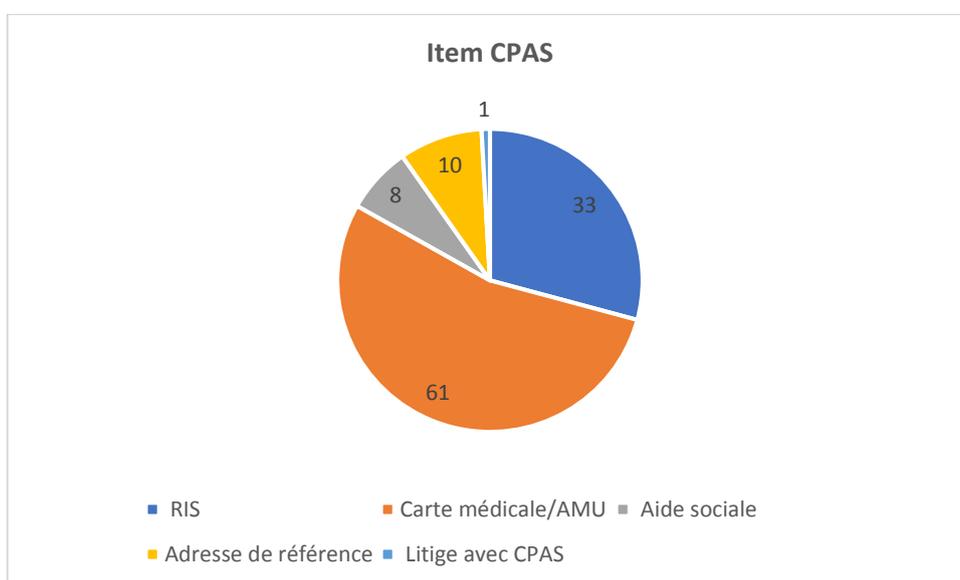
**3. Types de demandes émergeant au service social**

Les différentes demandes que nous recevons à la permanence sociale sont réparties en 7 catégories reprises dans le graphique ci-dessous.

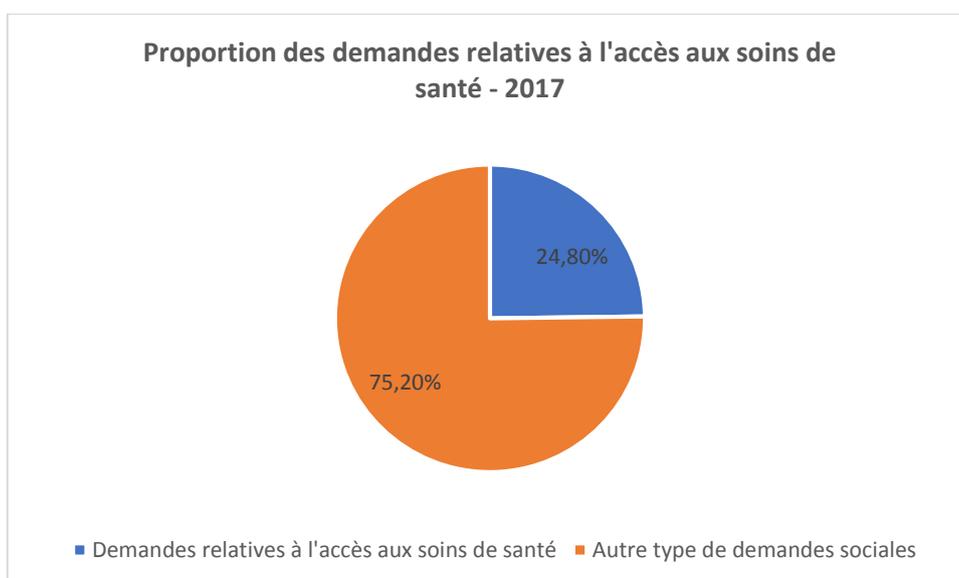


Au sein des demandes adressées au service social, *la variable « CPAS »* est la plus représentée. Cette variable se décline en plusieurs items qu'il est intéressant de mentionner.

Accompagnement pour revenus d'intégration	33
Carte médicale/AMU	61
Aide sociale	8
Adresse de référence	10
Litige avec CPAS	1



On observe que les demandes sont majoritairement (54%) en lien avec *l'ouverture des droits en matière de soins de soins*, via une carte médicale ou aide médicale urgente.



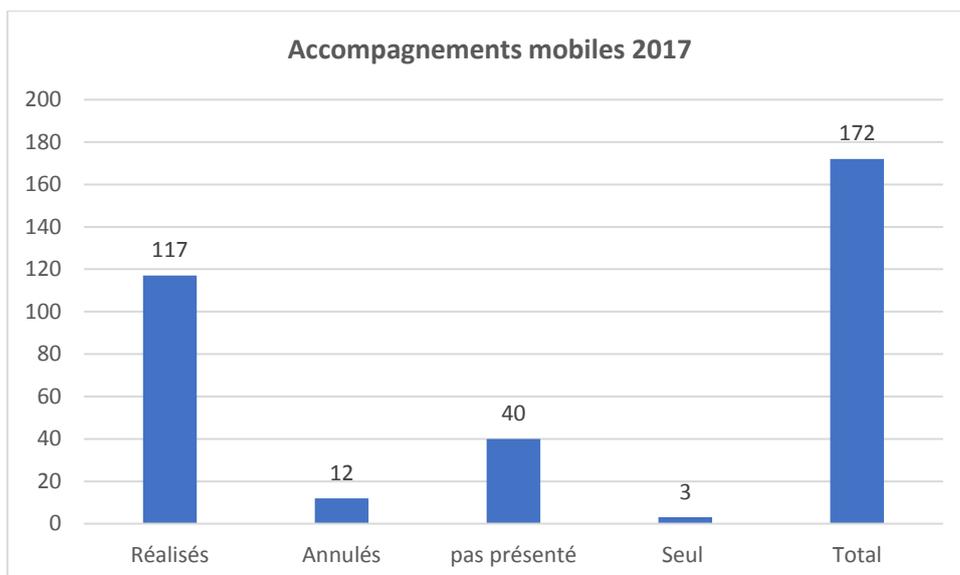
L'addition des demandes relatives à l'accès aux soins de santé sous la variable « CPAS » avec l'item « démarches relatives à l'accès aux soins de santé (autre que CPAS) » (e.a. remise en ordre de la mutuelle) révèle qu'un quart des demandes formulées lors des permanences sociales concernent à l'accès aux soins de santé.

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

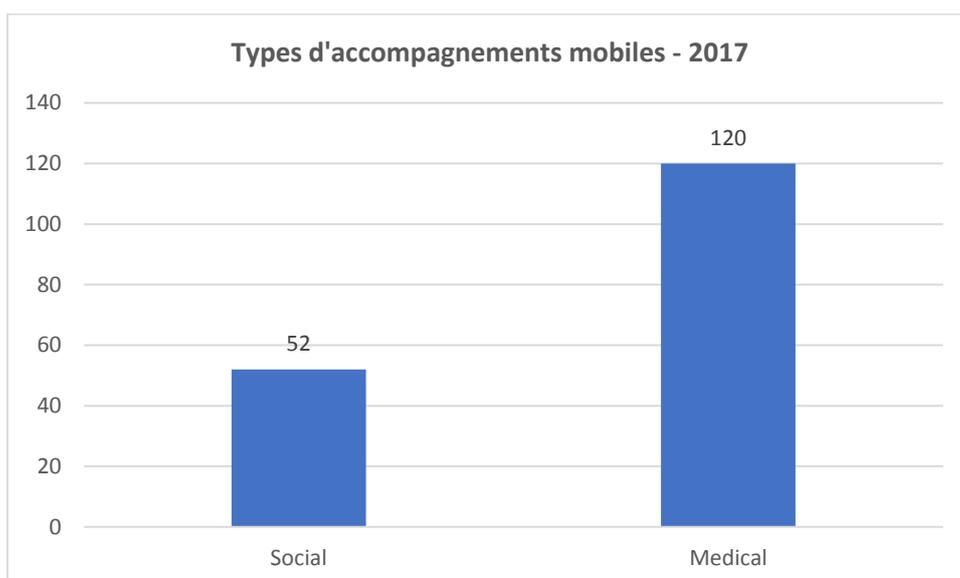
Les *demandes d'écoute psychosociale* arrivent en troisième position. Elles sont rarement formulées comme telles par les usagers. Il s'agit de moments où nous recevons des personnes en crise ou qui ont besoin de parler, sans que les discussions ne débouchent nécessairement sur une action concrète. Ce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

## B. Accompagnement psycho-social mobile

En 2017, on compte 172 accompagnements programmés, dont 117 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 26 personnes, 6 femmes et 20 hommes.



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.



## V. DISPENSAIRE DU CLIP : SOINS INFIRMIERS ET CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE

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).

Ce sont deux services devenus indispensables pour assurer l'accompagnement des bénéficiaires. Ils viennent trouver à DUNE des soins et un échange avec des professionnels de la santé, au fait des difficultés de santé rencontrées par les usagers de drogues vivant en rue. Notre nouvelle médecin, motivée et dynamique, a donné un nouvel élan aux consultations médicales, comme l'indiquent les tableaux ci-après.

### 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

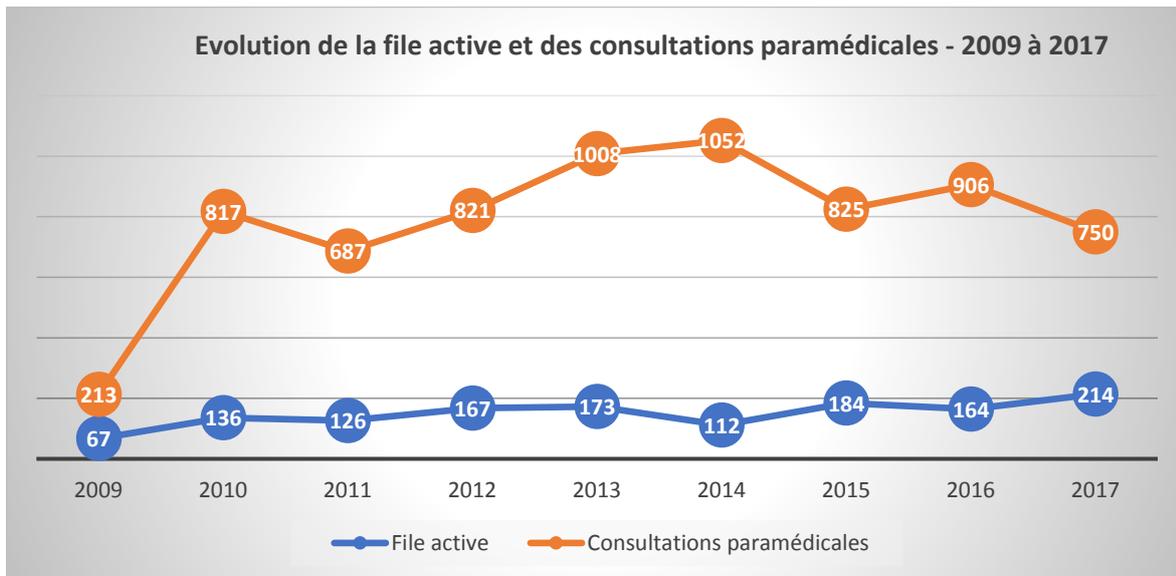
Les patients nous sont soit envoyés par un usager connaissant déjà nos services, soit référés par une association partenaire, soit orientés par nos travailleurs de rue pendant leur maraude ou permanence du Médibus.

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*).

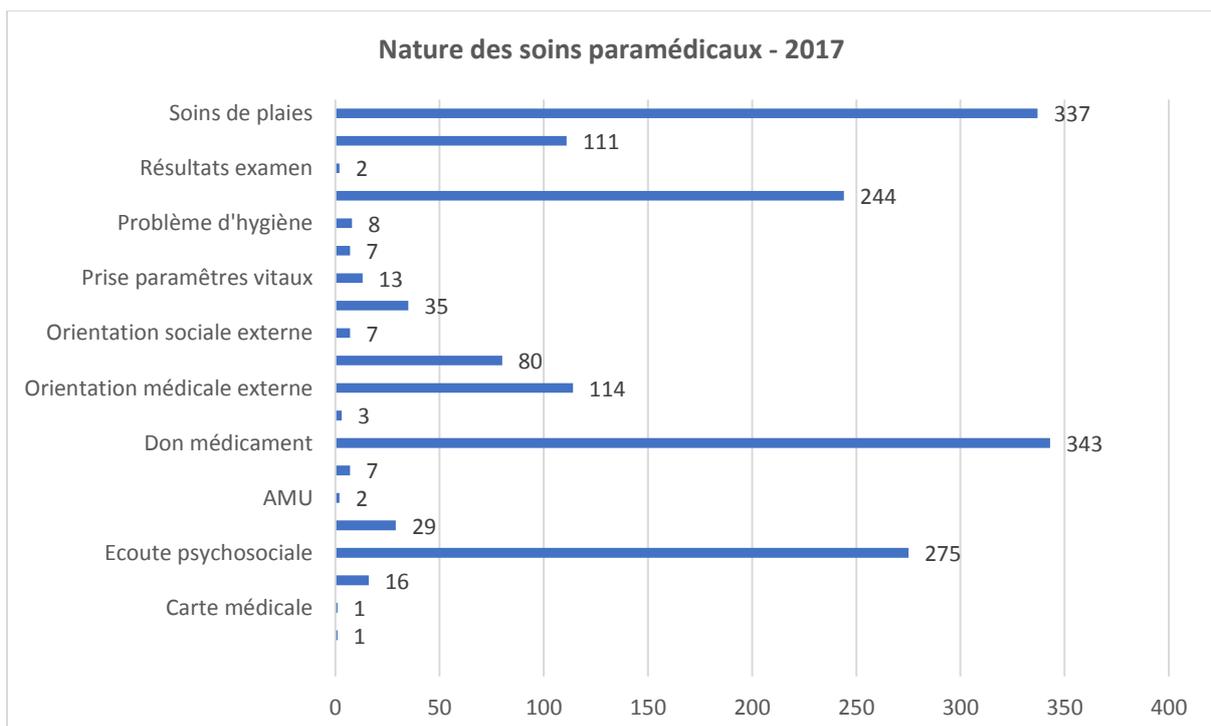
Le graphique ci-dessous indique le nombre de soins infirmiers fournis au comptoir ainsi que la file active, c'est-à-dire le nombre de patients différents pris en charge au cours de l'année. Il nous semble intéressant de reprendre les chiffres des années précédentes (à partir du financement par le Fonds de lutte contre les assuétudes) afin de mettre en perspective les résultats 2017.



Cette année, les 750 consultations paramédicales ont donné lieu à 1.635 actes de soins. Lors d'une consultation, le patient formule généralement plusieurs demandes de soins différents. Notons également l'augmentation de la file active de 24 % par rapport à 2016.

## 2. Nature des soins

Les soins dispensés par les infirmier(ère)s sont principalement des soins de plaies, ayant différentes origines (ex. bagarres, chutes, blessures d'injections) : abcès, brûlure, escarre, retrait de fils/agrafes de suture, ulcère et autres plaies. Les infirmier.ère.s sont également amené.e.s à traiter nombre de problèmes d'ordre somatique, à l'écoute des plaintes exprimées par les patients : gale, poux, diarrhée, nausée, vomissement, céphalée, crampe, fièvre, constipation, reflux, prurit...



Outre les interventions techniques liées aux demandes des patients, on observe que dans 16 % des cas, les infirmier.ère.s du dispensaire sont amené.e.s à faire de l'écoute psychosociale. Le plus souvent, une telle demande n'est pas directement formulée par le patient qui vous dirait d'emblée « j'ai besoin d'écoute ». En effet, cette écoute a lieu dans l'intimité de la consultation : au cours de l'acte de soin infirmier, une ouverture peut se créer où le patient se sent disponible pour se confier. On observe également que pour certains usagers, même si la demande n'est pas formulée verbalement telle quelle, le soin d'une plaie ou la demande d'un médicament n'est qu'un prétexte pour se retrouver seul avec un professionnel et créer ainsi l'opportunité de se confier.

Ce travail d'écoute psychosocial est primordial car il permet, au fil des consultations de créer le lien nécessaire pour mettre en place un parcours de soin et un accompagnement spécifique de la personne.

### *3. Profils des patients*

#### a) Remarque préliminaire

Notre méthodologie de travail rend difficile l'établissement d'une cartographie précise des profils des usagers bénéficiant de soins à l'ASBL DUNE.

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.

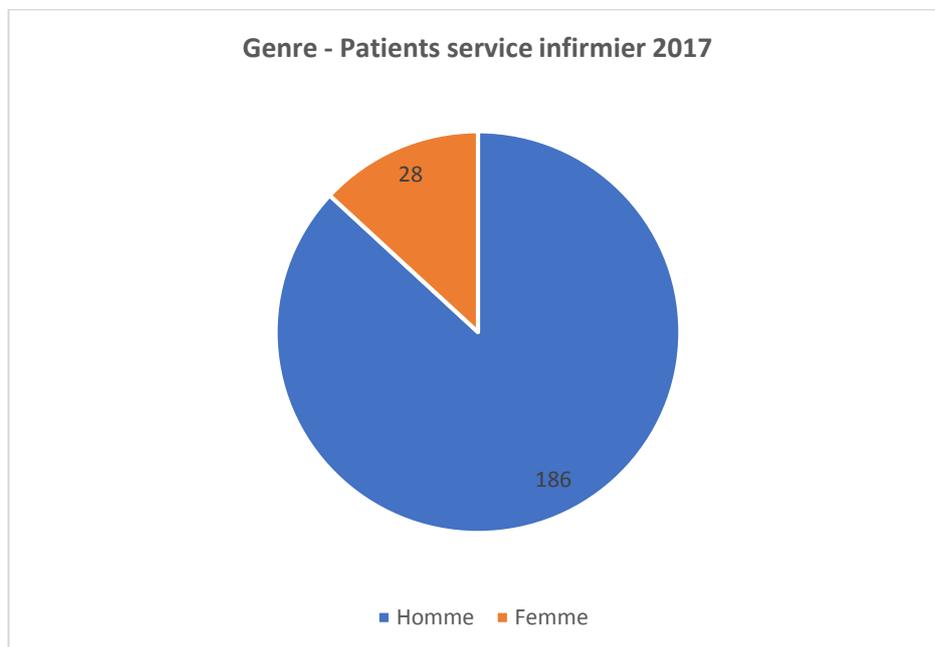
Dès lors, nous avons fait le choix de ne pas demander (et d'ailleurs, de quel droit pouvons-nous leur demander ?) de se mettre à nu, de dévoiler une partie de leur intimité en répondant notamment à des questionnaires d'ouverture de dossier. Quel serait, vu notre public, l'intérêt pour atteindre nos objectifs ? 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.

Si l'on devait dresser un profil type des patients du dispensaire, il serait le suivant : 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>47</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 13 % de la population qui y est soignée : soit 28 femmes pour 178 hommes.



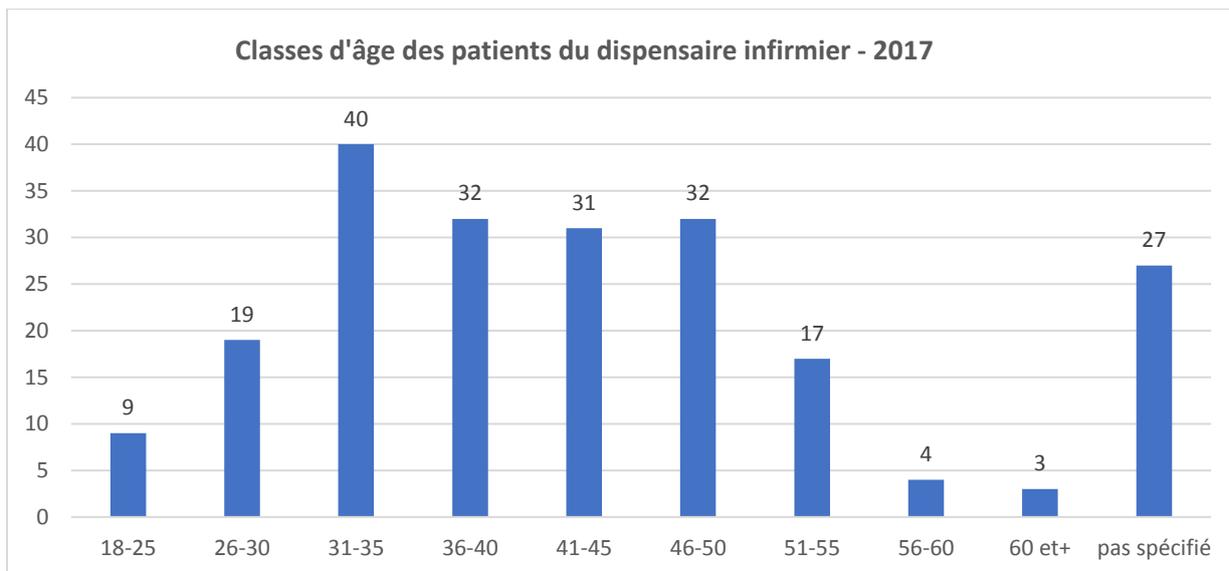
Au vu de la proportion des femmes dans la fil active globale (n=4%), nous faisons le constat que toutes les femmes présentes dans la file active globale ont au moins une fois consultés le dispensaire du CLIP

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.

---

<sup>47</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

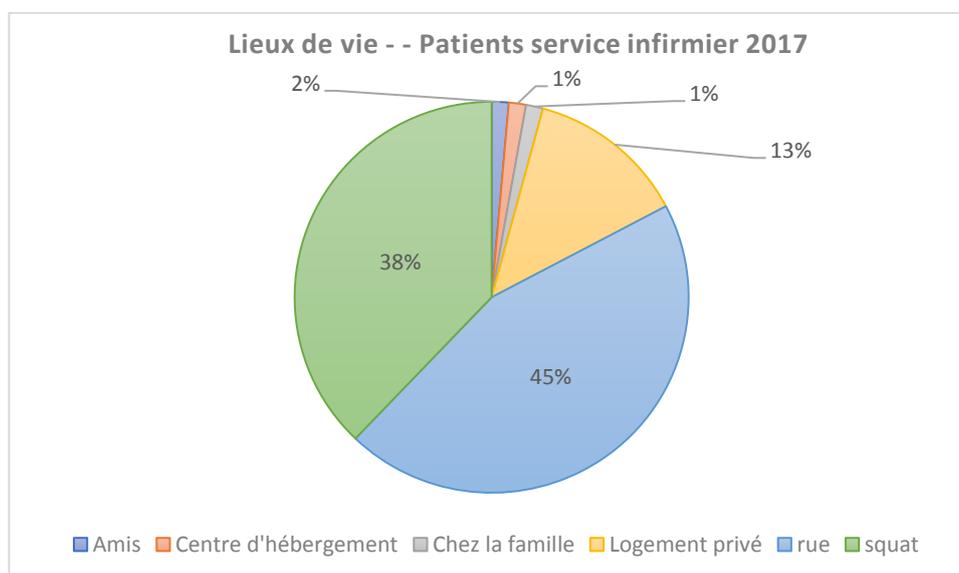


Relevons que cette année, nous avons dispensé des soins à 9 jeunes âgés de 18 à 25 ans. Comme déjà évoqué, il s'agit d'une catégorie d'âge particulièrement vulnérable aux risques liés à la primo-injection qui questionne la visibilité et l'accessibilité des dispositifs spécialisés comme le nôtre pour des jeunes qui ne s'identifient pas comme étant « toxicomanes ». 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.

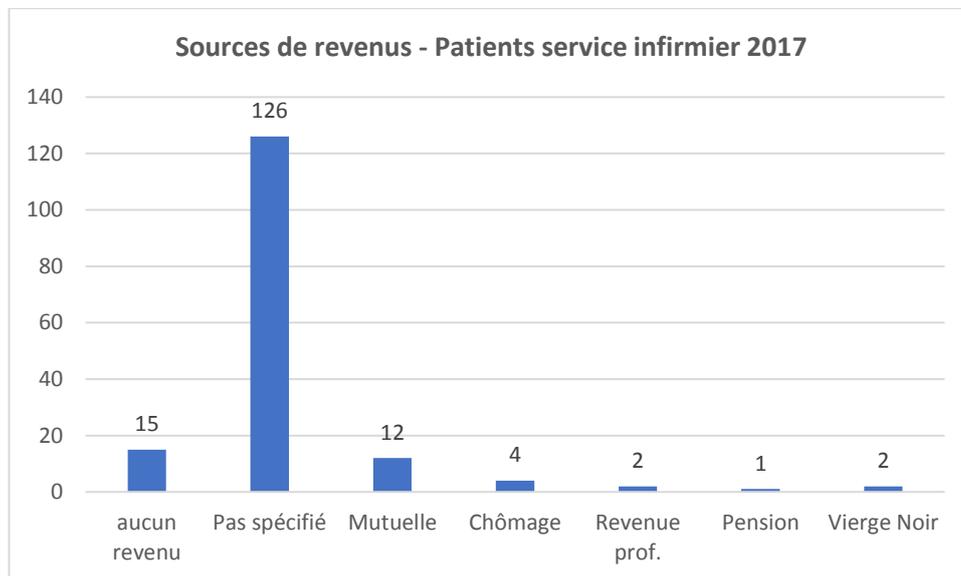
#### d) Indicateurs de précarité

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.

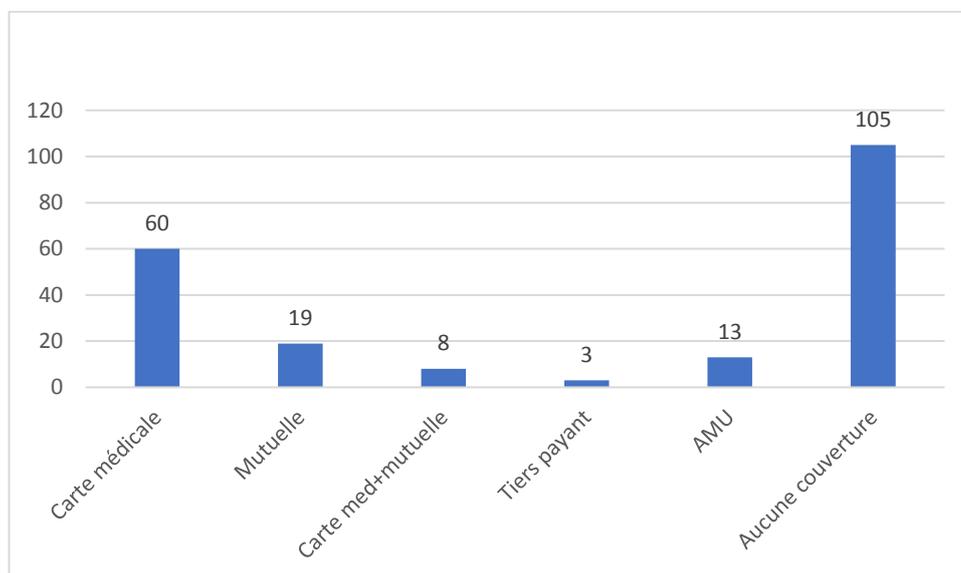
1. Le cercle ci-dessous (n = 214) montre que la majorité des usagers bénéficiant des services du dispensaire ont une situation très précaire par rapport au logement. En effet, plus de 50% des bénéficiaires dorment en rue, en squat ou chez des amis le « temps de trouver autre chose », comme ils disent.



2. Les sources de revenus des bénéficiaires (n = 162) attestent qu'ils se trouvent dans une situation économique très précaire.



3. En outre, sur un échantillon de 208 patients, plus de la moitié ne possède pas de couverture en matière de soins de santé.



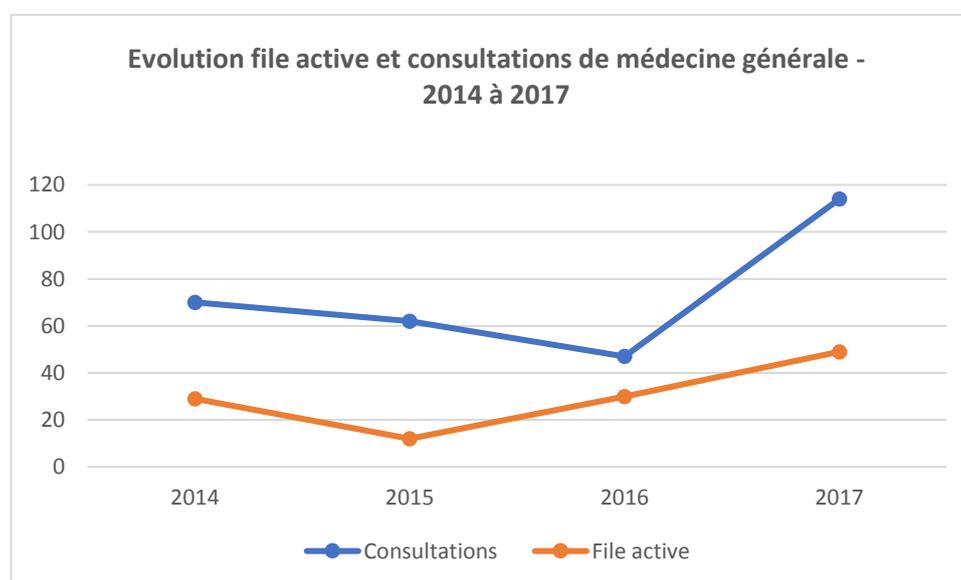
En guise de conclusion, relevons que si les données quantitatives relatives à la situation socio-économique des patients (logement, revenus) et à leur situation en matière de couverture sociale sont sans conteste des indicateurs valides pour objectiver les freins à l'accès aux soins de santé, elles ne 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. 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 2017, il y a eu 114 consultations, auprès d'une file active constituée de 49 patients.

Année	Consultations	File active
2014	70	29
2015	62	12
2016	47	30
2017	114	49



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 propose à son public des dépistages rapides Hépatite C et VIH. Depuis 2014, des contacts ont été noués avec le Réseau Hépatite C et le Centre Elisa dans ce sens. 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>48</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 en 2016, pour une mise en place effective des dépistages début 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. DUNE fait également partie du groupe de travail fédéral sur la formation aux TROD, en tant que représentant du public usager de drogues.

*Anthony a 41 ans et vient de Géorgie. Il y a plusieurs années, il a reçu l'asile politique en Belgique. En tant qu'homosexuel, il subissait des persécutions dans son pays d'origine.*

*Quand il arrive au CLIP pour la première fois, il est en demande d'aide et d'informations pour injecter, lui et son partenaire, en intraveineux. Il pratique le SLAM, ce qui signifie qu'il s'injecte des substances psychostimulantes dans un contexte festif et sexuel. Dans son cas, il injecte de la crystal meth, ce qui n'est pas courant parmi les personnes que nous rencontrons à DUNE.*

*Après une rupture avec son partenaire, il est déprimé et entre dans une période d'autodestruction. Il s'injecte 4 à 6 fois par jour. Il est amaigri, souffre de problèmes somatiques qui l'ont amené à être hospitalisé à Saint-Pierre. Il s'enfuit de l'hôpital et est retrouvé par la police, en rue, nu et délirant. Il est mis en observation à Erasme.*

*A sa sortie d'hospitalisation, il revient au CLIP. Il dit se sentir mieux. Un suivi avec un psychiatre et un traitement médicamenteux lui ont été proposés. Il parle de faire une cure et une post-cure. Néanmoins, il présente de nombreuses plaies au niveau des deux membres inférieurs et supérieurs, causées par les multiples injections. Il vient tous les soirs pour faire ses soins de plaies. Il semble apprécié ce moment de soins et se livre beaucoup. On apprend qu'il a le VIH, qu'il est suivi et prend un traitement qui le maintient avec une charge virale indétectable. Lors de SLAM, il a des rapports sexuels non protégés. Nous lui rappelons qu'il existe d'autres risques infectieux que le VIH, en consommant*

---

<sup>48</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-vaile-la-sante-publique/#more-253>

*des drogues par voie intraveineuse et en ayant des rapports sexuels non protégés. L'hépatite C en est un. Un TROD ([Test Rapide à Orientation Diagnostique](#)) lui a été proposé pour l'hépatite C et il a accepté. Le résultat s'est révélé non réactif, c'est-à-dire qu'il n'a pas été en contact avec le virus, trois mois avant le test. Nous avons discuté et réfléchi ensemble aux moyens qu'il pouvait mettre en place pour se protéger davantage. Il a continué à venir pour ses soins jusqu'à la cicatrisation totale des plaies, parfois accompagné par sa maman, un ami, etc.*

*Une fois de plus, les soins, au-delà de l'objectif premier de soigner, sont aussi un prétexte, un moyen, pour aborder des sujets importants tels que la consommation, la sexualité, les rapports familiaux etc.*

*Cette situation indique que nous rencontrons un nouveau public, celui des slameurs, qui consomme des produits différents de la majorité de nos usagers. Cela révèle une fois de plus l'importance pour nous, travailleurs, de continuer à nous informer, nous former et à nous adapter aux différentes pratiques de consommation pour pouvoir accueillir et répondre aux besoins spécifiques de chacun.*

*D'autre part, nous utilisons les TROD depuis peu au CLIP. Nous disposons de TROD pour le VIH et pour l'hépatite C (VHC). Cela offre la possibilité à l'utilisateur de se faire dépister gratuitement, anonymement et sans rendez-vous. Le dépistage est simple, rapide mais doit être confirmé par une prise de sang. Il permet de connaître son état de santé, d'adapter son mode de vie, de se soigner et d'éviter les autres contaminations. En sachant que notre public est principalement un public de rue, grandement précarisé, fragilisé et en rupture avec les structures d'aide et de soins classiques, nous pensons que le TROD est un outil de réduction des risques essentiel ! Pour rappel, 60 à 80% des usagers de drogues par voie intraveineuse contractent l'hépatite C, généralement, au cours de leur première année d'injection. L'hépatite C est une maladie potentiellement grave et contagieuse mais on peut en guérir.*

Sophie (infirmière)

## 1. Hépatite C

Chez les usagers de drogues ayant recours à injection, au niveau belge, la prévalence de l'hépatite C varie de 47 à 85% selon les estimations<sup>49</sup>. Cette observation confirme 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.

### a) Contexte de partenariat

---

<sup>49</sup> Cl. STEVENOT, M. HOGGE, *L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles. Rapport 2017*, Bruxelles, Eurotox, p.131.

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, PCR50 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 (infirmière) et Tommy Thiange (chargé de projets). Ces permanences TROD ont commencé le 23 février 2017.

---

<sup>50</sup> La polymerase chain reaction (PCR) ou amplification génomique est la technique de choix pour la détection de l'ARN du VHC.

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*).

Dans un second temps, face à une faible demande de dépistage, il a été convenu d'étendre le dispositif et de proposer le dépistage à chaque fois que l'infirmier serait ouverte (c'est-à-dire du lundi au vendredi de 19h à 22h45 et le jeudi de 14h à 17h). C'est un pas en plus dans la direction de la situation idéale : un dispositif flexible où le test serait proposé dès qu'une demande émerge. Ce sera une réalité dès que l'entièreté de l'équipe infirmière sera formé au counselling et au testing (courant 2018).

## 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>51</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, en 2017, Médecins du Monde nous a proposé de bénéficier de TROD, grâce au soutien aux activités de prévention et de dépistage du fonds MacAIDS. Ce partenariat s'est poursuivi en 2018.

### 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>52</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>53</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)).

- 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

---

<sup>51</sup> Cl. STEVENOT, *et al.*, *op. cit.*, p. 93.

<sup>52</sup> OMS, *VIH/Sida, Aide mémoire n° 360*, novembre 2016, en ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr>

<sup>53</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.

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>54</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.

#### d) Le dispositif de DUNE

Le dépistage VIH est proposé dans les mêmes conditions que celui de l'Hépatite C (passage d'une permanence hebdomadaire à un dispositif flexible, plus adapté à la demande).

---

<sup>54</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.

### 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 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'utilisateur à faire ses démarches lui-même.

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

*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)

## VI. PRÉVENTION, INFORMATION ET SENSIBILISATION

Nos activités de prévention, information et sensibilisation peuvent être regroupées en trois aspects, selon les destinataires des messages : l'information et la prévention destinées aux usagers de drogues passant par différentes modalités, dont les opérations Boule-de-Neige (1), l'information et la sensibilisation de la population générale, via notre site internet et les réseaux sociaux (2) et le Bon Plan, répertoriant les points d'assistance médicale et sociales de 1<sup>ère</sup> ligne à Bruxelles, à l'attention des personnes en situation de précarité et des travailleurs (3).

### A. Information aux usagers et à leur entourage

Cette partie aborde l'information diffusée au quotidien lors de nos activités (1) ainsi que 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, AIDES 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

Si les opérations BdN sont gourmandes en temps pour les équipes qui les encadrent, leurs bénéfices en termes de diffusion des messages de RdR est indéniable. Le projet boule de neige a fêté ses 30 ans, cette année. Sur la base des rapports des opérations BdN des années précédentes, un bilan a été réalisé en vue d'aménager le projet.

En 2017, DUNE a organisé et animé deux opérations BdN en partenariat avec d'autres opérateurs de Modus Vivendi : le Projet Lama, le Réseau Hépatite C et Transit.

#### a) Organisation

Cette année, les changements organisationnels initiés en 2016 ont été poursuivis, sur base du bilan réalisé. Notamment :

- Le questionnaire a été adapté afin qu'il soit plus attractif, plus aisé à utiliser et plus rapide à compléter.
- Centralisation sur un cloud des outils développés et recherchés par les animateurs, une personne gère les 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 ?

Dans l'optique de rendre les opérations plus courtes, les opérations se sont déroulées sur trois séances où une thématique spécifique a été abordée. Cela a permis d'approfondir la thématique, de laisser plus la parole aux jobistes et aux échanges de savoirs et d'expérience. Cela offre également plus de temps pour travailler sur les fausses croyances et répondre aux questions des jobistes, sans frustration des participants comme des animateurs. Ce nouveau mode opératoire est en phase d'essai, des réajustements pratiques pourront encore survenir.

Le recrutement est un point à améliorer constamment. 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 : des usagers ne correspondant pas au « profil thématique » de l'opération sont recrutés, les informations sur les conditions de l'opération sont mal transmises, etc. Dans certains cas, le recrutement se fait donc uniquement dans les institutions animatrices. Reste que le problème se pose également quand les animateurs doivent déléguer aux collègues ou lorsque le recrutement est réalisé dans l'urgence.

L'aide-mémoire a été évalué par les jobistes et les professionnels. Il ressort qu'il permet, d'une part, aux jobistes d'avoir un support pour vérifier leurs connaissances lors de la passation d'informations et, d'autre part, aux animateurs de disposer d'un fil conducteur, lors de l'opération et de la passation d'informations. Des adaptations seraient utiles : remise à jour, revoir son format afin qu'il puisse être facilement mis en poche.

#### b) Opérations BdN 2017

Les opérations réalisées cette année avaient pour thèmes : les produits (overdose et réduction des risques) et l'hépatite C.

- Opération « produits-OD-RdR »

Dates : du 11 juillet 2017 au 25 juillet 2017

Lieu : CLIP à Saint-Gilles

Animateurs : DUNE, Projet Lama

Nombre de jobistes recrutés : 10

Nombre de jobistes ayant participé à la séance d'introduction : 3

Nombre de jobistes ayant participé à l'ensemble de l'opération : 6

Nombre de questionnaires récoltés : 25 questionnaires « récolte d'information » ; 27 questionnaires « passation d'information »

Nombre d'outils diffusés : une soixantaine de brochures de RdR relatives aux principaux produits, IST et hépatites, ainsi que des outils de prévention et de RdR (préservatif, lubrifiant, shooter propre, champ propre, semainier des comptoirs)

Profil des jobistes : hommes (3 anciens, 3 nouveaux), entre 38 et 45 ans

- Opération « VHC »

Dates : du 22 août au 1<sup>er</sup> septembre 2017

Lieu : Antenne du contrat de quartier (rue de Nancy) à Bruxelles

Animateurs : DUNE, RHC, Transit

Nombre de jobistes recrutés : 13

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

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

Nombre de questionnaires récoltés : 19 questionnaires de récoltes d'information + 50 questionnaires de passation d'information = 69

Nombre d'outils diffusés : 80 exemplaires de chaque brochure et autres outils de RdR. Toutefois, plusieurs brochures sont revenues car les usagers interrogés n'en voulaient pas. Arguments : trop nombreuses et lourdes, ils ne se sentent pas concernés par les thématiques.

Profil des jobistes : 1 femmes, 6 hommes (entre 25 ans à 51 ans) ; 7 anciens (dont certains n'avaient pas participé depuis des années), 1 nouveau

c) Evaluation

**Apport des connaissances :** Lors de l'opération « produits » axée sur les produits, les modes de consommation et les OD, les usagers ont appris l'existence du testing de produits à Modus Fiesta. A la demande des participants, ont été abordées les hépatites, le VIH et les IST dans le cadre des conseils de RdR liés aux modes de consommations. On note un apport certain de connaissances sur la fumette et le sniff car la majorité des jobistes étaient des injecteurs et donc peu informés sur les autres pratiques. Lors de l'opération « VHC », le VIH a été brièvement balayé, en réponse aux questions des participants. Un TROD a été réalisé en groupe. Plusieurs jobistes ont été surpris de savoir qu'une guérison est aujourd'hui possible, le traitement accessible pour tous les génotypes et les effets secondaires quasi inexistantes. L'un d'eux a exprimé le souhait de se faire dépister pour connaître son statut sérologique.

**Capacité à transmettre leurs connaissances et pratiques aux autres :** Tous les jobistes ont été sur le terrain et ont ramené des questionnaires. Certains (notamment un jobiste ne maîtrisant pas bien le

français) ont fait de la récolte de données et d'autres, avec plus d'expériences de consommation, ont fait de la passation d'informations. Certains ont demandé un nombre plus important de questionnaires. Les jobistes ont trouvé les usagers interviewés peu informés, peu intéressés et peu curieux par rapport aux brochures. Mais, après une présentation du projet BdN, ces mêmes personnes ont déclaré être intéressées d'y participer.

**Confiance en soi/valorisation/estime de soi** : Plusieurs jobistes avaient des personnalités assez fortes, ce qui a compliqué la distribution de la parole et l'affirmation de soi pour certains. Tous ont émis l'envie de participer à nouveau à une BdN, reflétant le sentiment d'utilité des jobistes.

**Modification de comportements/savoir-faire RdR** : Pas de comportements observés ou déclarés.

**Apport du cadre** : Tous les jobistes ne participent pas à l'ensemble de l'opération ou aux séances de rattrapage. La gestion de la dynamique de groupe et du respect du cadre ne sont pas toujours évidents pour les animateurs : personne conviée sans prévenir, allez-et-venues, présence d'un chien, retards car lieu peu connu des participants, propos tenus par certains jobistes...

Par ailleurs, les jobistes ont rencontré quelques difficultés lors de la passation des questionnaires :

- Difficulté d'appropriation du nouveau modèle de questionnaire, notamment car les animateurs n'ont pas parcouru l'outil au préalable avec eux par manque de temps. Cependant, le questionnaire leur a semblé plus court, plus rapide.
- Pression pour avoir de la méthadone ou du produit en échange.
- Difficulté de trouver des usagers à interviewer.

#### d) Perspectives

Des expériences de cette année, plusieurs suggestions ont été formulées par les animateurs et les jobistes :

- 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'agirait 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. Les jobistes experts en RdR pourraient notamment participer à l'animation des opérations BdN.
- Envisager l'ajout d'une séance.
- Organiser une réflexion collective avec les jobistes sur la manière de baliser la prise de parole et la dynamique de groupe.
- Dans le cas où un jobiste voudrait amener un usager en cours d'opération, une rencontre préalable avec l'un des formateurs devrait avoir lieu.
- Investir dans du matériel pédagogique : « alcool vision », bras articulé, brochure « Les bons réflexes pour... »
- Investir dans du matériel d'animation : PC, lecteur CD, rétroprojecteur
- Instaurer des visites thématiques : CETIM, Elisa...
- Organiser un focus groupe relatif à l'utilisation du bicarbonate de soude.

Les thématiques envisagées pour les BdN 2018 sont : alcool, jeunes injecteurs.

## B. 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. 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. 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.*

(Principe d'intervention, Faire évoluer les représentations sociales sur les usagers de drogues, Charte de la RdR)

#### 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 de son dynamisme. Celui-ci repose essentiellement sur 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 est suivie par 729 personnes et attire chaque semaine de nouveaux membres.

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>55</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.

Nous disposons également d'une page sur Twitter, ainsi que sur scoop.it. Vu les difficultés à mobiliser une communauté au sein de ces réseaux (et aussi les contraintes financières imposées par Scoop.it), nous avons décidé de les clôturer et de nous consacrer uniquement à la gestion de notre page Facebook.

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

## C. Le Bon Plan

Chaque début d'année, l'agenda est diffusé aux bénéficiaires via nos partenaires. Pour les données relatives à l'édition 2017, nous vous renvoyons au rapport 2016. C'est que les activités 2017 ont été centrées sur la préparation de l'édition 2018. Dans cette partie, nous présenterons l'état de la diffusion de l'agenda 2018 (1), les nouveautés intégrées dans l'édition 2018 (2), l'évaluation de l'outil (3), l'application mobile (4), et les perspectives pour la prochaine édition (5).

---

<sup>55</sup> <http://supportdontpunish.org/fr/>

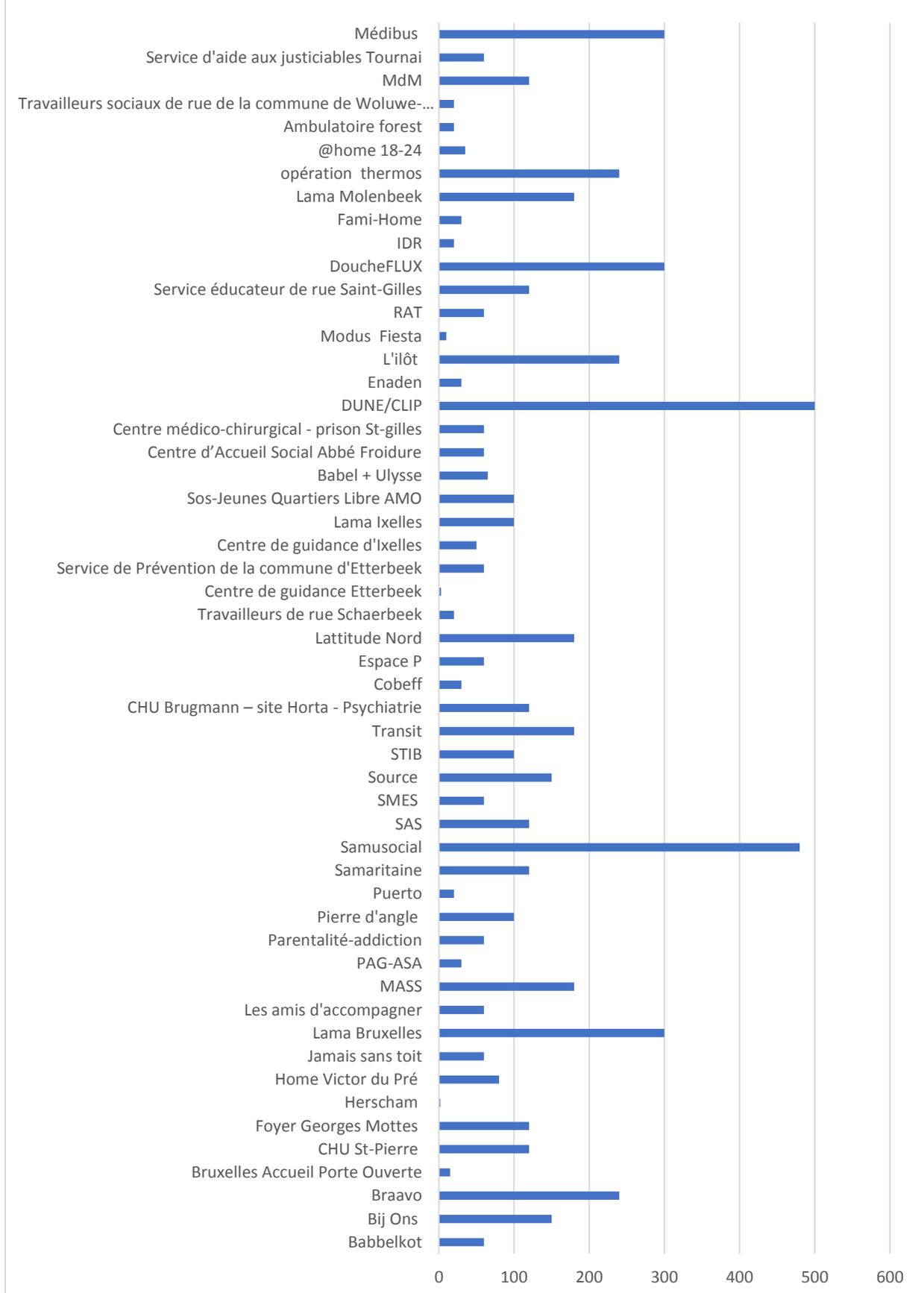
### *1. Diffusion de l'agenda 2018*

En fin d'année, les associations du secteur ont été sollicitées par mail et via les réseaux sociaux (Twitter, Facebook) à passer commande. Ensuite, elles sont venues retirer leurs exemplaires lors de 3 permanences prévues à cet effet (le 22.12.17, le 28.12.17 et le 04.01.2018).

Au terme de ces permanences, la majorité des 6000 exemplaires de l'édition 2018 étaient épuisés et des rendez-vous ont été fixés ultérieurement pour les quelques organisations qui n'étaient pas disponibles lors des permanences : le stock est maintenant épuisé.

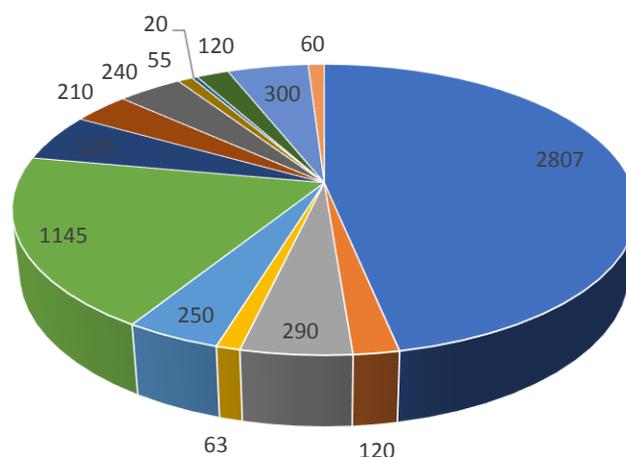
Pour l'édition 2018, les 6000 exemplaires ont été répartis entre 53 organisations (en 2017, les 4500 exemplaires avaient été répartis entre 43 organisations). Ces organisations sont issues des secteurs assuétudes, précarité, santé mentale, aide alimentaire, aide médicale et/ou aide aux justiciables. Le tableau ci-dessous indique la diversité des associations qui commandent le Bon Plan ainsi que le nombre d'exemplaires mis à disposition.

### Nombre d'agenda distribués par organisation - Edition 2018



Pour l'édition 2018, les agendas Le Bon Plan ont été répartis entre les communes suivantes<sup>56</sup> :

Nombre d'agendas distribués par commune - édition 2018



- |                       |                             |                              |
|-----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ■ 1000 Bruxelles      | ■ 1020 Laeken               | ■ 1030 Schaerbeek            |
| ■ 1040 Etterbeek      | ■ 1050 Ixelles              | ■ 1060 Saint-Gilles          |
| ■ 1070 Anderlecht     | ■ 1080 Molenbeek            | ■ 1160 Auderghem             |
| ■ 1190 Forest         | ■ 1200 Woluwé-Saint-Lambert | ■ 1210 Saint-Josse-Ten-Noode |
| ■ Itinérant (Médibus) | ■ 7500 Tournai              |                              |

## 2. Nouveautés de l'agenda 2018

L'édition 2018 se caractérise par :

- La création d'une catégorie « initiatives itinérantes » (comprenant Rolling Douche, Bulles asbl et le Médibus).
- La création d'un pictogramme « aide aux détenus » dans le but de rendre plus visible les services d'aides aux justiciables.
- Le réseau du Bon Plan continue de s'étendre : le Bon Plan est distribué à 13 organisations supplémentaires que l'édition 2017 et son répertoire comprends 9 nouvelles entrées (150 en 2017 pour 159 en 2018).

## 3. Evaluation

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

- son utilité : un répertoire de services, en lien avec les besoins des personnes en situation de précarité, avec plans de localisation, alliés à un agenda
- 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.

*« Le Bon Plan est pour nous un excellent outil qu'on utilise et donne au quotidien aux personnes en grande précarité lors de nos permanences. Il permet d'abord de renseigner les adresses utiles à ces personnes sur tout Bruxelles (c'est très complet !) mais aussi, via l'agenda, de travailler avec eux sur leur organisation/planification et ainsi leur autonomie. C'est pour moi le gros avantage de cet outil. Je ne connais pas d'autre agenda aussi utile et adapté à ce public. Au vu du grand nombre de personnes que nous rencontrons au sein de notre service, il nous est important d'en obtenir chaque année 250-300 exemplaires. Je pense que plus d'exemplaires seraient utiles, notamment parce que nous rencontrons chaque année d'autres services du réseau qui n'ont pas su se procurer d'exemplaires et qui souhaiteraient en avoir. »*

Héloïse Nizet – Coordinatrice adjointe chez Latitude Nord

*« Depuis plusieurs années, Bravo est un utilisateur de l'agenda Le Bon Plan. Différents métiers de la 1<sup>ère</sup> ligne sont des utilisateurs directs du Bon Plan : les 130 gardiens de la paix et gardiens de la paix de nuit, les médiateurs sociaux et les éducateurs de rue et l'équipe Bruciteam dans le piétonnier. Les Bon Plan sont utilisés comme un guide de référence pour ces professionnels. Ils pourraient également être mis à disposition du public mais cela nécessiterait une plus grande quantité de supports. »*

Séverine Hebrant – Chargé de communication chez Bravo

#### **4. Application mobile « Le Bon Plan »**

Vu la rapidité de la démocratisation des technologies mobiles, de plus en plus de personnes disposent d'un smartphone, y compris parmi les précaires, pour lesquels cet outil est essentiel<sup>57</sup>.

Dans ce contexte, DUNE propose aux professionnels, aux précaires, mais aussi à toute personne en recherche d'un service de première ligne à Bruxelles, un outil informatif en phase avec son époque. L'année 2016 a vu ce projet se préparer en interne et s'externaliser pour le développement (iPhone et Android) auprès d'un prestataire technique extérieur. Depuis mai 2017, Le Bon Plan existe donc aussi sous la forme d'une application mobile gratuite. En fonction de son profil et de ses besoins, l'utilisateur

<sup>57</sup> Voyez l'article « Le GSM, objet « vital » du kit de survie des sans-abri », en ligne : <https://fr.metrotime.be/2018/04/15/actualite/le-gsm-objet-vital-du-kit-de-survie-des-sans-abri/>

découvre, sur un plan de Bruxelles, quelles organisations sont susceptibles de l'aider. 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.

L'application a été présentée lors d'une conférence de presse, le 23 mai 2017 au PianoFabriek à Saint-Gilles, devant une cinquantaine de personnes. Cet événement a été relayé dans la presse :

- interview de Christopher Collin sur la Radio Vivacité, émission « Bruxelles Matin », le 23 mai 2017, à 7h45
- reportage d'Elisabeth Groutars et Antoine Vander Straeten « Une application pour mieux informer les plus précarisés », diffusé le 23 mai à 12h45 (« L'info en continu ») sur *bx1, Médias de Bruxelles*<sup>58</sup>
- article de Geoffroy Fabré, « Une application smartphone pour les personnes précarisées », publié le 23 mai 2017 à 10h35, sur la page régionale des *médias de la RTBF*, dédiée à Bruxelles<sup>59</sup>
- article publié le 25 mai 2017 sur la *DHnet* « Une application gratuite pour aider les Bruxellois les plus précarisés »<sup>60</sup>
- « Le Bon Plan se décline en application pour aider les personnes précarisées à Bruxelles », article publié le 23 mai dans *Le spécialiste. L'actualité des médecins spécialisés*<sup>61</sup>
- article publié le 24 mai 2017 dans le *Guide Social*, « Une application vient en aide aux personnes dans le besoin »<sup>62</sup> ; newsletter du CBCS, « Le Bon Plan : une application mobile au service des précaires »<sup>63</sup>.

Cette application est disponible sur les stores Google et Apple :

#### Android

<https://play.google.com/store/apps/details?id=be.dune.lebonplan>

#### Iphone

<https://itunes.apple.com/be/app/dune-le-bon-plan/id1071727644?l=fr&mt=8>

---

<sup>58</sup> <https://bx1.be/news/une-application-pour-mieux-informer-les-usagers-les-plus-precarises/#>

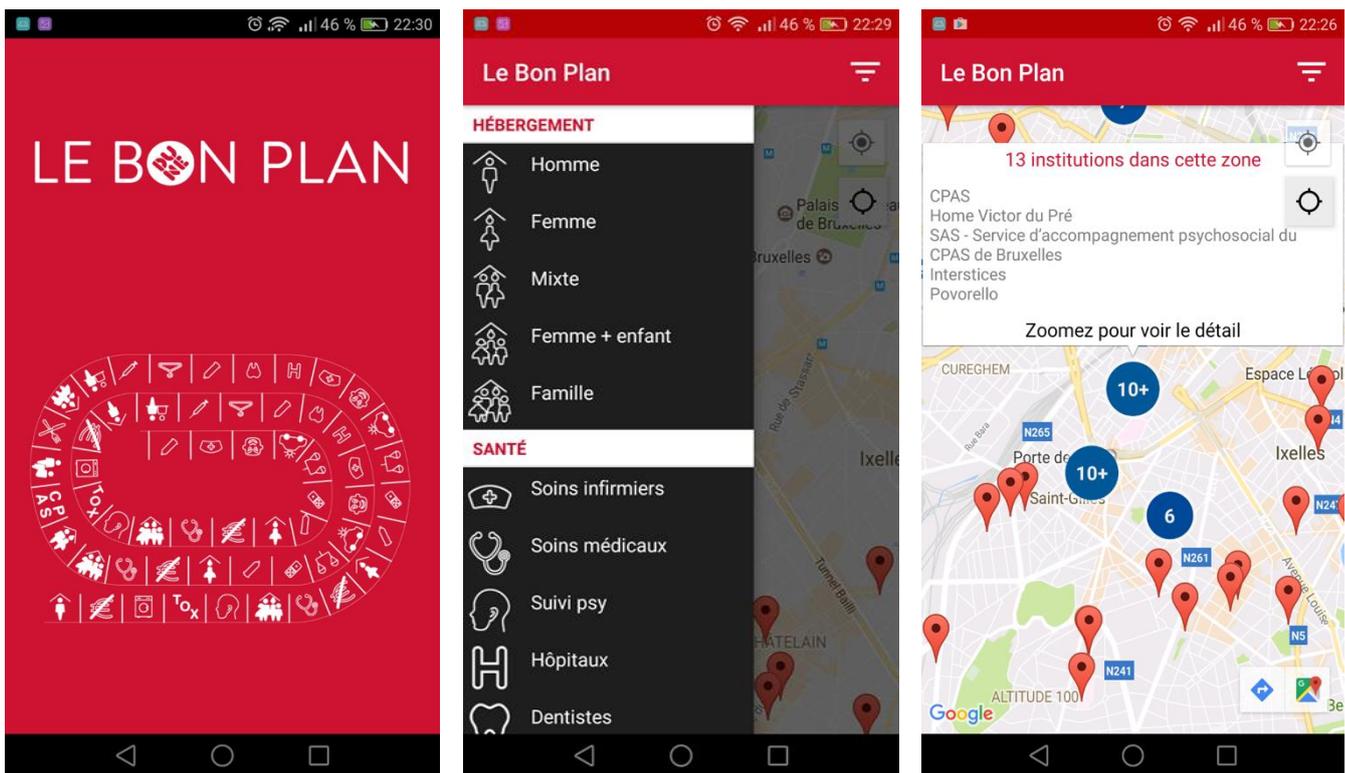
<sup>59</sup> [https://www.rtb.be/info/regions/bruxelles/detail\\_une-application-smartphone-pour-personnes-precarisees?id=9614247](https://www.rtb.be/info/regions/bruxelles/detail_une-application-smartphone-pour-personnes-precarisees?id=9614247)

<sup>60</sup> <http://www.dhnet.be/regions/bruxelles/une-application-gratuite-pour-aider-les-bruxellois-les-plus-precarises-59247ccfcd702b5fbef82fe>

<sup>61</sup> <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/medical/le-bon-plan-se-decline-en-application-pour-aider-les-personnes-precarisees-a-bruxelles.html>

<sup>62</sup> <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/une-application-vient-en-aide-aux-personnes-dans-le-besoin.html>

<sup>63</sup> <http://www.cbcs.be/Le-Bon-Plan-une-application-mobile-au-service-des-precaires>



Cette initiative est jusqu'à présent réalisée sur fonds propres. Nous sommes à la recherche d'opportunités pour financer son développement ultérieur : traductions, nouvelles fonctionnalités.

### 5. Perspectives pour l'édition 2019

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

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

Il paraît donc légitime d'espérer que cet investissement soit soutenu par un financement spécifique de l'action sociale.

Nos perspectives pour l'année 2018 se déclinent de la manière suivante :

- **Poursuivre avec la mise en place de groupes de parole d'usagers.** L'édition 2019 sera la quatrième édition depuis le 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** : grâce au retour des focus-groupes et de nos partenaires, améliorer l'impact visuel du Bon Plan, principalement sa lisibilité.
- Poursuivre le **réseautage** : continuer à faire connaître le Bon Plan (via le bouche-à-oreille, les réseaux sociaux et notre mailing liste) et faire en sorte qu'un maximum d'organisations et de publics concernés puissent en bénéficier.
- Passer à un tirage de **8000 exemplaires**. Chaque année, la demande de Bon Plan augmente (53 organisations en 2018) et continue d'affluer tout au long de l'année, après épuisement des stocks. Pour satisfaire la demande, une augmentation du tirage s'impose. Un soutien financier en conséquence serait donc le bienvenu.
- **Développer l'application mobile**, notamment trouver les financements publics ou privés et des contributions bénévoles nécessaires pour traduire l'application en anglais et en arabe ainsi qu'assurer la création de nouvelles fonctionnalités.

## VII. PRATIQUES PARTICIPATIVES

Depuis toujours, DUNE 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...*

Depuis 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 la théorie, il était temps de passer à plus de pratiques : écriture et atelier radio sont nos nouveaux projets.

### A. Opération de ramassage de seringues

En 2017, nous avons organisé 4 opérations de ramassage de seringues avec les usagers : le 20 janvier, 20 février, 19 mai et 23 juin.

Lors de chaque opération, deux travailleurs accompagnent deux usagers sur les lieux de consommation que ces derniers indiquent afin de ramasser le matériel usagé. Il s'agit d'un travail pour lequel les usagers sont rémunérés comme jobistes, mais aussi un moment de rencontre où la relation se noue différemment.

### B. Focus groupe : l'accueil en point de mire

Un focus groupe a été organisé, cette année, autour de la question de l'accueil au CLIP. Notons que cette activité est liée à la DEQ 2017-2019 (cf. *infra*). Programmé et déplacé à plusieurs reprises pour des motifs organisationnels, il s'est déroulé le 1<sup>er</sup> août, de 15h à 17h30, animé par les deux chargés de projets. En juillet, les deux chargés de projet ont réalisé l'affiche et préparé la rencontre.

Le focus groupe s'est déroulé au CLIP, avec 7 bénéficiaires (contre un défrayement) qui fréquentent régulièrement l'accueil depuis au moins 1 an, sur une base quotidienne, hebdomadaire ou ponctuelle. Il ne s'agissait pas d'un critère de sélection pour participer au focus groupe, seulement un constat lors de l'activité.

Pour présenter de manière claire les éléments qui ressort de ce focus groupe, nous avons trié les propos des participants en 2 items (j'aime/points positifs et j'aime pas/points négatifs, desquels ressortent des suggestions de nos usagers) et regroupés les propos par thèmes. Nous ne relatons ici que les propos congruents avec la thématique de l'accueil.

a) Ce que j'apprécie à l'accueil du CLIP :

- Le lieu :

*Venir au CLIP, c'est psychologiquement réconfortant.*

*C'est un point de chute. J'y retrouve les potes, c'est un lieu de rencontre.*

*Je m'y sens comme à la maison.*

- L'accueil et la qualité de l'écoute :

*C'est chaleureux.*

*On te propose une boisson dès que tu entres.*

*Il y a une bonne écoute. Le personnel est actif et respectueux.*

- L'accessibilité :

*L'horaire en soirée est adapté à notre rythme. En journée, ça peut être la manche ou un accompagnement.*

*L'accueil est ouvert en même temps que l'infirmierie (notamment pour les bains de pieds) et la permanence sociale. Cela facilite les démarches.*

- Les services :

*Le café est bon.*

*Je peux faire laver mon linge et prendre une douche.*

*Je peux avoir accès téléphone.*

- b) Ce que je n'apprécie pas au CLIP :

- Les locaux :

*C'est vraiment trop exigü.*

*Je viens moins car il y a trop de monde et l'ambiance, ce n'est pas comme avant.*

*Le coin lavabo est trop lugubre : mauvais éclairage, savonnette sale, mur et plafond sales.*

- Les activités :

*La bibliothèque mal fournie.*

*Il n'y a pas de jeux de société.*

- Le cadre :

*Il y a un manque de fermeté. Trop de tolérance pour certains comportements (ex. le vol).*

*Ce n'est pas normal que le CLIP soit entièrement vidé/fermé à cause de l'erreur d'une seule personne.*

*Moi, je ne trouve pas normal que les personnes exclues continuent de rester sur les escaliers.*

- L'environnement :

*Les regards parfois stigmatisants des voisins me pèse. Mais c'est aussi normal s'il y a un groupe avec des canettes et des joints...*

c) Les suggestions :

- Localisation :

*L'idéal serait un bâtiment qui ne soit pas un rez-de-chaussée d'immeubles : un hangar, un lieu plus industriel plus ex-centré. (Cette proposition n'est pas partagée par tous les participants.)*

- Les locaux :

*Je propose de rendre la toilette plus agréable : mettre un distributeur de papier et de savon, enlever les outils de nettoyage. Je veux bien aider à rafraichir, à laver les murs...*

*J'aimerais qu'on rafraîchisse les locaux : remplacer les armoires cassées, jeter le broi, les cadres moches et sales, les vieilles photos... Même si on espère bientôt partir, ça déprime...*

*Il y a trop d'affiche. Ça casse la tête. On pourrait faire un portfolio et seulement garder les plus importantes au mur, les changer régulièrement, les plastifiées pour qu'elles restent propres.*

*Il faudrait inverser le comptoir et la salle d'accueil. Pour ne pas voir les « emmerdeurs », ceux qu'on n'a pas envie de voir quand on vient chercher du matos. Je n'aime pas passer devant tout ce monde qui est au salon.*

- Les services :

*Ce qui manque : c'est un accès à internet. J'aimerais qu'un ordinateur soit mis à disposition.*

*La douche n'est pas sur place. Peut-être y penser pour le futur local...*

*Il n'y a pas de service coiffure, ou une tondeuse. Et puis, pour la prévention et le dépistage des parasites. Ça pourrait être utile, non ?*

- Les activités :

*J'aimerais un lieu pour faire des activités, comme un atelier peinture.*

*On pourrait préparer une fois par semaine un repas... Faire une grande soupe qui dure trois jours, avec les restes du marché. (Les bénéficiaires sont informés que Les Gastrosophes sont prêts à venir une fois au CLIP faire un repas.)*

*On devrait créer des postes de jobistes, aux côtés des travailleurs. Comme dans les Boules de Neige, mais sur le long terme.*

### C. 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>64</sup>.*

A la suite des premières collaborations (un récit de vie en 2016 et un édito en 2017), un 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. Le premier article réalisé en 2016 avait pour sujet La Samaritaine, un restaurant social bruxellois où cet usager est bénévole<sup>65</sup>.

En 2017, nous avons continué d'exploiter le concept en proposant un article consacré aux Gastrosophes, un groupe engagé dans la récupération d'inventaires de magasins bios, pour offrir la gastronomie au plus précaire. L'interview a été réalisée le 17 février, précédé d'une réunion préparatoire le 15 février, suivi d'un travail de retranscription et de rédaction le 20 février, pour une diffusion dans le numéro de juillet/août<sup>66</sup>.

### D. Atelier radio

Le 24 août 2016, nous sommes contactés par La voix de la rue, l'émission radio des (ex-)habitants de la rue, une initiative de DoucheFLUX. Depuis plus de 2 ans, cette émission est diffusée chaque mois durant 1h30 sur les ondes de Radio Panik<sup>67</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

---

<sup>64</sup> <http://www.doucheflux.be/notre-action/activites/doucheflux-magazine/>

<sup>65</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)

<sup>66</sup> [http://www.doucheflux.be/wp/wp-content/uploads/2017/06/douchefluxmag\\_21\\_web\\_v2.pdf](http://www.doucheflux.be/wp/wp-content/uploads/2017/06/douchefluxmag_21_web_v2.pdf)

<sup>67</sup> [www.radiopanik.org](http://www.radiopanik.org)

qu'ils ont développé. À savoir un espace de parole neutre où le précaire est acteur de son propre discours.

### 1. Capsules pour La Voix de la Rue – Radio Panik

Dans cet esprit, ils ont développé une nouvelle formule : la capsule audio, soit des enregistrements courts (entre 3 et 30 minutes) diffusés lors de l'émission. 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 composer ses propres capsules. Cette proposition est venue rencontrer les demandes d'expression formulées par les usagers lors des lunch-débats de 2016.

Après une réunion préparatoire le 25 novembre 2016, il a été convenu qu'un atelier radio prendrait place tous les vendredis au CLIP du 10 février au 3 mars 2017 et ce, dans le but de créer une capsule. Les ateliers se sont bien déroulés, mobilisant entre 4 et 9 usagers par séance. La première séance a fonctionné sous forme de brainstorming, fixant les thématiques qui seraient exploitées lors des 3 prochains ateliers : les soins en rue, l'accueil dans les hôpitaux et la fin du Plan hiver. Cette dernière thématique a particulièrement bien fonctionné et nous a permis d'obtenir assez de matériel pour réaliser une capsule audio, disponible sur notre site<sup>68</sup>, diffusée le 27 mars 2017, dans l'émission « La voix de la rue » (en direct) sur Radio Panik. Le coordinateur du Nomade et un participant du projet ont été conviés à cette émission afin de partager leurs impressions sur leur projet radio.

En parallèle, le coordinateur du Nomade et deux usagers ont suivi, le 15 et le 22 février, une formation en prise de son et montage chez Radio Panik, toujours dans le but de pousser nos bénéficiaires à l'autonomie, qu'ils deviennent les concepteurs de leurs propres capsules.

### 2. Reportage lors du festival « Drogues : ne punissez plus ! »<sup>69</sup>

Grâce aux compétences acquises, une équipe, composée du coordinateur du Nomade et de 2 usagers, s'est rendue au festival « Drogues : ne punissez plus ! » afin de réaliser des interviews, notamment un des membres fondateurs de I.Care (réduction des risques en prison), la directrice de Modus Vivendi (réduction des risques en milieu festif) et le groupe Ska-P (groupe engagé qui était à l'affiche). Ses interviews (préparées en amont lors de 2 réunions et ensuite montées sous forme de capsules) sont disponibles sur notre site<sup>70</sup>.

\*  
\* \*

Face aux conclusions positives de cette expérience, l'atelier radio se poursuit en 2018, avec de nouvelles réalisations.

---

<sup>68</sup> [www.dune-asbl.be](http://www.dune-asbl.be) > participation > Radio CLIP

<sup>69</sup> <https://feditobxl.be/fr/evenement/supportdontpunish-brussels-2017/>

<sup>70</sup> [www.dune-asbl.be](http://www.dune-asbl.be) > participation > Radio CLIP

## VIII. RÉSEAU SANTÉ « NOMADE » - PRÉCARITÉ, ASSUÉTUDES ET PARTICIPATION : LA PARTICIPATION POUR AGIR SUR LA SANTÉ

L'enjeu de cette année était de préparer, avec les membres du réseau, le dépôt d'une demande d'agrément pour 2018-2020 (A). Par ailleurs, le Nomade a poursuivi ses activités de communication et réseautage (B), a organisé 4 Midis-Nomade (C) et a nourri son répertoire d'expériences participatives (D).

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

Lors des réunions de réseau et par voie de courriers électroniques, le coordinateur consulte les membres du réseau Nomade. Ceux-ci sont invités à proposer des projets participatifs susceptibles d'être abordés par le Nomade, qu'ils soient de leur propre initiative ou extérieurs. L'échange d'informations entre signataires constitue un des socles sur lequel repose l'ouverture de notre réseau.

En 2017, le réseau Nomade a été convié à participer aux réunions de la Plateforme Francophone de Pair-Aidance et de Rétablissement (une initiative de la clinique Sans-souci<sup>71</sup>). Nous nous retrouvons donc aux premières loges pour suivre le débat concernant l'élaboration du statut professionnel du pair-aidant, débat qui s'annonce central dans les prochaines années.

Nous avons également pris part aux petits déjeuners de la réduction des risques (une initiative de Modus Vivendi<sup>72</sup>).

La participation des partenaires signataires est également soutenue par un travail de communication (newsletter, réseaux sociaux, relai de l'information par les partenaires...), mené pour susciter l'intérêt 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, ce travail de communication est également élargi 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, la page Facebook de DUNE<sup>73</sup> et plusieurs newsletters (CBCS, FEDITO, La Strada, Modus Vivendi).

De nombreux 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 Mentale de Bruxelles, Transit, le Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS), l'Ilôt, 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, Modus Vivendi, Community Land Trust, En Route asbl, Periferia...

---

<sup>71</sup> [www.sans-souci.be](http://www.sans-souci.be)

<sup>72</sup> [www.modusvivendi-be.org](http://www.modusvivendi-be.org)

<sup>73</sup> [www.dune-asbl.be](http://www.dune-asbl.be)

L'agrément 2018 – 2020 verra l'intégration de nouveaux signataires : certains professionnels ayant manifesté leur intérêt pour le réseau (à savoir : Modus Vivendi, UTSOPI, Bruxelles Laïque et DoucheFLUX).

## B. Préparer l'avenir du réseau

Deux réunions préparatoires ont été organisées avec les partenaires signataires : le 23 mai 2016 et le 9 juin 2017.

Le but de la première réunion était de discuter du contenu de la nouvelle demande d'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 tombera.

Les objectifs du réseau Nomade ont été rappelés aux signataires. Nous avons recensé leurs attentes et propositions, tout en exprimant notre volonté de maintenir ce cap (approuvée par tous). Nous avons également présenté les nouveaux partenaires potentiels (DoucheFLUX, Bruxelles Laïque, Modus Vivendi et UTSOPI) dont le choix a été validé à l'unanimité.

La deuxième réunion a permis d'inviter les nouveaux partenaires, de recueillir les derniers commentaires concernant la proposition de demande d'agrément (une copie leur avait été envoyée au préalable) et de récolter les conventions signées.

La demande d'agrément a été envoyée le 29 juin 2017 (disponible sur demande à l'adresse [communication@dune-asbl.be](mailto:communication@dune-asbl.be)).

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>74</sup>.

Leurs objectifs :

- pouvoir parler en leur nom propre, faire entendre leur voix, se représenter politiquement, en dehors des associations de terrain existantes,
- 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 travailleu(r)s du sexe, UTSOPI dénonce cette situation et attaque en justice le bourgmestre.

#### *08.06.2016 – Le budget participatif du CPAS de Charleroi<sup>75</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.

---

<sup>74</sup> [www.facebook.com/utsopi](http://www.facebook.com/utsopi)

<sup>75</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)

- *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.

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>76</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*

---

<sup>76</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)

L'objectif de l'Alter Medialab<sup>77</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.

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>78</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>77</sup> [www.altermedialab.be](http://www.altermedialab.be) ; [www.alter.be](http://www.alter.be) ; [www.ulyссе-ssm.be](http://www.ulyссе-ssm.be)

<sup>78</sup> [www.gsara.be](http://www.gsara.be)

## IX. 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>79</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. En 2017, des membres de l'équipe de DUNE ont participé à plusieurs rencontres, comme le petit déjeuner du 4 octobre 2017 portant sur les TROD.

**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>79</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.

Le 20 novembre 2017, DUNE, Modus Vivendi et Le comptoir de Charleroi ont organisé une journée de rencontre avec des militants de AIDES Lille et Paris. Les 10 participants (principalement des travailleurs de terrain) venant de différents comptoirs de réduction des risques ont s'entretenir avec trois intervenants qui pratiquent l'AERLI en comptoir et en extérieur (soirées gay) et expérimentent l'accompagnement du « basage » de cocaïne au bicarbonate de soude.

- Frédéric Baldou travaille à Paris pour AIDES National (drogues et prison, protocole de recherche et implémentation AERLI), travaille à la SCMR de GAIA à Paris, correspondant français de Input, spécialisé dans la RdR chemsex en milieu gay.
- Céline Labbe travaille pour AIDES Nord-Pas-de-Calais, dans un CARRUD à Lille, où elle pratique notamment l'ERLI.
- Kévin Maenhout travaille dans le même CARRUD : mise en place récente de l'échange de seringues (don/récupération) dans un réseau de 12 pharmacies à Lille + expérience d'accompagnement du « basage » de cocaïne au bicarbonate de soude.

Le document sur l'état de nos réflexions en la matière peut être obtenu, sur demande, auprès de la responsable de projet<sup>80</sup>.

**SCMR (Salle de Consommation à Moindre Risque)** – La Belgique reste à la traîne pour la mise en place de ce dispositif de RdR destiné aux usagers les plus vulnérables. On dénombre pourtant déjà près de nonante salles de consommation à moindre risque en Europe, notamment dans les pays limitrophes de la Belgique. Les Pays-Bas et l'Allemagne s'en sont dotées il y a déjà près de trente ans. Le Luxembourg et la France, plus récemment. Les nombreuses évaluations scientifiques, comme celles de

---

<sup>80</sup> [fbarthol@dune-asbl.be](mailto:fbarthol@dune-asbl.be)

l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, les reconnaissent comme constituant de bonnes pratiques. En juillet 2017, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies a en effet publié un rapport dont l'analyse vise à donner un aperçu objectif de leurs caractéristiques et de leur offre actuelle, ainsi que de l'efficacité de cette intervention<sup>81</sup>.

Pourtant, la mise en débat de l'ouverture d'une salle ou d'espaces de consommation à moindre risque s'est renforcée cette année, suite au dépôt en octobre 2016 des conclusions de l'étude baptisée « Drugroom », commandée par le Gouvernement fédéral et menée par l'UCL et l'Université de Gand<sup>82</sup>. Cette étude analyse la faisabilité de l'ouverture de salles de consommation à moindre risque dans cinq villes belges (Bruxelles, Liège, Charleroi, Anvers et Gand). DUNE participe aux actions et débats visant à promouvoir les SCMR, dans le cadre de la FEDITO bruxelloise, en répondant à des invitations ou en participant à des évènements<sup>83</sup>.

Concrètement, les salles de consommation à moindre risques sont des dispositifs socio-sanitaires permettant de créer du lien avec des personnes grandement précarisées, de les informer et de les sensibiliser à la réduction des risques liés à la consommation, ainsi que de leur prodiguer des premiers soins<sup>84</sup>. Elles permettent de diminuer les infections et la propagation de virus, et de sauver des vies. Elles aident également à diminuer les nuisances publiques. Une réelle politique de santé publique à l'égard des usagers de drogues impose de mettre en place un pareil dispositif dans toutes les grandes villes en proie à des consommations de rue, comme à Bruxelles. C'est en tout cas l'avis du secteur spécialisé ainsi que de représentants de la Justice et de l'Académie Royale de Médecine.

**Projet « Distribox » / « Stériborne » (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 bornes d'échange de seringues à Bruxelles. Les équipes invitées à participer à la rédaction de ce projet de décret ont donné des conseils sur l'argumentaire de l'exposé des motifs et concernant l'implémentation de ce type de dispositif. Ce travail s'est poursuivi en 2017 pour aboutir à la prise en en considération, en séance plénière du Parlement francophone bruxellois du 20 septembre 2017, de la proposition de résolution portée par Julien Uyttendaele (PS), Fabian Maingain (DéFI) et Zoé Genot (Ecolo), visant à la mise en place de « StériBornes » en Région bruxelloise<sup>85</sup>. Cette résolution s'inscrit en continuité de la reconnaissance formelle, au niveau régional, de Réduction des Risques en matière de drogues comme stratégie de Santé Publique (décret

---

<sup>81</sup> “ [Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence](#)” (pdf, 8p.) dans la série *Perspective on Drugs*.

<sup>82</sup> *Salle de consommation à moindres risques*, Note de synthèse, Cellule Générale de Politique Drogues, octobre 2016,

[http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/24102016\\_note\\_salles\\_de\\_consommation.pdf](http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/24102016_note_salles_de_consommation.pdf)

<sup>83</sup> . Par exemple, le séminaire de travail du 14 mars 2017 du Groupe Ecolo du parlement bruxellois ou les discussions avec Julien Uyttendael sur la réduction des risques.

<sup>84</sup> <http://www.salledaconsommation.fr/salles-de-consommation.html>

<sup>85</sup> Proposition de résolution visant à la mise en place de « StériBornes » en Région bruxelloise, déposée par Julien Uyttendael, Fabian Maingain, Zoé Genot, 26 juin 2017, Parlement francophone bruxellois, s.o. 2016-2017, doc. 82 (2016-2017) n°1.

ambulatoire, 2016<sup>86</sup>), ainsi que du renforcement structurel de son financement. Elle rejoint également les recommandations au niveau international (UE, OMS, OEDT) et locales (action n°12 du Plan drogues 2016-2019<sup>87</sup> et du Plan bruxellois de Réduction des Risques<sup>88</sup>).

La mise en place de bornes d'échange de matériel de réduction des risques (ou « StériBornes ») offre un rôle complémentaire aux structures déjà mises en place, par son accessibilité 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, de manière gratuite et anonyme. Via ces bornes, les usagers peuvent avoir accès au matériel stérile selon deux modalités : un jeton spécifique délivrant le matériel ; la remise d'un matériel usagé qui, une fois récupéré, permet de recevoir le même matériel. L'objectif de ce dispositif est triple : faciliter l'accès au matériel stérile d'injection, accompagner la dépendance pour ouvrir des opportunités de soins, réduire les nuisances et l'insécurité.

## B. Autour du soin

**REZONE – Réseau Santé mentale de Bruxelles Sud-Ouest<sup>89</sup>** – Il s'agit d'un réseau de services dans le domaine de la santé mentale, actif sur le sud-ouest de Bruxelles. REZONE a pour objectif de développer une offre de soins et d'accompagnement en santé mentale cohérente et coordonnée, dans la communauté, s'appuyant sur les choix des usagers et visant leur intégration dans la cité. REZONE est un Réseau Social-Santé agréé par la COCOF. Depuis cette année, REZONE est l'antenne sud-ouest du Réseau « Psy 107 » bruxellois, au côté de 3 autres antennes (zone Est de Bruxelles, Hermès+, Norwest). Trois groupes de travail sont actifs depuis mars 2017.

*GT 1 : Concertation entre services* : Il s'agit de développer des outils permettant d'améliorer l'interconnaissance entre services afin de faciliter la collaboration et l'orientation. Deux angles d'approches sont déployés : l'interconnaissance directe, c'est-à-dire les rencontres entre travailleurs de services différents et l'interconnaissance indirecte, à savoir la collecte et la diffusion d'informations à propos des services. L'objectif est d'apprendre à se connaître entre services afin de faire appel les uns aux autres, au moment adéquat, pour les personnes adéquates. D'un point de vue pratique, plusieurs idées sont mentionnées : des lieux de rencontre et d'interconnaissance entre services, des outils de communication autour de l'offre de soins/d'accompagnement disponible tel que sites internet, newsletters, listes de service. Comment pouvoir bénéficier de supports / de compétences en termes de santé mentale dans un contexte de rue ou de grande précarité ? La création d'un call-center pour informer des ressources disponibles est évoqué. Il serait pertinent de développer un tel outil sur l'entièreté de Bruxelles, en se basant sur l'expérience d'Hermès+ ou de Bruxelles-Est.

*GT 2 : La coordination autour du patient* : L'objectif est de développer des dispositifs qui contribuent à lutter contre les ruptures dans le parcours de soins et à améliorer la continuité des soins, tout en

---

<sup>86</sup> <https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2016/07/CP-Reconnaissance-RdR-d%C3%A9cret-ambulatoire-DEF.pdf>

<sup>87</sup> <https://feditobxl.be/fr/ressources/memorandums-politiques/politique-drogues-et-plan-drogues-2016-2019/plan-drogues/reduction-des-risques/>

<sup>88</sup> <https://feditobxl.be/fr/2014/11/publication-plan-bruxellois-de-reduction-des-risques-lies-a-lusage-de-drogues/>

<sup>89</sup> <https://www.rezone.be/>

permettant à l'usager de construire un projet psychosocial global. Cette année, ce GT a réalisé un travail d'exploration de différentes expériences : les projets Sylos, le réseau WAB, les « projets thérapeutiques » (phase précédente de la réforme), la clinique de la concertation, Atome, les plans de services individualisés, les assistants sociaux en service de santé mentale, etc. Il s'agit de se doter d'outils pour accompagner les personnes sur le long terme, en évitant autant que possible les ruptures et en assurant la continuité de l'accompagnement. Concrètement, cela prend la forme de rencontres autour de situations cliniques avec tous les intervenants concernés par le patient en question. Et il s'agit de trouver des solutions concrètes aux problèmes posés. A partir de ces situations, il est également possible de trouver des solutions structurelles à des problèmes récurrents. La question du secret professionnel est également évoquée. Au travers de ces rencontres, nous pourrions également construire progressivement un savoir commun sur la manière d'appliquer le secret professionnel dans le cadre de la coordination autour du patient. A cet égard, une première étape est de se renseigner sur ces différents modèles et voir lequel serait le plus adapté à notre situation.

*GT 3 : Un lieu d'accueil et de convivialité bas seuil* : Réflexion sur un lieu d'accueil bas seuil, avec des activités et diverses ressources disponibles (écoute, orientation, job-coach, capteur de logement...). L'idée est de créer un endroit où les personnes puissent venir se poser pour ensuite éventuellement adresser une demande d'aide. Un tel endroit pourrait être cogéré avec les usagers. Offrir un lieu d'asile, sans contrainte, où la personne se sent écoutée, sans qu'on lui demande quoi que ce soit ; un lieu intermédiaire, sécurisé faisant le pont vers l'extérieur.

**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>90</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 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>91</sup>.

---

<sup>90</sup> <http://www.pfscm-opgg.be/>

<sup>91</sup> <http://www.pfscm-opgg.be/assuetudes/sante-mentale-et-assuetudes>

**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>92</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>93</sup>.

**Apéroréseaux de la FEDITO Bruxelloise** – « Prévention, réduction des risques, accueil à bas seuil, hébergement, soins, ... Les services spécialisés dans le domaine des dépendances déploient une large palette d'activités à Bruxelles. Les Apéroréseaux du secteur bruxellois de la toxicomanie sont l'occasion de découvrir, dans un cadre convivial et informel, la diversité et les spécificités des services et projets du secteur »<sup>94</sup>. Cette année les services qui ont ouvert leurs portes à leurs collègues de tous les secteurs social-santé (et connexes) pour présenter leurs projets sont : 27 mars (Unité Assuétudes, Chapelle-aux-champs), 20 avril (Babel), 18 mai (Interstices – CHU Saint-Pierre), 15 juin (FEDITO BXL), 14 septembre (Le pont), 19 octobre (Transit) et 16 novembre (CGG Brussel – HOUBA).

### C. Autour des pratiques participatives

**Espaces de parole (La Strada)** – DUNE participe (via le Nomade) aux *Espaces de parole*. Ces espaces d'échanges sont organisés par La Strada, autour de thématiques variées, dans différentes institutions du secteur de la grande précarité. Cette année, La Strada n'a pas organisé de rencontres.

---

<sup>92</sup> <http://pfscm-opgg.be/assuetudes/projet-abc-vbh>

<sup>93</sup> <https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2015/08/GT-Soin-De%CC%81finition-Mai-2016.pdf>

<sup>94</sup> <https://feditobxl.be/fr/2017/02/aperoreseaux2017/>

**Réseau Nomade « Précarité et Assuétude »** – DUNE a fondé et coordonne ce réseau santé agréé par la Cocof, dont l'objectif est de promouvoir les pratiques participatives : pair-aidance, groupe d'auto-support, fédération d'usagers, expert du vécu, budget participatif, création artistique ponctuelle... Le point commun entre ces initiatives ? La volonté de stimuler, de revendiquer les compétences de publics fragilisés. Ce réseau est composé de professionnels issus d'institutions œuvrant dans les secteurs de la grande précarité, du sans-abrisme, des assuétudes, de la santé mentale, de la santé et de la prostitution. Le réseau Nomade développe un travail intersectoriel (social, santé, santé mentale). Son éclectisme qui permet la rencontre de différentes logiques de travail, conditions de vie, points de vue, concernant aussi bien les professionnels que les usagers des services. (cf. *supra*).

**Plate-forme Francophone de Pair-aidance et de Rétablissement** – En 2017, le réseau Nomade a été convié à participer aux réunions de cette plate-forme, une initiative de la clinique Sans-souci<sup>95</sup>. Cette plate-forme regroupe des acteurs et associations, notamment dans le but de créer un statut pour les pairs-aidants et de promouvoir cette manière de travailler pour une meilleure prise en charge des patients.

#### D. Soutien aux campagnes et actions

DUNE soutient activement deux campagnes annuelles : soutien à la décriminalisation de l'usage de drogues (1) et la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA (2). Les membres de l'équipe, en fonction de leurs disponibilités, participent à des actions collectives (3).

##### 1. *Support don't punish* : 24 juin 2016

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...). L'action *Support! Don't Punish* a été mise sur pied à l'initiative de l'IDPC (*International Drug Policy Consortium*).

À Bruxelles, l'événement est organisé par : Modus Vivendi, Bruxelles Laïque, Centre d'Action Laïque, Prospective Jeunesse, Eurotox, Liaison Antiprohibitionniste, FEDITO BXL, CBPS, STOP1921.be et est soutenu par DUNE, Médecins du Monde Belgique, SIDASOS, Transit, Infor-Drogues, Ligue des Droits de l'Homme, Univers Santé, Service Education Santé, Fedito wallonne. Un rassemblement festif et engagé<sup>96</sup> a été organisé, le 24 juin 2017, au Kiosque royal, proposant performances, workshops et concerts.

DUNE, soutenant la campagne depuis 2015, a participé au montage/démontage du site, à la tenue du bar et à certains workshops. Avec l'aide de deux de nos bénéficiaires nous y avons aussi enregistré des capsules audios, disponibles sur notre site<sup>97</sup>.

---

<sup>95</sup> [www.sans-souci.be](http://www.sans-souci.be)

<sup>96</sup> <https://feditobxl.be/fr/evenement/supportdontpunish-brussels-2017/>

<sup>97</sup> [www.dune-asbl.be](http://www.dune-asbl.be) > participation > radio clip

## 2. Journée Mondiale de Lutte contre le Sida

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. 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>98</sup>.

La campagne du 1<sup>er</sup> décembre cible la prévention. Elle vise à sensibiliser les jeunes et les moins jeunes aux modes de transmission du SIDA et des infections sexuellement transmissibles (IST), de promouvoir et de banaliser l'usage du préservatif, et valoriser l'attitude de protection lors des relations sexuelles.

Comme chaque année, deux travailleurs de DUNE ont participé 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 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)

## 3. Autres actions collectives

- **Dites NON à l'attaque sur le secret professionnel**, Manifestation jeudi 16 février 2017, à Bruxelles. Départ de la place Poelart (Palais de justice), à 13h30, appel lancé par le mouvement L'École en colère et le RWLP<sup>99</sup> : 500 personnes, selon la presse.

---

<sup>98</sup> <http://preventionsida.org/2016/11/la-journee-mondiale-de-lutte-contre-le-sida-ensemble-cest-possible/>

<sup>99</sup> <http://www.cbcs.be/Dites-NON-a-l-attaque-sur-le-secret-professionnel-des-travailleur-se-s-sociaux>; MOC, communiqué de presse, « Levée du secret professionnel. Oser faire marche arrière », 8 février 2017

<http://www.cbcs.be/IMG/pdf/20170208cpsecretprofessionnel.pdf?1422/8af288c65ee5d58d16242dee0334eb0e904b1685>; [https://www.rtf.be/info/belgique/detail\\_lever-le-secret-professionnel-des-travailleurs-sociaux-une-loi-inutile-et-dangereuse?id=9531550](https://www.rtf.be/info/belgique/detail_lever-le-secret-professionnel-des-travailleurs-sociaux-une-loi-inutile-et-dangereuse?id=9531550);

- **Droit à un toi ou droit dans le mur**, Rassemblement devant le parlement bruxellois le 18 septembre 2017 à 12h : 250 personnes

- **Rendre visible l'invisible**, Mobilisation portée par la FDSS, le 17 octobre 2017, dans le cadre de la Journée mondiale de lutte contre la pauvreté : lors de cette marche urbaine, une cinquantaine de personnes sont venues à notre rencontre au stand organisé au Médibus afin de présenter nos actions.

*Pourquoi cette marche ?*

*17 octobre, nous marcherons. A travers Bruxelles. Pour rendre visible l'invisible. Pour rendre un peu justice à celles et ceux qui, sans papiers, sans abri, sans emploi, disparaissent peu à peu des radars sociaux. Aussi pour mettre en lumière les travailleuses et les travailleurs du secteur que l'on n'entend jamais ou peu lorsqu'il est question de leur travail et des conditions de leur travail.*

*Une marche, ce n'est pas une promenade. Une marche, ce n'est pas la mise en spectacle de la misère ou de celles et ceux qui la vivent. Non, une marche, c'est faire revenir dans les rues les situations que la ville veut cacher ou ne veut pas voir. Logement, sans abri, prison, prostitution, sans papiers, gentrification, politiques de la pauvreté, squats, mendicité, migrants, contrôles, service communautaire, ... toutes ces questions et toutes ces situations seront rencontrées et problématisées lors de cette journée.*

*Une marche, c'est une question qui se déplace. Une marche, c'est une situation mouvante. Une marche, c'est une production commune<sup>100</sup>.*

## 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 ».

Article 27 se développe en réseau avec des partenaires sociaux, culturels et les publics. L'association compte un réseau de 835 opérateurs culturels (théâtre, musique, cinéma, arts plastiques, danse, patrimoine...) de la Fédération Wallonie-Bruxelles et 186 organisations sociales partenaires. DUNE fait partie du 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, 38 personnes ont bénéficié des tickets articles 27 en 2017. Cela représente 197 tickets « article 27 » distribués. Parmi ces 38 personnes, on compte 6 femmes et 32 hommes. Deux personnes

---

<https://www.cire.be/sensibilisation/evenements/secret-professionnel-le-cire-rejoint-le-front-peu-commun>; [http://www.vivreici.be/les-gens-d-ici/detail\\_manifestation-des-travailleurs-sociaux-contre-la-levee-du-secret-professionnel?videoId=62889](http://www.vivreici.be/les-gens-d-ici/detail_manifestation-des-travailleurs-sociaux-contre-la-levee-du-secret-professionnel?videoId=62889); <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/cpas-les-defenseurs-du-secret-professionnel-s-apprentent-a-manifester.html>;  
<https://www.7sur7.be/7s7/fr/32684/Menaces-terroristes-en-Belgique/article/detail/3082575/2017/02/16/Plus-de-500-personnes-ont-manifeste-a-Bruxelles-pour-le-secret-professionnel.dhtml> ; [https://www.rtb.be/info/belgique/detail\\_action-dans-la-zone-neutre-contre-la-loi-sur-le-secret-professionnel-des-travailleurs-sociaux?id=9597586](https://www.rtb.be/info/belgique/detail_action-dans-la-zone-neutre-contre-la-loi-sur-le-secret-professionnel-des-travailleurs-sociaux?id=9597586)

<sup>100</sup> <http://www.cbcs.be/Rendre-visible-l-invisible>

sont âgées de 19 à 30 ans, 13 personnes de 31 à 40 ans, 14 personnes de 41 à 50 ans et enfin, 9 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* ».

*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 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. Depuis plusieurs années, 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. Peu à peu, les travailleurs de DUNE participent de moins en moins aux réunions. L'équipe de DUNE continue de se mobiliser 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, usagères 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>101</sup>. Cette concertation mensuelle participe des actions relevant de l'engagement sociale 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

---

<sup>101</sup> Société des Transports Intercommunaux de Bruxelles, *Rapport d'activités 2015*, pp. 78-80.

réunions, en alternance avec Médecins de 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 du 19 octobre avait à l'ordre du jour les points suivants : point sur les gares/stations les plus sensibles, le public SDF polonais...

**GT Daklozen in Métro/Les sans-abri dans le métro (Cabinet du Ministre Pascal Smet)** – Depuis septembre 2016, DUNE est 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. Quelques réunions ont émaillé l'année, sans que DUNE puisse systématiquement y participer.

**Dénombrement des personnes sans abri (La Strada)**<sup>102</sup> – 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 collaboration avec le secteur bruxellois de l'aide aux sans-abris 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>103</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. Pour cette année 2017, deux travailleurs de DUNE ont participé au dénombrement, la soirée du 6 mars 2017.

## 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

---

<sup>102</sup> <https://lastrada.brussels/portail/fr/observatoire/denombrement/318-double-denombrement-des-sans-abris-et-mal-loges-en-region-de-bruxelles-capitale-7-novembre-2016-et-6-mars-2017>

<sup>103</sup> <https://www.lastrada.brussels/portail/fr/observatoire/denombrement>

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>104</sup>. DUNE est surtout active dans le « groupe santé ».

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 ne s'est pas réussie depuis un certain temps, mais le fonctionnaire de prévention de la commune souhaite réactiver ce lieu d'échanges.

Le soutien financier de la commune de Molenbeek-Saint-Jean au dispositif Médibus présent sur Ribaucourt-Yser s'est poursuivi, mais cette fois dans le cadre du Plan de sécurité et de prévention de la commune. Ce soutien est programmé pour 3 ans et soumis à une convention annuelle.

## 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),

---

<sup>104</sup> <http://cpas1060.be/spip.php?rubrique24>

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 du 123 rue Royale

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 I-Care : Frédérique Bartholeyns
- AG de la Fédération des travailleurs de rue, Traces de rue : Christopher Collin
- AG Alias : Christopher Collin
- CA du CBPS : Christopher Collin

## X. FORMATION

DUNE a développé différents types d'action de formation, s'adressant à différents publics : des interventions dans les écoles (1), le tutorat de stagiaires (2), des communications lors de journées ou colloques (3), des modules de formation à l'attention des professionnels (3). Fin 2017, DUNE a été agréée par la Cocof pour la mission générale de formation : il s'agit de la reconnaissance du travail réalisé par DUNE ces dernières années en la matière, qui permettra de mieux développer ce pool d'activités.

### A. Interventions dans les écoles supérieures

Comme chaque année, nous sommes intervenus auprès d'étudiant(e)s engagés dans différentes filières d'études (assistant social, infirmier, éducateur). Le groupe de travailleurs actifs sur ce projet a pris de nombreux contacts pour varier et multiplier les lieux de rencontre avec les futurs professionnels et former les étudiants en matière de RdR liés aux usages de drogues.

Cette année, nous sommes intervenus auprès d'étudiant(e)s dans deux écoles et rencontré 76 étudiants. Le groupe de travailleurs en charge de ce projet a établi de nouveaux contacts en vue de varier et multiplier les écoles où DUNE. Certains contacts ne porteront leurs fruits qu'en 2018.

Date – durée	Ecoles	Année d'études	Nombre participants	Modalités
26 avril – 3h	Haute Ecole Condorcet (Marcinelle) rencontrée au BIJ (Bureau international de la jeunesse (Bruxelles)	2 <sup>ème</sup> AS	16	Table ronde sur la thématique « La débrouillardise des travailleurs sociaux du bas seuil », avec : AMO Anderlecht, Service de Prévention Uccle et Traces de rue. Présentation de DUNE par petits groupes de 5 à 6 étudiants, puis séance de questions/réponses en commun.
20 octobre, 2 heures	ISEI : Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (Bruxelles)	2 <sup>ème</sup>	100 annoncés 30 présents	Présentation de DUNE (via PWP), Questions / Réponses
10 novembre, 2 heures	ISEI : Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier (Bruxelles)	2 <sup>ème</sup>	100 annoncés 30 présents	Présentation de DUNE (via PWP), Questions / Réponses, Exercices de RDR, Présentation du matériel proposé au comptoir

## B. Accueil et encadrement de stagiaires

En 2017, DUNE a accueilli 3 stagiaires qui poursuivaient des études d'infirmiers ou d'assistant social.

Nom, Prénom	Ecole	Discipline, année d'études	Période
Grégoire, Laure	IESSID (Institut d'Enseignement Supérieur Social, de l'information et de la documentation), Bruxelles	3 <sup>ème</sup> année – Assistante sociale	Du 10 octobre 2016 au 24 mars 2017
Favier, Caroline	ISEI (Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier)	4 <sup>ème</sup> année – Spécialisation en santé mentale et psychiatrie	Du 13 mars 2017 au 31 mars 2017
Ceysens, Morgane	IESSID (Institut d'Enseignement Supérieur Social de l'information et de la documentation)	3 <sup>ème</sup> année – Assistant sociale	Du 9 octobre 2017 au 31 mars 2018

## C. Communication et recherche

Cette année, l'ASBL DUNE, représenté par son directeur, a fait partie de la délégation belge au premier **Sommet francophone sur la réduction des méfaits lié aux drogues** qui s'est tenu à Montréal, le 13 mai 2017, en marge de la 25<sup>ème</sup> Conférence internationale en réduction des méfaits (International Harm Reduction Conference). Ce colloque, réalisé en partenariat avec la Fédération Addiction (France), le GREA (Groupement romand d'études des addictions (Suisse) et la Fedito Bruxelles (Belgique), se voulait être un cadre de rencontre et d'échanges entre intervenants, chercheurs, utilisateurs, associations et organisations des réseaux de la francophonie. L'objectif était de partager la connaissance, les meilleures pratiques, les programmes, les outils, les stratégies, les enjeux et les défis liés à l'utilisation des substances psychoactives. Christopher Collin y a présenté une intervention reprenant les initiatives prometteuses et les expériences ayant fait leur preuve en réduction des méfaits.

DUNE a également été invité à participer à un groupe de discussion (20 octobre 2017), composé d'un panel de professionnels de terrain, dans le cadre de la **recherche « Vers un traitement et une prévention sensible au genre pour femmes toxicomanes et alcooliques en Belgique »**, commanditée par le Belspo à l'Université de Gand. Cette recherche « se focalise sur les questions de genre dans le cadre de la réduction de la demande de drogues et d'alcool. Les arguments de base pour établir un distingué entre la recherche, la stratégie et les pratiques des femmes en matière de santé et la recherche, la stratégie et les pratiques générales en matière de santé reposent sur l'influence de plus en plus évidente du sexe et du genre sur la santé humaine. Elle lance un appel non seulement pour la prise en compte du genre dans les services de réduction de la demande de drogues tout au long du continuum de soins), mais également pour sa prise en compte de façon réfléchie et innovante de telle sorte que les normes associées au genre évoluent pour un mieux et que la santé tant de l'homme et de la femme soit améliorée. (...) [Elle] présente d'abord une introduction détaillée des services de réduction de la demande de drogues et d'alcool spécifiques au genre en Belgique. Les initiatives qui ciblent spécifiquement un genre ainsi que leur répartition géographique s'articulent autour de leurs

principales caractéristiques, réalisations et défis. (...) Cette étude entend également documenter le paysage international des services de traitement et de prévention des drogues et de l'alcool spécifiques au genre, sans pour autant prétendre à l'exhaustivité. [Elle] examine l'écart hommes-femmes pour différentes substances dans les échantillons de population générale et spécifique, ainsi que les différences liées au genre dans les données de l'indicateur de la demande de traitement pour les consommateurs d'alcool et de drogues. Ensuite, cette étude parcourt les récits personnels des femmes consommatrices sur les événements critiques de leur vie et leur expérience avec les services de réduction de la demande de drogues tout au long du continuum de soins. Enfin, compte tenu des conclusions précédentes, elle aborde les opportunités à venir. Elle se conclut par la formulation de propositions pour la poursuite des changements en matière de traitement et de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie spécifiques au genre dans les sphères plus larges, et aborde les influences qui pourraient avoir un impact sur les pressions actuelles et les nouvelles opportunités pour créer une prévention et un traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie spécifiques au genre »<sup>105</sup>.

#### D. Modules de formation à l'attention des professionnels

Dans cette partie, nous présentons 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, BRAVVO – 2015) et les liens que nous nouons sur le terrain suscitent des sollicitations de DUNE en termes de formation. Nous rencontrons le demandeur en vue d'une analyse de la demande de formation, puis nous soumettons une proposition, qui n'est pas toujours suivie d'effet.

En octobre 2016, nous avons 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. Sur une période de 4 ans, DUNE serait amenée à former 450 à 900 personnes, sous réserve d'une période « test » de 10 sessions de formation qui s'est déroulée en 2017 et début 2018. La mission a été confiée à trois travailleurs de DUNE qui assurent l'animation des sessions de formation, avec deux formateurs de l'asbl Transit. Ainsi, en 2017, outre les nombreuses réunions de préparation avec la STIB et entre formateurs et la réalisation des supports pédagogiques, nous avons donné la séance « pilote » (23 mars) aux managers ainsi que 8 sessions de la période « test » (de mai à décembre). Une centaine de travailleurs de la STIB (managers, agents travaillant en station) ont donc été formés cette année, par groupe de maximum 15 personnes. L'évaluation de cette journée de formation par les participants est fort positive, à l'exception de quelques points d'organisation relevant des tâches de la STIB elle-même.

---

<sup>105</sup> J. SCHAMP, S. SIMONIS, *Vers un traitement et une prévention sensible au genre pour femmes toxicomanes et alcooliques en Belgique*, GEN-STAR, Promoteurs : T. VAN HAVERE, L. GREMEAUX, G. ROETS, S. WILLEMS, W. VANDERPLASSCHEN (coord.), UGent, 2018, contrat DR/00/73, résumé, [http://www.belspo.be/belspo/organisation/Publ/pub\\_ostc/Drug/rDR73summ2018\\_fr.pdf](http://www.belspo.be/belspo/organisation/Publ/pub_ostc/Drug/rDR73summ2018_fr.pdf)

## *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 n'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>106</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 gênent en nous un sentiment de dégoût et de rejet.

---

<sup>106</sup> Il s'agit du modèle de formation que nous avons proposé à la STIB en mai 2016

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

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>107</sup>.

### 3. Risques liés à l'injection

La collaboration autour de la « Formation aux risques liés à l'injection », organisée par Modus Vivendi s'est poursuivie. L'une de nos infirmières co-anime la journée consacrée aux aspects médicaux et paramédicaux. Cette année, une session a eu lieu à Modus Vivendi, le 19 septembre pour une douzaine de personnes. Cette 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.

#### *Présentation de la formation<sup>108</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 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.

---

<sup>107</sup> [http://www.travailsocialderue.be/uploads/1/1/8/8/11880993/rapport\\_activites\\_2015.pdf](http://www.travailsocialderue.be/uploads/1/1/8/8/11880993/rapport_activites_2015.pdf)

<sup>108</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)

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

## XI. DÉMARCHE D'ÉVALUATION QUALITATIVE (DEQ)

Au cours des mois de novembre et décembre 2016, nous avons eu plusieurs temps d'échanges en équipe pour préparer le contenu du projet DEQ 2017-2019 à l'issue desquels le thème « bénéficiaires » a été retenu et, plus particulièrement, deux aspects : l'accueil et la participation, entre lesquels des connexions ont été établies.

### A. Problématisation

Le projet DEQ 2017-2019 vise à réfléchir en équipe à des pistes pour améliorer l'accueil des bénéficiaires au CLIP car cet accueil 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 (cf. Charte de la RdR et travail social de proximité) 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. Nous souhaitons approfondir nos questionnements sur le cadre de l'accueil et sur la posture de l'accueillant, 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), de la documentation, la lessive, les vêtements, des repas ponctuellement... Que 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 (création d'un lieu mensuel d'échanges thématiques, rédaction d'articles pour le DoucheFLUX Magazine, atelier radio).

Dans le cadre de la DEQ, 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 taraudent l'équipe : Que souhaitons-nous proposer ? Comment stimuler la participation de bénéficiaires ? Comment faire émerger une dynamique collective ? Comment susciter et rebondir sur les demandes participatives des bénéficiaires ? Comment imaginer le travail d'usagers, comme pair aidant, jobiste ou volontaire, tels que cela se pratique dans d'autres comptoirs de réduction des risques (ex. l'implication des usagers à Free Clinic d'Anvers ou le travail des militants de l'association française AIDES). 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 car les locaux de la chaussée de Forest, fort exigus, limitent les possibilités de développer certains projets, notamment en termes d'accueil et de pratiques participatives. À la mi-janvier 2018, DUNE a déménagé dans une maison de plus de 400 m<sup>2</sup> offrant les espaces nécessaires pour envisager de donner vie aux projets d'activités communautaires et la nouvelle configuration des locaux aura un impact sur les pratiques de l'accueil au CLIP. La DEQ prendra en compte ce changement d'infrastructure.

## B. Analyse de l'environnement

En ce qui concerne l'accueil, plusieurs éléments ont été relevés en équipe :

- Une file active relativement stable, mais qui rencontre nos limites d'accueil, tant au niveau de l'infrastructure que des ressources humaines. Notez que DUNE a déménagé en janvier 2018.
- Public présentant des profils de plus en plus lourds 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 ? Vs comment faire vivre et exploiter l'espace offert par nos nouveaux locaux (2018) ?
- Historiquement, l'accueil du CLIP ouvre quand les autres services ferment (19-23h) : valider que cet horaire 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.
- De plus en plus d'utilisateurs viennent à l'accueil, sans nécessairement prendre du matériel/un soin

En ce qui concerne la participation, les éléments suivants ont été épinglés :

- Absence de groupe d'auto-support d'utilisateurs de drogues en Belgique
- Lors de focus groupes et à l'accueil CLIP, certains utilisateurs demandent la création 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
- 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.

## C. Objectifs

Concernant la thématique de l'accueil, l'objectif poursuivi est de définir collectivement ce qui constitue un accueil de qualité (du point de vue de l'institution, 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.

Quant au volet « participation » de la 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, notamment sur une récolte d'informations relatives aux pratiques participatives existant en comptoir RdR.

## D. Mise en œuvre

Notre projet a été validé par la Cellule d'accompagnement de la DEQ début janvier 2017. Il nous a été demandé de reformuler notre objectif pour qu'il corresponde mieux aux critères SMART et de réaliser un calendrier prévisionnel reprenant les moments d'évaluation, la méthode, les étapes et les moyens, les personnes responsables.

Au premier trimestre, en concertation avec le reste de l'équipe, l'équipe de coordination a travaillé à la planification et la méthodologie, pour articuler la DEQ avec les autres projets de l'institution et les activités de l'équipe. Nous avons estimé que notre objectif général et les objectifs opérationnels suffisamment clairs, sans passer par un travail de reformulation.

Une recherche de financement a été réalisée pour supporter le coût de l'intervention d'une tierce personne pour accompagner notre travail de réflexion sur l'accueil. Un dossier de candidature à une bourse du FASSS, géré par l'APEF, a été déposé. La constitution du dossier a été plus longue que prévue. L'avant-projet de demande a été discuté lors de la réunion d'équipe du 29 mars et adapté en conséquence. Des démarches pour trouver un formateur ont été entreprise auprès du CBPS, Repères asbl et le CEFEC (Télé-accueil). Après une concertation entre le CEFEC et Repères, c'est Repères asbl qui a accepté notre demande, en avril. Deux rencontres ont eu lieu avec les formateurs pour préparer l'accompagnement. Lors de la première (début mai), qui s'est déroulée dans nos locaux, l'un des formateurs a rencontré l'ensemble de l'équipe : présentation réciproque, analyse de la demande, discussion sur le format et le lieu de la « formation ». Le 18 octobre, la chargée de projet a rencontré les deux formateurs pour les dernières mises au point.

Parallèlement, le travail de réflexion s'est poursuivi en équipe. Le 5 avril, la réunion d'équipe avait pour but d'entamer une analyse SWOT de l'accueil à DUNE. L'équipe a déplié les questions posées par l'accueil. Chaque travailleur a inscrit sur des post-it ce qu'il estime être des points forts et des points fiables du service d'accueil à DUNE. Cet exercice s'est poursuivi mi-octobre, en vue de préparer la seconde rencontre avec les formateurs. À leur demande, une liste de questions a été établie en équipe, visant à spécifier les orientations de travail proposées<sup>109</sup>. En voici la synthèse :

---

<sup>109</sup> Notez que ces réflexions ont été élaborées dans le contexte de l'exiguïté des locaux que possédait DUNE jusqu'à janvier 2018. Avec le déménagement et l'acquisition de plus d'espaces, ce travail est à remanier dans la mesure où les nouveaux locaux influent sur la dynamique de travail et l'approche de l'accueil.

### **C'est quoi (bien ) accueillir ?**

- (bien) accueillir dans un comptoir de RdR ?
- en fonction de notre public (précaires, en rue, UD)
- Pour les nouveaux travailleurs, que transmettre sur le « bien accueillir » ?

### **L'accueil, c'est un lieu ou une mission ? ou... ?**

- la supervision porte sur l'accueil du CLIP, le salon.
- L'accueil = trois éléments reliés : le cadre légal (les missions), le lieu (le salon), la manière dont on le met en œuvre.
- L'accueil se passe à la porte, le 1<sup>er</sup> contact ou plus... ?
- L'accueil peut être vu comme posture, lieu, et/ou défini par décret.
- Où s'arrête l'accueil et où commence l'accompagnement ?
- Le lieu = un espace-temps de 19h-22h45. Parfois impression que les gens restent à l'accueil sans problème, et parfois ça pose problème au travailleur. Que mettre en place pour que ce temps se passe bien ? Comment « gérer » l'accueil ? du café jusqu'au rappel des règles ?

### **Les différences :**

- Différents travailleurs = différents accueils
- Et en même temps, il y a un terrain commun
- Accueillir au salon, au comptoir, à l'infirmerie, ce n'est pas le même accueil.
- Et l'accueil en rue ? Parler d'accueil réciproque ? L'UD accueille le travailleur sur son trottoir, le travailleur accueille la demande, la parole. Il y a une façon de se comporter, face à une nouvelle personne, un nouveau groupe, leur donner l'opportunité de nous accueillir et se rendre accueillant ? Quelle est la posture de rue ? si ça ne se fait pas bien là, la personne ne viendra jamais jusqu'au CLIP.
- Comment accueillir (les demandes, les frustrations, les peines, les personnes) en équipe ? (binôme ou trinôme).

### **Règles, équité, uniformité...**

- Faut-il une équité/uniformité dans l'accueil ou non ?
- Des exceptions sont faites pour certains usagers (ex. dormir dans fauteuil, aller dans frigo) ou certains collègues disent oui pour un truc, d'autres non. La perception de ces différences de traitement par les UD peut-elle nuire à l'accueil ?
- Est-ce interdit de dormir quand il n'y a pas de monde ? C'est un point qui n'est pas clair... est-ce une règle du CLIP ?

### **Le public :**

- Comment accueillir un public potentiellement difficile ?
- Comment mettre les conditions pour que l'accueil se passe bien pour la personne, les autres usagers et les collègues ?
- Le lieu accueil sert à créer du lien. Quelles conditions mettre en place pour permettre la création du lien ? Posture du travailleur ?
- Quels sont les besoins d'un public précaire comme le nôtre ?
- Comment les travailleurs peuvent-ils se débarrasser du poids d'une interaction, se relaxer un peu pour continuer le travail ? Dans une triple bienveillance : pour soi, pour UD, pour collègue.
- Que faire ? Situation : Dans l'accueil tout se passe bien. Deux personnes arrivent et en 2 minutes la température monte en flèche à l'accueil. Comment faire pour que chacun trouve sa place, dans un collectif avec le respect de tous ?

Un focus groupe sur la thématique de l'accueil a également été organisé avec les usagers afin de récolter leur(s) point(s) de vue. Programmé et déplacé à plusieurs reprises pour des motifs organisationnels, il s'est déroulé le 1<sup>er</sup> août, de 15h à 17h30, animé par les deux chargés de projets. En juillet, les deux chargés de projet, animateurs du focus groupe, ont réalisé l'affiche et préparé la rencontre. Le contenu de ce focus groupe a été relaté dans la partie sur les pratiques participatives, nous y renvoyons le lecteur.

L'accompagnement/formation de 3 jours avec les deux formateurs de Repères asbl s'est déroulé entre décembre 2017 et février 2018. Pour préparer ces 3 jours, un portefeuille de lecture sur la thématique de l'accueil a été proposé aux travailleurs dans le courant du mois d'octobre.

Par ailleurs, le directeur a participé à une journée d'étude, organisée par la Fédération des maisons médicales solidarité et santé, *Les déclinaisons de l'accueil en social-santé*, à Bruxelles, le 6 octobre 2017.

### E. Constats concernant les effets produits par le projet DEQ

Lors de la séance avec Repères du 6 décembre, nous avons organisé un lunch « auberge espagnole » afin de partager un repas tous ensemble et de renforcer les liens informels entre les membres de l'équipe qui a peu l'occasion de se retrouver tous ensemble.

À ce stade, qu'avons-nous retiré de ce processus de travail autour des questions liées à l'accueil ? Lors de la réunion d'équipe suivant chaque jour de formation, l'équipe est revenue sur le déroulé de la journée pour faire part de ses impressions. Un premier bilan a été réalisé collectivement à la fin des 3 jours de formation avec Repères. Une synthèse sera fournie dans le rapport d'activités 2018.

Le tableau ci-dessous présente le bilan de cette première année du projet DEQ, centré sur le thème de l'accueil. Il reprend les différentes actions qui ont été planifiées pour 2017 et l'état de leur réalisation.

Action	Objectif	Mise en œuvre	Effets
<b>2017</b>			
<b>Récolte d'informations (articles)</b>	Documenter les travailleurs et alimenter la réflexion	Octobre : 3 références ont été trouvées et mises à disposition des travailleurs	Non mesuré ; à poursuivre ? Utilité ?
<b>Analyse SWOT</b>	Identifier les sources de confort et d'inconfort	Avril	Préparation de la rédaction de la demande de bourse et de la formulation de la demande d'accompagnement aux organismes compétents.
<b>Lister les questions et "problèmes"</b>	Entamer la réflexion et préparer	Avril et octobre : brainstorming	Formation calibrée sur besoins de l'équipe, a

Action	Objectif	Mise en œuvre	Effets
	l'accompagnement externe		favorisé la qualité des discussions en formation
<b>Réunions d'équipe</b>	Co-construire le projet DEQ, assurer sa mise en œuvre, répondre collectivement aux questions/problématiques	4 réunions ont eu lieu cette année autour du projet DEQ	Avancement de l'état réflexions
<b>Comptes rendu des réunion DEQ</b>	Laisser des traces	Réalisés dans les PV de la réunion d'équipe et dans les CR des journées de formation	Matériau pour rédiger ce chapitre. Le matériau récolté est à traiter en équipe
<b>Trouver un superviseur accueil</b>	Bénéficier d'un regard externe pour travailler la question de l'accueil	Processus de sélection long	Dépôt de la demande de bourse FASS
<b>1er entretien avec superviseur</b>	Présenter formateurs pressentis à l'équipe, analyse de la demande de formation	Rencontre lors d'une réunion d'équipe, discussion en équipe pour un dernier retour par la chargée de projets	Adhésion de l'équipe à l'accompagnement par l'ASBL Repère
<b>Programmer les séances de supervision</b>	Organiser les journées de formation avec le travail quotidienne	Programmation à cheval sur 2017-2018	Fermeture du CLIP les jours de formation
<b>Constitution groupes travail attribution tâches</b>	Faciliter l'avancement du travail de réflexion	Aucun groupe de travail n'a été constitué	Pourquoi ? L'équipe n'en a pas vu la nécessité à ce stade.
<b>Focus groupe accueil</b>	Récolter les points de vue des bénéficiaires et co-construire un accueil de qualité	Août 2017	Retour vers l'équipe, reproduire pour tenir compte des nouveaux locaux
<b>Comptes rendu focus groupe</b>	Faire traces	CR réalisé	Soutien à la rédaction du rapport d'activités, prise en compte dans les réflexions d'équipe.

## CONCLUSION GENERALE

---

La rédaction d'un rapport d'activités, outre le fait qu'il s'agisse d'un acte administratif obligatoire, est l'occasion de passer en revue nos actions et de poser les bases pour 2018, année que nous espérons aussi riche que 2017, une année placée sous le signe de la réussite tant les défis relevés étaient nombreux.

Le principal défi était le changement de direction. Il fallait se poser et réfléchir en équipe : que voulions-nous faire ensemble ? Comment voulions-nous le faire ? Prendre le temps est nécessaire pour se questionner. Nos métiers requièrent une prise de recul, la cohésion et la volonté collective de concourir à un projet de société pour garantir la réussite de nos actions. Les débats internes ont été riches. Ils ont permis de nous recentrer sur nos pratiques et redéfinir ce pourquoi nous sommes là, pourquoi nous agissons. Bref, notre philosophie d'intervention.

Le second défi a été d'assurer, comme toujours, une prise en charge de qualité, malgré le peu de moyens accordés à la réduction des risques en Belgique et la précarisation accrue de nos bénéficiaires. C'est avec force et savoir-faire que nous avons continué à faire notre travail. En proposant une approche holistique, en tentant de réduire l'ensemble des risques liés à la consommation et aux modes de vie dans la dépendance et ce, par la poursuite de la mise en œuvre de nos projets historiques. L'outreach, l'accueil, l'accompagnement mobile, l'accompagnement social, les soins... ont été complétés en 2017 par le développement des activités participatives – pôle constituant, selon nous, le chaînon faible de notre action globale – avec pour objectif de renforcer les capacités d'actions des bénéficiaires.

Le troisième défi, à relever pour faire de DUNE une asbl en phase avec son époque, a été de répondre aux exigences administratives visant la mise en place d'une politique interne de bien-être au travail. Nous avons vu cette exigence, non pas comme une contrainte, mais comme une opportunité d'améliorer notre cadre de travail, pour faire en sorte que chacun y trouve sa place, pour évoluer dans un environnement professionnel agréable, incitant à fournir un travail de qualité auprès de nos bénéficiaires. La mise en place des plans de prévention et sécurité au travail a été réalisée de manière collective.

Enfin, le défi le plus sensible, qui se pose à DUNE depuis 2010, a été relevé avec brio : après des années de recherche, nous avons trouvé de nouveaux locaux. Ce n'était pas une mince affaire vu les nombreux refus que nous avons essuyés par le passé en raison de la nature de nos activités. Nous n'avons pas baissé les bras car notre objectif était bel et bien de trouver, au terme de cette année 2017, une infrastructure susceptible d'accueillir le comptoir et le siège social de l'association. Nous sommes donc heureux d'annoncer que nous passerons les prochaines années dans un cadre de travail mieux adapté à nos activités, qui nous donnera l'opportunité de développer de nouveaux projets, tout en offrant un cadre de travail agréable à nos travailleurs.

Si 2017 a été une année pleine de défis, nous souhaitons également mettre en avant les opportunités qui ont été saisies par l'équipe au cours de l'exercice écoulé et qui témoignent à elles seules de la dynamique qui anime aujourd'hui l'équipe.

La première opportunité que nous avons saisie concernait les démarches à mettre en œuvre pour que l'association soit reconnue sa spécificité ainsi que pour des actions qu'elle a développées au fil des années.

Tout d'abord, nous avons travaillé d'arrache-pied pour répondre à l'opportunité créée par l'introduction de la mission de la réduction des risques dans le décret ambulatoire. L'objectif était de faire reconnaître les actions menées depuis 19 ans. Cette reconnaissance, surtout symbolique, situe nos pratiques par rapport aux trois autres piliers (soin, prévention et répression) et les définit comme étant des pratiques pertinentes en termes de lutte contre les méfaits liés aux usages de drogues. Nous en profitons pour remercier les responsables politiques qui ont pris leurs responsabilités dans ce dossier, ainsi que l'administration pour son soutien.

Notre demande d'extension d'agrément introduite à la COCOF en 2017 portait également sur la mission de formation. La reconnaissance des actions que DUNE mène depuis plusieurs années en matière de formation, via l'agrément pour cette mission spécifique est concomitante à la concrétisation d'un contrat avec la STIB visant à former 450 travailleurs au minimum.

Toujours dans le registre des reconnaissances, le dossier visant à faire agréer pour trois années supplémentaires le Réseau Nomade (que DUNE pilote depuis 2009) a été couronné de succès, légitimant ainsi ce réseau en tant qu'acteur reconnu dans les domaines de la participation des usagers et de la pair-aidance.

Tous ces nouveaux agréments, outre leur portée symbolique, procurent à DUNE un certain confort financier pour les années à venir.

Ensuite, nous vous parlions précédemment de mettre DUNE en phase avec son temps. Depuis mai 2017, l'application mobile *Le Bon Plan*, dotée d'une géolocalisation, s'adresse aux travailleurs sociaux et aux bénéficiaires pour optimiser l'orientation au sein des multiples organisations d'aide médicale et sociale de première ligne à Bruxelles. Cette application est disponible gratuitement sur les stores Apple et Google.

Si l'année 2017 a été une réussite, nous le devons à un travail collectif qui nous a permis de tirer la pleine essence des éléments qui caractérisent DUNE et qui sont sa marque de fabrique depuis sa création : capacité d'innovation, adaptation aux changements et approche pro-active pour trouver des solutions aux problèmes des bénéficiaires dans des contextes sociétaux précaires. La reconnaissance de notre travail via les agréments de la COCOF et nos nouveaux locaux laissent entrevoir des perspectives réjouissantes. Si jadis, même à l'étroit dans nos locaux, nous parvenions à être innovants, nous sommes convaincus qu'avec cet espace à notre disposition nous le serons davantage. En effet, nous allons enfin pouvoir ressortir les idées laissées dans les tiroirs faute de place, les mettre en œuvre et créer de nouvelles opportunités pour implémenter des dispositifs innovants en matière de réduction des risques : notamment un lieu de consommation supervisée, que nous pourrions implémenter à moyen terme en s'appuyant sur une équipe compétente.

L'année 2018 est donc lancée et si nous sommes à l'heure des réjouissances en fermant la porte de 2017, nous ne fanfaronnons pas car nous savons que les prochaines années risquent d'être de plus en plus complexes, dans la mesure où le contexte social actuel érige l'acte répressif et contrôleur au rang

de norme, voire de paradigme, annonçant des réformes destructrices tant pour les bénéficiaires que pour les associations...

La bonne nouvelle et les années antérieures viennent le prouver, c'est que nous sommes de ceux qui sont convaincus que le déclin des choses survient lorsque l'on se demande ce qu'il va arriver au lieu de se demander ce que l'on doit faire.

Faire de l'interruption, un nouveau chemin ; faire de la chute, un pas de danse ; faire de la peur, un escalier ; du rêve, un pont ; de la recherche, une rencontre.  
C'est ça notre force à nous.

Merci pour votre lecture

Christopher Collin  
Directeur ASBL DUNE

# 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

Fin 2017, nous avons reçu une réponse positive à notre demande de reconnaissance des missions de réduction des risques et de formation. Ce nouvel agrément nous a permis d'engager du personnel supplémentaire.

Le tableau ci-dessous reprend les personnes qui composaient l'équipe en 2017, avec leur fonction, durée du contrat de travail, et source de financement.

Nom	Prénom	Nbre h/sem.	Fonction	Financement
ALLA	Reslane	38	Assistante sociale	ACS
BARFI	Mohamed	38	Travailleur social	ACS

			Délégué syndical inter-centres (SETca)	
BARTHOLEYNS	Frédérique	30,4	Chargée de projets	SPFB
COLLIN	Christopher	38	Directeur	SPFB
DAHROUCH-NAIMI	Chaimae	38	Infirmière Déléguée syndicale inter-centres (CNE)	SPFB – ex-FA
DEVER	Lucy	10	Médecin généraliste	Ex-FA
EL FATIHI	Badr	38	Travailleur social Conseiller en prévention	ACS
ES-SAFI	Mustapha	38	Travailleur social et logistique	ACS
GODENNE	Sophie	38	Infirmière communautaire	SPFB – ex-FA
HAMIANI	Nadia	32.4	Secrétaire Personne de confiance	SPFB
LAGODA	Jean-Philippe	38	Travailleur social	ACS
MASSAUX	Anouk	30,4	Infirmière (en crédit-temps ; remplacée)	SPFB
SEBUGINGO	Eugène	38	Infirmier	Remplacement + Maribel
THIANGE	Tommy	38	Chargé de projets	ACS
Becquet	Jade	19 (octobre 2017 à février 2018)	Infirmière	SPFB
Cercass	Antonio	38 (Avril à octobre 2017)	Travailleur social	Article 60

#### IV. FORMATIONS DU PERSONNEL

*Travailler professionnellement avec ses émotions*, Psychorelief, Bruxelles, 11 et 18 janvier 2017 : Chaïmea Dahrouch-Naimi.

*Les couleurs de la communication : l'approche ComColors*, Ancolie, Bruxelles, 24 et 31 janvier 2017 : Chaïmea Dahrouch-Naimi.

*L'assertivité comme outil de travail*, Bruxelles Formation Entreprises, Uccle, 26 janvier 2017, 9 et 16 février 2017 : Rezlane Alla

*Comment appliquer les comportements adaptés et efficaces face à l'agressivité*, Médiations ASBL, Saint-Josse, 7, 13 et 23 février 2017, 7 mars 2017 : Rezlane Alla.

*La bientraitance, un chemin vers la bienveillance*, ACN, 13 et 14 mars 2017 : Chaïmea Dahrouch-Naimi.

*Counseling et dépistage rapide du VIH*, Bruxelles, Médecins du Monde, 20 et 21 avril 2017 : Sophie Godenne, Tommy Thiange.

*Les agences immobilières sociales*, formation organisée par le Rassemblement Bruxellois pour le Droit à l'habitat, Molenbeek-Saint-Jean, 9 mai 2017 : Rezlane Alla.

*Pertes, séparations et deuils : comment les traverser et les accompagner*, Ecole des parents et des éducateurs, Bruxelles, 8, 9 et 15 mai 2017 : Chaïmea Dahrouch-Naimi.

*25<sup>th</sup> Harm Reduction International Conférence (HR17)*, Montréal, Canada, 14-17 may 2017 : Christopher Collin.

1<sup>er</sup> Sommet francophone sur la réduction des méfaits lié aux drogues, Montréal, 13 mai 2017 : Christopher Collin.

*Se préserver pour bien aider*, Ligue de l'Enseignement, Bruxelles, 15, 16 et 22 mai 2017 : Rezlane Alla.

*L'habitat léger*, formation organisée par le Rassemblement Bruxellois pour le Droit à l'habitat, Molenbeek-Saint-Jean, 1<sup>er</sup> juin 217 : Rezlane Alla.

*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.

*Gérer le stress et les émotions dans un cadre professionnel*, STICS, Bruxelles, 12, 19 et 26 juin : Chaïmea Dahrouch-Naimi.

Rôles et compétences en Délégation Syndicale. 1<sup>ère</sup>, Service formation, CSC – Fédération de Bruxelles, cycle de formation 2017-2018, 7-8-9 novembre 2017 : Chaïmea Dahrouch-Naimi.

Réduction des risques liés à l'injection, formation organisée par Modus Vivendi, Bruxelles, 19 et 21 septembre 2017 : Antonio Cercass

*La cohabitation dans l'assurance chômage : règles, jurisprudence et mesures de contrôle*, L'Atelier des droits sociaux, Molenbeek-Saint-Jean, 13 octobre 2017 : Rezlane Alla.

HORS CIRCUIT. Laboratoire de l'intervention sociale, Journée d'ateliers et de débats sur le thème de l'accès aux droits et aux services sociaux et de santé des personnes les plus précarisées à Bruxelles, organisée par le Forum Bruxelles contre les inégalités, 20 octobre 2018 : Rezlane Alla.

*Le contrat de travail*, L'Atelier des droits sociaux, Molenbeek-Saint-Jean, 27 octobre 2017 : Rezlane Alla.

*Des rumeurs... à la réalité, en droit du bail et en droit judiciaire*, L'Atelier des droits sociaux, Molenbeek-Saint-Jean, 1<sup>er</sup> décembre 2017 : Rezlane Alla.

*Le contrôle de la recherche active d'emploi en région bruxelloise*, L'Atelier des droits sociaux, Molenbeek-Saint-Jean, 8 décembre 2017 : Rezlane Alla.

*Cycle d'intervision « Santé mentale et usage de produits psychotropes »*, organisé par Babel (centre de consultation ambulatoire de l'asbl l'Equipe), à Saint-Gilles, de septembre 2017 à juin 2018, tous les troisièmes jeudis du mois : Eugène Sebugingo.

Cycle d'intervisions du SMES-B, Bruxelles (lieu tournant) : une fois par mois, de janvier à juin 2017 : Eugène Sebugingo.

*Pratiques de comptoir, GT AERLI*, Journée de rencontre avec des militants de AIDES Lille et Paris organisée par Modus Vivendi, Le comptoir de Charleroi et DUNE, 20 novembre 2017 : Sophie Godenne, Mustapha Es-Safi, Frédérique Bartholeyns.

*Dans l'hôpital, dans la cité, le patient usager de drogues : exploration de bonnes pratiques entre l'ambulatoire et l'hospitalier*, Journée d'étude organisée par la FEDITO BXL, Bruxelles, 24 novembre 2017 : Eugène Sebugingo, Sophie Godenne,

*Les déclinaisons de l'accueil en social santé*. Journée d'étude organisée par la fédération des maisons médicales solidarité et santé, Bruxelles, 6 octobre 2017 : Christopher Collin

*3<sup>ème</sup> journée « Santé mentale et Psychiatrie »*. *L'entretien infirmier en santé mentale : mythe ou réalité ?*, Journée d'étude organisée par l'Association belge des praticiens de l'art infirmier, Schaerbeek, le 5 décembre 2018 : Eugène Sebugingo.

*Formation d'équipe sur le thème de l'accueil*, animée par deux intervenants de l'asbl Repères, Bruxelles, 18h (dont 6h en 2017), 22 décembre 2017 : tous les membres de l'équipe.

*Pratiques participatives avec des publics fragilisés. Soutenir la capacité des personnes à prendre soin d'elles*, Module 2016 – 2017, 6 ateliers d'échanges de pratiques : 26 janvier, 23 février, 23 mars, 27 avril, 1<sup>er</sup> juin, 22 juin 2017 : Frédérique Bartholeyns.

V. PHOTO DU MÉDIBUS SUR SITE

