

# Présentation AMA'Tinée

1. Des chiffres
2. La prise en charge spécialisée assuétudes en Wallonie
3. L'équation dépendances –logement : création de lieux de vie adaptés et bonnes pratiques de collaboration

## 1. Des chiffres

Le Rapport TDI 2016 (Indicateur des demandes de traitements -Treatment Demand Indicator) fourni un certain nombre de données collectées à partir de 200 programmes de traitements différents (ambulatoires, résidentiels et hospitaliers). Il concerne 30 000 épisodes de traitement pour des problèmes liés à la consommation d'alcool ou de substances illicites.

Il permet une vue globale qui permet de décrire les caractéristiques et de l'évolution des patients présentant une consommation problématique de substances.

Toutefois, cette vision chiffrée est également relative et cela pour plusieurs raisons .

D'abord, la notion d'épisode de traitement n'est pas la même pour les hôpitaux que pour les services ambulatoires. Pour ceux-ci la fin du traitement se calcule après une période de six mois de non présentation. Tandis qu'en résidentiel ou hospitalier, la fin de l'épisode se calcule à la sortie. Si la personne revient 5 jours plus tard, il y a un nouvel enregistrement.

Par ailleurs certains opérateurs ne sont pas concernés par le TDI, notamment les médecins généralistes et les comptoirs d'échanges de seringues.

Et enfin, certains enregistrements sont anonymes et ne peuvent pas être contrôlés comme patients unique.

## Indicateurs sociaux des patients en traitement toutes substances confondues 2016

	Nbre de patients	vivant seuls	avec problème logement	avec enfants
	<b>17568</b>	42.3	<b><u>9.0</u></b>	21.5
<b>Homme</b>	12569	43.3		
<b>Femme</b>	4983	39.7		
<b>Anonyme</b>	6477	40.7	12.3	21.1
<b>Flandre</b>	11420	39.3	<b><u>7.3</u></b>	20.8
<b>Wallonie</b>	4806	46.9	<b><u>9.1</u></b>	24
<b>Bruxelles</b>	1342	51.7	<b><u>24.1</u></b>	18

Ce sont les centres de crise qui accueillent la proportion la plus élevée de patients avec un problème de logement (28%) et les centres de santé mentale la plus faible (2%)

Le nombre moyen de substances consommées rapportées est de 1.6. Soit 1.7 pour les hommes et 1.4 pour les femmes. Les unités de crise et les communautés thérapeutiques rapportent un nombre moyen plus élevé soit 2.6 et 2.2.

La fréquence moyenne de consommation est de 5 jours semaine

## Indicateurs sociaux des patients en traitement pour l'alcool 2016

	Nbre de patients	vivant seuls	avec problème Logement	avec enfants
	9140	46.8	<u>6.4</u>	22.5
<b>Homme</b>	6051			
<b>Femme</b>	3079			
<b>Anonyme</b>	3642	44.8	8.2	23.9
<b>Flandre</b>	5309	45.1	<u>5.1</u>	21.7
<b>Wallonie</b>	3170	48.5	<u>6.1</u>	24.7
<b>Bruxelles</b>	661	53.5	<u>19.4</u>	17.8

La proportion liée aux problèmes de logements est relativement faible parmi les personnes en traitement pour l'alcool (6%). Mais elle est plus importante à Bruxelles (19%) et dans les centres de crise (50%)

## Indicateurs sociaux des patients en traitement pour les opiacés 2016

	Nbre de patients	vivant seuls	avec problème Logement	avec enfants
	1907	44.3	<u>21.2</u>	18.6
<b>Homme</b>	1539			
<b>Femme</b>	366			
<b>Anonyme</b>	703	48.3	37.4	15.8
<b>Flandre</b>	976	39.2	<u>16.9</u>	19.3
<b>Wallonie</b>	667	50.4	<u>22.1</u>	17.8
<b>Bruxelles</b>	264	47.6	<u>36</u>	17.6
<b>Héroïne</b>	1598		<u>23</u>	
Méthadone (détourné)	100		<u>17.4</u>	
<b>Buprénorphine</b> (détourné)	13		<u>10</u>	
<b>Fentanyl</b> (illégal/détourné)6			<u>16.7</u>	
<b>Autre opiacé ou</b> Non spécifié	190		<u>9.9</u>	

Plus d'un patient sur 5 en traitement pour les opiacés vit en situation de logement instable. Cette situation est plus fortement marquée pour les patients en traitement à Bruxelles.

Par rapport aux Pays voisins la Belgique peut se comparer à la France au Luxembourg et au Royaume uni alors qu'en Allemagne et aux Pays Bas la situation de logement de ce type de groupe de patients est meilleure (7 à 12%)

Les patients renseignant l'héroïne comme substance principale sont également plus souvent en situation de logement précaire que ceux renseignant un autre type d'opiacé.

## **2. La prise en charge spécialisée en Wallonie**

Il n'est pas inutile de préciser le contexte de la prise en charge en Wallonie en matière d'accompagnement, de soins et de Réduction des risques.

La particularité de l'organisation de cette prise en charge ambulatoire, résidentielle et hospitalière, est sans aucun doute son éclatement.

**26 services ambulatoires d'accueil d'aide et de soins sont agréés par la Région wallonne.** L'accueil est la mission de base mais selon les régions on y propose des activités spécifiques différentes : accompagnement thérapeutique (psychosocial et médical), échanges de seringues, public spécifique femmes/adolescents, sevrage à domicile, réduction des risques en rue/milieu festif, groupe d'entraide... Le budget annuel est de 1 874 965 (et n'a pas évolué depuis 2009) alors que le décret prévoit que chacune des 12 zones reçoivent un minimum de 125 000 euros, il manque 320 161. Les zones en déficit sont le Brabant wallon, l'Est francophone, la région de Huy, la région de Philippeville et celle de Dinant.

**6 SSM avec initiative spécifique toxicomanie** sont agréés dans le cadre du décret des services de santé mentale. Ils proposent en ambulatoire des consultations psychologiques et médicales, du travail d'accompagnement des proches, du travail d'accompagnement social des usagers, de l'échange de seringues.

**3 Maisons d'accueil socio sanitaire, les MASS.** Elles s'adressent à des consommateurs de drogues illicites dits marginalisés pour favoriser une prise en charge sociale et médicale. Avec l'organisation d'un accueil de jour articulé autour d'entretiens psychosociaux, des démarches sociales, des activités de revalidation fonctionnelle, des consultations médicales, des

traitements de substitution... Les MASS sont financées par l'Inami et via les plans de prévention et de sécurité du ministère de l'Intérieur. En Wallonie, ce sont les principales structures d'accueil dit bas seuil.

**7 centres de cure et de post-cure** (court et long séjour) financés par l'Inami sous le statut de centre de réadaptation fonctionnelle (en cours de transfert à la Région wallonne). C'est ici que l'on retrouve notamment les communautés thérapeutiques.

**15 services proposant un accueil et un accompagnement dans le cadre des plans de sécurité et de prévention** financé par le ministère de l'intérieur avec pour objectif la diminution des nuisances publiques liées aux usages problématiques de drogues. On y retrouve parfois des travailleurs de rue.

**Un réseau de médecins généralistes**, le Réseau Alto assurant le suivi des traitements de substitution.

**Une dizaine d'opérateurs reconnus dans le cadre des programmes de promotion de la santé**, parmi lesquels certains se sont spécialisés dans des actions de réduction des risques comme l'échange de seringues, celles en milieu festif, des actions de formation-sensibilisation

**L'offre hospitalière** est plus difficilement quantifiable, elle s'organise notamment via des unités de crise et des équipes mobiles mais aussi des projets spécifiques d'accueil de personnes alcoolo-dépendantes ou présentant de fortes comorbidités psychiatriques ou physique.

Enfin, on peut également relever le travail spécifique assuétudes mené par les relais sociaux

Ce bref aperçu, et j'ai certainement oublié tel ou tel projet spécifique, pour vous montrer la complexité de construire à l'intérieur même du secteur assuétudes une approche globale et cohérente de la prise en charge des usagers problématiques de drogues. Au fond, les dispositifs de prise en charge des problématiques assuétudes ne relèvent pas d'un seul secteur assuétudes

mais de différents sous-secteurs, qui selon les régions articulent avec plus ou moins de succès leurs actions. Cet éclatement « technique » des prises en charge en Wallonie ne facilite pas l'adaptation des dispositifs spécialisés aux réalités multidimensionnelles des usagers problématique de drogues ni à leurs besoins.

Ce bref aperçu vous montre aussi à quel point la question du logement est peu prise en compte à l'exception spécifique du public bénéficiant de soins en centre résidentiel de cure et de post-cure. Si l'expérience-pilote du Housing First a été prolongée en Wallonie dans 3 grandes villes, elle reste confidentielle et, selon les régions, encore trop peu adaptée à la réalité des usagers de drogues les plus marginalisés.

Dans leur rapport à la ministre de la Santé en janvier 2017, les 10 coordinateurs des réseaux assuétudes wallons faisaient part de l'état des besoins non couverts en Wallonie.

S'ils varient d'une région à l'autre, on y trouve cependant des constantes et la problématique du logement en est-une :

- manque de place en cure et post-cure
- difficulté pour certaines personnes dépendantes de trouver un lieu qui leur soit adapté, car ne répondent pas aux « critères » d'admission des institutions
- manque de logements pour le public en errance
- besoin de structures supplémentaires de crise et d'urgence
- besoin de créer et de renforcer l'accueil bas seuil comme Transit
- créer des lieux résidentiels, par exemple des centres de vie communautaire proches des habitations protégées, disposant d'un encadrement spécifique et adapté à nos publics cibles

Ce sont donc des structures comme les vôtres qui, de fait, constituent actuellement la ressource principale des personnes toxico-dépendantes en matière de logement d'urgence.

Et l'hypothèse, autour de laquelle s'articule la thématique de cette matinée, à savoir que la personne dépendante ne serait pas assez « prise dans une problématique de dépendance » pour être accueillie correctement dans le secteur spécialisé se retrouvant alors dans vos structures n'est plus une hypothèse valide.

Non, il ne s'agit pas d'une question de dosage « assez ou trop dépendant » mais de chaînons manquants dans une prise en charge spécialisée globale.

Dans ce contexte, qui des secteurs spécialisés assuétudes ou du secteur sans abri doit interroger ses pratiques ? La réponse n'est pas l'un ou l'autre mais l'un **et** l'autre, chacun dans le cadre de ses missions spécifiques et en créant des passerelles.

### **3. L'équation dépendances –logement : création de lieux de vie adaptés et bonnes pratiques de collaboration**

Parole d'utilisateur - extrait du Rapport de recherche « Paroles d'Usagers, Paroles de Professionnels : Politiques de soins en pratiques »

« Et alors, il y a un moment dans l'expérience où toutes ces petites pierres se rassemblent et font un chemin suffisant. Mais en fait, toute l'aide reçue ou pas d'ailleurs ! Ce n'est pas quelque chose que quelqu'un peut décider et c'est même pas quelque chose que l'utilisateur peut décider, de la même manière que peut-être il ne serait pas tombé s'il n'y avait pas eu ce produit-là à ce moment fragile de sa vie... Dans la manière dont le destin se renverse, il n'y a pas non plus une aide appropriée à un certain type de public. Il y a le fait d'avoir eu assez de gens qui tout au long de ce parcours ont donné quelque chose et le fait que l'utilisateur ait été en mesure de le recevoir ».

Paroles de professionnels – rencontre avec un service spécialisé :

« Faire de l'accueil bas seuil, c'est déjà faire ... être accueilli et hébergé en tant que personne à tout moment quel que soit son état ... offrir cela permet de rencontrer l'humanité d'un individu et pas son problème de consommation »



Nous pensons à la Fédito wallonne qu'il est important d'arriver à élargir les cadres des dispositifs d'aide et de soins ainsi que ceux de l'hébergement, tout en travaillant à leur complémentarité, pour proposer une multiplicité de solutions qui pourront à un moment donné être les mieux adaptées aux trajectoires de vie des usagers des drogues.

### **Créer des lieux de vie adaptés :**

- Des maisons d'accueil et d'hébergement spécialisées, de type habitation protégée, avec une équipe de professionnels formés. Soit à visée de stabilisation et de rétablissement, soit à visée bas seuil pour des personnes qui ne sont pas dans un parcours de rétablissement et où la consommation est autorisée et organisée.
- Des lieux d'accueil et d'hébergement d'urgence sans condition, comme Transit. On peut même l'imaginer selon un modèle mixte de gestion – professionnels et usagers.
- Des lieux de consommation qui regroupent un accueil, un programme d'échange de seringues, des soins infirmiers, une salle de consommation, un accompagnement socio-éducatif et un hébergement.

### **Renforcer l'offre d'hébergement existante pour les personnes à usages problématiques:**

- Par exemple en augmentant le nombre de lits en MA effectivement réservé à ce public
- Etoffer le dispositif Maison d'accueil en logement individuel (le bail est au nom de l'association) avec accompagnement global, dont l'usage problématique des drogues (Thaïs)
- Travailler à l'articulation entre les services spécialisés et le projet Housing first pour mieux accueillir les personnes avec une problématique assuétudes et de santé mentale. L'exemple de Namur est intéressant à

cet égard. Certains logements sont « réservés» aux personnes dépendantes et l'accompagnement s'effectue par un centre spécialisé

### **Travailler les critères d'entrée et les règles de vie en maison d'accueil :**

Pour différents publics comme les ex-détenus qui cherchent un point d'ancrage, les usagers en errance qui veulent se poser, les usagers en grande précarité et qui ne sont pas dans un parcours d'abstinence...

Ce travail est déjà largement en cours dans certaines régions. En général il s'effectue dans une démarche volontaire de collaboration entre service spécialisé et maison d'accueil.

Avec par exemple

Un accueil et un accompagnement partagé dans le respect des limites et des missions de chaque service... Ce qui permet d'une part au service spécialisé d'orienter et d'accompagner une personne de manière adéquate et ciblée vers une maison d'accueil et d'autre part à la maison d'accueil d'interpeller le service spécialisé sur des comportements à risques d'exclusion.

Un travail de clarification des règles autour de ce qui est interdit et autorisé. Et pourquoi ? Cela passe par exemple par une analyse supervisée des représentations collectives et individuelles, des exigences institutionnelles également. Un recentrage sur ce qui est objectivable, le comportement et pas la consommation. Chaque règle devrait idéalement être acceptée par ceux et celles qui vont la mettre en œuvre, les sanctions prévues discutées en équipe et adaptées à chaque situation et au projet de chaque personne, (le seul fait de consommer à l'intérieur des murs doit-il être sanctionné d'exclusion, comment individualise une règle ?

Un espace en maison d'accueil pour prendre son traitement de substitution

Un espace pour accueillir l'animal domestique (chien essentiellement)

...