



Région de Bruxelles-Capitale

RAPPORT D'ACTIVITÉS 2018

juin 2018

DUNE asbl – 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

TABLE DES MATIERES	2
INTRODUCTION	5
PARTIE 1 : PRÉSENTATION DU SERVICE	7
I. Description de l'institution	7
A. Objet social : la réduction des risques liés aux usages de drogues.....	7
B. Philosophie d'intervention.....	7
C. Groupes cibles.....	8
D. Approche spécifique du public.....	8
II. Description du dispositif et méthodologie	9
A. Outreach : travail socio-médical de rue	9
Méthodologie	9
Maraudes à pieds	13
Médibus.....	14
Implantation : horaire et site	14
Maraudes à pieds lors des permanences du Médibus.....	15
Partenariats et travail pluridisciplinaire	15
B. Accueil.....	16
Cadre de l'accueil	17
Les services proposés	19
Service « douches »	19
Dons de vêtements et de couvertures.....	20
Lavoir social.....	20
Kit hygiène	20
C. Accès au matériel stérile	21
Notre approche de la réduction des risques	21
Le matériel stérile accessible au comptoir	23
D. Dispositif psycho-médico-social.....	24
Service d'accompagnement social et permanence sociale.....	27
Le dispensaire : soins infirmiers et consultation de médecine générale	30
E. Liaison-coordination des parcours de soins et des suivis sociaux et accompagnement mobile	31
F. Information aux usagers de drogues et leur entourage	37
Information et sensibilisation de la population générale.....	38
Le Bon Plan : points d'assistance médicale et sociale de 1 ^{ère} ligne à Bruxelles.....	39
G. Pratiques participatives	41
Du concept de la participation	41
Nos actions participatives	42
Focus-groupe	42
Opération Boule-de-neige.....	43
Travail alternatif défrayé (TAD).....	44
Atelier Radio.....	46
H. Formation.....	47
Interventions dans les écoles	47

Tutorat des stagiaires	48
Journées de formation à l'attention des professionnels.....	49
Offre spécifique de DUNE : Gestion des personnes dépendants de drogues et ramassage du matériel d'injection	49
Co-animation.....	51
I. Le Réseau santé Nomade « Précarité et assuétudes »	53
Objectifs généraux et principes fondateurs	54
Objectifs opérationnels	55
PARTIE 2 : ACTIVITÉS DE L'ANNÉE ECOULÉE	56
I. Présentation des résultats de l'année	56
A. Outreaching : Travail social de rue	56
Nombre de contacts en rue.....	57
Données relatives aux contacts sur le Médibus	57
Matériel distribué au Médibus	58
Matériel distribué lors des maraudes	59
Soins en rue et entretiens sociaux	60
L'orientation des patients rencontrés en outreach.....	61
B. L'accueil au CLIP.....	62
Fréquentation du CLIP	62
Données sur la file active	63
Répartition par genre.....	64
Répartition par tranches d'âge	65
Indicateurs de précarité.....	65
Les services proposés à l'accueil	67
Le service kit hygiène	67
Accès aux douches	68
Lavoir.....	68
C. Accès au matériel stérile (au comptoir).....	68
Seringues distribuées	68
Seringues récupérées	69
Autres matériels distribués	70
D. Accompagnement sociale et guidance administrative.....	71
Activités du service social.....	71
Types de demandes émergeant au service social	72
E. Dispensaire du CLIP : soins infirmiers et consultation de médecine générale	75
Soins infirmiers	75
Chiffres de fréquentation.....	75
Nature des soins	76
Consultation de médecine générale.....	77
Conclusion	78
F. Liaisons, coordination et accompagnement mobile	78
G. Prévention, information et sensibilisation	80
Information au quotidien	80
Information et sensibilisation de la population générale.....	81
Site internet	81
Réseaux sociaux	82
Le Bon Plan	82
Présentation.....	82

Nouveautés	84
Diffusion	84
Évaluation	86
Conclusion et perspectives pour l'édition 2020.....	89
H. Pratiques participatives.....	89
Focus groupe	90
Atelier radio.....	90
Atelier pour femmes « Soins de soi »	92
TAD (Travail alternatif défrayé)	93
Opération Boule de neige.....	94
I. Formation	94
Interventions dans les écoles supérieures	94
Accueil et encadrement de stagiaires	96
Modules de formation à l'attention des professionnels	96
J. Réseau santé « Nomade » - Précarité et assuétudes.....	98
Organisations des Midis Nomades.	98
Renouvellement de la ligne graphique.....	99
Création d'un site internet	100
Création d'un répertoire en ligne d'expériences participatives	103
Lancement sur Facebook.....	103
Pair-aidance : implication dans son développement.	103
Conclusion et perspectives.....	104
K. Réseaux, collaborations, concertation et lobbying.....	104
Autour de la réduction des risques	105
Autour du soin.....	105
Autour des pratiques participatives	107
En lien avec le travail de rue.....	108
Soutien aux campagnes et actions	109
II. Démarche d'évaluation qualitative (DEQ)	110
Rappel du choix de la thématique.....	110
Réalisation 2018	111
Constats concernant les effets produits par le projet DEQ.....	116
CONCLUSION GENERALE	117
ANNEXES	120
Conseil d'administration	120
Assemblée générale.....	120
Membres de l'équipe.....	120
Formations du personnel.....	122

INTRODUCTION

En 2018, l'asbl DUNE a fêté ses 20 années d'existence.

Lors de sa création, en 1998, l'objectif était de construire un dispositif de réduction des risques liés aux usages des drogues, en particulier par voie injectable, dans un contexte où le sida faisait des ravages au sein de ces populations. Aujourd'hui, nous nous adressons à tous les usagers de drogues précarisés, quel que soit le produit ou les pratiques de consommations.

Notre domaine d'action s'est élargi mais notre finalité reste la même : une approche privilégiant l'inclusion sociale, la résilience, le rétablissement, la réhabilitation et ce, dans une optique de promotion de la santé, tout en s'appuyant sur le savoir expérientiel et les compétences de notre public.

Ceci est un enjeu capital lorsqu'on travaille avec un public dont les conditions de vie peuvent avoir un impact sur la consommation de drogue dans la mesure où les éléments contextuels peuvent être générateur d'angoisse comme par exemple, le fait de vivre en rue, d'être en danger constamment, d'être mis au banc de la société, ...A ces conditions de vie fort difficile viennent parfois s'ajouter des éléments générateurs d'angoisse qui trouvent leurs origines dans l'histoire passé, dans la complexité de vivre le présent et dans l'impossibilité de s'inscrire dans le futur... Dans certaines situations, l'automédication est parfois la seule solution pour atténuer les douleurs et pour venir réguler l'angoisse qu'elles génèrent. Le problème est que la consommation de produit psychotrope de manière déréglé génère également de l'angoisse qui vient s'ajouter à l'angoisse de base qu'il faut également contenir pour vivre mais ceci à un impact considérable sur la santé et sur la consommation.

En effet, nous constatons quotidiennement que les usagers dont le capital santé est entravé encourent plus de risques d'entrer dans une consommation de drogues déréglée, voir morbide.

Sur base de ces observations, nous pouvons émettre l'hypothèse inverse : un usager dont le capital santé est relativement stable est un usager qui aura davantage de ressources pour réguler sa consommation et diminuer les prises de risques.

La question qu'il faut se poser si l'on fait ce constat et cette hypothèse est la suivante : peut-on travailler la réduction des risques avec un public précaire uniquement par des dispositifs d'aide RDR sans parler de la régulation de la consommation de drogue étant donné, que si l'on veut agir sur les facteurs de risques, un des vecteurs est la régulation dans la mesure où l'augmentation des risques est directement corrélée à l'augmentation de prise de produits psychotropes.

Si on pose cette question, il faut s'en poser une autre: Est-il possible, voir décent, de demander à une personne précaire sur le plan psychomédicosociale et vivant avec une addiction de réguler sa consommation alors que celle-ci occupe, dans certain cas une fonction ?

Il faut envisager le problème sous un autre angle : la régulation ne doit pas être une fin en soi. Elle doit être un moyen pour réduire les risques. La réduction des risques par la santé peut être une réponse pour aider l'usager à se saisir de ses capacités pour réguler sa consommation. En améliorant le capital santé des usagers de drogue, ils peuvent s'appuyer sur d'avantage de ressources pour faire face à leur consommation. Les soins de santé, au même titre que la participation, l'accès au logement, au travail... sont autant de possibilités pour aider l'usager à se diriger vers une régulation de sa consommation.

C'est dans cette optique que l'asbl DUNE a développé, au fur et à mesure de son évolution, un dispositif global et intégré proposant une approche holistique de l'ensemble des dommages générés par les usages de drogue et la vie en rue. Cette approche se matérialise par la mise à disposition d'un ensemble

de services éclectiques, s'articulant les un aux autres, pour former un ensemble cohérent d'action dont la finalité est l'amélioration de la santé par la réduction des risques.

Soulignons également que, depuis janvier 2018, l'asbl DUNE bénéficie d'une nouvelle infrastructure qui laisse entrevoir des perspectives réjouissantes pour le développement de nos projets, services et activités.

* *
*

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

La première partie du rapport, composée de deux chapitres, vise à présenter notre service :

- Le premier chapitre propose 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.

La seconde partie du rapport reprend les actions décrites dans la première partie, mais cette fois, sous l'angle des résultats de l'année 2018.

Nous vous souhaitons une agréable lecture.

Pour l'équipe,
Christopher Collin
Directeur de l'asbl DUNE

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) et son approche du public cible (D). 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 Bruxelles¹. Ayant débuté avec une équipe de travailleurs de rue, elle ouvre en 2002, le 1^{er} 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.

B. *Philosophie d'intervention*

Notre intervention repose sur les fondamentaux de la réduction des risques² 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

¹ 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 ».

² Charte de la réduction des risques, en ligne [<http://reductiondesrisques.be/charte-de-la-reduction-des-risques>].

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.

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.

II. DESCRIPTION DU DISPOSITIF ET MÉTHODOLOGIE

Dans cette partie, nous vous présenterons les différents éléments constituant notre dispositif holistique :

- A. L'outreach : travail socio-médical de rue (Maraude et Médibus)
- B. Le dispositif d'accueil et ses différents services
- C. Accès au matériel (comptoir d'échange)
- D. Accompagnement sociale et guidance administrative
- E. Dispensaire du CLIP : soins infirmiers et consultation de médecine générale
- F. Les actions de liaisons et d'accompagnement mobile
- G. Le dispositif d'information et de prévention
- H. La participation
- I. La formation
- J. Le Réseau Nomade

A. Outreach : travail socio-médical de rue

L'outreach est le projet historique de l'asbl DUNE. En effet, à ses début (1998 - *supra*), DUNE était un dispositif de travail social de rue. Ses missions consistaient à aller à la rencontre des usagers de drogues les plus éloignés des services de première ligne. En 2009, ce dispositif de travail de rue a reçu une reconnaissance de la part des pouvoirs subsidiant en tant que projet spécifique. En 2013, notre dispositif d'outreach a été complété par la mise en œuvre du projet Médibus (*infra*).

Les objectifs de ce dispositif sont toujours d'actualité. C'est une priorité constante d'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 capter une partie de leur public cible, malgré leur bas seuil d'accessibilité. La méthodologie du travail de rue ou « *outreach* » permet en effet de réduire les distances sociales et symboliques qui existent entre le monde de la rue et celui des institutions, ceci dans le but de faire tomber les obstacles qui rendent difficiles le contact avec les structures d'aide pour certaines franges des populations fragilisées.

Méthodologie

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 »³.

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.

³ *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>.

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'utilisateur. Il ne s'agit pas de forcer. L'important est de garder la confiance de la personne. Si elle refuse un service un jour, il n'est pas dit qu'elle ne l'acceptera pas le lendemain.

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 Fustier⁴. Avec des personnes qui sont généralement en souffrance socio-affective, la mise en projet et l'instauration d'une dynamique de changement ne peuvent se faire que si le lien créé en rue est suffisamment fort.

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 conduit) mais vise surtout à réduire les distances symboliques et sociales qui séparent le professionnel du bénéficiaire.

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

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 chez DUNE.

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

Aller vers notre public-cible et entrer en relation, nécessite une présence régulière destinée à acquérir une connaissance 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 sociabilité 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.

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

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

On n'est pas dans le cas de figure où l'utilisateur est tributaire du travailleur social qu'il rencontre lorsqu'il formule sa demande dans le cadre bien tracé d'un bureau de permanence sociale. Ici, la personne ne demande rien et nous ne lui proposons, dans un premier temps, qu'une offre relationnelle qui doit nécessairement précéder la demande d'aide. C'est donc bien le travailleur qui est tributaire de l'utilisateur dans la mesure où si ce dernier refuse la relation, il ne peut entrer en contact avec lui : refuser le don quel qu'il soit engendre un refus d'entrer en relation. Pour comprendre ce qui se joue dans la relation, nous pouvons nous référer au concept du don de Marcel Mauss. Selon l'anthropologue, dans une relation, de quelque nature qu'elle soit, il est indispensable pour les protagonistes de rendre de manière graduelle ce qui a été donné sous peine de perdre la relation. Dans leur approche, les travailleurs de la proximité sont amenés à faire des dons de différentes natures : don matériel, symbolique et psychologique. En échange, ils reçoivent aussi un don de la part de leur public, dans la mesure où la personne accepte d'entrer en relation, de partager, de discuter et de prendre part à l'offre relationnelle proposée. Parfois, ce que nous avons en retour des usagers ne sont pas uniquement des dons de cet ordre-là. Il arrive que certains nous ramènent des livres, des vêtements, des sacs, toute une série de chose trouvée en rue où proposent leurs aides : « Vous faites tant pour nous. Si nous pouvons aider » ; « Vous m'avez sortis de la merde à plusieurs reprises, j'aimerais rendre ça en travaillant pour vous » ; « La rue c'est assez dangereux, je pourrais vous accompagner s'il y a un problème ».

Le problème du don, c'est qu'on re-vie constamment l'expérience de la dette jusqu'au moment où peut-être l'un des protagonistes à l'impression de ne plus pouvoir rendre ce qui lui a été donné ; réveillant ainsi la peur et l'angoisse de perdre la relation. Dans ce cas de figure, l'utilisateur peut être amené à faire un don de lui-même pour régler sa dette : tenter de se conformer au désir du travailleur en acceptant par exemple de prendre part à toutes les démarches mises en œuvres malgré le fait que cela lui est intenable ou encore se cacher pour consommer et prendre du matériel en cachette du travailleur avec qui il est en relation pour ne pas le décevoir.

Pour éviter ce cas de figure, les professionnels doivent être particulièrement attentif à ce qui se joue dans la relation autour du don pour éviter à l'utilisateur de vivre l'expérience de la dette qui peut être douloureuse et disqualifiante (« Après tous ce que vous avez fait pour moi, je ne suis même pas capable de m'en sortir »). Pour ce faire, il est important de laisser à l'autre la possibilité de rendre et valider à sa juste valeur ce dont il nous fait don, pour éviter que la relation ne soit subie dans la mesure où l'autre peut rentrer dans un véritable rapport d'aliénation par rapport au professionnel.

C'est pour cela que nous, professionnels, apportons une grande valeur à ce que les bénéficiaires nous transmettent. Par exemple, valoriser leur savoir de la rue : « Avec l'info que tu m'as donné, ça va me permettre de pouvoir en aider d'autre » ; où en essayant, dans la mesure de nos possibilités, de mobiliser leur connaissance en matière d'assuétude et de réduction des risques via des focus-groupes ou en les impliquant dans le ramassage des seringues usagées dans l'espace public. Travailler dans la proximité, c'est donner à la relation l'opportunité de s'épanouir dans un rapport de réciprocité mieux équilibré, c'est donner de la valeur à l'autre, avec la perspective que ce don lui serve à renforcer ses capacités à agir, jusqu'au jour où la possibilité d'aller un pas plus loin dans les démarches sera envisagée.

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.

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 Furtos⁷, 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.

⁷ Pour les développements relatifs à ces éléments, voyez *infra*, « accompagner l'émergence d'une demande ».

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

Horaire des maraudes.

Historiquement, nos maraudes sont menées chaque soir de la semaine de 19h à 22h30. À partir d'octobre 2018, nous avons étendu nos présences sur le terrain suite à du financement en terme de personnel. Actuellement, nos maraudes sont réalisées de la manière suivante : du lundi au vendredi de 19h à 22h30⁸ et le lundi, mardi, jeudi, vendredi, de 15h à 18h.

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 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 »⁹ et atteste de la pertinence de notre dispositif.

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

⁸ Lorsque l'équipe est au complet

⁹ 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.

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 d'observations de terrain, aux échanges avec les usagers, qu'ils soient 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.

Depuis novembre 2018, nous avons, avec le soutien de la STIB, ouvert une permanence supplémentaire le lundi après-midi.

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'*outreach*, 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.

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

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

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, mais je ne peux que donner quelques conseils théoriques... et les envoyer se débrouiller au mieux à l'extérieur du Médibus.

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

*

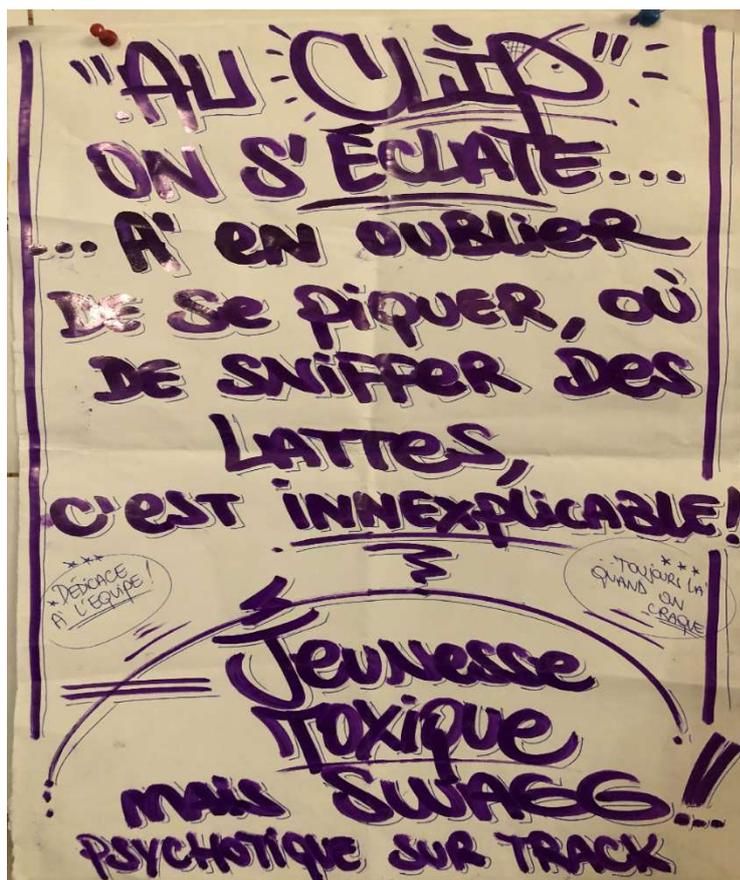


Sophie, infirmière chez DUNE.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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.

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.

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.

Kit hygiène

Ce projet est issu des constats de terrain des travailleurs et de la consultation des usagers fréquentant le comptoir de réduction des risques. Travailleurs et usagers ont identifié les difficultés d'accès aux produits d'hygiène de base ainsi que les avantages de bénéficier gratuitement de ces produits au comptoir, en fonction des besoins.

On sait que les conditions de vie (en rue, squat, logements provisoires...) des bénéficiaires de DUNE et leurs pratiques de consommation de drogues sont des facteurs préjudiciables à leur hygiène corporelle.

Donner accès à des produits d'hygiène de base permet aux travailleurs d'entamer une discussion sur l'hygiène et de favoriser peu à peu la capacité des personnes à prendre soin de leur corps et de leur santé. Disposer de kits hygiène à distribuer permet d'accompagner le discours, les conseils par une offre concrète des produits nécessaires.

Les kits hygiène viennent compléter le dispositif d'hygiène mis en place en DUNE : service douche (du lundi au vendredi de 18h à 19h), service vestiaire (du lundi au samedi de 19h à 22h), service lavoir (du lundi au samedi de 19h à 22h).

L'aspect innovant du projet réside d'une part, dans la consultation des usagers, celle-ci permettant la valorisation de leur savoir expérientiel et l'adaptation du dispositif à leurs besoins, et d'autre part, dans la confection des kits par des usagers jobistes.

* *

*

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 groupe d'auto-support CCLA – Citoyens comme les autres), une distribution officielle du matériel nécessaire à l'injection s'est développée. L'ouverture des comptoirs d'échanges de seringues s'est ainsi effectuée « en douce » à partir de 1994 alors que la législation en la matière autorisait seulement les pharmacies et les services médicaux à délivrer du matériel stérile d'injection. Il a fallu attendre juin 2000 pour qu'un arrêté royal vienne combler le vide juridique dans lequel travaillaient les comptoirs¹⁰.

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.

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 réduction des risques 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.

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 :

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

La réduction des risques (RdR) est une idée générale qui consiste à ne pas considérer l'usager uniquement à travers son usage de drogues, mais à le considérer comme une personne à part entière, qui prend des risques. La RdR tente de limiter, de calculer les risques pris pour permettre de mieux vivre avec son mode de vie, et parfois ses dysfonctionnements. La réduction des risques est socio-sanitaire, c'est-à-dire qu'elle agit sur le plan médical et sur le plan humain. Elle est « reliée au monde » : il s'agit de réduction des risques d'exclusion et de précarisation psychologique, sociale, judiciaire, sanitaire. Sur le plan médical, la RdR est outillée par des supports : le matériel lié à l'injection et les conseils de « shooter propre », réduire les risques de contracter un virus par l'échange de seringues, de coton... 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 désocialisation¹¹.

En plus de cette approche communément partagée par les intervenants en réduction des risques, l'asbl DUNE propose une approche innovante via la réduction des risques par le soin. Sur le terrain, nous observons que les usagers de drogues dont le capital santé est entravé (sous l'influence des déterminants de la santé) encourent plus de risques d'entrer dans des consommations de drogues déréglées, voire morbides.

La méthadone est prescrite à des personnes pour soigner un symptôme, l'addiction à l'héroïne, émanant de toute une série d'éléments anxiogènes qui trouvent leur origine dans l'histoire passée, la complexité de vivre le présent et dans l'impossibilité de s'inscrire dans l'avenir.

Les conditions de vie d'un consommateur de drogue précarisé peuvent avoir un impact considérable sur sa consommation, dans la mesure où celle-ci est influencée par des éléments contextuels anxiogènes comme, par exemple, le fait de vivre en rue, d'être en danger... À ces conditions de vie difficiles viennent parfois s'ajouter pour certains des douleurs passées, des drames et des traumatismes.

L'automédication est parfois la seule solution pour atténuer les douleurs et l'anxiété générées par ces parcours et contextes singuliers. Le problème est que la consommation déréglée de produits psychotropes génère également de l'anxiété, celle-ci s'ajoutant à l'anxiété initiale.

Vu sous cet angle, prescrire de la méthadone calme la douleur du corps mais pas celle de l'esprit. Il faut pouvoir fournir une offre de soin en se décentrant de la consommation elle-même et en mettant comme seul objectif d'améliorer la santé globale de l'usager de drogue. Car si nous observons qu'un usager de drogue dont le capital santé est fortement entravé à plus de risques de rentrer dans des consommations déréglées, nous pouvons émettre l'hypothèse inverse : un usager dont le capital santé est stable est un usager qui aura davantage de ressources pour réguler sa consommation, et qui dit régulation dit de facto diminution des risques, dans la mesure où ceux-ci sont corrélés à la prise de drogue. La régulation ne doit cependant pas être une fin en soi. Elle est un moyen pour réduire les

¹¹ 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

risques. La réduction des risques par la santé est une réponse pour aider l'utilisateur à se saisir de ses capacités pour réguler un produit.

Nous posons donc le postulat qu'en améliorant le capital santé des usagers de drogues précarisés, ces derniers peuvent s'appuyer sur davantage de ressources pour gérer leur consommation.

Au même titre que l'accès au logement, à l'emploi, à des activités participatives... l'accès aux soins de santé fait partie des leviers qui permettent à l'utilisateur de redéfinir son rapport aux produits psychotropes.

Le matériel stérile 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 et un tampon sec à appliquer sur le point d'injection après l'injection pour obturation de la plaie.
- Stérifilt® : filtre plus performant pour éviter les complications liées à l'injection.
- Stérifix : le Stérifix est un kit comprend du matériel d'injection pour deux injections, ainsi qu'une information écrite, destinée aux pharmacies (via les répartiteurs/grossistes en pharmacie). Certains usagers nous demandent le matériel d'injection sous forme de Stérifix.
- Acide ascorbique : produit utilisé dans la préparation de l'héroïne afin de chasser les impuretés de la solution injectable.
- Feuilles d'aluminium* pour fumeurs, appelés aussi « chasseur de dragon » (au Médibus, il s'agit de feuilles d'aluminium épaisses (©Apothicon)¹²).
- Paille à utilisation unique (pour consommation en « sniff »).
- 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 peut inciter à moins se tourner vers l'injection, ce qui constitue une manière efficace de lutter contre le HIV et le VHC.
- Préservatifs.
- Eau stérile.
- Garrots.

¹² « 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>

D. Dispositif psycho-médico-social

Notre dispositif psycho-médico-social est composé d'un service d'accompagnement social comprenant deux permanences sociales (1), d'un dispensaire infirmier ouvert chaque soir de la semaine et d'une permanence médicale comprenant deux plages horaires (2). Cependant, si ces dispositifs, que nous vous présenterons plus loin, sont accessibles de manière anonyme, gratuite et inconditionnelle (pour garantir un accès aux usagers de drogues les plus fragilisés), il est néanmoins souvent nécessaire de procéder à une étape intermédiaire pour les encourager à demander une prise en charge. Cette étape intermédiaire, nous la nommons *accompagnement dans l'émergence d'une demande*. C'est un processus clinique nécessaire dans bien des situations.

Bien souvent, malgré la détresse apparente qu'ils vivent, les usagers que nous rencontrons n'ont pas de demandes spécifiques, si ce n'est celle de l'accès au matériel stérile. En tant que professionnel du social et du soin, cet état de fait 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 et 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, avec son concept d'auto-exclusion, qui permet de comprendre le refus et les difficultés de demander une aide sociale. 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 se referment 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 humains¹³.

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 – *À bon ?*

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

Si, à cette approche de l'exclusion, s'ajoute une analyse des modes de vies en rue sous l'angle de la temporalité, nous pouvons saisir les difficultés inhérentes à la formulation d'une demande et à l'entrée dans un processus d'aide. Selon S. Quesemand Zucca¹⁴, 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, à des contraintes matérielles et urgentes

¹³ J. FURTOS, *De la précarité à l'auto-exclusion, conférence et débat*, Paris, Editions Rue d'Ulm, Presses de l'École normale supérieure, 2009, coll. « La rue ? Parlons-en ! », p. 25.

¹⁴ S. QUESEMAND ZUCCA, *Je vous salue ma rue. Clinique de la désocialisation*, Paris, Stock, 2007, p. 69-71.

(temps consacré à la mendicité, à la recherche de solutions pour se nourrir, se mettre à l'abri, se loger...) : « *Après demain n'existe pas ou se confond dans un future lointain et imprécis¹⁵.* »

À 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 *déblanchir¹⁶*, 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... Pour reprendre les termes d'un usager, « *Ce n'est pas une vie* » :

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

Joey, un usager du CLIP.

Ces modes de vies mettent souvent les consommateurs devant un sentiment d'impuissance face au futur. Comment un individu peut-il envisager l'avenir sereinement lorsque il vit en rue, dispose à peine de quoi se nourrir et doit faire face au manque et aux difficultés inhérentes à la toxicomanie ? Dans ce contexte, l'instant présent est valorisé car il faut assurer sa survie et cela implique beaucoup de temps et d'énergie. Impossible alors de prévoir pour demain, ce mode de vie empêche tout pronostic sur l'avenir.

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

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

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

Notre rôle est avant tout d'être présent, 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... Il s'agit de travailler avec l'impuissance et d'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'usager, 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

¹⁵ *Ibid.*, p. 70.

¹⁶ Mot utilisé par les usagers pour signifier stopper ou adoucir le manque.

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 il y a toujours le risque de rechute. Il faut, une fois sorti de l'univers des drogues, à nouveau se créer et légitimer une position, un statut au sein de la société. 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 fix, c'est fini et je veux plus trainer avec eux.

Martial, un 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 solutions¹⁷.

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...) mais il ne s'en saisit pas. Durant une année, nous échangeons de la sorte. Ce système semble lui convenir, il n'en demande pas plus.

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

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

Le jour du rendez-vous, Jordy ne se présente pas au projet Lama. Suite à cet événement, il se cache quelque temps des travailleurs de DUNE en maraude. Plus tard, il avoue à l'infirmière ne pas être prêt à diminuer sa consommation pour le

¹⁷ P. FUSTIER, *Le lien d'accompagnement, entre don et contrat salarial*, Paris, Dunod, 2005, p. 75.

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 chez DUNE.

À 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 de 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.

Service d'accompagnement social et permanence sociale



Deux fois par semaine (mercredi soir de 19h à 23h 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...

Deux éléments ont fait évoluer le fonctionnement de la permanence sociale : l'engagement d'une 2e assistante sociale et la nouvelle collaboration avec l'ASBL Le Pont.

- L'engagement de 2e assistante sociale (AS) a permis :
 - de présence plus soutenue d'une AS durant les services, tant en rue qu'au CLIP. Cela permet aux usagers d'avoir un traitement de leur demandes plus rapide ;

- de partager le travail entre les 2 AS et donc d'augmenter le nombre de suivi, ce qui n'était pas possible auparavant ;
 - de ne pas supprimer des permanences sociales en cas d'absence d'une des 2 AS ;
 - aux usagers de faire les demandes en fonction des liens qu'il a avec les AS, ainsi les 2 AS ont eu plus de possibilités de recevoir des demandes sociales ;
 - un soutien social plus grand pour le reste de l'équipe.
- Collaboration avec l'ASBL Le Pont :

Cette collaboration a permis une prise en charge plus globale des usagers ainsi qu'une augmentation de fréquentation aux permanences sociales. L'ASBL Le Pont se situant près de Ribeaucourt, une accroche plus soutenue et solide auprès des usagers de ce quartier, a été mis en place depuis la collaboration.

Prendre le temps...

Le temps consacré par demande peut sembler important (entre 45 minutes et 1 heures 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 déployer et faire émerger la demande.

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 chez DUNE.

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 un 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 rencontrons 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 1er juin. Je l'accompagne à sa visite de logement le 4 mai.

Avec cette situation, vous pouvez voir que nous arrivons à travailler avec un public dépendant vivant en rue lorsque nous respectons le rythme de l'usager. 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'usager 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'usager. 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'usagers 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 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 chez DUNE.

Le dispensaire : soins infirmiers et consultation de médecine générale



Ce dispositif poursuit 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 » et ce, 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 le lundi de 15h à 17h et le jeudi 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'utilisateurs en rupture avec les institutions éprouvent des difficultés à se confier et à faire confiance.

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, etc.
- les problèmes dermatologiques : mycoses, pédiculose, gale...
- les problèmes circulatoires : abcès, ulcères, phlébites...
- les troubles gastro-intestinaux : nausées, diarrhées...
- la malnutrition, les carences, anémie...
- les troubles psychiatriques : délires, troubles graves du comportement, paranoïa, dépressions, troubles hallucinatoires, auto-exclusion...
- les urgences : urgences psychiatriques, crises d'épilepsie, overdose, perte de conscience...
- les problèmes dentaires : caries, inflammations, allergie, abcès...

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

E. Liaison-coordination des parcours de soins et des suivis sociaux et accompagnement mobile

La mission de liaison et d'accompagnement, qui consiste à construire un réseau social-santé autour de l'utilisateur pour garantir une meilleure prise en charge globale, est indispensable pour offrir une aide adéquate. Concrètement, lorsqu'un utilisateur formule une demande au dispositif psycho-médico-social de DUNE, une anamnèse de ses besoins est réalisée et nous définissons avec lui, d'une part le trajet de prise en charge des utilisateurs hors de nos murs, c'est-à-dire les différentes étapes nécessaires pour garantir une prise en charge globale, et d'autre part, le parcours de soin, c'est-à-dire la définition de la mise en œuvre, en tenant compte des particularités vécues par le patient (temporalité, situation de vie et état de santé). Une fois cela établi, nous prenons les différents rendez-vous nécessaires et

accompagnons l'utilisateur vers les différentes structures identifiées (hôpitaux, médecine spécialisée, CPAS...). Nous assurons ensuite la coordination entre les différents acteurs du réseau de soin que nous avons constitués avec l'utilisateur afin que le suivi soit optimal.

Le travail de liaison, pour le dire simplement, consiste à mettre en œuvre un réseau social-santé autour de l'utilisateur et en assurer la coordination.

Il faut également remarquer que la particularité de notre travail de liaison consiste également à la poursuite des soins en ambulatoire, à l'intérieur de nos murs, notamment après une prise en charge en hospitalier. Ceci participe grandement à la réussite des objectifs de soin définis, dans la mesure où l'utilisateur sait qu'il peut passer dans notre dispensaire pour continuer les soins même s'il n'a pas les moyens ou les possibilités de se rendre à l'hôpital. Cette proposition de continuité des soins en ambulatoire est également un outil efficace pour convaincre certains praticiens hospitaliers qui sont parfois peu enclin à proposer une prise en charge globale au patient vivant en rue par crainte que le suivi ne soit pas assuré. C'est notamment le cas pour les traitements hépatite C en 2018 où l'on exige encore qu'un patient soit « stabilisé » pour lui octroyer le traitement. Malgré cela, pour quelques patients, nous sommes parvenus à ce que quelques patients puissent obtenir des traitements en nous portant garant extra-muros du suivi de la prise de traitement.

Nous constatons avec fierté que ce travail de liaison, mis en œuvre depuis tant d'années, porte ses fruits : les intervenants de l'asbl DUNE représentent une double garantie : d'une part, pour les différents acteurs du soin, la garantie d'une continuité dans le parcours de soin des bénéficiaires et, d'autre part, pour les bénéficiaires, la garantie d'un suivi adéquat et personnalisé.

Deux situations pour expliciter le travail de liaisons :

Max est décédé à l'hôpital en septembre 2018. Max fréquentait le CLIP depuis de nombreuses années et de manière très régulière les mois précédant son décès. Il n'allait pas bien psychologiquement et physiquement. Il consommait énormément de cocaïne et d'héroïne. Il présentait une plaie importante au niveau du bras, site d'injection de substances. Il était en demande permanente d'aide et de soutien pour le faire hospitaliser ou du moins pour le mettre à l'abri mais il manquait la plupart du temps les rendez-vous pour y parvenir. Il était sans doute ambivalent et inquiet quant à une éventuelle hospitalisation mais la consommation prenait à ce moment-là toute la place dans sa vie et lui avait fait perdre tous ses repères également. Les moments précieux où il parvenait à venir aux rendez-vous fixés, que ce soit pour entrer dans un centre/service hospitalier pour une cure ou pour aller aux urgences en demandant une mise à l'abri, il a été confronté à la dure réalité et n'a pas été pris en charge comme il le demandait. Il a finalement été admis aux urgences suite à un AVC, il a été hospitalisé mais sans doute trop tard. Il n'est plus parmi nous aujourd'hui.

Mounir, quant à lui, présente une insuffisance veineuse et une plaie chronique très importante depuis plus de 2 ans. Il est suivi à St Pierre quand il parvient à se rendre à ses rendez-vous et vient régulièrement faire ses soins de plaie au CLIP quand il n'y parvient pas. Il est en grande souffrance, il n'en peut plus des soins et de la plaie qui n'évolue pas. Il est déprimé, très angoissé et consomme de nombreux anxiolytiques pour l'apaiser. Il souffre également de dénutrition, ce qui n'aide pas à la cicatrisation de sa plaie. Il peut se montrer très difficile et exigeant avec les soignants étant donné la situation. Dernièrement, il souhaitait être hospitalisé. J'ai soutenu sa demande auprès

du chirurgien qui le suit à l'hôpital St Pierre mais celui-ci a refusé. Quand notre nouveau médecin, qui travaille également à St Pierre, l'a vu pour la première fois en consultation au CLIP, elle l'a immédiatement fait hospitaliser. Il présentait une ostéite qui avait déjà été objectivée lors de sa dernière visite à St Pierre mais nous n'en savions rien. Il a enfin été correctement pris en charge à l'hôpital et se sent à présent rassuré. Sa détresse et sa douleur ont été entendues et il en est très reconnaissant.

Ces deux récits dévoilent l'immense fossé entre les services dits de bas seuil et ceux de haut seuil d'accès, mais aussi entre l'ambulatoire et l'hospitalier. DUNE a pour mission de faire le lien entre ces services et les usagers de drogues mais cela se révèle parfois très complexe. Cela demande du temps et de l'énergie pour parvenir à faire bouger et évoluer la situation d'une personne sans parler de l'influence des difficultés propres à la personne. De plus, nous réalisons qu'il est très difficile pour une personne marginalisée et précarisée de correspondre aux conditions exigées et de respecter les procédures des services haut seuil ou hospitaliers.

Les usagers ont difficile à se faire entendre quand ils expriment leur détresse. Les soignants, quant à eux, sont peut-être démunis face à cette détresse et à ce public avec ses spécificités. Nous constatons également qu'il existe un cruel manque de structures, de places, de moyens, de ressources et de compétences pour prendre en charge notre public dans les services adéquats. Nous déplorons l'absence de lieux de crise, de mise à l'abri, car ceux existants ne le sont plus vraiment étant donné qu'ils sont débordés et dépassés. Les places y sont donc rares et chères ! Les usagers et professionnels se retrouvent bien souvent démunis face à cette réalité.

Les objectifs de la mission de liaison sont les suivants :

- tenter d'apporter des réponses adéquates aux problématiques complexes vécues par nos bénéficiaires et ce, dans la conscience de nos propres limites, c'est-à-dire en développant un travail transversal avec nos partenaires ;
- garantir au praticien externe que nous assurons la coordination du suivi du parcours de soin ;
- travailler la compliance des praticiens parfois peu enclin à prendre en charge des usagers de drogue ;
- assurer un suivi en ambulatoire après les prises en charges en médecine spécialisée, afin de garantir au praticien que le suivi des soins sera assuré ;
- assurer la coordination entre les différents intervenants du réseau de l'utilisateur, lui apporter un soutien dans la gestion de ses rendez-vous ;
- « Faire relai », assurer le relai entre le corps médical et l'utilisateur, afin d'éviter la rupture du lien qui pourrait survenir au cas où le processus d'aide tournerait en échec. « Faire relai » nous permet, en cas de nouvelles ruptures avec les institutions, de reprendre le travail là où nous l'avions commencé, car nous ne serons pas porteur de l'échec aux yeux du corps médical. Nous assurons une position de médiateur neutre.

Cependant, ce travail de liaison, comme nous le laissons entrevoir dans la première partie de ce point, doit, selon nous, être nécessairement complété par un dispositif d'accompagnement mobile afin de garantir la réussite du dispositif de liaison.

Cette deuxième phase est primordiale, à un certain moment, dans le processus.

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

Accompagner les usagers permet, par notre présence pro-active, de dépasser ces difficultés.

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 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...). 2 mois plus tard, l'adresse de référence est (enfin) 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 ? ». Cet usager 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 méritants¹⁸. »

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.

¹⁸ P. JAMOUILLE, *Drogues de rue, récits et styles de vie*, Bruxelles, De Boeck Université, 2000, p. 106.

Ce constat attire l'attention sur l'importance de préparer tant l'intervenant médical que le bénéficiaire avant la consultation.

Annika a 48 ans. Elle est norvégienne et fréquente le CLIP depuis de nombreuses années. Elle est sans-abri. Elle a 5 enfants dont elle n'a pas la garde mais qu'elle voit régulièrement à l'heure actuelle. Annika souffre d'alcoolisme et consomme/a consommé d'autres substances dans son parcours de vie.

Au CLIP, Annika n'aime pas se mélanger aux autres usagers, en grande majorité des hommes, mais entretient des liens privilégiés avec quelques personnes. Elle peut se montrer distante et méfiante envers les étrangers. Il en est de même avec les travailleurs. Elle est en demande d'aide et de soutien mais manque souvent les rendez-vous fixés pour ses démarches.

En mai 2016, elle a été hospitalisée aux soins intensifs. Elle se trouvait dans un état de santé critique nécessitant une assistance respiratoire et de nombreux soins. Sa vie était en danger mais petit à petit, son état de santé s'est stabilisé. Durant cette période d'hospitalisation, des travailleurs ont régulièrement été la visiter. Le lien de confiance s'est établi et un travail de collaboration entre les professionnels de l'hôpital et ceux de DUNE a été mis en place. Des démarches sociales et médicales ont été entamées lors de son hospitalisation et ont été poursuivies par la suite. Elle a finalement quitté l'hôpital après plus de 4 mois d'hospitalisation.

Après son hospitalisation et dans l'optique d'aller mieux et de récupérer physiquement, Annika a souhaité s'inscrire dans une salle de sport. Ses parents ont accepté de lui payer un abonnement pour un an, ce qui représentait déjà une réussite pour elle ! D'autres obstacles et questions se sont ensuite présentées à elle : la question d'aller s'inscrire dans ce lieu qu'elle ne connaît pas, la question du corps abîmé, marqué par les épreuves et la vie qu'elle a menée, la tenue de sport, le regard des autres, l'utilisation des machines qu'elle ne connaît pas...

Après s'être inscrite à la salle de sport, Annika a demandé à une travailleuse de l'y accompagner pour la première fois afin de la mettre en confiance et de la rassurer. Ce type d'accompagnement n'est pas habituel dans notre pratique de terrain et l'équipe était partagée quant à la réponse à lui donner. Dans un premier temps, nous avons différé sa demande et lui avons expliqué qu'elle pouvait s'adresser aux personnels de la salle de sport si elle avait besoin d'aide. Malgré cela, elle ne s'y est pas rendue et a réitéré sa demande quelques semaines plus tard. Après une nouvelle discussion en équipe, nous avons finalement accepté qu'un accompagnement soit réalisé afin de faire le lien avec les professionnels sur place qui pourront bien mieux que nous l'aider et la conseiller en matière de sport.

Les travailleurs se posaient les questions suivantes : Quels types d'accompagnement pouvons-nous faire ? Jusqu'où pouvons-nous aller dans les accompagnements ? Quelles sont les limites ? Ne risquons-nous pas de tomber dans l'assistanat en acceptant ce genre de demandes ?

Dans ce cas-ci, nous avons accepté car, pour une grande partie de l'équipe, cette démarche s'inscrit dans la continuité de sa revalidation et de sa remise en forme. Il s'agit d'un seul accompagnement dans un contexte particulier. Nous connaissons Annika depuis de nombreuses années. Elle a longtemps laissé sa santé de côté et était parfois dans le déni de ses problèmes médicaux, c'est pourquoi nous l'avons soutenu dans cette démarche et sa recherche de bien-être.

Cette situation révèle l'importance de l'accompagnement physique pour certains usagers que ce soit pour se rendre à l'hôpital, au CPAS, dans une salle de sport, ... Les usagers sont souvent confrontés aux mêmes difficultés. On pourrait donc penser qu'il n'y a pas de « types

d'accompagnement » à privilégier. Nous évaluons chaque demande au cas par cas et en fonction du sens que cela a pour l'utilisateur et pour nous. La façon dont nous avons traité cette demande est représentative de notre manière de travailler en équipe, d'échanger, de trouver la réponse la plus adéquate en fonction de la situation de l'utilisateur. Cela nous a permis de nous rendre compte que nous n'avons pas/plus tous la même représentation, la même définition des accompagnements qui représentent une de nos activités prioritaires. Nous avons donc prévu d'y consacrer un temps de réflexion et de discussion en équipe plus importante prochainement.

Depuis lors, Annika a progressivement gagné en autonomie et en assurance. Elle se rend seule à la majorité de ses rendez-vous médicaux. Après un an de démarches et de rendez-vous, elle possède une prothèse dentaire, ce qui était très important pour elle. Elle a également renoué le contact avec ses enfants qu'elle ne voyait plus avant son hospitalisation. Avec l'aide de nos assistantes sociales, elle continue ses recherches et démarches pour régulariser sa situation sociale. Elle a exprimé le souhait d'obtenir un logement et de pouvoir accueillir ses enfants de temps en temps chez elle. Elle aimerait également suivre une formation et/ou trouver un emploi. Elle participe à notre atelier dédié aux femmes tous les lundis. Ayant suivi une formation de coiffure en Norvège, elle a proposé de créer un atelier coiffure où elle offre ses services aux autres usagères. Nous avons soutenu cette idée et avons pensé le cadre ensemble. Nous avons très récemment été acheter le matériel et là voilà à présent prête à s'y mettre ! Nous sommes heureux de la soutenir dans ce projet qui la revalorise et qui lui permet, selon elle, de « se rendre utile » et de « contribuer comme elle peut ». Cela s'inscrit dans la mission « participation » de DUNE qui vise à donner le droit et la place aux usagers à la participation sociale et qui encourage les prises de responsabilité des usagers de drogues.

Sophie, infirmière chez DUNE.

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^{ère} ligne à Bruxelles, à l'attention des personnes en situation de précarité et des travailleurs (3).

Information aux usagers de drogues et leur entourage

La réduction des risques liés aux usages de drogues passe non seulement par la distribution de matériel stérile d'injection afin de prévenir les contaminations (HIV, hépatites), overdoses et autres problèmes de santé, mais aussi par l'éducation et la prévention quant aux usages de drogues. Pour nous aider à diffuser les messages de prévention et les rendre compréhensibles à l'ensemble du public, nous nous appuyons sur diverses brochures et publications ainsi que des outils didactiques. Ces outils d'information et de prévention, traduits dans plusieurs langues ou fondés sur des illustrations, sont un soutien indispensable dans la mesure où une part de notre public ne maîtrise pas la langue française tandis que d'autres éprouvent certaines difficultés dans la compréhension orale des messages et des conseils.

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 formalisés 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... 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.

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 proposés par DUNE et les informations pratiques les concernant.

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

Réseaux sociaux

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. Cette page se nourrit notamment d'une revue du web réalisée chaque semaine.

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 relais : 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-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 »¹⁹ ou à un évènement FEANTSA²⁰).

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

Le Bon Plan : points d'assistance médicale et sociale de 1^{ère} ligne à Bruxelles



Depuis 2003, DUNE a développé des outils informatifs destinés à améliorer l'accès des populations marginalisées à l'ensemble des services d'aide et de soins. Le Bon Plan est l'un d'eux. 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'est se donner les moyens d'améliorer cette communication.

Historique

Le Bon Plan, c'est actuellement un agenda doublé d'un répertoire et d'un plan reprenant les points d'assistance sociale et médicale de première ligne à Bruxelles. Dans un premier temps, il a pris la forme d'un plan au format « pocket », contenu dans une pochette plastique, pour une conservation aisée. Par sa simplicité et ses pictogrammes, ce plan est accessible à tous les publics, quelle que soit sa langue ou son niveau d'alphabétisation. Dans un second temps, cet outil d'information a été adjoint à un agenda pour mieux répondre aux besoins des bénéficiaires.

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.

¹⁹ www.supportdontpunish.org
²⁰

2011-2019: Le Bon Plan = un plan, 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).

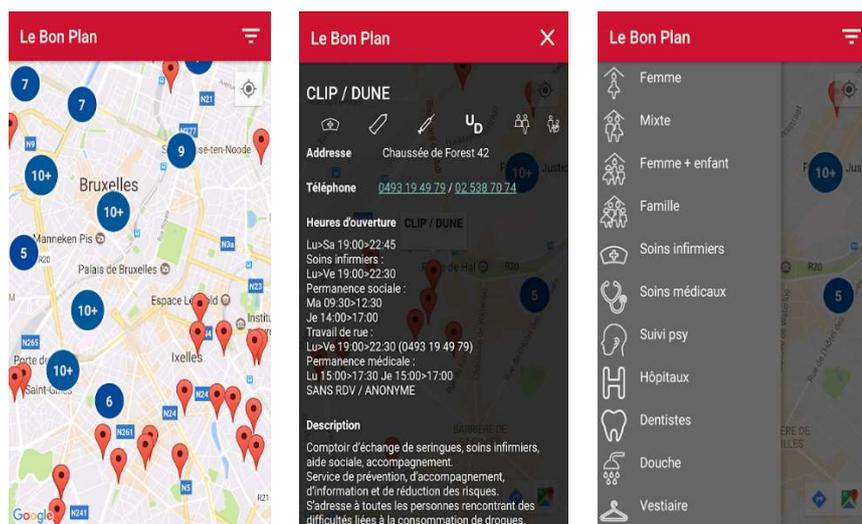
Pour un tirage de 3000 exemplaires en 2011, nous sommes maintenant à 6000 exemplaires pour l'édition 2018, écoulés en 3 semaine, et les demandes continuent d'affluer.

Ce succès trouve notamment sa source dans une communication élargie (via la newsletter de DUNE, celle de ses partenaires, des postes promotionnels sur Facebook et l'envoi d'un courrier aux organisations composant le répertoire) ainsi que dans les nombreuses améliorations apparues en 2015 grâce aux suggestions et critiques de nos usagers (via un focus-groupe) et à l'engagement d'une nouvelle graphiste, Hélène Taquet²¹, choisie pour son intéressant catalogue, sa réputation dans le secteur social (Modus Vivendi, DoucheFLUX...) et ses prix attractifs. Nous avons développé avec elle une relation de travail qualitative et agréable. Le résultat final proposé est 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.

2017 : lancement du Bon Plan sous forme d'application.

Depuis mai 2017, Le Bon Plan existe aussi sous la forme d'une application mobile gratuite.

En fonction de son profil et de ses besoins, l'utilisateur découvre sur un plan de Bruxelles quelles organisations sont susceptibles de l'aider.



Cette application est disponible gratuitement sur les stores Google et Apple :

²¹ www.ln-graphics.be

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'usager à la participation sociale »²² 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 »²³.
- « *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 »²⁴.

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.

Du concept de la participation

Les pratiques participatives initiées à DUNE renvoient aux notions de capacitation citoyenne, ou *d'empowerment* : la capacitation, c'est la « mise en capacité ». C'est l'idée que, « par le collectif, on peut conforter et révéler des compétences. Ce mot venu du Brésil et du Sénégal place l'individu et le groupe au centre de la démarche, comme acteur de sa propre transformation, et de la transformation de son environnement. C'est aussi comprendre les raisons de sa situation pour mieux pouvoir la faire évoluer avec d'autres »²⁵. 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 »²⁶.

Bacqué et Biewener ont décrit trois modèles de *l'empowerment*. Le premier modèle, dit néo-libéral, auquel nous n'adhérons pas, 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

²² « Affirmer le droit de l'usager de drogues à la participation sociale : en dépit du statut illégal de certains de ses comportements, comme tout individu, l'usager 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/>

²³ <https://reductiondesrisques.be/charte-de-la-reduction-des-risques/>

²⁴ *Idem*.

²⁵ www.capacitation-citoyenne.org

²⁶ M.-H. BACQUE, C. BIEWENER *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?*, La découverte, 2015, p. 21.

travail et de la consommation, trouver sa place dans l'économie de marché, être « entrepreneur de sa propre vie »²⁷.

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" »²⁸. 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 »²⁹. Nous privilégions les pratiques participatives relevant de deux derniers modèles.

Nos actions participatives

La participation fait en quelque sorte partie de l'ADN de DUNE puisque cette association est née, à la suite de la dissolution du groupe d'auto-support CCLA (Citoyens comme les autres), de la rencontre entre des professionnels et des usagers confrontés aux difficultés d'accès au matériel d'injection.

DUNE utilise depuis de nombreuses années les méthodes participatives développées en réduction des risques liés aux usages de drogues : les focus-groupes, les opérations Boule de neige et le TAD (Travail alternatif défrayé) . Nous proposons également un atelier de soin pour femmes ainsi qu'un atelier radio.

Focus-groupe



Le focus-groupe est une méthode où l'opinion des bénéficiaires est sollicitée, ce qui permet de mettre en lumière leur savoir expérientiel et leurs préoccupations. Lors d'une rencontre autour d'un thème défini, les participants donnent leur avis et 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 et les services proposés, de l'implémentation à l'évaluation, et d'être au plus près des besoins des usagers.

²⁷ *Ibid*, p.16.

²⁸ *Id.*

²⁹ *Id.*

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, le fonctionnement du lavoir, le graphisme et le contenu de l'agenda Le Bon Plan, les conditions d'accueil au CLIP, les lieux de consommation...

Opération Boule-de-neige



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

Ses objectifs sont :

- Toucher un public d'utilisateurs de drogues marginalisés qui ont peu ou pas de contacts avec les structures de soins et sont peu touchés par les campagnes de prévention destinées au grand public.
- Recueillir des informations sur les

comportements et pratiques des utilisateurs³⁰.

Des utilisateurs de drogues sont formés et transmettent eux-mêmes à d'autres utilisateurs de leur connaissance en matière de RdR, notamment des messages de prévention du SIDA, des hépatites et autres risques associés à la consommation de drogues. Ces utilisateurs, rémunérés comme « jobistes », sont sollicités pour leur expertise. Ils sont susceptibles de toucher des utilisateurs inconnus des services spécialisés et disposent sans doute d'une légitimité auprès des autres utilisateurs de drogues que les professionnels ne possèdent pas.

Les jobistes sont chargés de deux missions :

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

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

- 1) Prise de contact, signature des conventions et du règlement, organisation pratique. Première lecture du questionnaire et utilisation des brochures.
- 2) Hépatites.
- 3) Rappel hépatites (sous forme de jeux) et SIDA.
- 4) Produits, mélanges et overdose.
- 5) IST et contraception.

³⁰ Site internet de Modus Vivendi : <http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?rubrique30>

- 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 pour la rencontre un questionnaire et des brochures de prévention.

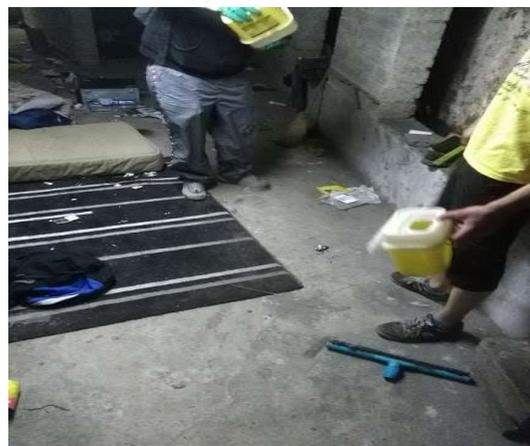
À l'issue de ce processus, Modus Vivendi réalise l'évaluation des opérations sur la base des questionnaires fournis par les jobistes et des rapports demandés aux animateurs. De plus, les membres de l'équipe qui sont chargés des opérations Boule-de-Neige participent aux réunions de concertation et d'échanges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

Travail alternatif défrayé (TAD)

Le travail alternatif défrayé consiste à offrir la possibilité aux usagers qui le souhaitent de participer en tant que jobiste à la vie active de l'association tout en étant rémunéré pour leur action. En 2018, nous avons proposé ce projet tous les vendredis après-midi pour deux usagers inscrits au préalable, recrutés lors des permanences en soirée. Les jobistes sont rémunérés à raison de 25€ pour trois heures de prestations. À titre d'exemple, les actions que nous avons proposées aux usagers étaient : ramassage de seringues usagées, confections de kit hygiène, confection de kit crack, logistique, jardinage...



Atelier confection kit hygiène



Ramassage de seringues usagées



*Aménagement du jardin en vue du barbecue
Travailleurs/usagers*



Logistique

Proposer ces activités permet de poursuivre 5 objectifs :

- passer du temps de manière informelle avec les usagers afin de créer du lien ;
- permettre aux usagers de sortir un moment de la rue ;
- permettre aux usagers de participer à la vie active de l'association ;
- renforcer l'estime de soi de usagers ;
- inciter les usagers à se réapproprier la gestion du temps.

Ci-dessous, un bref descriptif de nos activités TAD :

- ✓ Kit hygiène.

Les usagers inscrits pour ces activités ont pour mission de concevoir des kits hygiène pour les autres usagers. Les kits sont conçus à partir du matériel d'hygiène financé par le subside en initiative reçu fin 2017 et destiné à la réalisation de ce projet (supra).

- ✓ Ramassage de seringues usagées.

Le ramassage de seringue dans l'espace public est une activité historique de l'asbl DUNE.

Deux jobistes sont accompagnés de deux éducateurs et vont dans les lieux de consommation pour effectuer le ramassage du matériel d'injection abandonné.

Les objectifs opérationnels du projet pour les activités de ramassage sont les suivants :

- sensibiliser les usagers de drogues à la problématique de l'abandon de seringues usagées dans l'espace public ;
- assurer la récupération, dans des conditions optimales de sécurité, du matériel d'injection souillé ;
- améliorer la situation pour les usagers de la STIB et personnels de la station (notamment le personnel chargé de l'entretien), en visant à diminuer le nombre de seringues laissées à l'abandon ;
- induire de la sorte des répercussions directes en termes de propreté publique et d'environnement.

Cette activité produit trois bénéfices :

- Bénéfice sanitaire : les seringues usagées étant ramassées, nous diminuons les risques liés aux contaminations accidentelles.
 - Bénéfice sur le sentiment de sécurité : les espaces publics qui sont utilisés comme espace de consommation sont nettoyés. Un environnement sans trace de consommation participe au sentiment de sécurité.
 - Bénéfice sociétal : Pour les jobistes, ce type d'activité valorise leur citoyenneté, les sensibilise à la problématique du matériel usagé abandonné sur l'espace public.
- ✓ Kit Crack

Afin de réduire les coûts d'achats de matériel pour la consommation du crack, nous avons décidé d'acheter les composants du kit crack séparément. Nous avons alors proposé aux usagers de concevoir, en tant que jobistes, les kits crack qui seront mis à disposition des autres usagers.

- Logistique/Jardinage

De manière ponctuelle, nous faisons appel aux usagers volontaires afin de nous aider pour la logistique. En 2018, les activités reprises dans l'item logistique et jardinage consistaient à :

- Aide au déménagement.

- Tri des dons de vêtement.
- Rangement du matériel avec le logisticien.
- Jardinage.
- Rangement des stocks.

Atelier pour femmes « Soins de soi »

Depuis octobre 2018, nous avons ouvert un espace spécifiquement dédié aux femmes, accessible une après-midi par semaine. Cette initiative, qui a pu voir le jour notamment grâce au soutien du Fond Céline Ramos, part du constat que les femmes sont minoritaires dans notre institution, présente des besoins spécifiques, tout en cumulant des facteurs de vulnérabilités. L'objectif de ces ateliers est de leur (re)donner une place au sein de notre structure et d'avoir l'opportunité de travailler avec elle pour définir ce que nous pourrions mettre en place pour rencontrer leurs besoins.

Atelier Radio

CLIP Radio est un projet participatif des bénéficiaires de DUNE. L'objectif est de donner aux bénéficiaires de DUNE les moyens de s'exprimer. Une fois par semaine se tient un atelier radio au sein des locaux de DUNE. Cet atelier permet aux bénéficiaires de concevoir l'émission tout en se familiarisant avec les divers aspects de la création radiophonique (interviews, prises de son, rédaction de la conduite, montage...). L'information abordée lors de l'émission est principalement liée au secteur précarité et/ou assuétude. Les sources d'information trouvent leurs origines dans les expériences de vie de nos bénéficiaires et le savoir des professionnels qui les entourent.

En 2018, ce projet a poursuivi son développement et gagner en autonomie, grâce à l'acquisition de matériel audio et de temps d'antenne chez Radio Panik³¹.



CLIP Radio pour les 30 ans de la Liaison Antiprohibitionniste en direct du Barlok.

*

* *

³¹ <http://www.radiopanik.org/>

L'inscription des usagers dans de tels projet est susceptible de produire un impact tant au niveau individuel que collectif :

- impact positif sur l'estime de soi ;
- diminution du sentiment d'isolement, création d'un lien social, voire d'un esprit de groupe entre les participants (développement du sentiment d'appartenance) ;
- 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 ;
- nécessité d'installer un espace de parole (respect de l'autre et écoute active) ;
- développement du sens critique ;
- 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 et des revendications.

H. 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.

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 »³² ?

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

Tutorat des stagiaires

Afin de professionnaliser l'encadrement des stagiaires, l'une de nos infirmières a suivi une formation « Soutien au tutorat et renforcement de l'encadrement des stagiaires » en 2015. Elle est 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 l'assistante sociale pour les étudiants qui relèvent de leur formation respective.

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

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

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'utilisateur 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 chez DUNE, responsable du tutorat des stagiaires.

³² P. JAMOULLE, *Fragments d'intime. Amours, corps et solitudes aux marges urbaines*, Bruxelles, La Découverte, 2009, Coll. « Collection Alternatives sociales », p. 245.

Journées de formation à l'attention des professionnels

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 consommatrice.

Expériences antérieures : 2014 – Bruxelles Environnement (100 gardiens de parc) ; 2015 – asbl BRAVVO (15 travailleurs : gardiens de la paix, coordinateurs, animateurs de centres de jeunes, médiateurs sociaux...); 2017- STIB (STIB : 100 agents) ; 2018- STIB (120 travailleurs) ; 2018 Servie prévention de Molenbeek (15 travailleurs

Présentation de la formation

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

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

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

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

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

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

3. Analyse du contexte d'intervention

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

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

Ce point est indispensable pour proposer un contenu adapté aux spécificités des mandats des participants afin de répondre à leur demande en étant plus proche 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 au 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 des 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.

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).

Présentation de la formation

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.

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.

I. Le Réseau santé Nomade « Précarité et assuétudes »



Le travail développé par le Réseau santé Nomade, dont DUNE est promoteur, s'inscrit dans un contexte spécifique alliant le secteur de la santé, de la santé mentale, de la précarité et des assuétudes. Lors de sa création, les valeurs du Nomade s'inscrivent dans le mouvement de l'antipsychiatrie, à savoir une approche holistique de l'utilisateur, vu comme humain dans sa globalité³³ et non réduit à sa maladie. Plus récemment, ces valeurs ont trouvé échos dans la réforme des soins en santé mentale tendant vers la désinstitutionnalisation du patient, qui s'incarne dans une volonté de le prendre en charge dans son milieu de vie et en l'impliquant dans le travail de soin en réseau³⁴.

Ces principes rejoignent les valeurs de la réduction des risques liés à l'usage de drogue, soutenue notamment par DUNE. Cette approche reconnaît que *l'utilisateur de drogues est avant tout comme une personne, avec sa dignité, son humanité, et que, 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*³⁵.

Le réseau Nomade trouve ses racines et le sens de son développement dans la nécessité de disposer d'un dispositif intersectoriel pour favoriser la rencontre et la collaboration entre les acteurs œuvrant avec les publics variés vivant en situation de précarité : usagers de drogues, travailleur(euse)s du sexe, personnes sans-abri ou mal logées, demandeurs d'asile... Ainsi, 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, avec pour objectif la promotion de cette dernière au sein du secteur social-santé. Les membres du réseau s'ouvrent à des partages d'expériences et vont à la rencontre d'autres associations extérieures du réseau. Le Nomade se veut dynamique et ouvert au débat : deux clés fondamentales pour enrichir sa démarche.

³³ « Nous avons constaté que, dès l'instant où nous donnions des réponses à la pauvreté de l'interné, celui-ci changeait totalement de position, il devenait non plus un fou mais un homme avec lequel nous pouvions entrer en relation. Nous avons alors compris qu'un individu malade a comme première nécessité non seulement le traitement de sa maladie mais de nombreuses autres choses : il a besoin d'un rapport humain avec celui qui le soigne, il a besoin de réponses réelles regardant son être, il a besoin d'argent, d'une famille et de tout ce dont nous-mêmes, médecins qui le soignons avons besoin. Voilà ce que nous avons découvert : le malade n'est pas seulement un malade, mais un homme avec tous ses besoins. »

Extrait de la conférence de Franco Basaglia du 18 juin 1979 à São Paulo intitulée « *les techniques psychiatriques : instruments de libération ou d'oppression* ».

https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://wallonie.similes.org/wp-content/uploads/2018/06/2018.06.15_Pr%C3%A9sentation_de_la_r%C3%A9forme-1.pdf

³⁴ « Le patient (de 18 ans jusqu'à 65 ans avec un élargissement possible dès 16 ans) est pris en charge dans son milieu de vie, au sein de son tissu social d'origine. On assure une continuité des soins par un travail en réseau concerté de tous les acteurs concernés, y compris l'utilisateur, son entourage et sa famille. »

https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://wallonie.similes.org/wp-content/uploads/2018/06/2018.06.15_Pr%C3%A9sentation_de_la_r%C3%A9forme-1.pdf

³⁵ Charte de la réduction des risques, Plateforme de RdR, <http://reductiondesrisques.be/charte-de-la-reduction-des-risques>

Précisons que 2018 est la première année d'un nouvel agrément (le troisième) en tant que réseau santé attribué par le SPFB (COCOF). Cet agrément se clôture en 2020.

Objectifs généraux et principes fondateurs

L'objectif principal du Réseau Nomade est de promouvoir les pratiques participatives au sein du secteur social-santé bruxellois. Par pratiques participatives, nous entendons l'ensemble des initiatives qui placent l'utilisateur en leur centre, se base sur ses besoins et sa vision du monde, stimule ses compétences, libère sa parole pour l'inclure dans le processus de décision et ainsi redéfinir son rapport aux professionnels qui l'entourent, voire à la société.

Le réseau poursuit trois objectifs généraux :

- **Promouvoir, diffuser** les pratiques participatives au plus grand nombre et en particulier au sein du secteur social-santé.
- **Echanger** : par son approche inter-sectorielle, le réseau Nomade multiplie les points de vue, stimule l'échange autour des pratiques participatives et facilite la mise en place de partenariats sur le terrain.
- **Soutenir, accompagner** l'essor des pratiques participatives. Proposer des outils et des événements inspirants contribuent à créer les conditions favorables au développement de la participation et à mettre en réseau les acteurs qui la font vivre.

La vie du réseau contribue 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, de nouveaux projets et la co-construction de savoir théoriques et pratiques.

Les objectifs du réseau Nomade s'ancrent dans des principes fondateurs, pensés dès les premières années. Ils perdurent et prennent tout leur sens dans l'évolution du contexte général actuel (augmentation des personnes en situation de précarité, difficultés 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 des 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 se basant sur leur savoir expérientiel ;
- en confrontant ce savoir expérientiel aux réflexions et pratiques internes des équipes professionnelles.

3° Favoriser la continuité dans l'accompagnement tout en incitant l'utilisateur à l'autonomie. Le réseau Nomade incite l'utilisateur à devenir acteur de son parcours de soin, à se construire son propre réseau et familiarise le milieu professionnel avec cette conception :

- en offrant une réponse adaptée et flexible 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 une approche citoyenne de la santé ;
- 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 rencontres ou d'autres types d'actions.

Objectifs opérationnels

Les objectifs opérationnels 2018 ont été définis comme suit :

- définir une nouvelle ligne graphique (en collaboration avec un graphiste) ;
- développer un site internet incluant un répertoire d'expériences participatives (en collaboration avec un webdesigner) ;
- organiser des rencontres-débats (les *Midis Nomades*) autour d'expériences de participatives (4 par an) ;
- création d'outils de communication au service du Nomade (Site internet, répertoire en ligne et page Facebook) ;
- organiser un colloque sur la participation dans les secteurs précarité et assuétude ;
- prospecter, suivre la culture de la participation et son actualité ;
- alimenter le répertoire d'expériences participatives ;
- diffuser la culture de la participation sur le web (via le site, le répertoire et la page facebook) ;
- diffuser les informations liées à l'actualité participative de nos membres. Le Nomade est bien sûr aussi au service de ses membres : ces dernières peuvent l'utiliser pour promouvoir leurs initiatives en lien avec l'objet du réseau.

PARTIE 2 : ACTIVITÉS DE L'ANNÉE ECOULÉE

Cette partie du rapport est destinée à faire état des activités menées en 2018 et des données statistiques qui en résultent. Selon une structure similaire à la 1^{ère} partie, nous présenterons successivement les données relatives à :

- A. L'outreach
- B. L'accueil
- C. L'accès au matériel (au comptoir)
- D. Accompagnement sociale et guidance administrative
- E. Dispensaire médical
- F. Liaison, coordination et accompagnement
- G. L'information et la prévention
- H. La participation
- I. Formation
- J. Le Réseau Nomade
- K. Réseaux, collaborations, concertation et lobbying

Dans cette deuxième partie, nous vous proposerons également la présentation du rapport sur la démarche d'évaluation qualitative dont la thématique est l'accueil.I. Présentation des résultats

I. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE L'ANNÉE

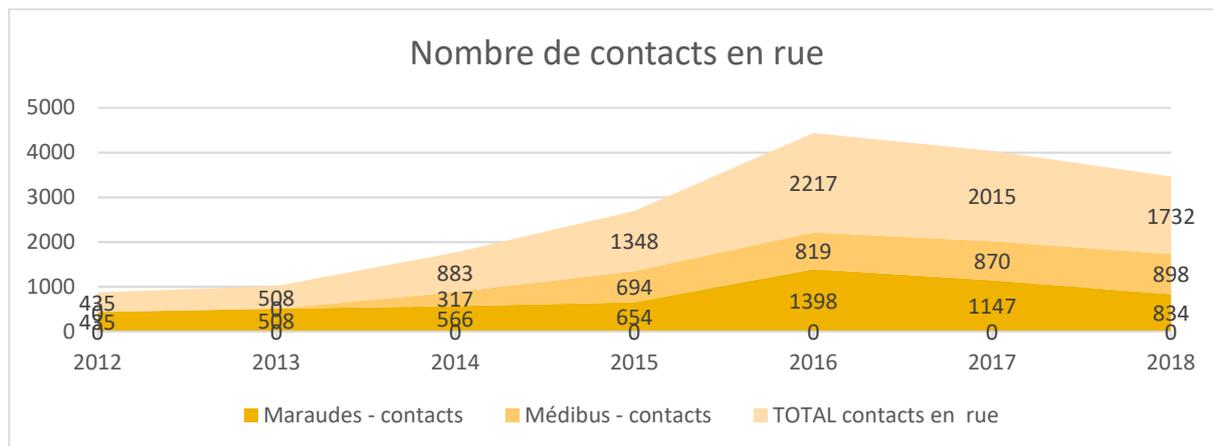
A. Outreaching : Travail social de rue

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.

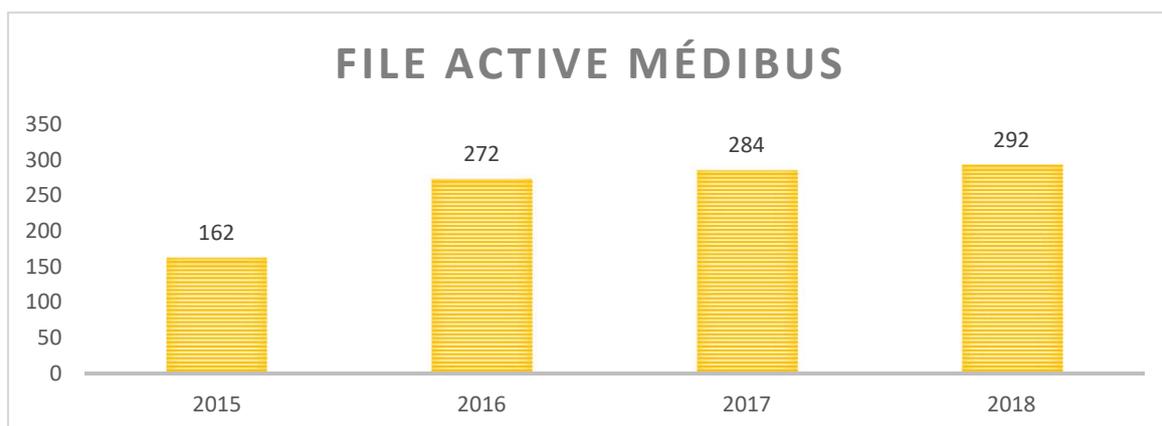
Nombre de contacts en rue³⁶



Au cours des prestations d'outreach, nous avons établis au Médibus 898 contacts avec des usagers de drogues et 834 contacts lors des maraudes à pieds, soit un total de 1732 contacts établis en outreach. Lorsque nous observons le graphique, nous remarquons que 2016 et 2017 ont été les années où nous avons établis le plus de contact en maraude. L'année 2018 se caractérise par une diminution de 22%. Nous formulons l'hypothèse que la diminution constatée en 2018 est lié notamment à un renforcement des présences policières dans le centre-ville, ainsi qu'un renforcement de la présence d'agents de sécurité dans les lieux souvent fréquentés par les consommateurs (station métro, gare...). En effet, lors de nos maraudes, nous avons constatés ce phénomène et nos observations ont été corroborées à plusieurs reprises par les usagers de drogues.

Données relatives aux contacts sur le Médibus

La file active est composée de 292 personnes : 264 hommes et 29 femmes. On observe que le nombre de personnes différentes rencontrées chaque année continue de progresser.



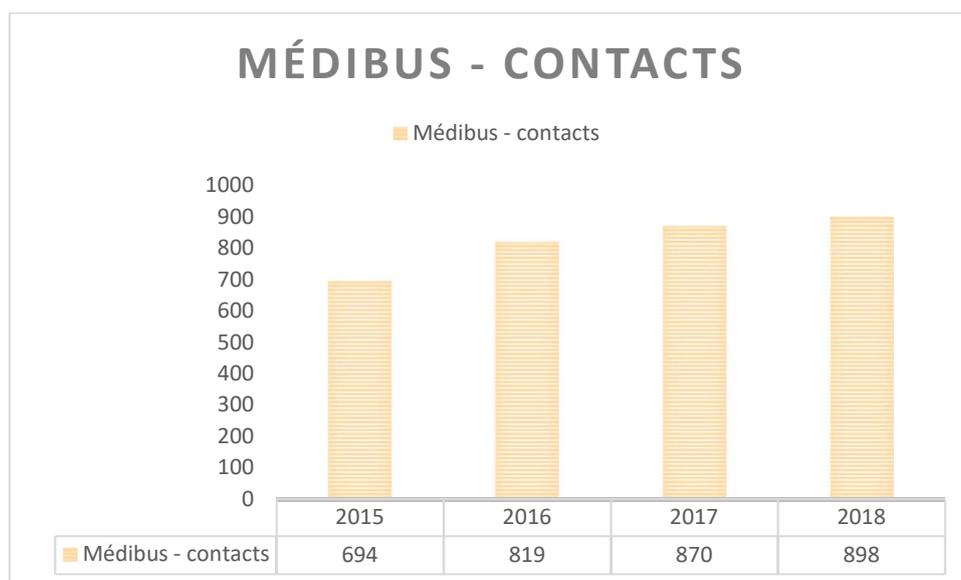
³⁶ Notez que le terme « contact » comprend uniquement les situations où nous avons pu établir un dialogue avec les personnes rencontrées. La plupart des contacts effectués en rue concernent des usagers déjà connus par les travailleurs, soit parce que ceux-ci fréquentent ou ont fréquentés le CLIP ou le 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.

La majorité des bénéficiaires habitent (terme à prendre avec précaution étant donné la situation précaire des personnes) majoritairement, par ordre décroissant, à Bruxelles, Molenbeek et Schaerbeek.

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. Nous constatons que la plupart des personnes qui passent par le médibus sont effectivement orientées vers le CLIP et s'y rendent. Nous observons aussi le passage d'habitues 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 898 contacts en 2018.

En 2018, les **100 permanences** du Médibus ont permis de réaliser **898 contacts** avec des usagers de drogues, dont 518 pour le matériel de consommation et **140 consultations infirmières**.



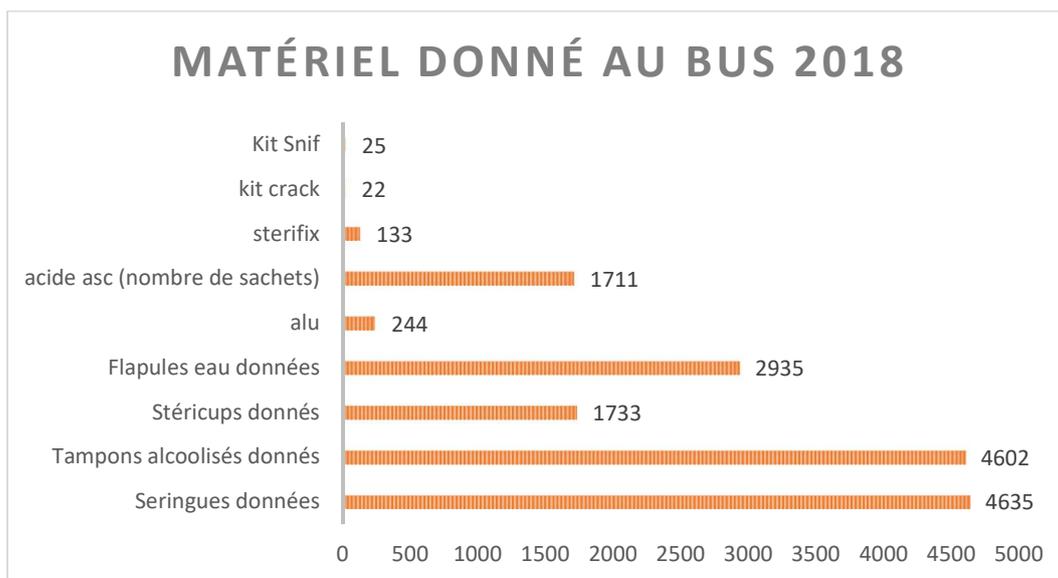
Matériel distribué au Médibus

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...

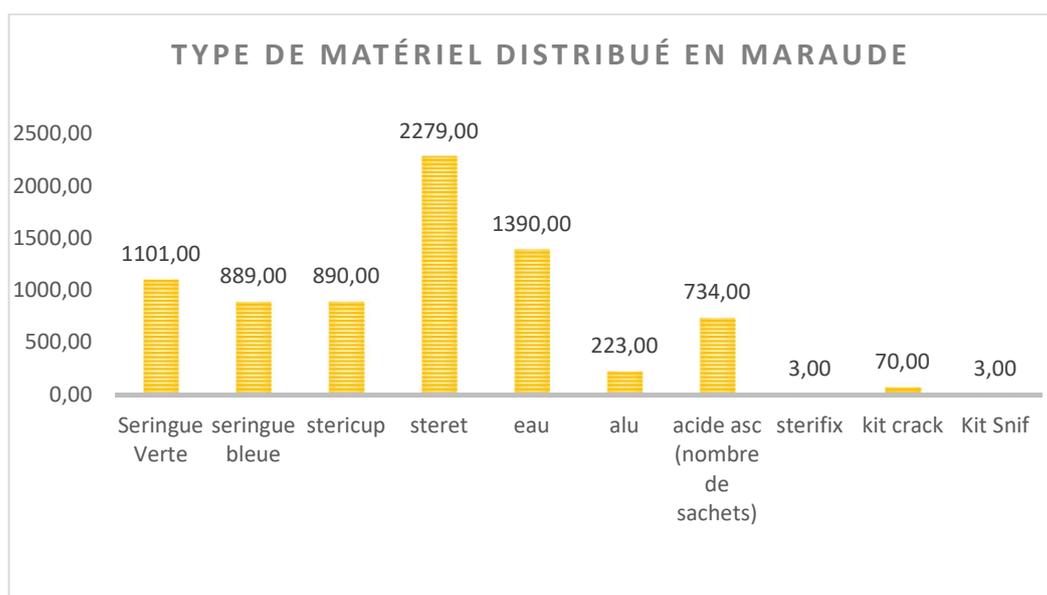
Pour certains usagers, les rencontres en rue se limiteront à l'échange de matériel et ils n'en demanderont pas plus. C'est très bien comme ça pour le moment et nous respectons leur choix, tout en laissant la porte ouverte. Il s'agit bien souvent d'usagers qui ne vont pas (encore) vers les comptoirs

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.

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 2018, nous avons distribué 5340 seringues.



Matériel distribué lors des maraudes



Bien que l'échange de matériel stérile d'injection domine actuellement, notre objectif est de réduire 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

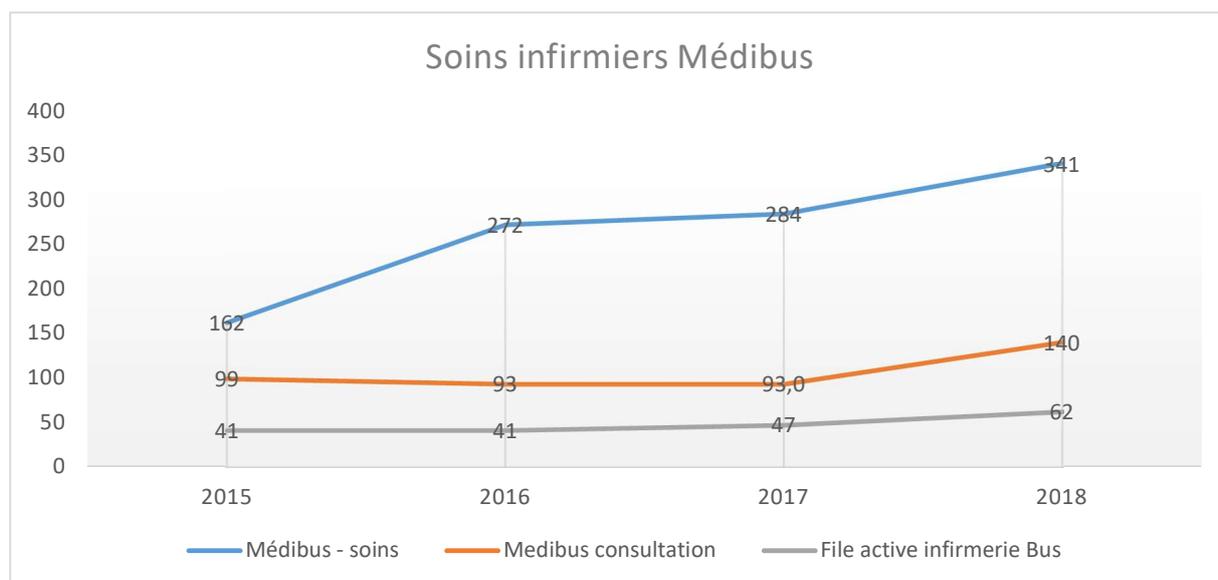
action efficace, il est également indispensable d'aller vers les personnes ayant d'autres pratiques de consommation que l'injection.

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.

Soins en rue et entretiens sociaux

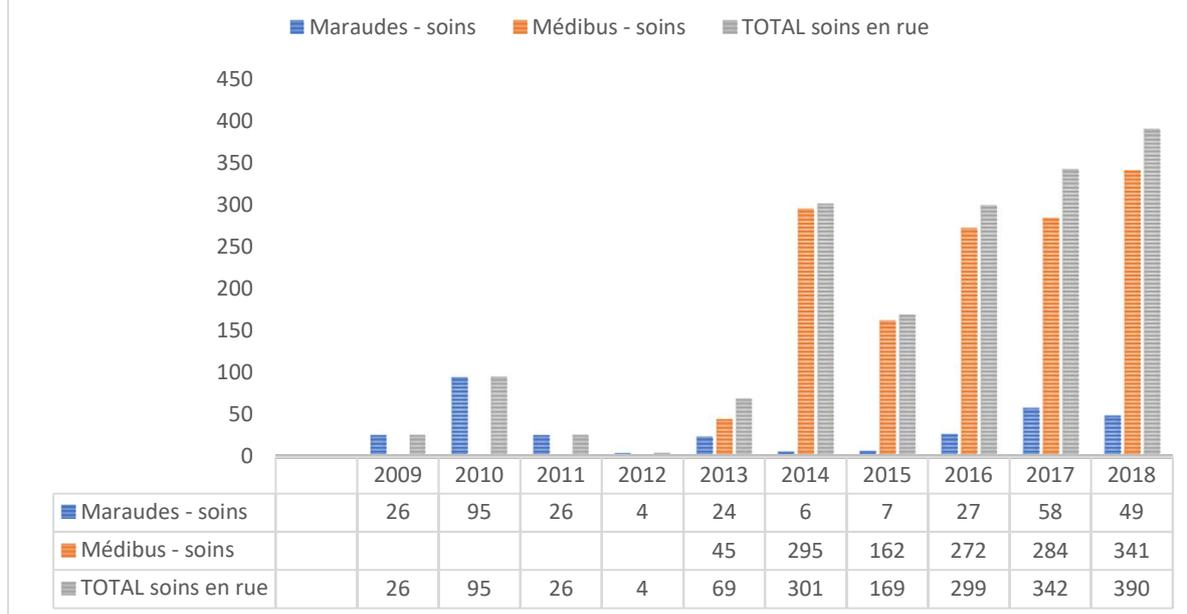
Les soins prodigués n'ont pas pour objectif d'installer une patientèle dans le Médibus mais constituent une offre de soins (psycho-)somatiques qui permettra d'entamer un travail de fond. L'objectif sera alors de réinscrire les patients dans les dispositifs de soins classiques pour une meilleure prise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

En 2018, les infirmier(ère)s ont effectué **140 consultations**, ont donné lieu à **341 soins** différents auprès d'une file active de **62 personnes** (40 hommes et 22 femmes). Concernant les soins effectués en maraude, **ceux-ci s'élève au nombre de 49.**

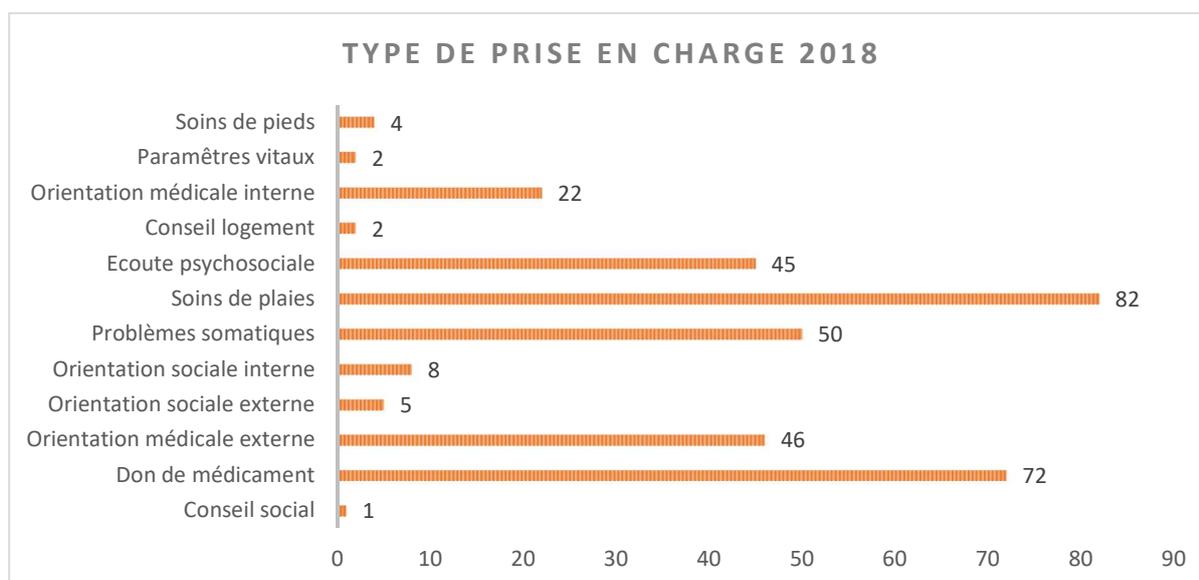


En parallèle des soins, un accompagnement mobile vers les autres structures et une remise en ordre administrative sont proposés aux usagers qui consultent au Médibus. De janvier à octobre 2018, la présence d'une assistante sociale sur le Médibus a été assurée une fois par semaine et a permis de réaliser un 1^{er} entretien avec certains usagers, d'organiser des remises en ordre administratif et d'effectuer le suivi de personnes qui ne viennent que sur Ribaucourt/Yser.

COMPARATIF NOMBRE DE SOINS EN MARAUDE VS SOINS AU BUS



Le tableau ci-dessous reprend les différents types de prises en charge effectuées : nous constatons que les soins de plaies liés à l'injection occupent une place prépondérante avec le don de médicaments.



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'infirmi(ère) soigne les plaies et autres lésions somatiques, tout en entamant un dialogue sur la nécessité pour le patient d'être pris en charge en dehors de nos structures de « dépannage ». Notre équipe propose également aux patients un accompagnement mobile vers des structures de soins spécifiques (voir *infra*) afin de favoriser la prise en charge.

DUNE dispose d'un réseau de partenaires auxquels sont relayées certaines demandes de prise en charge sociale, psychologique ou médicale qui dépassent le cercle de nos missions.

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^{ère} ligne dans la mesure où, lorsque l'orientation est faite sans accompagnement mobile, 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.

Par contre, l'orientation vers le dispensaire infirmier du CLIP a été mesurée en croisant les différentes files actives. Le résultat est fort satisfaisant puisque les 62 ayant reçu des soins au Médibus en 2018 ont également bénéficié de soins au CLIP.

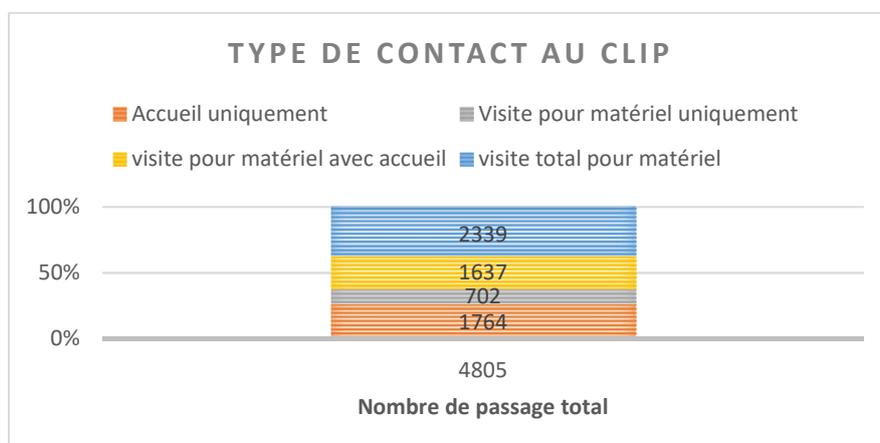
Cette donnée montre la pertinence et l'efficacité du dispositif : le Médibus est à présent bien implanté dans le paysage urbain et l'important taux d'orientation vers le CLIP atteste que les bénéficiaires accordent leur confiance à l'équipe de DUNE.

B. 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 Jaspas, en face du parc de la porte de Hall. Lors de notre déménagement, nous nous posions la question de savoir si les usagers de notre service allaient revenir rapidement dans nos nouvelles installations car un déménagement de service représente toujours des enjeux tant pour l'institution que pour les bénéficiaires. Après comparaison des chiffres 2017 et 2018, nous constatons que le déménagement n'a pas eu d'impact majeur sur la fréquentation de notre service. Au contraire, nous constatons une augmentation de 4% du taux de fréquentation par rapport à l'année précédente. En ce qui concerne la file active, vous observerez dans les points suivants qu'elle reste relativement stable d'année en année.

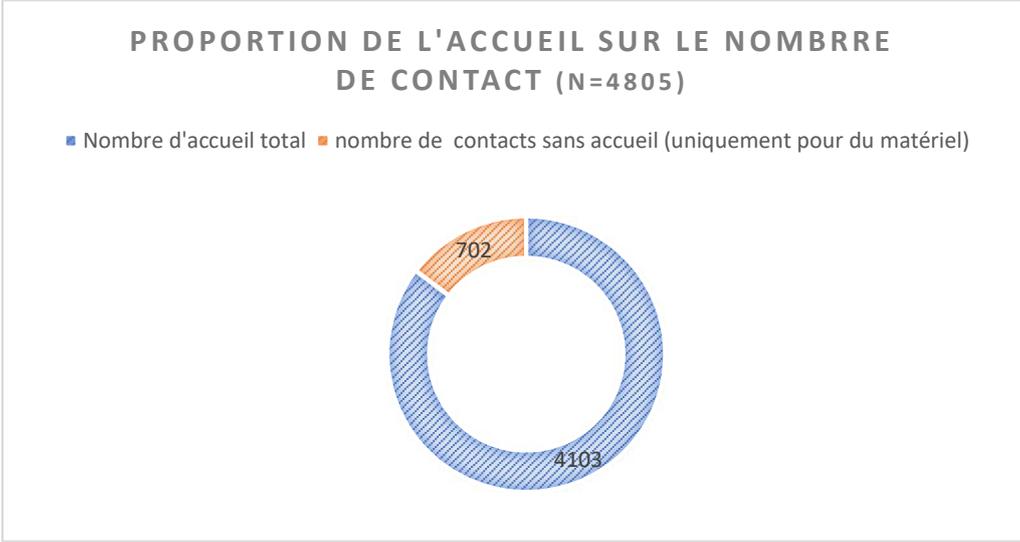
Fréquentation du CLIP

Nous avons comptabilisé un total de 4.805 passages au CLIP pour une file active de 772 personnes différentes rencontrées au cours de l'année 2018. Sur l'ensemble des passages, nous comptabilisons 4103 accueils³⁷, dont la moitié concernait des visites liées à l'échanges de matériel.



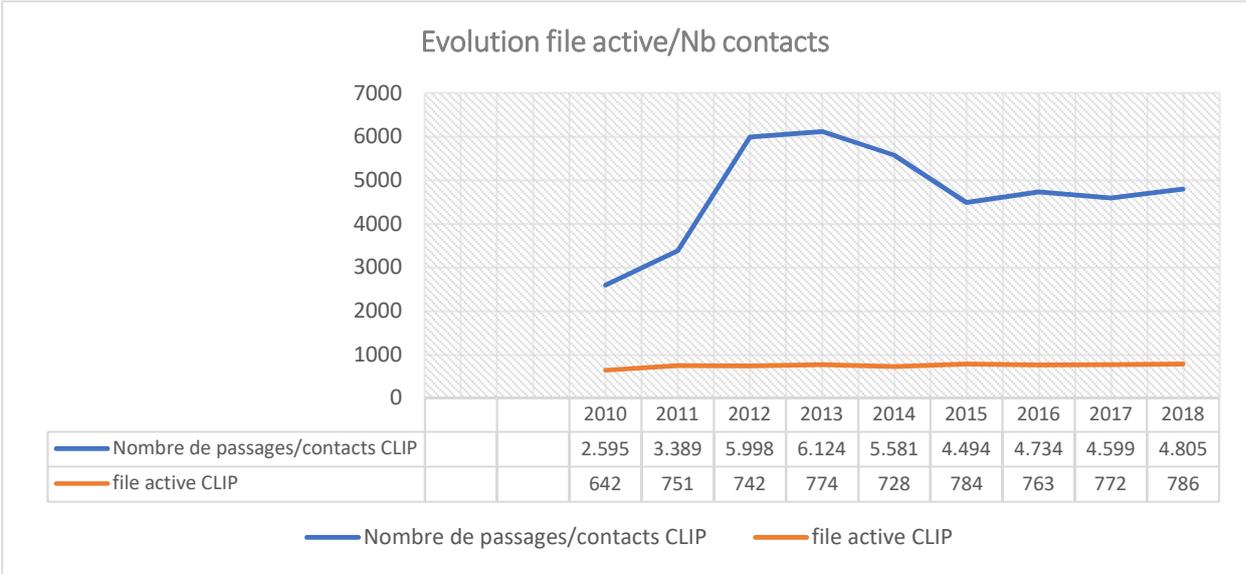
³⁷ Notons qu'un accueil est comptabilisé si la personne reste plus de 20 minutes dans nos locaux.

Les visites liées au matériel (accueil ou non confondu) restent le type de visite le plus représenté. Les contacts qui concerne uniquement l'accueil sans échange de matériel représente tout de même 36 %. Cependant, lorsque nous comptabilisons le nombre total d'accueil (n=1637 + n=1764), nous constatons que, dans la majorité des situations, les passages au CLIP sont ponctués d'un accueil (70%).



Données sur la file active

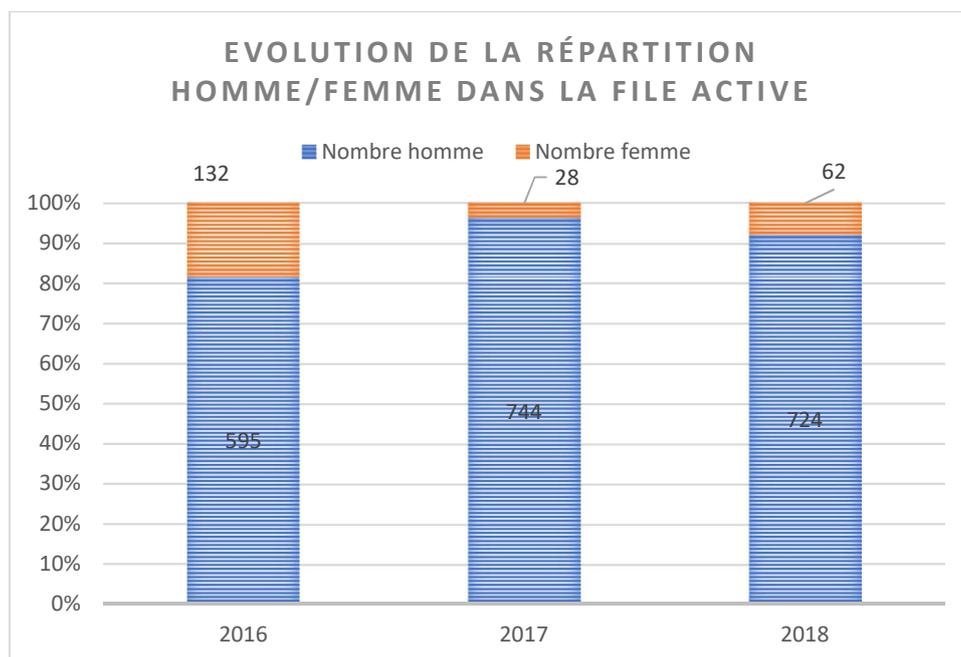
Le tableau et le graphique ci-dessous permettent de mettre en évidence l'évolution de la file active et des contacts. Nous observons que la file active reste relativement stable depuis 2011. Même remarque pour le nombre de contacts. Quant aux augmentations constatées lors des années 2012, 2013 et 2014, celles-ci s'explique en partie par le fait qu'à l'époque, nous avions une communauté de polonais qui fréquentaient quotidiennement le CLIP. Situation justifiée par la présence d'une animatrice socio-culturelle d'origine polonaise qui avait su établir de bons contact avec cette population.



En ce qui concerne les nouveaux contacts, nous observons que sur l'année 2018, ce sont 91 nouveaux usagers qui ont passés la porte de notre service (Femme=13 ; Homme=78).

Répartition par genre

Sur l'ensemble de la file active (n=786), la proportion de femmes s'élève à 8.32% (n=62).

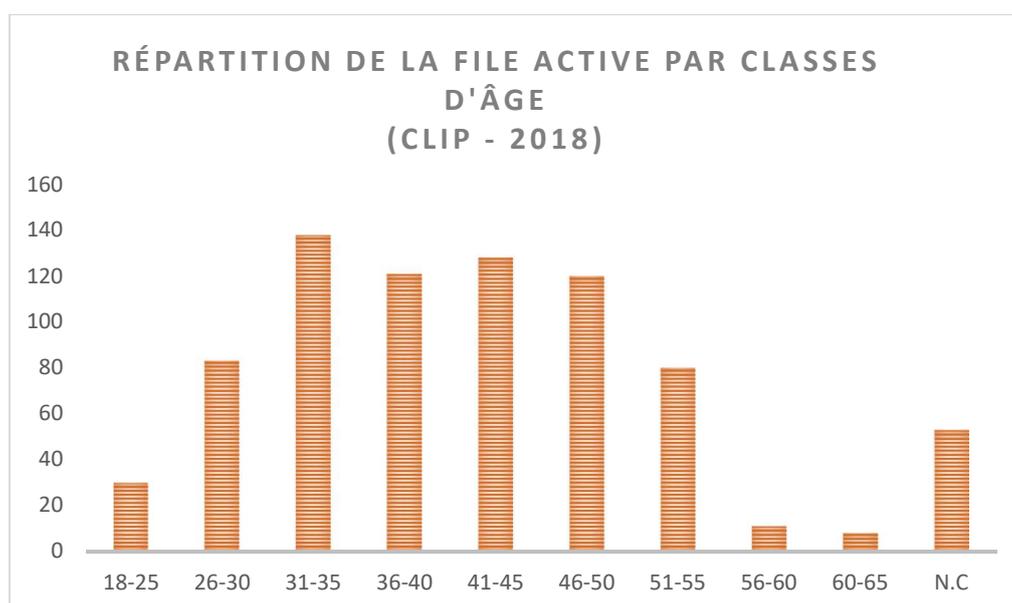


Plusieurs facteurs complémentaires expliquent cette proportion hommes/femmes :

- 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, mais aussi national et international.
- 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 majoritairement masculin (même si notre personnel est mixte), à l'image de 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. Nous pouvons 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.

Répartition par tranches d'âge

La file active est constituée pour l'essentiel d'utilisateurs 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 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 seringues³⁸.

Ces données confirment nos constats de terrain : l'âge nettement plus élevé des utilisateurs 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.

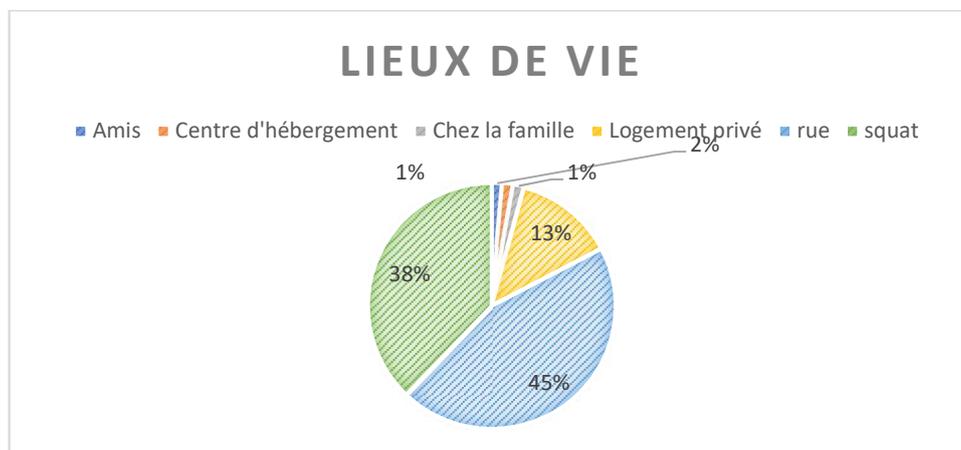
Indicateurs de précarité

Etant donné que l'accueil et l'accès au matériel stérile sont inconditionnels et anonymes, il n'est pas évident de dresser une photographie des particularités socio-économiques de nos utilisateurs. Cependant, en se basant sur les données de la permanence sociale et du dispensaire médical où ce type de données

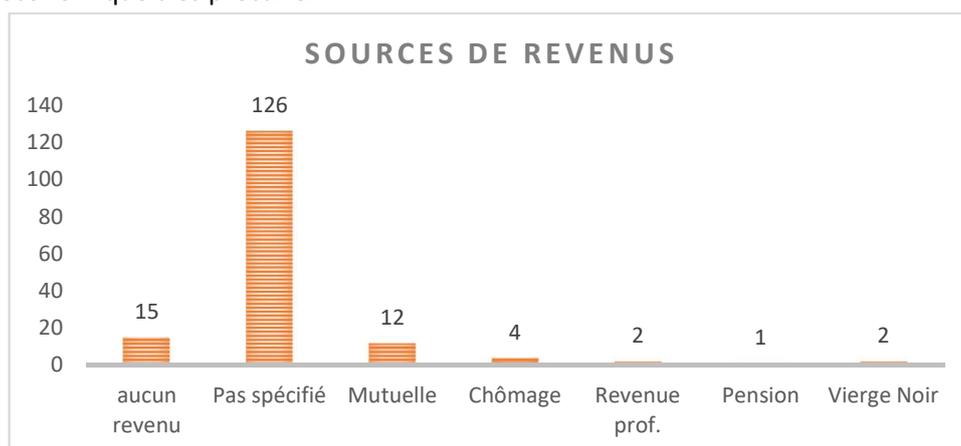
³⁸ T. WINDELINCKX, *Evaluatie onderzoek project spuitenruil 2012*, Antwerpen, Vlaamse spuitenruil, Free clinic vzw, 2013 ; T. WINDELINCKX, *Rapport evaluatie onderzoek spuitenruil vlaanderen 2013*, Antwerpen, Vlaamse Spuitenruil, Free Clinic vzw, 2014. Données synthétisées par K. DE RIDDER, « Utilisateurs 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.

sont récoltés (en fonction de la volonté ou non de l'utilisateur de répondre aux questions liées à l'ouverture d'un dossier), nous pouvons observer certaines tendances.

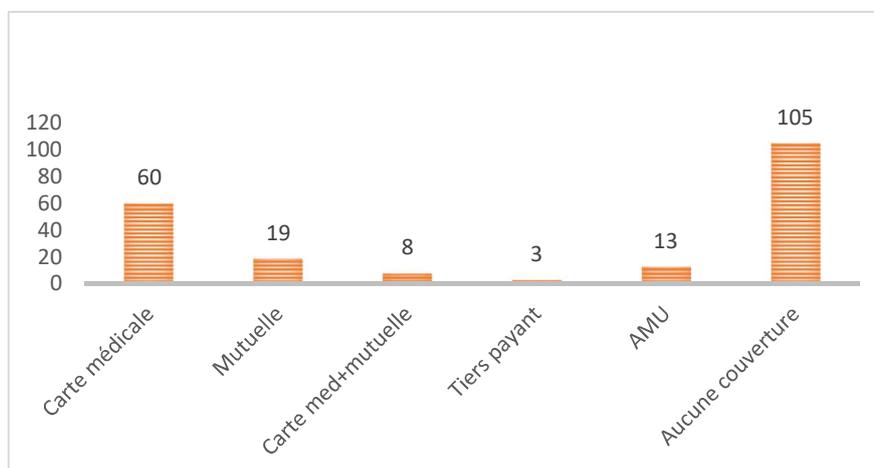
Le cercle ci-dessous (n= 164) montre que la majorité (84%) des bénéficiaires sont en situation de logement précaire.



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



En effet, plus de la moitié des répondants ne bénéficient d'aucune source de revenus et la seconde catégorie la plus représentée concerne les revenus d'intégration. En outre, sur un échantillon de 166 patients, plus de la moitié ne possède pas de couverture en matière de soins de santé.



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

Les services proposés à l'accueil

Le service kit hygiène

Fin 2017, nous avons introduit une demande à la COCOF pour financer du matériel kit hygiène à destination de nos usagers. Notre souhait, était d'atteindre les objectifs suivants et nous y sommes parvenus :

- assurer aux usagers de drogues les plus précaires l'accès aux produits d'hygiène de base ;
- améliorer l'hygiène (et l'état de santé) des bénéficiaires.

Actions concrètes :

- un travail de prospection des fournisseurs a été mené, bien que de manière limitée étant donné le délai disponible pour réaliser les achats. Action a offert le meilleur rapport qualité/prix, quand le produit est disponible. Nous n'avons pas repris de produits chez Solucious car ils ne correspondaient pas aux besoins des usagers ou à la qualité attendue (ex. peigne trop souples, contenants de shampoing trop petits). Le baume pour les lèvres a été acheté chez Colruyt. Certains produits achetés précédemment chez des fournisseurs spécifiques (couvertures de survie, miroirs) n'ont pas été rachetés ;
- les achats des produits ont été réalisés dans la foulée (décembre 2018) ;
- la liste des produits mis à disposition des usagers tient compte de l'opinion des usagers, émise lors d'un focus-groupe. Cette liste se compose de : trousse de toilette, savon pour les mains, brosse à cheveux, brosse à dents, dentifrice, gel douche, shampoing, coton-tige, mouchoirs en papier, déodorant, rasoir jetable, crème à raser, serviette hygiénique, coupe-ongles, pansement résistant à l'eau, baume pour les lèvres, culotte/caleçon, chaussettes ;
- distribution des produits d'hygiène à la pièce. Lors du focus-groupe, les bénéficiaires ont expliqué qu'il serait judicieux de distribuer les produits à la pièce, en fonction des besoins de chacun, plutôt que de systématiquement distribuer une trousse de toilette complète. Les usagers qui le souhaitent gardent la possibilité de demander une trousse complète ou confectionnée en fonction de ces besoins ;
- la confection des kits hygiène (trousse de toilette complète) est réalisée avec l'aide d'usagers jobistes (lors des TAD voir *infra*) ;
- une réflexion a été menée en équipe pour opérationnaliser la distribution des produits en tenant compte des besoins des bénéficiaires mais aussi des contraintes des travailleurs lors des permanences en soirée. Nous avons conclu que la distribution aurait lieu lors des heures d'ouverture de l'accueil du CLIP ;
- un focus-groupe relatif à l'évaluation du projet « kits hygiène » a été mené avec les bénéficiaires afin de récolter leurs avis sur les produits, les nouvelles modalités de distribution...

Accès aux douches

Jusqu'en 2017, nous bénéficions d'un partenariat avec une maison médicale pour offrir à nos usagers un accès aux douches étant donné que dans nos anciens locaux, nous ne disposions pas de telles installations.

Lors de notre déménagement en 2018, nous avons eu l'opportunité, grâce au soutien du Fond Céline Ramos et de la COCOF, de construire une installation de douche dans nos nouveaux locaux. Le service a été opérationnel à partir de juin 2018 et le nombre de douche pour les 6 derniers mois de l'année s'élève à 40 contre 59 en 2017. Comparativement, nous constatons une diminution du nombre de douche par rapport à l'année précédente. Ceci est donc lié au fait que nous n'avons pu offrir ce service qu'une partie de l'année en 2018.

Au-delà des chiffres de fréquentation, il est à noter que pour mettre en place ce service au sein de notre institution, un travail de fond, comportant les étapes suivantes, a dû être mené :

- consultation des usagers relative à la mise en œuvre du dispositif ;
- discussions en équipe autour du cadre à prévoir pour la mise en œuvre du service ;
- élaboration des plans ;
- recherche d'entrepreneurs ;
- suivi des travaux ;
- réception des travaux ;
- Ouverture du dispositif.

Lavoir

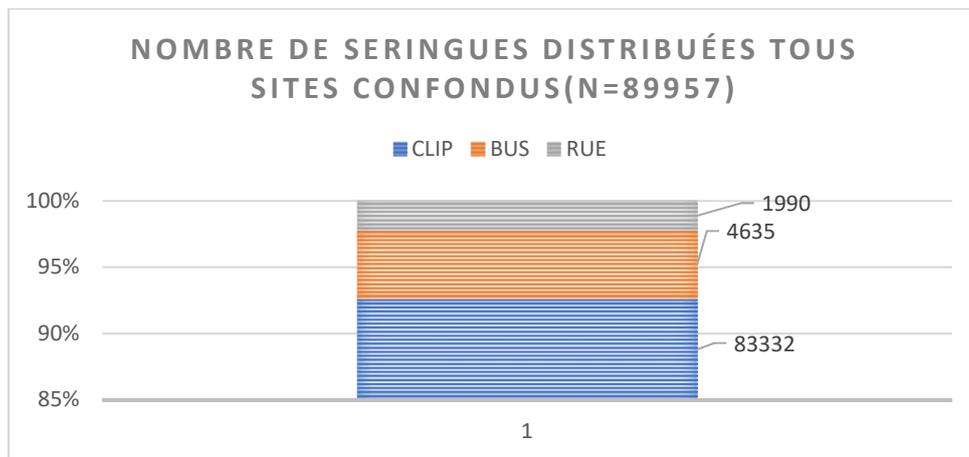
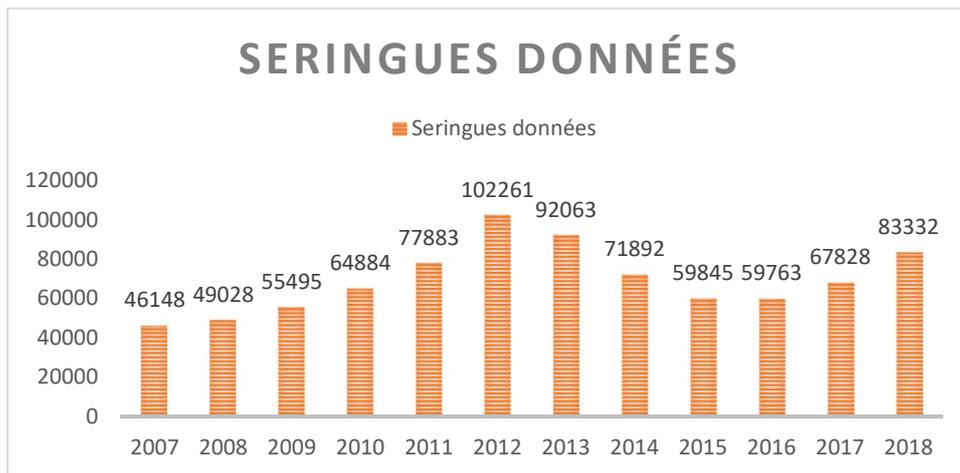
En 2018, nous avons effectué 246 lessives alors que l'année précédente, nous en avons réalisé 346. Cette différence est liée à notre déménagement car, suite à celui-ci, nous n'avons pas pu remettre le service buanderie en route de suite et avons dû attendre plusieurs semaines afin que les travaux d'infrastructure nous permettant d'installer notre dispositif soient réalisés.

C. Accès au matériel stérile (au comptoir)

Dans cette partie, nous présenterons les données relatives aux seringues distribuées (1), aux seringues récupérées (2) et aux autres matériels stériles distribués (3). Cette partie ne reprend que le matériel distribué au comptoir. Pour le détail du matériel distribué en outreach, veuillez-vous référer au point A.

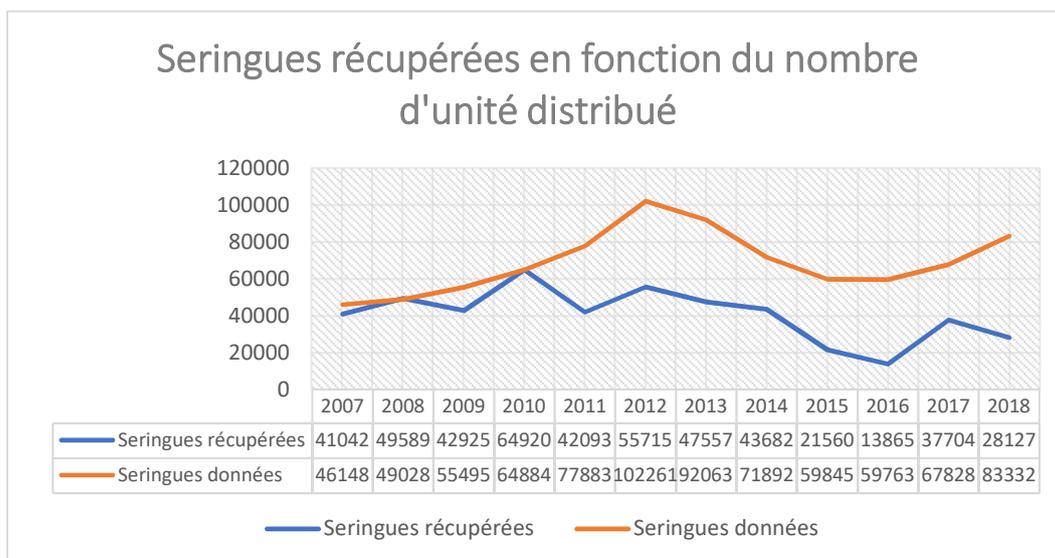
Seringues distribuées

En 2018, les travailleurs ont distribué 83332 seringues au CLIP, auxquelles s'ajoutent environ 6000 seringues distribuées en rue.



Seringues récupérées

En 2018, DUNE a récupéré 28127 seringues, soit un taux de récupération de 33.75%.



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 nous pourrions agir pour améliorer le taux de récupération. La plupart

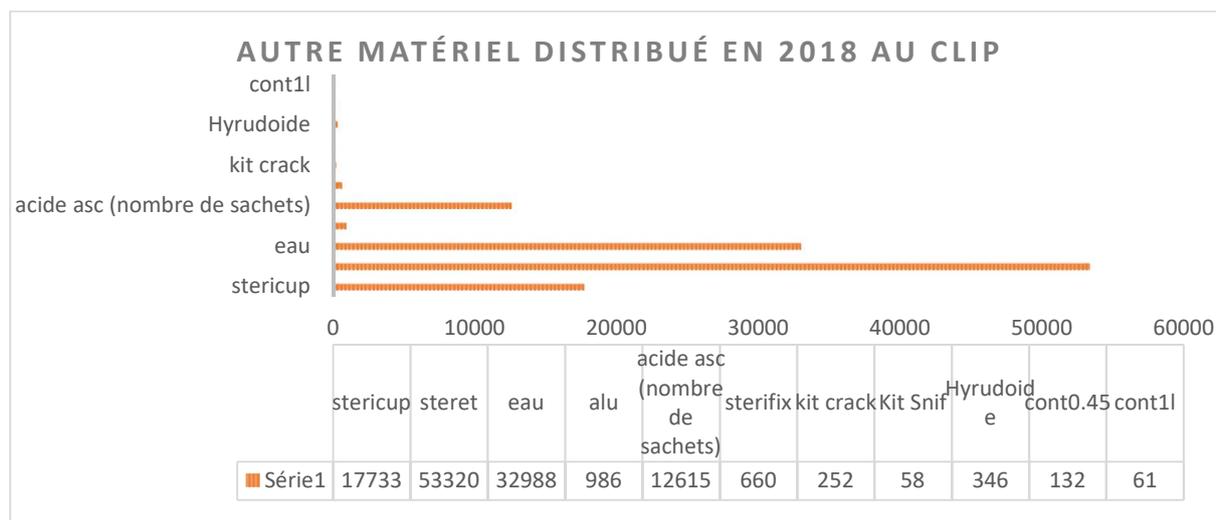
des usagers qui fréquentent le CLIP sont en situation de rue. Pour eux, utiliser les conteneurs de récupération ou se promener avec du matériel souillé représente plusieurs risques et désavantages : risques de se faire contrôler par la police, encombrement, conteneurs peu adaptés (couleur, taille, forme...). Ils préfèrent donc se débarrasser directement du matériel via des poubelles publiques, en le jetant dans une bouteille ou... en le laissant sur place ;

- organiser des séances de ramassage de seringues dans l'espace public avec des usagers jobistes. C'est une manière pour nous de les sensibiliser à la problématique de la dissémination du matériel dans l'espace public ;
- intensifier la sensibilisation des usagers pour les encourager à ramener le matériel : renforcer, lors de la délivrance du matériel, notre discours sur l'importance des retours et afficher une lettre ouverte à destination de nos bénéficiaires où est rappelée l'importance des retours.

En tant que service ambulatoire de santé, DUNE a toujours résisté à l'idée de procéder à de l'échange strict de 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.

Autres matériels distribués

Nous observons qu'en moyenne, pour 4 seringues données, seul un « stericup » est emporté par l'utilisateur. Dans une optique de réduction des risques liés aux usages par voie intraveineuse, cette situation constitue un problème majeur : pour réduire au maximum les risques qui y sont liés, il est nécessaire que les usagers utilisent, pour chaque consommation, l'ensemble du matériel. Les données récoltées en 2018 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, nous pouvons 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 :
 1. 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, notamment le 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.
 2. 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 (par ex. le livret informatif *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.

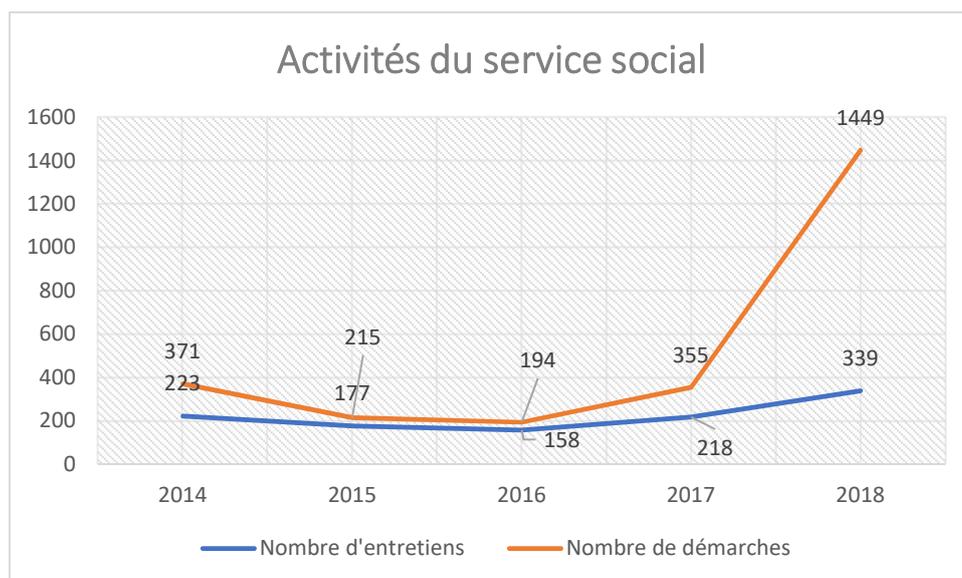
D. Accompagnement sociale et guidance administrative

En 2018, le service social comptait une file active de 64 personnes différentes. 59 hommes et 5 femmes. Concernant les données socioéconomiques du public, nous vous invitons à vous référer à la partie sur l'accueil du CLIP où nous dressons une photographie des différents profils rencontrés.

Activités du service social

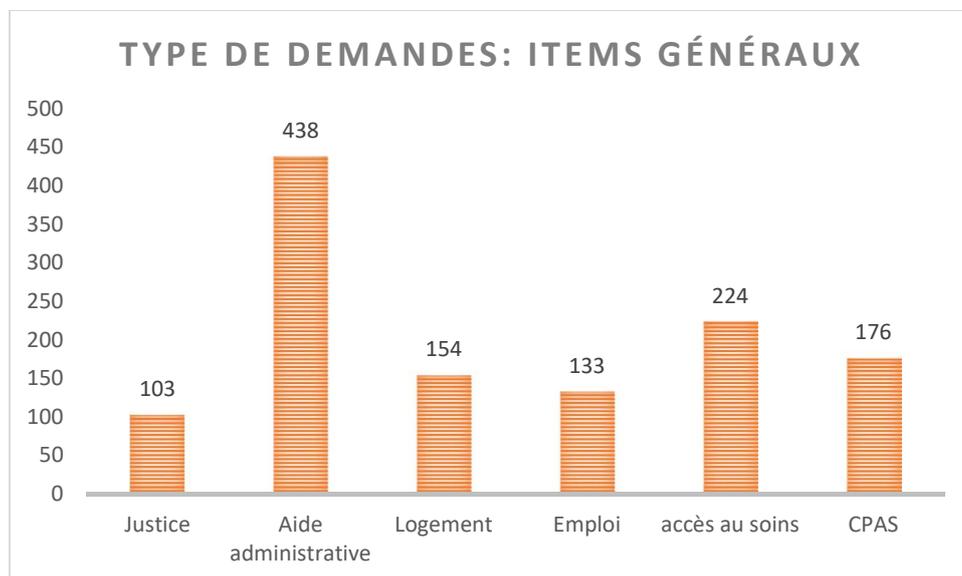
Au cours de l'année 2018, 84 permanences sociales ont été assurées par l'assistante sociale. Sur ces 84 permanences sociales, 339 entretiens individuels ont été réalisés et 1449 démarches sociales ont été effectués. Comparativement à 2017, nous remarquons une différence importante en terme d'entretien sociaux et de démarches. Ceci est lié au fait que nous avons ouvert une permanence sociale en soirée à la place de la permanence du mardi matin qui n'attirait pas le public. En ce qui concerne le nombre de démarche, nous remarquons également une augmentation important par rapport à l'année

2017. Ceci s'explique en partie par l'engagement d'une deuxième assistante sociale qui a pu venir renforcer le dispositif au cours de l'année 2018.

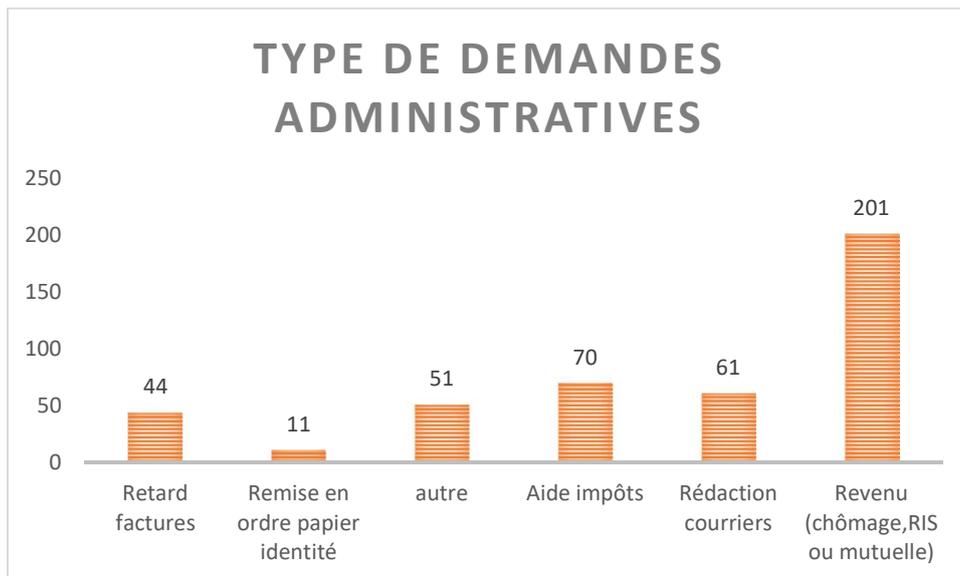


Types de demandes émergeant au service social

Les différentes demandes que nous recevons à la permanence sociale sont réparties en 6 catégories reprises dans le graphique ci-dessous.

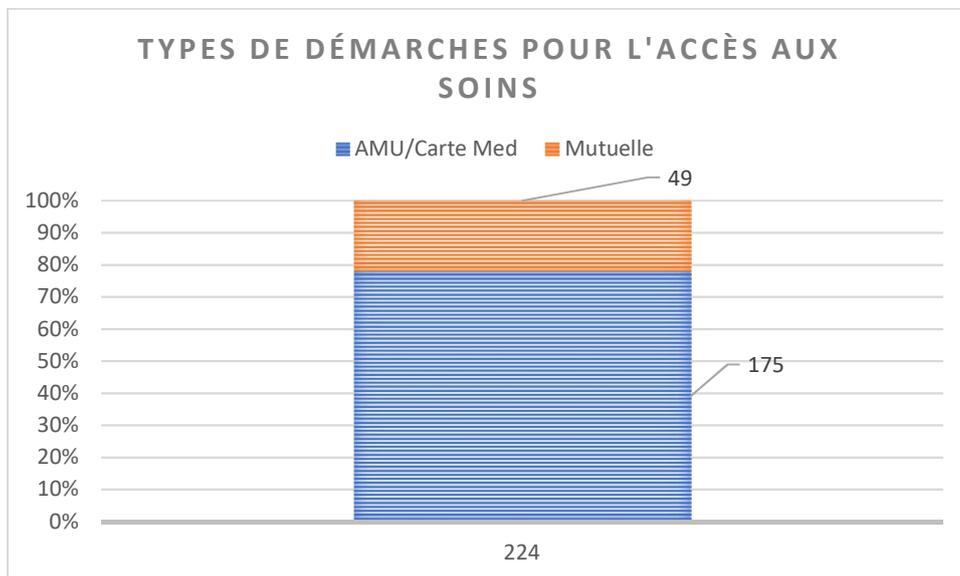


Les demandes les plus souvent adressées à la permanence sociale sont des demandes liées à une aide administrative. Ci-dessous, vous pouvez observer le détail des différentes demandes entrant dans la catégorie « aide administrative ».



Dans le graphique ci-dessus, nous observons que les demandes liées au revenu dans la catégorie générale aide administrative est de loin le plus représentée. Cette sous-catégorie représente les actes où les assistantes sociales ont aidé un usager à débloquer une situation liée au revenu. Par exemple, en cas de suspension du RIS ou du chômage.

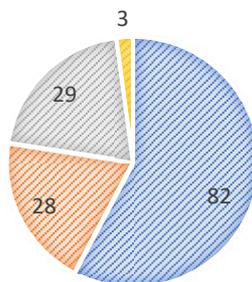
La seconde catégorie qui génère le plus de demande concerne l'accès aux soins de santé. Dans la majeure partie des situations, il s'agit soit, d'ouvrir l'accès à une carte médicale ou une AMU, soit, d'effectuer les démarches nécessaires pour la prolongation de ces mesures.



Pour ce qui concerne la troisième catégorie générale CPAS, nous observons qu'elle arrive en troisième position. Nous attirons l'attention sur le fait que les démarches visant l'accès aux soins de santé par l'intermédiaire des CPAS ne sont pas comptabilisées dans ce tableau car elles sont reprises dans la catégorie générale accès aux soins de santé.

DÉTAILS DES DEMANDES D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES DÉMARCHES AU CPAS

■ Litiges ■ RIS ■ adresse de référence ■ Aide sociale générale

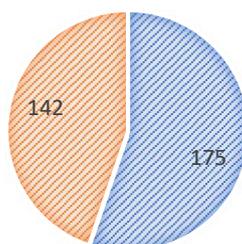


Dans le graphique ci-dessus, la sous-catégorie litige dans la catégorie générale CPAS est la plus représentée. Il s'agit de situations où l'utilisateur fait appel à nos services pour tenter de l'aider à régler un litige avec le CPAS, souvent lié à une suspension du RIS.

Le graphique que nous vous présentons ci-dessous représente l'ensemble des demandes nécessitant un travail de collaboration avec les CPAS, y compris les demandes d'accès aux soins de santé (RIS/AMU).

PROPORTION DES DEMANDES D'ACCOMPAGNEMENT VERS LES CPAS POUR ACCÈS AUX SOINS

■ Carte MED/AMU ■ Autres demandes CPAS



Si nous comptabilisons l'ensemble des demandes qui sont faites à nos services concernant l'accompagnement vers les CPAS, accès aux soins de santé compris, la catégorie CPAS est la seconde représentée. Ces éléments mettent clairement en lumière le fait qu'il est nécessaire tant pour les CPAS que pour les services ambulatoires tels que DUNE de resserrer les liens afin de répondre au mieux aux demandes du public.

E. 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.

Soins infirmiers

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

Chiffres de fréquentation

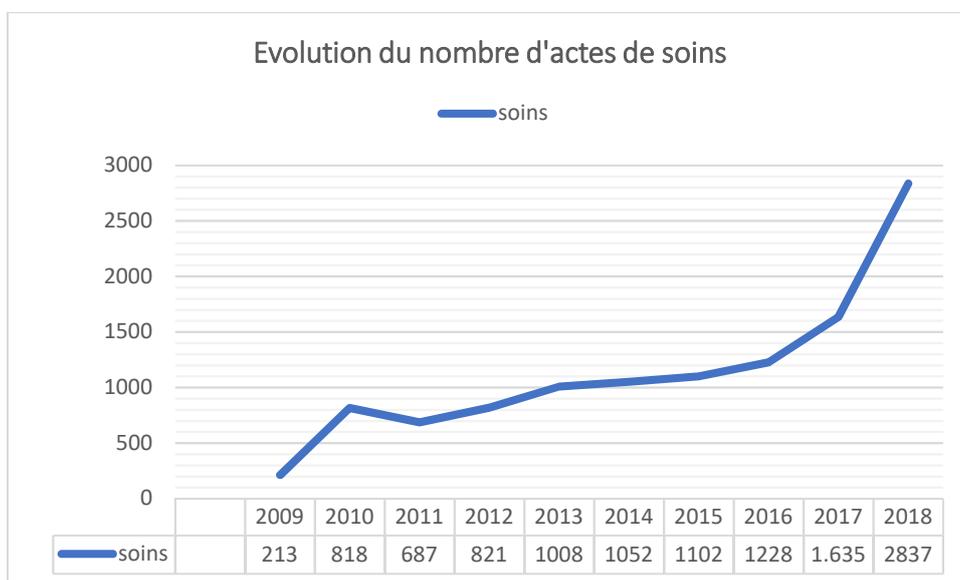
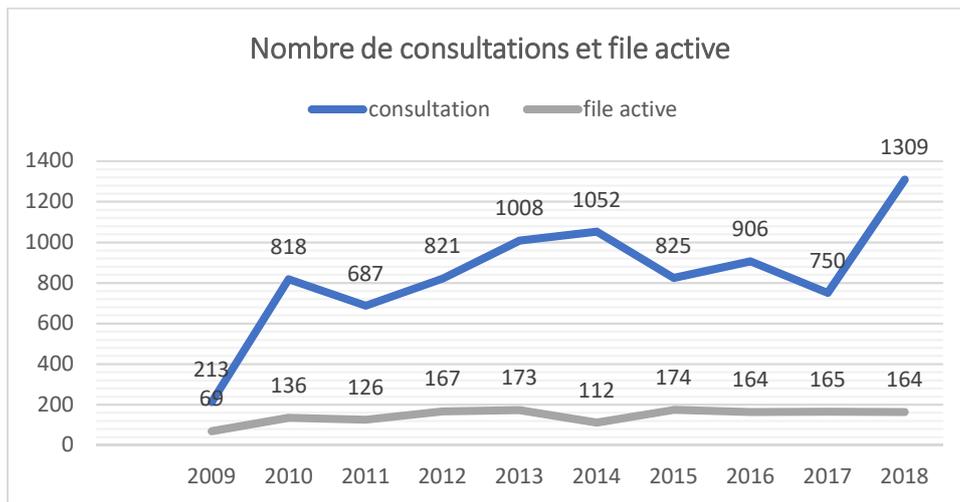
Les patients nous sont soit envoyés par un usager connaissant déjà nos services, soit référés par une association partenaire, soit orientés par nos travailleurs de rue pendant leur maraude ou permanence du Médibus. Le public soigné au dispensaire infirmier peut être fort variable de celui qui fréquente 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*).

En 2018, 39 nouveaux dossiers médicaux ont été ouverts sur une file active de 164. Les 1363 consultations effectuées en 2018 ont données lieux à 2837 actes de soins prodigués par nos infirmiers. Soit, en moyenne, 2.5 actes de soins par consultation. Notons également que par rapport à l'année précédente (2017), nous observons une augmentation des actes de soins de 57% ainsi qu'une augmentation de 55 % du nombre de consultation. Ceci est selon nous essentiellement lié à l'augmentation du nombre de permanence infirmier au sein de notre dispositif par rapport aux années précédentes.

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 2018.

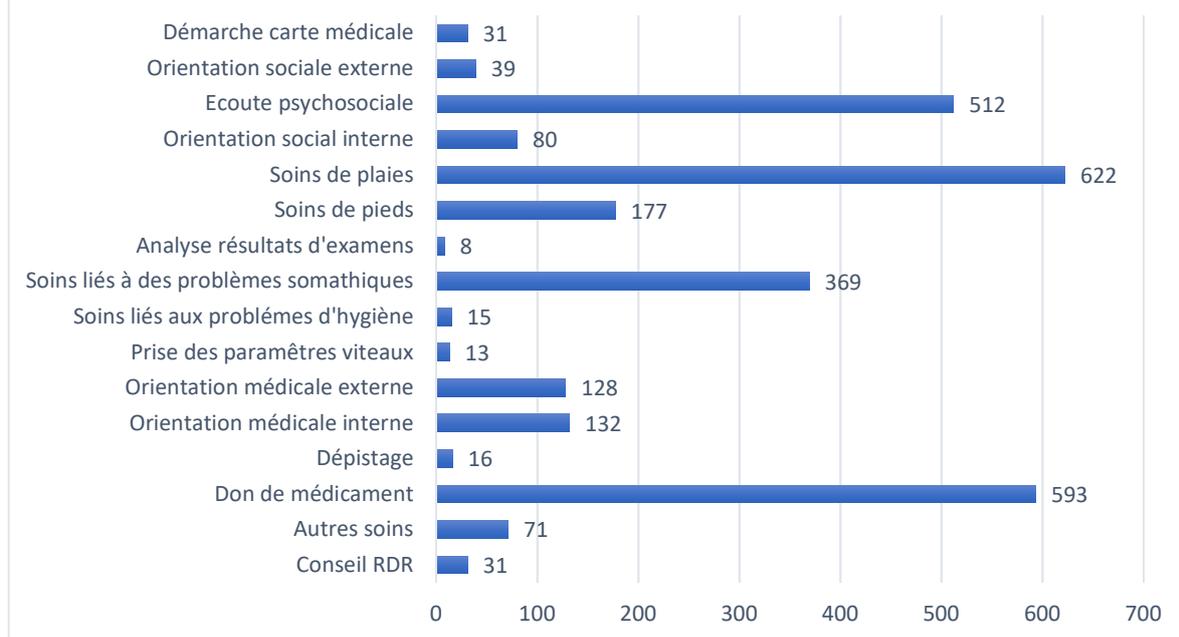


Entre l'année 2017 et 2018, on observe une augmentation des actes de soins et des consultations par rapport aux années précédentes. Ceci est lié au fait que durant l'année 2018, grâce au soutien de partenaires, nous avons pu augmenter notre contingent d'infirmier jusqu'à 4,5 ETP durant une période. Ce qui permettait de garantir une permanence infirmier chaque soir de la semaine. De plus, l'aménagement dans de nouveaux locaux nous a permis de nous doter d'un lieu plus adéquat pour faire des soins.

Nature des soins

Les soins dispensés par les infirmier(ère)s sont principalement des soins de plaies généralement dues à des bagarres, des chutes ou qui sont liées à des problèmes d'injections. (22%). Nous retrouvons ensuite les dons de médicaments (dépannage bandages, crème cicatrisantes, médicaments liés aux douleurs somatique... (21.5%) La catégorie de soin liée à l'écoute psychosociale et qui représente environ 21% des actes de soin arrive quant à elle en troisième position. Il s'agit de moments (parfois très long) durant une consultation où l'utilisateur se livre sur ses difficultés d'ordres psychologiques liées généralement aux difficultés psychiques que représente la vie en rue et le fait de mener une existence dans la dépendance aux produits psychotropes.

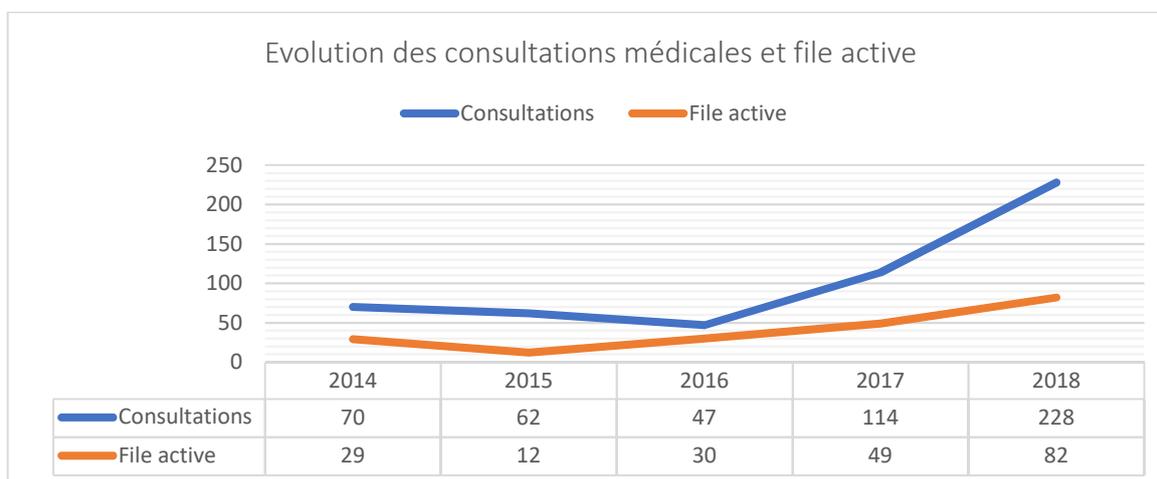
Types de soins au dispensaire 2018



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 2018, il y a eu 228 consultations, auprès d'une file active constituée de 82 patients.



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.

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 somatiques, 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, nous ne pouvons pas nous 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 d'un usager (et encore 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 une consommation dérégulée. 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.

F. Liaisons, coordination et accompagnement mobile

La mission de liaison et d'accompagnement, qui consiste à construire un réseau social-santé autour de l'utilisateur pour garantir une meilleure prise en charge globale, est indispensable pour offrir une aide adéquate. Concrètement, lorsqu'un usager formule une demande au dispositif psycho-médico-social de DUNE, une anamnèse de ses besoins est réalisée et nous définissons avec lui, d'une part le trajet

de prise en charge des usagers hors de nos murs, c'est-à-dire les différentes étapes nécessaires pour garantir une prise en charge globale, et d'autre part, le parcours de soin, c'est-à-dire la définition de la mise en œuvre, en tenant compte des particularités vécues par le patient (temporalité, situation de vie et état de santé). Une fois cela établi, nous prenons les différents rendez-vous nécessaires et accompagnons l'utilisateur vers les différentes structures identifiées (hôpitaux, médecine spécialisée, CPAS...). Nous assurons ensuite la coordination entre les différents acteurs du réseau de soin que nous avons constitués avec l'utilisateur afin que le suivi soit optimal.

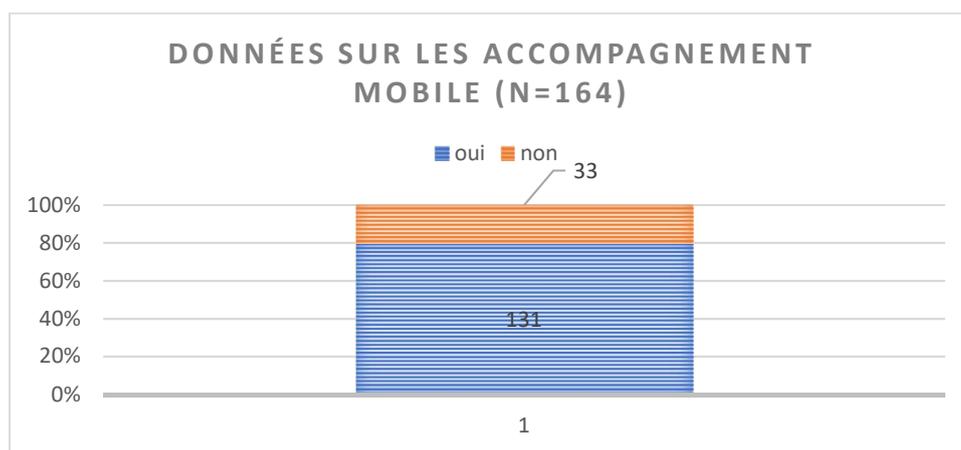
Le travail de liaison, pour le dire simplement, consiste à mettre en œuvre un réseau social-santé autour de l'utilisateur et en assurer la coordination.

D'une part, cette mission de liaison telle qu'elle est définie dans le décret ambulatoire en ajoutant deux dimensions complémentaires qui favorisent la réussite du travail de liaison :

- les accompagnements mobiles qui aident tant les usagers que les professionnels des services de santé ;
- la poursuite des soins en ambulatoire pour les usagers qui ont été pris en charge par le milieu hospitalier, tout en définissant des protocoles de soins avec les praticiens du milieu hospitalier. Cette dernière a tendance à favoriser la compliance des soignants externes à DUNE.

En 2018, ce sont 31 usagers différents qui ont bénéficiés d'un travail de liaison et de coordination d'un réseau social-santé mis en place par nos travailleurs de terrain. Comme nous l'avons remarqué en introduction de ce point, nous ne nous arrêtons pas à la mise en relation avec d'autres structures et à la coordination d'un réseau d'aide. Nous accompagnons aussi physiquement les usagers dans le réseau social-santé que nous élaborons autour d'eux. Nos observations et les retours des usagers confirment que l'accompagnement physique est un élément favorisant la réussite de la prise en charge : c'est rassurant autant pour l'utilisateur que pour le professionnel.

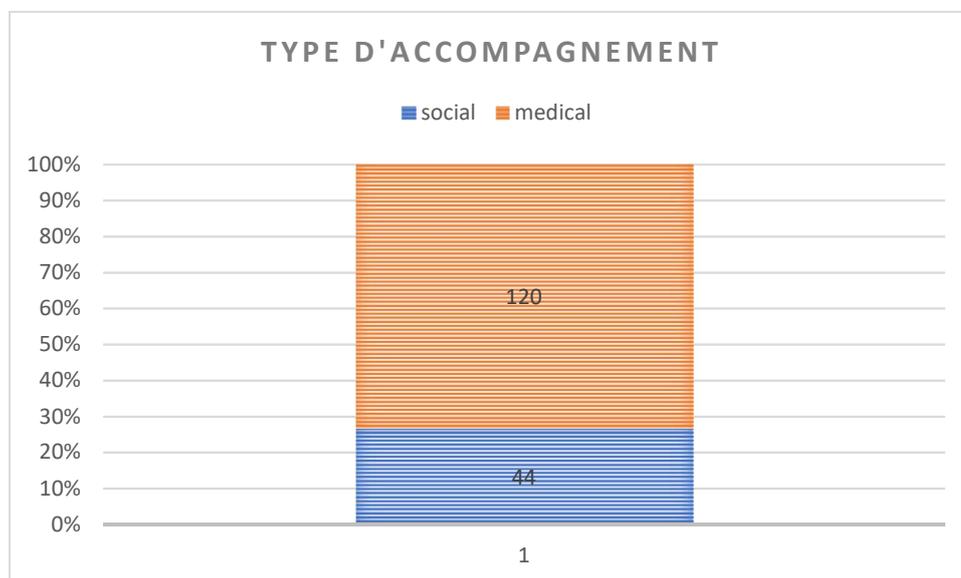
En 2018, il y a eu 164 accompagnements programmés, dont 120 ont été réalisés effectivement.



Une particularité de notre travail de liaison consiste à poursuivre des soins en ambulatoire à l'intérieur de nos murs. Notamment après une prise en charge en hospitalier. Ceci participe grandement à la réussite des objectifs de soins définis, dans la mesure où l'utilisateur sait qu'il peut passer dans notre dispensaire pour continuer les soins, même s'il n'a pas les moyens ou les possibilités de se rendre à l'hôpital. Cette proposition de continuité des soins en ambulatoire est également un outil efficace pour convaincre certains praticiens hospitaliers qui sont parfois peu enclin à proposer une prise en charge

global au personne vivant en rue par crainte que le suivi ne soit pas assuré. C'est notamment le cas pour les traitements hépatite C en 2018 où il est exigé encore qu'un patient soit « stabilisé » pour lui octroyer le traitement. Malgré cela, pour quelques patients, nous sommes parvenu à ce qu'ils puissent obtenir des traitements en nous portant garant extra-muros du suivis de la prise de traitement.

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.



G. 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, l'information et la sensibilisation de la population générale, via notre site internet et les réseaux sociaux et le Bon Plan, répertoriant les points d'assistance médicale et sociales de 1^{ère} ligne à Bruxelles, à l'attention des personnes en situation de précarité et des travailleurs.

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*).

Nous constatons 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 les limites du respect du secret professionnel.

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)

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

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 »³⁹).

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

Le Bon Plan

Présentation

L'agenda Le Bon Plan 2019 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 du secteur social - santé.

La **seconde 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

³⁹ <http://supportdontpunish.org/fr/>

calendrier des journées mondiales officielles,

- ✓ déculpabiliser les bénéficiaires face à leur situation et redonner un peu d'espoir.

Le choix des thématiques est effectué par l'équipe de DUNE, après consultation des associations partenaires, et reflète la diversité des problématiques rencontrées par nos publics, c'est-à-dire des sujets pertinents pour tout public précarisé ou en contact avec la précarité (participation des usagers, réduction des risques, restaurants sociaux, santé mentale, accès à la culture...).

Cette année, 3 vignettes ont été réalisées en collaboration avec notre assistante sociale (mars, août et octobre).

Mois	Sujet	Organisation
Janvier	CLIP Radio – L'émission participative des bénéficiaires du CLIP.	DUNE asbl.
Février	La Pair-aidance	En Route asbl.
Mars	Note sur le PIIS (projet individualisé d'intégration sociale).	CPAS.
Avril	Agir ensemble pour un adieu digne pour les personnes sans abri.	Collectif Morts de la Rue.
Mai	Réseau Nomade – Promotion des pratiques participatives.	DUNE asbl.
Juin	Pour une approche des drogues basée sur la santé et les droits humains.	Support. Don't punish. Belgium.
Juillet	Journée mondiale contre l'hépatite c.	Réseau Hépatite C.
Août	Note sur l'AMU (aide médicale urgente).	CPAS.
Septembre	Service de douche mobile.	Rolling Douche.
Octobre	Note sur le RIS (revenu d'intégration sociale).	CPAS.
Novembre	Service d'aide aux justiciables.	ORS (Office de réadaptation sociale).
Décembre	Journée internationale de lutte contre le Sida.	Sida'sos & le centre Elisa.

Pour plus de détails, voir l'exemplaire de l'agenda Le Bon Plan fourni en annexe.

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

La **troisième partie** propose un vaste répertoire reprenant, commune par commune, les associations à destination des bénéficiaires.

L'édition 2019 répertorie 165 organisations.

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 ou le niveau d'alphabétisation de ce dernier.
- ✓ Un numéro qui permet de repérer les services répertoriés sur le plan.

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

La **cinquième partie** propose un plan recto-verso en papier plastifié et détachables reprenant deux cartes géographiques : l'une des 19 communes, l'autre du centre de Bruxelles. Les différentes organisations reprises dans l'index y sont localisées.

Nouveautés

- ✓ Le Plan est désormais totalement autonome de l'agenda : il dispose maintenant de son propre répertoire (en version minimale : nom de l'organisation + pictogrammes correspondants) et d'une légende reprenant la signification des pictogrammes. Pour cette raison, nous en avons fait imprimé 500. Leur diffusion est gérée uniquement par DUNE (le prochain point consacré à la diffusion ne concerne donc que les agendas).
- ✓ Insertion en page 4 d'un encart promotionnel pour l'application Le Bon Plan.
- ✓ Le réseau du Bon Plan continue de s'étendre : le Bon Plan est distribué à par 55 organisations (2 de plus que pour l'édition 2018) et son répertoire comprends 165 entrées (6 nouvelles).

Diffusion

Le Bon Plan était disponible à partir du 18 décembre 2018. Les organisations du secteur ont été invités à passer commande via la newsletter et la page Facebook de DUNE. Ensuite, elles sont venues retirer leurs exemplaires lors d'une des 4 permanences prévues à cet effet (18 et 19 décembre 2018 & 9 et 16 janvier 2019).

Au terme de ces permanences, les 6000 exemplaires de l'édition 2019 étaient épuisés. Ci-dessous, vous trouverez un tableau récapitulatif des institutions ayant bénéficiés du Bon Plan. Pour plus de lisibilité, nous avons répartis les associations par couleurs en fonctions du nombre d'exemplaires reçus.

200 > 800

100 > 200

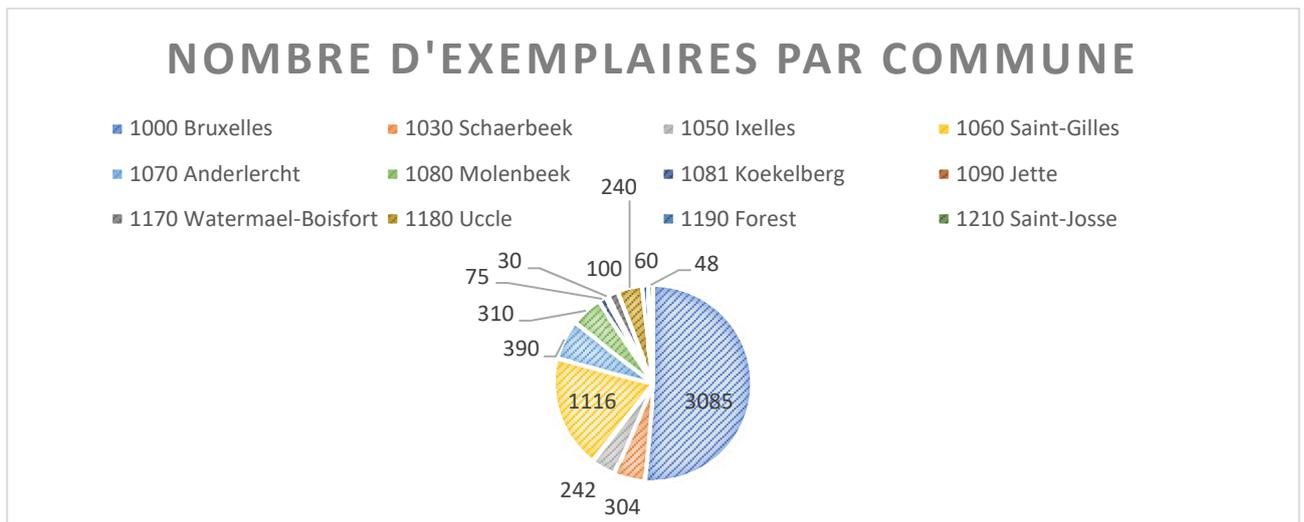
50 > 100

0 > 50

Samusocial	812
L'îlot	400
MASS	288
DoucheFLUX	240
Bruxelles-Laique	232
DUNE asbl (comptoir + maraude + Médibus)	220
Bravvo	200
La Source	200
Opération Thermos	200
Le Pont asbl	200
CPAS Uccle	200
Latitude Nord	192
Transit	174
Projet Lama Ixelles	174
Club Antonin Artaud	116
Foyer Georges Motte	116
SAS	116
Educateurs de rue Saint-Gilles	116
ONE	100
CPAS Watermael-Boisfort	100
PAG-ASA	92
Travailleurs de rue Schaerbeek	92
Centre service social Abbé Froidure (Les Petits Riens)	92
Hôte Victor du Pré	80
Enaden	80
Les amis d'accompagner	75
Infirmier de rue	70
Pierre d'angle	60
Fami-Home	60
At Home 18-24 (Les Petits Riens)	60
CHU Saint-Pierre	58
Mentor-Escale asbl	58
Projet Lama Molenbeek	50
Bij Ons	48
Jamais sans toit	48
ORS (Office de Réadaptation Sociale)	48
Parentalité Addiction	48
Babel	48
La maison Rue Verte	48
FARES	40
RAT (Réseau d'Aide aux Toxicomanes)	40
Service prévention Anderlecht	40

SCAT (Service Communal d'Accompagnement des personnes Toxico-dépendantes)	40
L'Autre "lieu"	38
Centre Croix-Rouge Jette	30
Maison médicale des Marolles	20
Modus Fiesta	20
Espace P Bxl	20
Icare	20
Maison de la mère et de l'enfant	20
Notre abri asbl	20
Hobo	15
Infor-Drogues	10
Centre de guidance d'Ixelles	10
Herscham	6
TOTAL	6000

Pour l'édition 2019, les agendas Le Bon Plan ont été répartis entre les communes bruxelloises suivantes :



Évaluation

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 : Le Bon Plan propose un instantané des ressources disponibles en première ligne à Bruxelles, ce qui en fait un outil d'information et d'orientation incontournable.
- ✓ Son accessibilité : il est diffusé gratuitement par 55 organisations bruxelloises.
- ✓ 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.
- ✓ L'agenda attire l'attention des bénéficiaires sur l'organisation temporelle.

Nous avons montré 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.

Nous avons par ailleurs reçu beaucoup de retours favorables de la part de nos partenaires (notons que certains soulignent la nécessité d'un tirage plus important):

« Cet outil précieux permet à l'ensemble des travailleurs (travailleurs de rue de Molenbeek, les gardiens de la paix de Molenbeek, l'équipe du service Le Pont et l'équipe du SCAPI (Service Communal d'Accompagnement des Personnes Incarcérées et l'équipe du service Antenne J) d'avoir une meilleure connaissance du réseau. L'ensemble de ces travailleurs est en contact régulier, voire quotidien pour certains, avec des personnes toxicomanes en situation de sans-abrisme. Nous remettons à ces personnes un exemplaire du bon plan. Des exemplaires sont aussi déposés dans les salles d'attentes de notre institution. Nous vous remercions pour la publication de cet outil précieux et vous encourageons à poursuivre son édition en version papier, les personnes que nous côtoyons n'ayant pas toujours accès à internet. Nous ne manquerons pas de revenir vers vous pour la commande de nouveaux exemplaires quand notre stock sera épuisé. »

Move asbl (Molenbeek).

« Pour nous, Le Bon Plan est essentiel pour notre travail en rue, puisque nous avons intensifié les maraudes, surtout depuis le début de l'hiver. Les applications ou sites d'information ne remplaceront jamais complètement la demande d'information sur papier. Nous en distribuons un bon nombre également aux visiteurs du centre dont beaucoup sont des primo-arrivants et qui ne connaissent pas les adresses utiles à Bruxelles. »

DoucheFLUX (Anderlecht).

« Je vous remercie encore pour les 30 exemplaires de l'Agenda 2019 du Bon plan. Nous les avons quasi tous distribués en quelques jours. »

CPAS (Watermael-Boisfort).

« Comme nous travaillons avec une population déstructurée et désorientée, le Bon Plan est un vrai outil de travail pour les assistants sociaux. Nous l'utilisons comme aide pour se repérer dans la ville, faire connaître des services de première ligne et également aider notre clientèle à ne plus oublier ses rendez-vous ce qui parfois pose problèmes. L'agenda est donc un outil spatio-temporel de premier choix, nous serions bien ennuyés sans celui-ci ! Bien souvent notre population ne sait pas se projeter dans la semaine où les démarches à accomplir. »

Centre social Abbé Froidure (Saint-Gilles).

« Ces bons plans sont des outils que nous remettons à chaque maman en séjour chez nous. Ils sont très pratiques car facile à emporter dans un sac et même une poche. Les mamans y trouvent des adresses utiles. »

« Nous pensons que cette version papier est toujours aussi importante et qu'il en manque souvent pendant l'année. En effectuant notre service accompagnement physique, ou en faisant des sorties de rue à la rencontre de personnes sans abri, nous utilisons souvent le bon plan, et nous le donnons à la personne intéressée car d'une part, les différents services sociaux y sont repris et d'autre part il y a l'agenda dans lequel on encourage la personne à noter ses rendez-vous, à le tenir à jour... Donc oui, le bon plan est un outil utile pour tous. »

Jamais sans toit (Bruxelles).

« L'Îlot bénéficie chaque année de près de 400 exemplaires du Bon Plan. Ces agendas sont distribués au public de L'Îlot (personnes sans abri et en situation de grande précarité). En plus d'être un outil pratique pour planifier les rendez-vous des personnes sans abri et en situation de grande précarité, les Bons plans sont également très utiles pour le travail social, puisqu'ils permettent d'aider la personne à organiser ses rendez-vous administratifs, juridiques, sanitaires... Avec toutes les informations pratiques qu'ils détiennent, les Bons Plans sont une vraie source d'informations fiables pour les personnes accompagnées par L'Îlot. En définitive, Le Bon Plan est un réel outil pour faciliter le travail social avec les personnes et L'Îlot souhaiterait pouvoir continuer d'en bénéficier gratuitement chaque année. »

L'Îlot (Saint-Gilles).

« 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. »

Latitude Nord (Schaerbeek).

« Des gardiens de la paix aux centres de jeunes en passant par les médiateurs scolaires et les services spécialisés dans la lutte contre le radicalisme violent... Bravvo est un utilisateur de l'agenda Le Bon Plan dans sa version papier depuis plusieurs années et a assisté à la conférence de presse de présentation de sa version application. »

Bravvo (Bruxelles).

« Le Bon Plan est un outil de travail essentiel pour la MASS ! Dès que nous en avons, nous les distribuons à une vitesse incroyable. Il me semble important de dire que ce sont les patients, en premier, qui sont demandeurs. Dès le mois de décembre, ils sont déjà en demande de l'agenda de l'année suivante. C'est pour eux un outil pour structurer leur temps. Ils y notent leur rendez-vous et autres. Il faut se rappeler

que ce sont des patients "déstructurés", "en marge" de la société et qui ont, pour certains, des problématiques chronique de mémoire. Ce petit agenda, permet de leur donner un outil structurant, qui permet de baliser leur journée. Le Bon Plan est aussi un outil d'orientation très pratique. Pour le patient (même ceux qui connaissent Bruxelles comme leur poche) mais aussi pour les travailleurs (même ceux qui sont dans le secteur depuis des années). Le dépliage de plan est presque journalier au sein de notre salle d'accueil !

Les constats de terrain nous démontrent que nous sommes chaque année très vite à court de Bon Plan. Des tentatives de régulation de la demande ont déjà été mises en place, sans succès... Nous appuyons la demande d'avoir accès à un nombre plus conséquent d'agenda. Passer le mois de février, nous sommes en rupture de stock ! Pourtant, il est nécessaire dans notre travail de pouvoir en disposer tout au long de l'année ! »

La MASS (Bruxelles).

« Le Bon Plan est un outil très important pour nos équipes afin de pouvoir informer nos usagers et les diriger vers de bonnes adresses. »

Opération Thermos (Bruxelles).

Conclusion et perspectives pour l'édition 2020.

Le travail de réduction des risques liés aux usages de drogues, mission première de DUNE, requiert une connaissance approfondie du réseau social-santé. Grâce à ce savoir, il est possible de faire lien entre les bénéficiaires, les professionnels, les personnes ressources et entre les usagers eux-mêmes.

Par son investissement dans la publication du Bon Plan, outil d'information et d'orientation à destination des publics précarisés, DUNE stimule 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 2020 se déclinent de la manière suivante :

- ✓ 2020 sera l'année des 15 ans du Bon Plan ! À cette occasion, si le financement le permet, nous souhaitons rafraîchir la charte graphique et la mise en page en collaboration avec notre graphiste et les bénéficiaires (voir point suivant).
- ✓ Réaliser un focus-groupe avec des bénéficiaires du Bon Plan afin d'évaluer si ce dernier est toujours en phase avec leurs besoins et intégrer leurs suggestions à la nouvelle mouture du Bon Plan.
- ✓ Maintenir le tirage à 6000 exemplaires, idéalement le monter à 8000 si les finances le permettent.
- ✓ Poursuivre la promotion et le développement de l'application.

H. Pratiques participatives

Depuis toujours, DUNE favorise la participation des usagers aux activités de l'association : focus-groupe, ramassage de seringues dans l'espace public, opération boule-de-neige (prévention par les pairs), émission radio, événements militants, 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.

Focus groupe

Comme les autres années, nous avons voulu donner la parole à nos usagers concernant certaines activités que nous proposons. Durant l'année 2018, cinq focus-groupes ont été organisés :

- Focus-groupe accueil.

L'objectif était de consulter nos bénéficiaires pour discuter de l'accueil tel que nous le proposons au CLIP en lien avec l'aménagement de nos nouveaux locaux.

- Focus-groupe douche.

L'objectif était de consulter nos usagers afin de définir leurs besoins en termes d'accès à ce service.

- Focus-groupe cartographie.

Dans le cadre de nos opérations de ramassage de seringues, nous souhaitons définir avec les usagers quels sont les lieux les plus propices pour effectuer cette action. Il a également été question de définir une méthodologie spécifique pour l'identification de ces lieux.

- Focus-groupe kit-hygiène.

Le but était de définir avec les usagers le type de produit d'hygiène dont ils ont besoin ainsi que de définir les modalités d'accès aux matériel d'hygiène.

- Focus-groupe Boule-de-neige.

L'objectif était d'évaluer les opérations Boule-de-neige afin de définir un contenu répondant aux préoccupations des usagers.

Atelier radio

CLIP Radio est un projet participatif des bénéficiaires de DUNE. L'objectif est de donner aux bénéficiaires de DUNE les moyens de s'exprimer. Une fois par semaine se tient un atelier radio au sein des locaux de DUNE. Cet atelier permet aux bénéficiaires de concevoir l'émission tout en se familiarisant avec les divers aspects de la création radiophonique (interviews, prises de son, rédaction de la conduite, montage...). L'information abordée lors de l'émission est principalement liée au secteur précarité et/ou assuétude. Les sources d'information trouvent leurs origines dans les expériences de vie de nos bénéficiaires et le savoir des professionnels qui les entourent. Lors de l'année 2018, les réalisations suivantes ont été mises en œuvre

- **Réalisation de capsules.**

Fin 2017, nous avons acquis le matériel de base nécessaire à la réalisation d'enregistrement hors studio⁴⁰.

Grâce à cet enregistreur, nous avons pu réaliser les capsules qui serviront de matériel pour l'émission consacré aux 20 ans de DUNE (voire point suivant).

Cela nous a aussi permis de couvrir, comme chaque année, le festival militant du secteur assuétude « Support. Don't punish. Brussels. »⁴¹. Nous y avons réalisé une série d'interviews auprès des acteurs présents, ensuite compilés dans une capsule disponible sur notre site⁴².

- **Conception d'une émission pour les 20 ans de DUNE.**

2018 étant l'année des 20 ans de DUNE, nous avons décidé de réaliser une émission de 90 minutes sur ce sujet : l'occasion de revenir sur l'histoire de DUNE et des différents services qui la composent. Le but de l'émission était aussi de donner la parole aux bénéficiaires, soit en les invitant autour de la table lors du direct, soit enregistrant leurs interviews lors des permanences pour les diffuser lors de l'émission.

L'élaboration de cette émission a commencé le 6 mars jusqu'au 6 juin, date à laquelle nous avons envoyé l'émission au conseil de programmation de Radio Panik. Durant cette période, nous avons tenu un(e) réunion/atelier hebdomadaire de deux heures où nous avons défini la structure de l'émission et son contenu. Nous avons également réalisé quelques interviews en dehors ce cadre (par exemple, une capsule sur le Médibus où l'interview de Didier de Vleeschouwer, fondateur de DUNE et du CCLA - Citoyens Comme Les Autres – groupe d'auto-support pionnier des dispositifs de réduction de risques en Belgique).

Fin juin, nous avons reçu un avis favorable du conseil de programmation de Radio Panik, pour une diffusion annoncée le 6 septembre 2018 à 19h⁴³. Ensuite, nous avons clôturé cette première période de travail par une réunion de débriefing le 14 juin.

- **Conception d'une émission mensuelle sur les ondes de Radio Panik.**

Cette émission dédiée à l'anniversaire de DUNE nous a servi de pilote pour introduire une nouvelle demande auprès du conseil de programmation de Radio Panik : l'objectif était d'avoir notre propre émission sur les ondes de Radio Panik. Pour ce faire, nous avons préparé un dossier pour décrire le projet : une émission d'information axée sur le débat, avec un thème et un invité liés aux problématiques des bénéficiaires : précarité, santé mentale et physique, usage de drogues, culture... Nous avons remis ce dossier le 12 juillet, avons reçu leur feu vert le 5 septembre, suivi d'une rencontre avec l'équipe de Radio Panik le 13 septembre, où nous avons convenu que l'émission prendrait place à partir de novembre, tous les deuxièmes mardis du mois à 19h. Comme pour le pilote, l'émission

⁴⁰ Enregistreur Tascam DR-40 V2.

⁴¹ <https://feditobxl.be/fr/evenement/sdp2018/>

⁴² www.dune-asbl.be > Participation > CLIP Radio

⁴³ <http://www.radiopanik.org/emissions/emissions-speciales/clip-radio/>

mensuelle implique un(e) réunion/atelier de préparation hebdomadaire de deux heures au sein des locaux de DUNE.

Les émissions de novembre et décembre avaient respectivement pour thème : « De la rue au logement : l'enfer du paradis ? » avec comme invité Fami-Home et « L'hépatite C : on en est où ? » avec le Réseau Hépatite C⁴⁴.

- **Présence sur le web.**

Le projet est présent :

- ✓ Sur notre site www.dune-asbl.be > Participation > CLIP Radio.
- ✓ Sur le site de Radio Panik : www.radiopanik.org/emissions/clip-radio/episodes/
- ✓ Sur Facebook : www.facebook.com/clip.radio.2018

- **Divers**

- ✓ Le 17 septembre, les membres ont suivi un écolage « Studio volant » chez Radio Panik.
- ✓ Le 20 septembre, lors des apéroréseaux organisés dans nos locaux⁴⁵, nous avons emprunter un studio volant à Radio Panik et réaliser divers interviews et débats.
- ✓ Le 27 novembre, les membres du projet ont été invité à présenter leur travail lors de la matinale de Radio Alma : https://www.ivoox.com/bruxelles-ma-belle-27-novembre-2018-audios-mp3_rf_30346248_1.html (à la 35ème minute).

- **Perspectives**

- ✓ Poursuite de l'émission mensuelle et des réunions hebdomadaires de préparation.
- ✓ Viser un projet auto-géré par les bénéficiaires.
- ✓ Partenariat avec Radio Alma.
- ✓ Collaboration avec La liaison anti-prohibitionniste dans le cadre d'un évènement #stop1921⁴⁶.
- ✓ Couverture de l'édition 2019 du festival « Support. Don't Punish. Brussels ».

Atelier pour femmes « Soins de soi »

Depuis l'ouverture de l'atelier hebdomadaire, plusieurs femmes ont marqué leur intérêt pour le projet, seule l'une d'entre-elles vient de manière assidue. La faible participation des bénéficiaires ne permet pas de créer une dynamique de groupe, mais l'expérience nous a appris que les projets participatifs se construisent sur le long terme et donc avec patience. Le point positif est que la dynamique tendant à des rapports plus horizontaux entre bénéficiaires et professionnels est bien à l'œuvre. De plus, le travail mené avec l'usagère permet de faire évoluer le projet de l'atelier. Dès le départ, elle nous a parlé de son souhait de mettre ses compétences de coiffeuse au service d'autres femmes. Ce projet de « salon de coiffure », à co-construire ensemble, crée une dynamique intéressante. De belles perspectives pour 2019. Nous sommes satisfaits du démarrage de l'atelier et, pour 2019, nous avons

⁴⁴ <http://www.radiopanik.org/emissions/clip-radio/episodes/>

⁴⁵ <https://feditobxl.be/fr/evenement/aperoreseaux-dune/>

⁴⁶ www.stop1921.be/fr/

mis en réflexion la question de la participation du public cible et de la promotion du projet vers le réseau. (cf. *infra*).

Réalisations 2018 Ateliers Femmes :

- Achat du matériel : Dans un premier temps, nous n'avons procédé à aucun achat car nous avons bénéficié de généreux dons permettant d'alimenter l'atelier en produits de soins esthétiques : brosses à cheveux, sèche-cheveux, pinces, petits bijoux, maquillage, vernis à ongles, dissolvants, crèmes hydratantes, masques, etc. Cela nous a permis de démarrer l'atelier et d'attendre de rencontrer les bénéficiaires pour définir ensemble comment nous pourrions affecter le budget. (cf. *infra*)
- Un travail de réflexion a été mené lors de plusieurs réunions d'équipe afin d'implémenter le projet (lieu, horaire et ressources humaines). Cette phase a pris plus de temps que prévu car l'association était en pleine réforme des modalités de planification/partage du travail au sein de l'équipe. Les grandes lignes du cadre de l'atelier ont été définies, sachant que les bénéficiaires seront invitées à réfléchir à cet aspect en fonction des projets/activités qui seront développer avec/par/pour elles.
- Plutôt que des rencontres mensuelles, nous avons opté pour des ateliers hebdomadaires : les lundis après-midi sont réservés aux femmes (13h30-15h30). Ce choix est guidé par le souci d'assurer une bonne accessibilité du projet, tout en tenant compte des contraintes horaires de l'association.
- Les ateliers sont animés, à tour de rôle, par trois travailleuses (chargée de projets, infirmière, assistante sociale) depuis le 22 octobre 2018.
- Les thématiques abordées ou activités menées lors des rencontres hebdomadaires 2018 sont les suivantes : présentation du projet, soins visage, poses de vernis, émergence du projet « salon de coiffure » chez la participante.
- En 2018, la publicité pour l'atelier « soin de soi » a été limitée aux usagères de DUNE, via un affichage à l'accueil et l'information diffusée par les travailleurs. L'affiche a été retravaillée en fonction des remarques de la participante.

TAD (Travail alternatif défrayé)

Cette année, nous avons proposé à nos usagers de participer à la vie active de l'association en ayant l'occasion de travailler comme jobiste 2 heures par semaines. Le travail proposé à nos usagers consistait à (cfr description détaillée *supra*) :

- Conception de kit hygiène ;
- Conception kit crack ;
- Ramassage de seringue ;
- Logistique ;
- Jardinage.

Au total, 31 activités jobistes ont été réalisés au court de l'année 2018

Opération Boule de neige

Dans le table ci-dessous, vous trouverez un bref descriptif des opérations boule de neige que nous avons pilotée

Période	Nombre de séances	Thématique	Nombre de participant
Mars 2018	3	Overdose et mode de consommation	4
Décembre 2018	3	Polyconsommation	4

I. Formation

DUNE a développé son volet formation via différentes actions, s'adressant à différents publics : des interventions dans les écoles, le tutorat de stagiaires, des modules de formation à l'attention des professionnels. 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 pôle d'activités. En 2018, voici le résultat de notre mission de formation :

- nous avons donné 10 journées de formation du module créé par nos soins intitulé : *Gestion des personnes dépendantes de drogues en milieu urbain* (8 journées à la STIB ; 2 journées au service de prévention de la commune de Molenbeek, pour une audience totale de 150 participants) ; une en tant que conformateurs lors d'une journée de formation sur les risques liés à l'injection avec Modus Vivendi (9 professionnels de l'asbl Citadelle, du Relais Social Urbain Mons-Borinage, d'Espace P Tournai, du centre d'accueil de jour l'Escale et de l'asbl Synapse) ;
- nous avons effectué 8 interventions dans des écoles supérieures formant de futurs intervenants sociaux et médicaux ;
- Nous avons participé à des colloques et à des journées d'études ;
- Nous avons accueilli 4 stagiaires.

Ci-dessous, vous trouverez les détails de nos interventions en terme de formation

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 et 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.

DATE	ORGANISME	ETUDIANTS	TEMPS	FORME D'INTERVENTION
20 février 2018	ISEI : Institut Supérieur D'Enseignement Infirmier Clos Chapelle-aux-Champs 41 1200 Bruxelles	4e infirmiers spécialisation en santé communautaire	2 heures	Présentation de DUNE via PWP. Questions / Réponses
27 février 2018	HE2B : Haute Ecole Bruxelles- Brabant Rue de l'Abbaye, 26 1050 Ixelles	3e assistants sociaux	3 heures	Présentation de DUNE avec d'autres intervenants. Questions / Réponses
3 mars 2018	HE2B : Haute Ecole Bruxelles- Brabant Rue de l'Abbaye, 26 1050 Ixelles	4e spécialisation en santé mentale	3 heures	Présentation de DUNE Questions / Réponses
13 mars 2018	ISEI : Institut Supérieur D'Enseignement Infirmier Clos Chapelle-aux-Champs 41 1200 Bruxelles	2e et 3e infirmiers	4 heures	Présentation de DUNE avec d'autres intervenants. Questions / Réponses
27 mars 2018	Haute Ecole Galilée Rue Royale 336 1030 Bruxelles	2e et 3e infirmiers	8 heures	Présentations de DUNE via plusieurs groupe de travail et ce, tout au long de la journée.
29 mai 2018	IPFS : Institut Provinciale de Formation Sociale Rue Henri Blès, 188-190 5000 Namur	Travailleurs sociaux en logement	2 heures	Présentation de DUNE Questions / Réponses
5 octobre 2018	IPFS : Institut Provinciale de Formation Sociale Rue Henri Blès, 188-190 5000 Namur	2e et 3e éducateurs	8 heures	Présentations de DUNE en plusieurs petit groupe tout au long de la journée.
12 décembre 2018	ISEI : Institut Supérieur D'Enseignement Infirmier Clos Chapelle-aux-Champs 41 1200 Bruxelles	2e infirmiers	2 heures	Présentation de DUNE via PWP Questions : Réponses Exercice RDR
20 février 2019	ISEI : Institut Supérieur D'Enseignement Infirmier Clos Chapelle-aux-Champs 41 1200 Bruxelles	2e infirmiers	2 heures	Présentation de DUNE via PWP Questions : Réponses Exercice RDR

Accueil et encadrement de stagiaires

Période	Nom	Fonction	Année d'étude	Ecole
Octobre 2017 à mars 2018	Ceyssens Morgan	Assistante sociale	3 ^e année	HE2B : Haute Ecole Bruxelles-Brabant – Catégorie Sociale IESSID Rue de l'Abbaye, 26 1050 Ixelles
Mars à mai 2018	Vautard Perrine	Infirmière	3 ^e année	ISEI : Institut Supérieur D'Enseignement Infirmier Clos Chapelle-aux-Champs 41 1200 Bruxelles
Septembre à Décembre 2018	Bernadeau Faïka	Educatrice	3 ^e année	HE2B : Haute Ecole Bruxelles-Brabant – Catégorie pédagogique Defré Avenue De fré, 62 1180 Bruxelles
Novembre à mars 2019	Arican Selahattin	Assistant social	3 ^e année	HE2B : Haute Ecole Bruxelles-Brabant – Catégorie Sociale IESSID Rue de l'Abbaye, 26 1050 Ixelles

Modules de formation à l'attention des professionnels

Ci-dessous vous trouverez de manière détaillé le programme de nos modules de formation :

- le premier module est le module Gestion des personnes dépendantes de drogues en milieu urbain ;
- le second est le module de formation aux risques liés à l'injection, pour lequel nous sommes co-formateur et co-auteur.

- Gestion des personnes dépendantes de drogues en milieu urbain.

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 2018, outre les nombreuses réunions de préparation avec la STIB et entre formateurs, ainsi que la réalisation des supports pédagogiques, nous avons formé une centaine travailleurs de la STIB (managers et agents travaillant en station), par groupe de maximum 15 personnes. L’évaluation de cette journée de formation par les participants est positive, à l’exception de quelques points d’organisation relevant des tâches de la STIB elle-même.

Nous avons également donné deux journées de formations aux travailleurs de la cellule prévention de la commune de Molenbeek. Le groupe, comprenant 15 personnes, était composé d’éducateurs de rue, de psychologues, d’assistants sociaux et de gardien de la paix.

- Formation aux risques liés à l’injection.

Pour la « Formation aux risques liés à l’injection », notre collaboration avec l’asbl Modus Vivendi s’est poursuivie. L’une de nos infirmières co-anime la journée consacrée aux aspects médicaux et paramédicaux. Cette année, le 19 septembre, une session a eu lieu chez Modus Vivendi, 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.

Détail des journées de formations

Dates	Titre de la formation	institution	Prestataires
27/03/2018	« Formation à destination des agents de Field Support de la STIB en contact avec le public usager de drogues »	STIB	En collaboration avec Transit asbl
16/05/18	« Formations aux risques liés à l’injection »	l’asbl Citadelle, du Relais Social Urbain Mons-Borinage, d’Espace P Tournai, du centre d’accueil de jour l’Escale et de l’asbl Synapse.	En collaboration avec L’ASBL Modus Vivendi
18/06/2018	« Formation à destination des agents de Field Support de la STIB en contact avec le public usager de drogues »	STIB	En collaboration avec Transit ASBL
21/06/2018	« Formation à destination des agents de Field Support de la STIB en contact avec le public usager de drogues »	STIB	En collaboration avec Transit ASBL
27/09/2018	« Formation à destination des agents de Field Support de la STIB en contact avec le public usager de drogues »	STIB	En collaboration avec Transit ASBL
10/10/2018	« Intervention social avec les usagers de drogues en milieu urbain » Journée 1	Service de prévention de Molenbeek	ASBL DUNE

26/10/2018	« Intervention social avec les usagers de drogues en milieu urbain » Journée 2	Service de prévention de Molenbeek	ASBL DUNE
19/11/2018	« Formation à destination des agents de Field Support de la STIB en contact avec le public usager de drogues »	STIB	ASBL DUNE
26/11/2018	« Formation à destination des agents de Field Support de la STIB en contact avec le public usager de drogues »	STIB	ASBL DUNE
03/12/2018	« Formation à destination des agents de Field Support de la STIB en contact avec le public usager de drogues »	STIB	ASBL DUNE
18/12/2018	« Formation à destination des agents de Field Support de la STIB en contact avec le public usager de drogues »	STIB	ASBL DUNE

Au niveau de nos perspectives 2019, 10 formations sont prévues pour la STIB et Centre Hospitalier Jean Titeca nous à contacter pour une analyse de demande. Cette première rencontre devrait déboucher sur 4 jours de formations pour les intervenants de terrain. Pour cette demande, nous avons déjà commencé à travailler sur un contenu spécifique, en tenant compte des contexte particulier de ce centre hospitalier. Cette formation portera sur l'intervention en résidentiel avec des personnes présentant des troubles concomitants (maladie mentale et toxicomanie), avec en toile de fond la réduction des risques comme méthode d'intervention.

J. Réseau santé « Nomade » - Précarité et assuétudes

Organisations des Midis Nomades.

Comme chaque année, nous avons organisé 4 rencontres-débats sous l'intitulé « Midi Nomade ». La programmation 2019 était axée sur le thème « auto-support et autres pratiques collectives ».

Suite au changement de ligne graphique (voir point b.), nous en avons profité pour proposer une nouvelle mise en page pour les compte-rendu (basée sur notre nouvelle ligne graphique et sous la forme de texte en colonne).

- 13.03 Le budget participatif de la ville de Bruxelles (annulé).

Suite à un conflit d'agenda et plusieurs désistements, nous avons été contraints d'annuler cette rencontre.

- 08.05 Chemsex & auto-support : reprendre le contrôle grâce à ses pairs.

Les invités de cette rencontre était le groupe d'auto-support « Let's talk about chemsex ».

Le Chemsex est la contraction des termes sex et chemical, il signifie littéralement l'utilisation de produits psycho-actifs en contexte sexuel. La multiplication des pratiques chemsex (en groupe privés ou en soirées) a fait augmenter le risque de transmission de MST, d'assuétude

et de fragilisation psychologique. La Belgique n'échappe pas à ce phénomène. En réaction à cette situation, face au manque de réactivités des secteurs concernés et l'inadéquation des quelques réponses proposées, s'est créé le groupe de discussion « Let's talk about Chemsex », initié par des consommateurs et ex-consommateurs. Le but est d'offrir un espace où les chemseurs (ceux qui pratiquent le chemsex) peuvent partager leurs questions, leurs inquiétudes, leur souhait de changer leur pratique, voire de sortir du cercle de la consommation.

Le compte-rendu complet de la rencontre est disponible sur notre site : <https://reseaunomade.be/midi-nomade-chemsex-auto-support-reprendre-le-controle-grace-a-ses-pairs/>

- **09.10 Médocs : quels usages pour quelles vies ?**

Ce Midi Nomade abordait la question de la médication, de l'usage des « médicaments de l'âme ». Pour ce faire, et c'est une première au Midi Nomade, nous avons diffusé le documentaire radiophonique Zoo Pharmakon, réalisé par Mira Goldwicht et Sarah Fautré, mêlant paroles d'experts en santé mentale, philosophes, vétérinaires et de propriétaires d'animaux. Une création sonore destinée à alimenter une réflexion sur l'usage des médicaments en partant de notre relation à l'animal. Ensuite, nous sommes revenus sur les questions soulevées par ce documentaire avec le groupe MEDOCS de L'Autre "lieu", un groupe de savoirs co-construits autour de l'usage du médicament.

Le compte-rendu complet de la rencontre est disponible sur notre site : <https://reseaunomade.be/midi-nomade-vivre-avec-ses-voix-avec-rev-belgium-compte-rendu/>

- **11.12 Vivre avec ses voix.**

Cette rencontre était consacrée au phénomène de l'entente de voix et au mouvement d'auto-support qu'il a engendré via le REV (Réseau des Entendeurs de Voix). Depuis 25 ans en Europe (5 en Belgique francophone), REV offre de l'information, du soutien et une écoute aux personnes qui entendent des voix. Le REV organise des groupes d'entraide pour entendeurs de voix. Ces groupes ont montré leur efficacité à aider l'individu à retrouver son identité et reprendre sa vie en mains. Même parfois après des années de psychiatrie.

Grâce au soutien de France Culture, cette rencontre a pu s'appuyer sur des extraits de l'émission « Les Pieds sur Terre – Vincent, entendeur de voix » de Leila Djitli.

Le compte-rendu complet de la rencontre est disponible sur notre site : <https://reseaunomade.be/compte-rendu-midi-nomade-vivre-avec-ses-voix-avec-rev-belgium/>

Renouvellement de la ligne graphique

Janvier et février 2018 ont été dédiés à l'élaboration d'une nouvelle ligne graphique. Cette dernière est le fruit d'une collaboration avec la graphiste Hélène Taquet du studio LN Graphics⁴⁷. Au terme de ces 2 mois d'échange, parmi différentes propositions, nous avons opter pour le logo suivant :

Pour l'anecdote, le logo dispose de la même structure qu'une iourte, symbole du nomade, vu de haut.

⁴⁷ www.ln-graphics.be

Et nous avons opté pour un code couleur orange (#E25729) et l'utilisation de la police Brandon (utilisée dans ce document).

Création d'un site internet

Une fois la ligne graphique définie, nous avons entamé la création d'un site internet disponible dorénavant à l'adresse www.reseanomade.be.

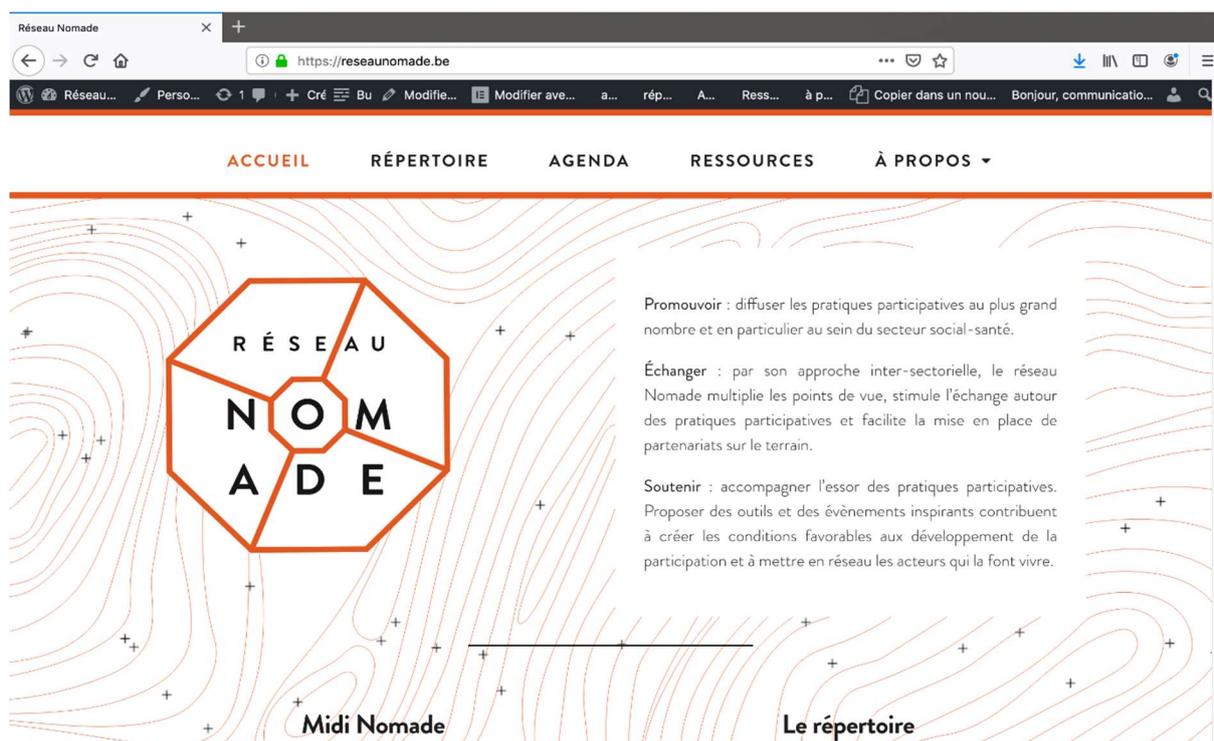
Plusieurs réunions de brainstorming se sont déroulées entre mars et mai avec la graphiste Hélène Taquet (voir plus haut) et le webdesigner Rui Hildt de chez Armada⁴⁸. Cette période de réflexion a abouti à la définition du contenu du site, sa structure et son esthétique.

Ensuite, de juin à octobre, ce fut la phase de conception.

Début Novembre, nous avons eu accès au site : nous avons ainsi pu commencer à développer sur son contenu. L'utilisation du site nous a permis également d'en peaufiner les détails et corriger quelques erreurs, toujours en collaboration avec le webdesigner.

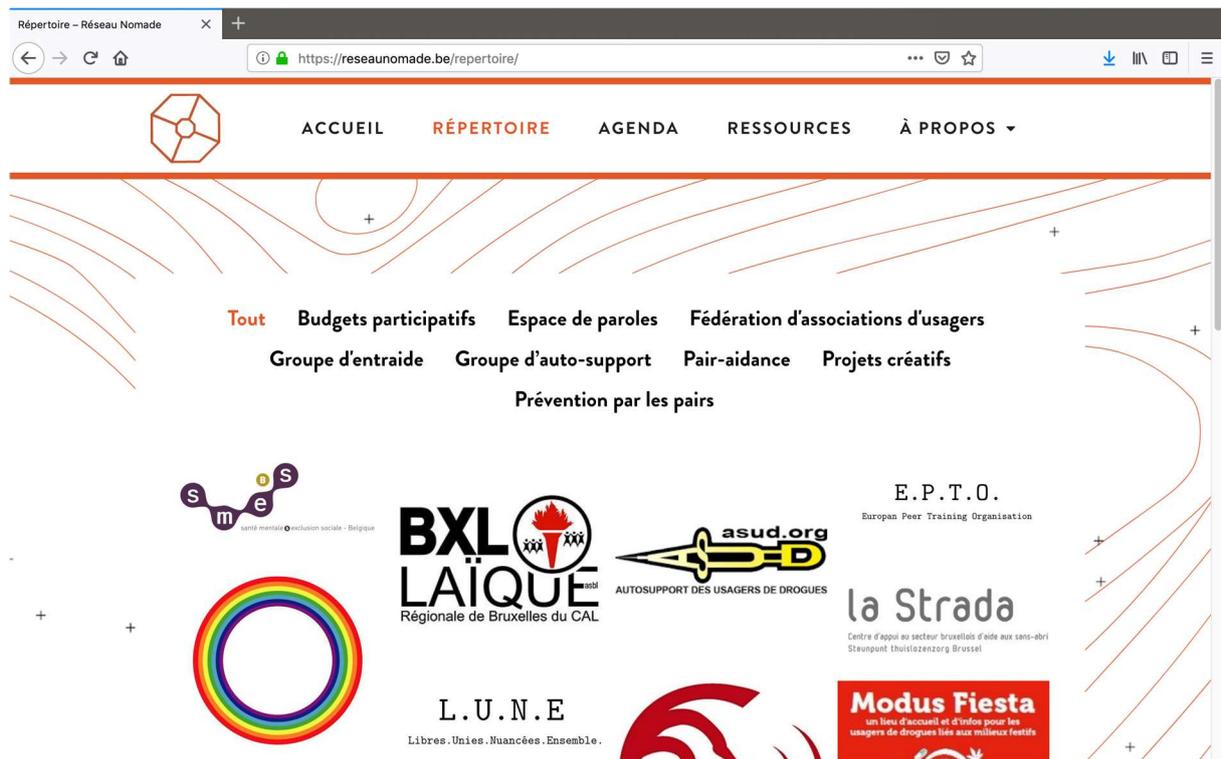
Le site se compose de 5 parties : *Accueil – Répertoire – Agenda – Ressources – À propos*

Accueil reprends la définition des 3 objectifs du Nomade (promouvoir – échanger – soutenir). Ensuite, en faisant défiler la page vers le bas, nous avons un aperçu des contenus disponibles dans les 4 autres parties.

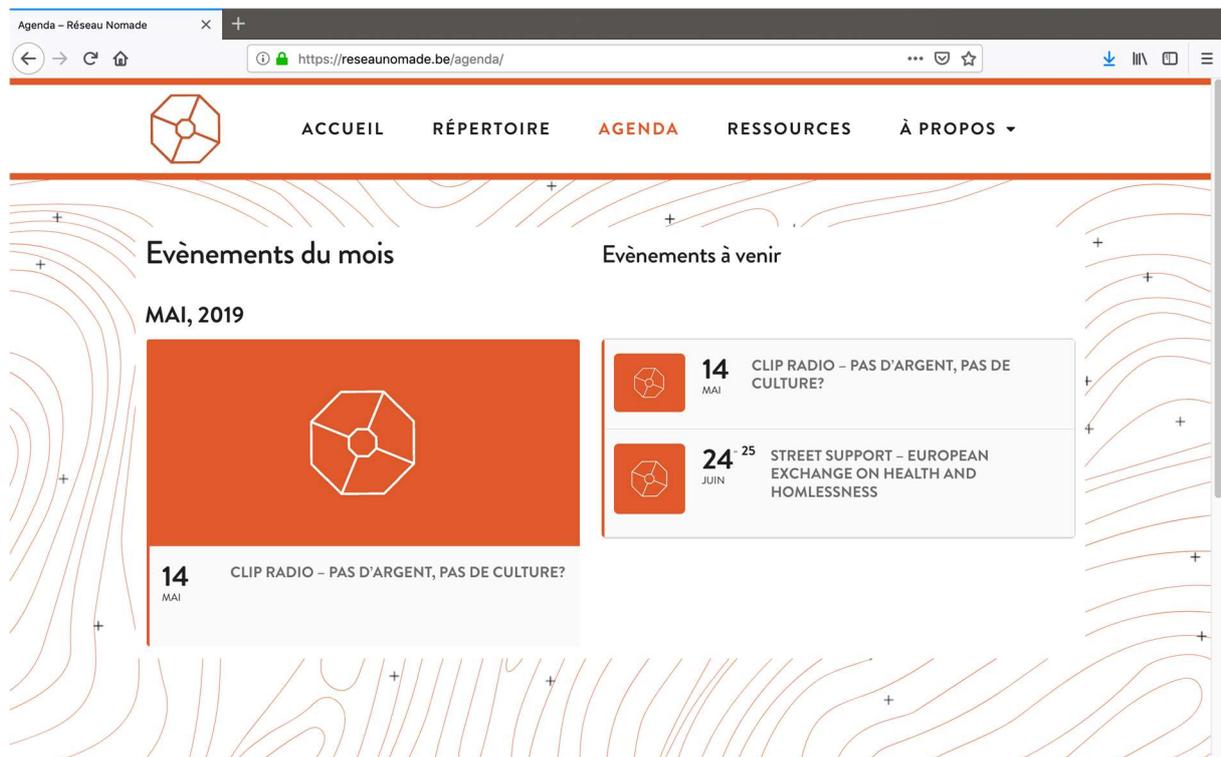


⁴⁸ www.armada.digital

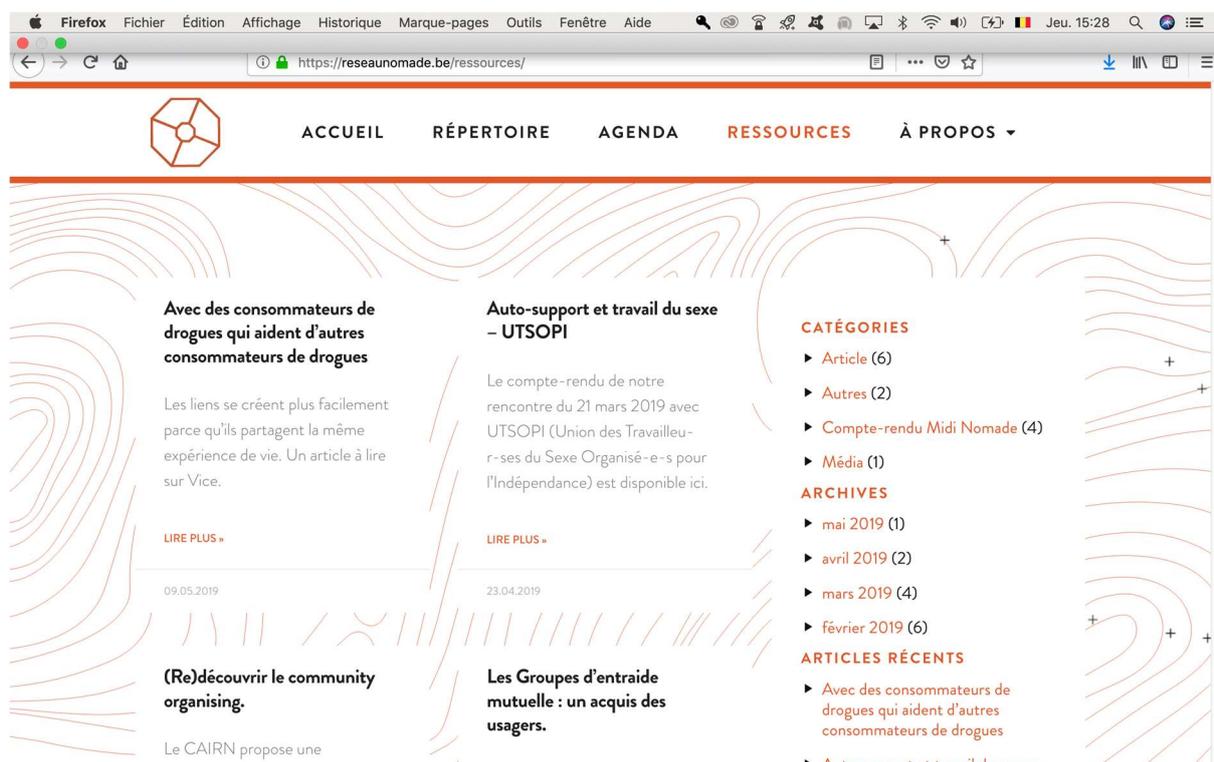
Répertoire : cette partie est dédiée au répertoire d'expériences participatives (voir point d.).



Agenda : cette partie reprend l'agenda des activités du Nomade et les évènements en lien avec la participation en région bruxelloise.



Ressources : cette partie comprends les comptes rendus des rencontres-débats « Midi Nomade », la littérature et les ressources médiatiques sur la participation.



RESSOURCES

Avec des consommateurs de drogues qui aident d'autres consommateurs de drogues

Les liens se créent plus facilement parce qu'ils partagent la même expérience de vie. Un article à lire sur Vice.

LIRE PLUS »

09.05.2019

Auto-support et travail du sexe - UTSOPI

Le compte-rendu de notre rencontre du 21 mars 2019 avec UTSOPI (Union des Travailleur-r-ses du Sexe Organisé-e-s pour l'Indépendance) est disponible ici.

LIRE PLUS »

23.04.2019

CATÉGORIES

- ▶ Article (6)
- ▶ Autres (2)
- ▶ Compte-rendu Midi Nomade (4)
- ▶ Média (1)

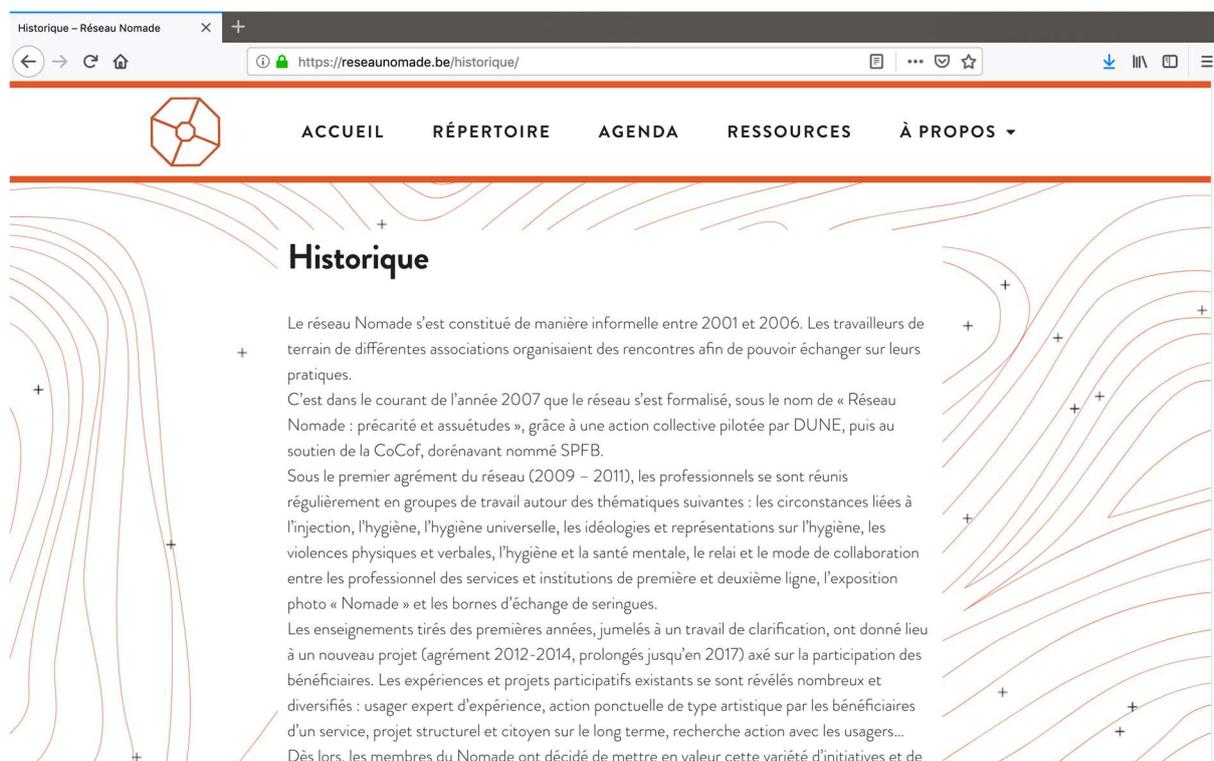
ARCHIVES

- ▶ mai 2019 (1)
- ▶ avril 2019 (2)
- ▶ mars 2019 (4)
- ▶ février 2019 (6)

ARTICLES RÉCENTS

- ▶ Avec des consommateurs de drogues qui aident d'autres consommateurs de drogues
- ▶ Auto-support et travail du sexe -

À propos : cette partie reprends l'historique du réseau, la liste des partenaires et les informations de contact.



Historique

Le réseau Nomade s'est constitué de manière informelle entre 2001 et 2006. Les travailleurs de terrain de différentes associations organisaient des rencontres afin de pouvoir échanger sur leurs pratiques.

C'est dans le courant de l'année 2007 que le réseau s'est formalisé, sous le nom de « Réseau Nomade : précarité et assuétudes », grâce à une action collective pilotée par DUNE, puis au soutien de la CoCof, dorénavant nommé SPFB.

Sous le premier agrément du réseau (2009 - 2011), les professionnels se sont réunis régulièrement en groupes de travail autour des thématiques suivantes : les circonstances liées à l'injection, l'hygiène, l'hygiène universelle, les idéologies et représentations sur l'hygiène, les violences physiques et verbales, l'hygiène et la santé mentale, le relai et le mode de collaboration entre les professionnel des services et institutions de première et deuxième ligne, l'exposition photo « Nomade » et les bornes d'échange de seringues.

Les enseignements tirés des premières années, jumelés à un travail de clarification, ont donné lieu à un nouveau projet (agrément 2012-2014, prolongés jusqu'en 2017) axé sur la participation des bénéficiaires. 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, les membres du Nomade ont décidé de mettre en valeur cette variété d'initiatives et de

Création d'un répertoire en ligne d'expériences participatives

Déjà mentionnée dans le descriptif ci-dessus, cette partie est appelée à devenir le centre névralgique du site, son atout principal.

Afin de ne rien manquer de la diversité des expériences issues de la créativité des travailleurs sociaux, nous tenons à jour un répertoire des initiatives participatives à Bruxelles et ailleurs. Initialement conçu à partir de la littérature et des témoignages collectés depuis la création du Nomade, le répertoire continue de s'enrichir grâce aux contributions des membres du réseau et des invités des Midis Nomades.

Le répertoire existait déjà sous la forme d'un pdf (assez indigeste). Ce nouveau répertoire en ligne a permis de développer une mise en page plus aérée et de re-travailler les textes, dans le but d'améliorer la lisibilité de cet outil.

Cet outil vise donc à :

- à identifier la diversité des pratiques de participation.
- à dégager des possibilités de rencontres en fonction intérêts formulés par les membres du réseau.
- à créer une émulation auprès de ces derniers et de tous ceux interpellés par les pratiques participatives : ce répertoire aspire à être une source d'inspiration, une boîte à idées.

En bas de page est disponible un onglet pour proposer un projet participatif à inclure dans le répertoire. Cet onglet renvoie vers un formulaire invitant à une description précise du projet.

Lancement sur Facebook

En septembre 2018, nous avons créé une page Facebook, pour un lancement effectif en janvier 2019 : www.facebook.com/reseاونomade

La page sera nourrie par le contenu du site et les partages des contenus d'autres pages Facebook d'organisations actives dans le secteur social-santé.

C'est également un support efficace pour la promotion de nos événements.

Pair-aidance : implication dans son développement.

Le Nomade s'est impliqué dans le développement de la pair-aidance, actuellement en plein essor en Belgique. Pour ce faire nous avons participé à :

- *Plateforme francophone de pair-aidance.*

Fin 2017, le réseau Nomade a été sollicité pour participer aux réunions de la Plate Francophone de la Pair-Aidance. Il s'agit d'un groupe de travail développant notamment une réflexion sur le statut de la pair-aidance et son implémentation dans les services du secteur-social santé francophone. Le Nomade y joue un rôle d'observateur, utile pour rester au courant de l'actualité de la pair-aidance et des acteurs qui la soutiennent.

- *25.05 Table ronde « pair-aidance & assuétude » à l'UMons.*

Le réseau Nomade a été sollicité par l'Université de Mons qui, dans le cadre de sa formation pair-aidance, organisait une table ronde sur le thème « Pair-aidance & assuétude ».

- 31.05 Journée d'étude consacrée à la pair-aidance au CPAS de Saint-Gilles.

Un évènement auquel le réseau Nomade a contribué en tant que partenaire :

- Co-organisation : participation aux réunions préparatoires pour définir le contenu de la journée.
- Co-animation de la table-ronde « engager un pair-aidant dans sa structure ».
- Participation à la rédaction de la note de synthèse⁴⁹.

Pair-aidance

Tables rondes / échanges / débats

La pair-aidance constitue peut-être à ce jour l'une des ouvertures les plus originales que les secteurs de l'aide, du soin et de la santé peuvent connaître dans les univers de la pauvreté, des souffrances psychosociales et de l'accompagnement des publics très vulnérables.

En intégrant l'expertise d'anciens bénéficiaires, la pair-aidance propose aux équipes de professionnels de repenser leurs pratiques. L'intégration de ces « savoirs d'expérience » ou bien même des réflexes du social ouvre de nouvelles voies pour coller au plus près des besoins et des réalités des publics fragiles. Et par là même, la pair-aidance est un outil aujourd'hui indispensables pour améliorer l'accessibilité des services et lutter contre le non-recours.

La pair-aidance, qui répond à l'impératif européen de promouvoir la participation des publics, se développe peu à peu dans différents secteurs, y compris à Bruxelles.

Nous vous invitons, en collaboration avec des personnes pratiquant la pair-aidance, à venir découvrir, échanger et débattre autour de cette fonction qui, malgré une présence informelle importante, reste encore peu connue et peu définie dans notre contexte.

Jeudi 31 mai 2018, de 8h30 à 16h30
CPAS de Saint-Gilles,
40 rue Fernand Bernier, 1060 Bruxelles

Inscriptions (GRATUITES) obligatoires cliquer ici

Conclusion et perspectives

2018 a été une année décisive pour le réseau Nomade. Grâce à l'agrément 2018-2020, nous avons pu nous investir pleinement dans le renouvellement de notre identité graphique et dans le développement d'un site web, outil et vitrine indispensable à notre époque.

Nous avons également consolidés nos fondamentaux : les rencontres-débats du Midi Nomade maintiennent la qualité de leurs propositions, tandis que le répertoire d'expériences participatives a mué en version web 2.0.

2019 sera marqué par la poursuite de ce travail : proposer une programmation pertinente pour le Midi Nomade, continuer d'enrichir le contenu du site web, notamment le répertoire, animer notre page Facebook et mettre en place des partenariats enrichissants.

Tout en restant bien sur attentif à l'évolution de l'actualité et des opportunités qu'elle porte en elle.

K. Réseaux, collaborations, concertation et lobbying

Nous avons rassemblé dans cette partie, sans viser 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 ;
- le soin ;
- les pratiques participatives ;
- le travail de rue ;
- Soutien à différentes campagnes et actions.

⁴⁹ p.18 : <http://www.le-forum.org/uploads/Note%20de%20synth%C3%A8se%20pair-aidance.pdf>

Autour de la réduction des risques

Petits déjeuners de la réduction des risques (Modus Vivendi) – Plusieurs fois par an, Modus Vivendi organise les Petits déjeuners de la réduction des risques⁵⁰. 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 2018, des membres de l'équipe de DUNE ont participé à plusieurs rencontres.

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 Fédération Wallonie-Bruxelles 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...

Autour du soin

REZONE – Réseau Santé mentale de Bruxelles Sud-Ouest⁵¹ – 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

⁵⁰ <http://www.modusvivendi-be.org>

⁵¹ <https://www.rezone.be/>

développer un tel outil sur l'entière de Bruxelles, en se basant sur l'expérience d'Hermes+ 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 permettant à l'utilisateur 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 »⁵².

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 ;

⁵² <http://www.pfcsm-opgg.be/>

- 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-Capitale⁵³.

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 »⁵⁴. 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 à chaque fois qu'elle est sollicité.

GT « Soins » (FEDITO bruxelloise) – Un membre du staff infirmier de DUNE participe à ce groupe de travail s'est donné comme 1^{er} 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 FEDITO⁵⁵.

Autour des pratiques participatives

Midi Nomade – Rencontres-débats organisées par le Réseau Nomade. 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).

⁵³ <http://www.pfscm-opgg.be/assuetudes/sante-mentale-et-assuetudes>

⁵⁴ <http://pfscm-opgg.be/assuetudes/projet-abc-vbh>

⁵⁵ <https://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2015/08/GT-Soin-De%CC%81finition-Mai-2016.pdf>

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-souci⁵⁶. 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.

Journée d'échange autour de la pair-aidance – 31.05.18 Journée d'étude proposée par le CPAS de Saint-Gilles.

La proximité comme posture d'accompagnement – 03.12.18 Journée d'étude proposée par l'asbl La Trace.

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. 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. En 2018, notre présence n'étant pas essentielle au bon fonctionnement du réseau et les réunions prenant beaucoup de temps, les travailleurs de DUNE se sont moins investis. 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, Dioègnes, DUNE et Médecins du Monde⁵⁷. 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 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...

⁵⁶ www.sans-souci.be

⁵⁷ Société des Transports Intercommunaux de Bruxelles, *Rapport d'activités 2015*, pp. 78-80.

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 émaillées l'année, sans que DUNE puisse systématiquement y participer.

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).

Support ! Don't punish : juin 2018

La campagne *Support ! Don't Punish* 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 engagé⁵⁸ a été organisé, en juin 2018, au Kiosque royal, proposant débats, performances, workshops et concerts.

DUNE, soutenant la campagne depuis 2015, a participé au montage/démontage du site, à la tenue du bar et à un workshop sur les salles de consommation à moindre risque. Les bénéficiaires impliqués dans le projet radio y ont réalisés des interviews, disponibles sur notre site⁵⁹ sous la forme d'une capsule audio.

Journée Mondiale de Lutte contre le Sida

L'implication des partenaires à l'action de la journée mondiale de la lutte contre le sida est d'une importance capitale pour sensibiliser les populations à la prévention du VIH et à la lutte contre la discrimination dont les personnes séropositives sont encore trop souvent les victimes aujourd'hui. Rappelons que près de 3 personnes sont diagnostiquées séropositives chaque jour en Belgique.

Le thème de la campagne du 1er décembre est « Zero discrimination ». Le challenge consistait à se prendre en photo en affichant le symbole « Zero discrimination » pour ensuite la diffuser sur les réseaux avec le hashtag #zerodiscrimination.

La campagne a aussi abordé la notion de charge virale indétectable et son impact en termes de lutte contre la discrimination des personnes vivant avec le VIH.

Comme les années précédentes, DUNE s'est impliquée dans l'organisation et les activités proposés lors de cette journée. La plateforme de prévention sida nous a invités à trois réunions de préparation pour lancer la réflexion et la mobilisation autour de cette journée.

⁵⁸ <https://feditobxl.be/fr/evenement/supportdontpunish-brussels-2017/>

⁵⁹ www.dune-asbl.be > participation > radio clip

Le jour même, nous avons installé un stand informatif à la gare du Midi. Nous avons mis à disposition du public des préservatifs, du lubrifiant, des affiches, des flyers... À Bruxelles, près de 100 000 préservatifs et de 50 000 rubans rouges ont été distribués.

La journée s'est bien déroulée, grâce notamment aux flux de personnes incessants qui permettent cet emplacement : les objectifs de visibilité et d'information ont été atteints. Nous espérons toucher encore plus de monde l'année prochaine.

DUNE a aussi relevé le challenge en publiant sur les réseaux sociaux une photo de son équipe revendiquant « zero discrimination ».

Rendre visible l'invisible

Participation à l'action « *Rendre visible l'invisible* » dans le cadre de la journée mondiale de lutte contre la pauvreté. Il s'agissait d'un parcours urbain organisé qui consistait à aller à la rencontre des différentes ASBL et projets présents en RBC et qui luttent contre la pauvreté et ses effets. Nous avons organisé un stand avec notre Médibus afin de présenter nos actions. Une cinquantaine de personnes sont venues à notre rencontre lors de cette action.

II. DÉMARCHE D'ÉVALUATION QUALITATIVE (DEQ)

Rappel du choix de la thématique

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.

Concernant l'accueil, nous proposons de travailler les éléments suivants :

- réflexion sur l'accueil en tant que lieu de création du lien ;
- réflexion sur notre philosophie d'intervention dans le lieu de l'accueil ;
- réflexion sur l'aménagement des locaux ;
- réflexion sur l'accès aux différents services ;
- réflexion sur la qualité de l'accueil ;
- réflexion sur les nouveaux services à proposer aux usagers.
-

Objectif : 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.

Concernant la participation, nous proposons de travailler les éléments suivants :

- analyse de pratiques participatives existantes dans d'autres institutions (répertoire Nomade et visites institutionnelles) et évaluation des pratiques participatives existantes au sein de notre ASBL ;
- réflexion sur l'implémentation de dispositifs participatifs au sein de l'ASBL Dune en concertation avec les usagers du service ;

- écriture du projet participation et définition de la méthodologie d'action qui sera mobilisée dans le cadre du processus participatif.

Objectif : en ce qui concerne le 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 sur une récolte d'informations relatives aux pratiques participatives existant, notamment en comptoir RdR.

En 2018, nous avons poursuivi le travail entamé lors de la première année du triennat de la DEQ. Cependant, suite à notre déménagement début 2018, nous avons fait le choix de travailler essentiellement les éléments liés à l'accueil, dans la mesure où l'appropriation des nouveaux lieux soulevait toute une série de questions, tant pour les usagers que pour les professionnels. Concernant les réflexions liées à la participation, celle-ci n'ont pas été évincées, mais elles n'étaient pas une priorité en 2018.

Réalisation 2018

Accueil

Lorsque nous avons proposé notre programme DEQ 2017-2019, les actions que nous avons prévues de mettre en œuvre en 2018 étaient les suivantes :

- choix des pistes de réflexions à mettre en œuvre en se basant sur les travaux de 2017 ;
- mise en œuvre des pistes élaborées en 2017.

En 2018, nous avons la volonté de poursuivre ce schéma mais notre déménagement à bouleverser notre processus. Si nous nous sommes bien évidemment basé sur le résultat de nos analyses de l'année antérieure, il a fallu fondamentalement revoir notre démarche dans la mesure où ce qui avait été pensé lors de la première année l'avait été en tenant compte du contexte des locaux que nous occupions à l'époque. Cependant, les réflexions cliniques élaborées en 2017 nous ont servies de bases pour entamer notre réflexion 2018.

Concrètement, plusieurs choses ont été mises en place :

- aménagement des nouveaux locaux ;
- accompagnement supervision sur l'accueil par l'asbl Repère ;
- réunion sur l'organisation de l'accueil ;
- réunion spécifique sur le temps d'accueil par travailleur.

- **Aménagement des locaux**

Début 2018, lors de notre déménagement, l'équipe a entièrement été associée à l'aménagement de l'accueil. Nous avons, de manière collective, défini le mobilier nécessaire ainsi que la disposition des lieux de l'accueil et du comptoir d'échange de seringue et ce, dans le but de créer un lieu accueillant pour tous, tout en proposant un espace de confidentialité.

Concernant les débats sur l'ameublement, nous avons souhaités tenir compte des recommandations formulées par les usagers lors d'un focus-groupe organisé sur la thématique de l'accueil en 2017 dans le cadre de la DEQ.

- **Accompagnement supervision sur l'accueil par l'ASBL Repère**

Lors de l'année 2017, comme nous vous l'annoncions lors du précédent rapport, nous avons tenté de trouver des ressources financières pour pouvoir bénéficier d'un accompagnement spécifique de supervision pour analyser la question de l'accueil et plus particulièrement les enjeux qu'un accueil bas-seuil peut représenter tant pour l'équipe que pour les usagers du service.

Début 2018, nous nous sommes mis au travail avec l'asbl Repère, que nous avons identifié lors de l'année précédente comme organisme superviseur. En 2018, suite à l'analyse de la demande effectuée dans le courant de l'année précédente, nous avons trois journées (dont une en décembre 2017) de supervision prévue dans les locaux de l'asbl Repère. Les objectifs de ces trois journées de supervision étaient :

- définir les éléments d'un accueil de qualité, en accord avec les valeurs de la réduction des risques et la méthodologie d'intervention de DUNE ;
- élaborer collectivement un référentiel partagé de l'accueil au CLIP ;
- dégager les éventuels besoins en formation au sein de l'équipe.

Ci-dessous, un résumé des réflexions qui ont émanées de nos trois journées de supervision collective.

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 lieu, la salle d'accueil.
- 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 dès l'ouverture de la porte, le 1^{er} 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 et 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 quelques choses, 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...

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 l'UD, pour le 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

- Réunion sur l'organisation de l'accueil (tout au long de l'année).

Les questions liées à l'accueil sont au cœur de nos pratiques et il est nécessaire d'avoir une réflexion régulière sur cet aspect de notre métier dans la mesure où c'est par cet intermédiaire que nous parvenons à faire notre travail de création du lien. Ce dernier servira à l'émergence de demande dans un contexte où le public est, la plupart du temps, sans demande.

Si les questions liées à la philosophie de l'accueil traversent pour ainsi dire toutes nos réunions cliniques (à la fréquence d'une fois par semaine) tant cet aspect fait partie intégrante de notre clinique (*c'est quoi bien accueillir ; comment entrer en relation avec untel ou untel ; comment permettre à celui-ci de trouver sa place dans le dispositif...*), des questions plus pragmatiques se sont posées durant l'année. Avec notre déménagement, nous avons été amené à revoir la manière dont l'accueil était organisé en soirée car la structure du bâtiment et l'environnement extérieur sont différents du contexte dans lequel se trouvait notre ancien dispositif d'accueil.

Tout d'abord, en tenant compte de la surface disponible, nous avons dû revoir notre dispositif d'accueil dans la mesure où notre nouvel espace comprend une superficie supérieure à l'ancienne. Si avant, deux travailleurs suffisaient pour garantir la tenue de l'accueil, cette disposition n'était plus valable dans un espace beaucoup plus grand où les usagers sont amenés à occuper différents étages (permanence sociale au premier, douches et toilettes au -1). Afin d'être dans les conditions optimum, nous avons pris en équipe la décision d'avoir, de manière quotidienne, trois travailleurs à l'accueil.

Notre emménagement nous a permis d'ouvrir un nouveau service douche au sein de notre structure. Nous avons dû réfléchir à comment proposer ce service sans que cela ne vienne déformer l'accueil.

Nous avons élaboré une méthode d'accès pour réduire les impacts éventuels sur l'accueil. Cette méthode a été élaborée de manière collective.

- **Réunion spécifique du 26 septembre 2018.**

Cette réunion portait sur le temps de travail de chaque travailleur à l'accueil. Il était question de voir comment diminuer la pression psycho-sociale que peut engendrer ce travail d'accueil avec un public précaire.

L'ensemble de l'équipe estimait qu'être plusieurs soirs par semaine présent à l'accueil engendrait des pressions psycho-sociales qui pouvaient entraver la qualité de l'accueil, dans la mesure où ce type de fonction peut être éreintante avec comme conséquence, une moins grande tolérance et une moins grande disponibilité pour les usagers.

De ce débat, nous avons analysé collectivement comment nous pourrions remédier à cette problématique en tenant compte des besoins du public, de l'institution et des travailleurs. La piste de réflexion qui a été investie consistait à voir dans quelles mesures il était possible de limiter, voire de diminuer les temps de présence à l'accueil en soirée pour les travailleurs.

Un long travail de réflexion a été mené par la direction pour réorganiser les plannings et des propositions concrètes ont été présentées aux travailleurs lors de deux réunions suivantes : il était question de valider les propositions allant dans le sens d'une diminution du temps de présence à l'accueil. Toutes les propositions, même si chacune d'entre elles présentaient des avantages et des inconvénients produisaient le même effet :

- une diminution du temps de travail à l'accueil pour chaque travailleur ;
- un impact sur les autres services proposés par l'asbl DUNE dans la mesure où la réorganisation des plannings pour diminuer la pression sur les travailleurs avait un impact sur la présence du personnel en soirée (par exemple, le travail de rue).

La direction et l'équipe ont souligné que la diminution de certaines activités était un mal nécessaire pour garantir le bien-être au travail des travailleurs et de facto, la qualité de l'accueil. Cette proposition commune n'était pourtant pas une solution définitive pour l'équipe car elle engendrerait une diminution des services pour les travailleurs et une présence moins importante en rue. La direction s'est alors engagée à trouver des ressources de financement complémentaires pour pourvoir à de nouveaux engagements. En Novembre 2018, nous avons eu, via le financement de la STIB, l'opportunité d'engager deux travailleurs à 4/5ETP. Ce nouveau financement et ces nouveaux engagements ont permis de régler le problème de la diminution des services proposés, tout en permettant de diminuer le temps de présence de chacun à l'accueil.

Ce travail de réflexion collective et la recherche de ressources complémentaires ont participé grandement à l'amélioration de la qualité de l'accueil.

La participation

Comme annoncé en introduction de ce rapport sur la démarche d'évaluation qualitative, nous avons moins investis cette thématique que ce que nous avons prévu. Pour rappel, lors de l'élaboration du plan triennal de la DEQ (2017-2019), nous annonçons nos objectifs 2018 de la manière suivante :

- identifier les pratiques participatives existant en comptoir RdR ou services similaires ;

- évaluation des dispositifs actuels au sein de notre structure ;
- analyse SWOT ;
- focus-groupe.

- **Identification des pratiques participatives en comptoir RDR ou service similaire.**

Lors de la rédaction du projet, nous annonçons notre intention de visiter plusieurs services qui proposaient des actions participatives. Avec le changement de locaux qui a eu lieu en 2018 et tout ce que ça engendré, nous n'avons pas pu mettre cette proposition en œuvre.

Cependant, nous avons tout de même procédé à l'identification de certaines pratiques participatives par l'intermédiaire du coordinateur du Réseau Nomade, notre collègue Tommy Thiange, également chargé de projet à l'asbl DUNE.

En effet, ce dernier a eu l'opportunité de nous présenter à plusieurs reprises des initiatives mettant la participation via le répertoire d'actions participatives proposé par le réseau Nomade.

Par ailleurs, ce même collègue a eu l'opportunité de s'associer à plusieurs groupes de travail en lien avec la participation et la pair-aidance (voir partie Réseau Nomade). Sa participation active dans ces divers groupes de travail à nourrit notre réflexion sur la thématique de manière enrichissante.

- **Evaluation des dispositifs actuels au sein de notre structure.**

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 et le ramassage de seringues. Cette dynamique s'est poursuivie avec la création des ateliers radio et soin de soi (voir *infra*).

Concernant les activités jobistes

En équipe, nous nous sommes posés pour analyser la manière dont se déroulaient les activités participatives rémunérées à l'ASBL DUNE. Le constat principal que nous faisons était qu'il y avait un manque de régularité dans les activités proposées une fois par mois et que cela pouvait expliquer le désinvestissement des usagers dans ce type de dispositif.

Nous avons alors décider collectivement de dégager du temps de travail spécifique pour ces actions afin de les rendre disponible une fois par semaine dans l'objectif d'accrocher les usagers.

Un autre constat était lié au fait que les activités participatives rémunérées n'étaient pas suffisamment diversifiées et qu'il serait intéressant d'en proposer d'autres afin de toucher un plus large public. Dès lors, en plus du ramassage de seringue, nous avons proposé du travail jobiste logistique, jardinage, kit hygiène et kit crack.

Cette question de la diversification des activités participatives rémunérées où nous a amené à analyser l'opportunité de développer des activités visant à toucher le public féminin avec lequel nous n'avons que très peu de contact. Cette réflexion nous a conduit à la mise en œuvre d'un atelier femme (voir *infra*).

Enfin, concernant le projet radio, nous avons décidé en équipe de soutenir davantage cette initiative des usagers afin de les aider à construire leur projet. À cette fin, du temps de travail spécifique a été dégagé afin d'organiser des rencontre hebdomadaire autour de ce projet avec les usagers tout en leur offrant un soutien méthodologique plus intense.

SWOT

Nous n'avons pas mis en œuvre cette action

Constats concernant les effets produits par le projet DEQ.

Actuellement, après deux années de projet DEQ, il est difficile de tirer l'ensemble des conclusions liées à ce processus d'évaluation. Cependant, plusieurs effets ont pu être constatés :

- la supervision à l'asbl Repère a permis aux collègues de terrain de partager leurs ressentis par rapport à leur vécu à l'accueil. Ce qui a contribué à ce que tout un chacun puisse prendre conscience des besoins de l'autre pour la mise en œuvre de l'accueil ;
- la réflexion entamée lors de cette supervision a permis de mettre en avant le fait que contrairement à ce que chacun pouvait penser, en analysant les pratiques individuelles, nous avons constaté un référentiel méthodologique commun dans la mission d'accueil ;
- les moments de réflexions collectives ont été les bases d'un travail mené toute l'année qui avait pour objectif et a eu comme conséquence de souder l'équipe ;
- les réflexions sur les pratiques participatives ont permis d'en développer de nouvelles et nous avons pu identifier les éléments défaillants de certains dispositifs.

CONCLUSION GENERALE

Depuis 1998, nous allons à la rencontre des usagers de drogues dans les rues de la capitale. Grâce à un travail collectif, nous avons su développer une démarche singulière, marque de fabrique de l'asbl DUNE, caractérisée par son adaptation aux changements, sa capacité d'innovation et son approche pro-active. Autant d'éléments qui nous permettent d'apporter un soutien constant à nos bénéficiaires, marqués par des conditions de vie précaires.

20 ans plus tard, où en sommes-nous ?

La rue a été pour nous un terrain d'intervention social, mais aussi un terrain d'observation ethnographique, à partir duquel nous avons construit un dispositif privilégiant une approche intégrée, de manière à couvrir les besoins complexes des usagers fréquentant nos services.

Malgré l'intérêt et la légitimité d'une telle approche, notre développement a été freiné durant de nombreuses années par des conditions de travail précaires. Mais aujourd'hui, grâce aux résultats de notre labeur et l'acquisition d'une nouvelle infrastructure, nous avons repris de plus belle notre marche en avant, avec comme lignes directrices : consolidation des services existants et implémentation de dispositifs innovants.

Ce rapport d'activité 2018 met en lumière ces propos. En effet, les services historiques ont été renforcés : augmentation des maraudes, des permanences médibus, des soins, des prises en charges au niveau social, des activités participatives... Par ailleurs, d'autres projets plus récents ont continué à être développés. C'est notamment le cas pour le projet formation où nous avons conclu de nouveaux partenariats, le développement de l'application mobile Le Bon Plan ou encore les activités participatives.

En terme de perspectives pour l'année 2019, nous prévoyons diverses actions :

- **Renforcement de nos actions de terrain** avec le développement de nouveaux partenariats. Notamment avec le milieu hospitalier avec lequel nous travaillons depuis tant d'années sans que ces collaborations ne soient reconnues (projet de liaison). Ceci sera notamment possible grâce à la reconnaissance de la mission de soin pour laquelle nous devrions être agréé en 2019. L'engagement d'un médecin à mi-temps participera grandement à cette perspective. Toujours en terme de partenariat, il s'agira de continuer à étendre notre réseau de collaboration avec les autres asbl dans l'optique de proposer aux usagers un panel de service leur permettant de trouver du soutien par rapport à leurs difficultés.
- **Renforcement des projets existants** : Il s'agira notamment de continuer le développement de notre axe participation afin que celui-ci s'inscrive durablement dans nos pratiques. Il sera aussi question de continuer le développement de notre application mobile Le Bon Plan grâce à un financement de BPS.
- **Développement de nouveaux projets** : En 2019, nous assurerons des permanences aux abords des bornes de délivrance de matériel et nous serons responsables des aspects logistiques de ce projet. Fin 2019, nous envisageons également de nous positionner de manière sérieuse en tant qu'opérateur pour un lieu de consommation de drogue supervisé suite au vote d'un cadre pour le développement de ce type de projet de la part du parlement bruxellois.

Au niveau des enjeux, il s'agira pour nous de garder l'ensemble de notre personnel dont une partie est encore menacé aujourd'hui. Il s'agira également de trouver les financements pour l'achat d'un nouveau bus pour continuer nos actions du Médibus car notre véhicule arrive en fin de vie.

* *
*

Toutes ces perspectives sont réjouissantes et nous sommes prêt pour relever ces nouveaux défis. Nous avons prouvé avoir les ressources nécessaires pour traverser les épreuves. En effet, ces 20 dernières années n'ont pas toujours été un long fleuve tranquille. Ceux qui ont accompagné notre institution, usagers et professionnels, peuvent en témoigner. Tantôt menacé par des crises internes, tantôt mis à mal par le peu de considération par rapport à notre travail, nous avons trouvé la force de continuer de nous battre, car nous ne pouvions pas abandonner le combat auprès de ceux que nous soignons chaque jour depuis tant d'années.

Se demander ce qu'il faut faire au lieu de se demander ce qu'il va arriver. C'est de cette idée que nous tirons notre force. Cela vaut tant pour la survie de notre institution, encore il y a peu menacé, que pour faire face aux situations précaires et aux drames de vie que nous côtoyons au jour le jour. Et c'est parce que nous avons su, à certains moments, 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, que nous sommes encore là aujourd'hui avec la volonté d'être là pour les 20 prochaines années. Nous sommes convaincus d'y arriver car nous bénéficions aujourd'hui des conditions de travail nécessaire et du personnel compétent pour perdurer avec la même envie : trouver des solutions pour ceux qui n'en n'ont plus.

Pour l'équipe,
Christopher Collin
Directeur de l'asbl
DUNE

ANNEXES

Conseil d'administration

Le conseil d'administration est composé de :

- Przylucki Laurence (Présidente)
- Husson Eric
- Valkeneer Bruno
- Goessens Muriel
- Fautré Sarah

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
- Vergaïrinski Catherine
- Wagener Martin
- Jaramillo Isabelle
- Poncin François

Membres de l'équipe

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

Le tableau ci-dessous reprend les personnes qui composaient l'équipe en 2018, 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 Délégué syndical inter-centres (SETca)	ACS
BARTHOLEYNS	Frédérique	30,4	Chargée de projets	SPFB
COLLIN	Christopher	38	Directeur	SPFB
DAHROUCH-NAIMI	Chaimae	38	Infirmière Déléguée syndicale inter-centres (CNE) (jusqu'en juin 2018)	Initiative santé
DEVER	Lucy	10	Médecin généraliste	Initiative santé
EL FATIHI	Badr	38	Travailleur social Conseiller en prévention	ACS
ES-SAFI	Mustapha	38	Travailleur social et logistique	ACS
GODENNE	Sophie	38	Infirmière communautaire	Initiative santé
HAMIANI	Nadia	32.4	Secrétaire Personne de confiance	SPFB+ réduire et compenser
LAGODA	Jean-Philippe	38	Travailleur social	ACS
MASSAUX	Anouk	30,4	Infirmière (en crédit-temps ; remplacée)	SPFB
SEBUGINGO	Eugène	38	Infirmier	SPFB + Maribel
THIANGE	Tommy	38	Chargé de projets	ACS
Becquet	Jade	19	Infirmière (jusqu'à février 2018)	SPFB
Wadih	Sophier	30.4	Infirmière (à partir de novembre 2018)	STIB
Nazaire	Marie-Lou	19	Responsable administrative (à partir de février 2018)	SPFB
Mensongolo	Victor	38	Infirmier	SPFB
Van den bosch	Stéphanie	28.4	Infirmière	Initiative santé
Jolie	Amélie	30.4	Assistante sociale (à partir d'octobre 2018)	STIB

Formations du personnel

Nom du travailleur	Titre	Organisation	Lieu	Dates
Badr El Fatihi	La loi sur le Bien Etre au travail	APEF asbl	Square Sainctelette 13-15 à 1000 B	29/01/2018- 05/02/2018
	Intervision pour conseiller en prévention	APEF asbl	Square Sainctelette 13-15 à 1000 B	26/03/18- 23/04/2018- 14/05/2018- 11/06/2018
Rezlane Alla	Trop Tox, Trop Alcolo : Bienvenue chez nous?	AMA		29-03-18
	L'ennégramme	Auberge de Jeunesse Van Gogh	Rue Traversière 8 à 1210 B	15/05/2018- 24/05/2018- 31/05/2018
	L'administration des biens et/ou de la personne et la procédure de mise en observation	Droits Quotidiens	Rue Nanon 98 à 5000 Namur	17/05/2018
	Etrangers et soins de santé	Droits Quotidiens	Rue Nanon 98 à 5000 Namur	13/11/2018
	Aide du CPAS et charge déraisonnable : quels risques de perdre son droit de séjour ?	Droits Quotidiens	Rue Nanon 98 à 5000 Namur	06/12/2018
	Approches des pratiques managériales	I.P.F.S.	Rue Henri Blès 188-190 à 5000 Namur	du 02/10/2018 au 30/01/2019 (le mardi)
Toutes l'équipe	Formation à l'accueil	Repères asbl	Bld de Waterloo 99 à 1000 B	3 jours de formation (dates pas écrites sur facture)
Frédérique Bartholeyns	Désarmorcer les conflits pour plus de qualité et d'efficacité	Missio	Bld du Souverain 199 à 1160 B	01/03/2018- 15/03/2018- 29/03/2018

Frédérique Bartholeyns	Lart de communiquer autrement : sensibilisation à la communication non verbale	Auberge de Jeunesse Van Gogh	Rue Traversière 8 à 1210 B	03/5/2018-08/05/2018
	4 Ateliers avec thématiques différentes	Prospective Jeunesse	Chaussée d'Ixelles 144 à 1050 B	04/12/2018
Tommy Thiange	Les techniques théâtrales au service de la prise de parole en public	Stics	Blld Lambermont 32 à 1030 B	15/03/2018-22/03/2018-29/03/2018
	Stage de montage et de mixage	Acsr	Rue Saint Josse 49	13/10-14/10-27/10-28/10
	Stage initiation à la prise de son dans le documentaire radiophonique	Acsr	Rue Saint Josse 49	du 27/09/2018 au 30/09/2018
	Colloque	La Trace asbl	Rue d'Andenne 79 à 1060 B	03/12/2018
Stéfanie Vandebossche	Forum Addiction et Société	Epsylone asbl	Chaussée de Boendael 34 à 1180 Uccle	15/10/2018-17/10/2018
Christophe Collin	Drugs in Brussels 2018	Fedito	Rue du Président 55 à 1050 B	21/02/2018
	Formation B.A. - ba des entreprises à finalités sociales	SAW-B	Rue Monceau-Fontaine 42 bte 6 à 6031 Monceau s/Sambre	07/04/2018-14/06/2018
Sophie Godenne	Femmes avec ou sans toit	Université des Femmes	Rue du Méridien 10 à 1210 B	22/03/2018
	Soins infirmiers en addictologie	Université de Lille	Domaine Universitaire Pont Bois	01/10/2018-02/10/2018-05/11/2018-06/11/2018-13/12/2018-14/12/2018

Sophie Godenne	Ateliers "Aider sans brûler"	Estime asbl	Rue Rodenbach 103 à 1190 B	30/10/2018- 06/11/2018- 20/11/2018- 27/11/2018
	Journée d'étude "Jeunes, genre et usage de drogues"	Prospective Jeunesse	Chaussée d'Ixelles 144 à 1050 B	04/12/2018
	Diplôme Universitaire soins infirmiers en addictologie	Université de Lille	Lille	Toutes l'années
Eugène Sébugingo	Programmation Neuro-Linguistique	Centre de Qualification Professionnelle	Rue Royale 203 à 1210 B	14/05/2018- 28/05/2018- 04/06/2018- 11/06/2018- 18/06/2018
	Quelle posture pour l'accompagnement aujourd'hui?	Libre Examen	Rue Coenraets 66 à 1060 B	16/05-17/05- 18/05/2018
	Forum Addiction & Société	Yurplan	Place Sinte-Croix à 1050 B	15/10/2018- 17/10/2018