

# **Contribution aux Regards Croisés du Rapport sur l'État de la Pauvreté de l'Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale**

## **Sous-protection sociale des usagers de drogues : lorsque la criminalisation rajoute à la désinsertion.**

### **Abstract**

*La sous-protection sociale est définie par Katrien Steensens comme « toute situation dans laquelle se trouve une personne qui – pour quelque raison que ce soit – ne bénéficie pas de l'offre publique de droits et services qu'elle pourrait réclamer »<sup>1</sup>. Philippe Warin, de l'Observatoire du Non Recours, souligne que « le non-recours renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre ».*

*La population d'usagers de drogues légales et illégales, s'avère être fortement touchée par cette sous-protection sociale. Mais on le sait, cette population se confond partiellement avec d'autres publics, comme les personnes sans-abri ou/et illégales. Les causes de sous-protection sociale peuvent être similaires, au moins en partie. Néanmoins, la problématique même de l'usage de drogues, notamment illégales, induit d'importantes spécificités dans la genèse et la force de cette sous-protection sociale.*

*Tant que la loi sera la punition, tant que le cadre sera la prohibition, les usagers de drogues seront voués à la sous-protection.*

*Les personnes usagères de drogues et victimes d'une sous-protection sociale cumulent fréquemment*

*diverses problématiques. Une grande part vit dans le dénuement le plus total, à la rue ou dans des logements précaires et éventuellement institutionnels, sans bénéficier d'aucun revenu si ce n'est ceux générés par la manche et d'autres débrouilles. La désaffiliation administrative est fréquente, jusqu'à un cinquième des nouveaux patients dans certaines institutions, pour lesquels l'accès à l'assurance maladie invalidité n'est tout simplement plus existant.*

*La sous-protection sociale est donc caractéristique de divers publics, en ce compris celui des usagers de drogues fortement désinsérés et connaissant des problématiques multiples. A cela, trois pistes de solution émergent : le bas seuil, l'intégration des services, et l'universalisation des droits.*

*Les problématiques sont ici étudiées sous trois angles complémentaires : sous l'angle de l'utilisateur, qui connaît des problématiques cumulées et intriquées ; sous l'angle des dispositifs de soins, dont l'accès à la première ligne est compliqué ; et sous l'angle de l'aide sociale, qui ne répond plus aux nouvelles réalités.*

---

1 « L'action proactive comme moyen de lutte contre la sous-protection sociale une exploration des concepts et du contexte politique actuel » Revue belge de sécurité sociale, Trimestre 2014.

## **Sous-protection sociale des usagers de drogues : apercevoir, plutôt que voir...**

Les statistiques sont connues, et rappelées tout au long des rapports sur l'état de la pauvreté en Région de Bruxelles-Capitale... Elles s'avèrent néanmoins nécessaires pour introduire notre propos...

Environ un tiers de la population bruxelloise vit avec un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté. A Bruxelles, ce seuil est mensuellement de 1085 euros pour une personne isolée et de 2279 euros pour un couple avec deux enfants. Il est de 1736 euros pour un parent seul avec deux enfants.

On le sait toutefois : si d'aventure des calculs basés sur le budget standard étaient utilisés, prenant alors en compte les différents besoins rencontrés par les différentes populations bruxelloises, les chiffres seraient plus dramatiques encore. A lui seul, l'accès au logement englobe déjà une large part des revenus des ménages bruxellois.

C'est ainsi qu'en adoptant le taux composite du risque de pauvreté ou d'exclusion sociale, on peut monter jusqu'à 43 % de la population bruxelloise qui serait à risque.

Croisons maintenant ces premiers résultats avec les problématiques de santé. 25 % de la population bruxelloise ne s'estime pas en bonne santé. On sait pourtant que les personnes avec des diplômes ou des revenus inférieurs, ont une perception davantage négative de leur santé : 52,4 % des personnes disposant au plus du diplôme primaire, se sentent en mauvaise santé.

L'accès aux soins, enfin, n'est pas aisé pour tous. Près d'un quart des ménages bruxellois sont amenés à postposer différents soins pour raison économique. A nouveau, ce pourcentage est plus élevé pour les ménages à faible revenu : parmi les 20 % les plus pauvres, on arrive à un taux de 40 % de personnes amenées à postposer les soins.

Ces chiffres donnent une première image de la situation difficile vécue par la population bruxelloise, en matière de revenus et d'accès à la santé. On peut pourtant croire que les populations les plus désinsérées sont exclues de ces statistiques : on pense à ceux qui sont à la rue, ceux qui n'ont pas de statut légal, ceux qui ne sont plus en ordre administratif... Et aux usagers de drogues qui peuvent cumuler une ou plusieurs de ces problématiques socio-administratives.

En Région de Bruxelles-Capitale, d'après l'Enquête de Santé par Interview de 2013, on estime à 0,2 % de la population belge ayant consommé des opiacés, en ce compris l'héroïne, au cours des 12 derniers mois. Quant à l'alcool, drogue licite mais néanmoins ravageuse, 9,6 % des bruxellois en consomment quotidiennement. 21,5 % des 35-64 ans ont un usage problématique.

Ces chiffres pourraient toutefois être sous-estimés, l'enquête de santé par interview s'adressant avant tout à des ménages, et se basant sur une méthodologie ne convenant pas forcément aux personnes les plus précarisées. Il est donc intéressant de se pencher sur des études élaborées en milieu scolaire, comme l'enquête HSBC menée en Fédération Wallonie-Bruxelles, qui a estimé qu'en 2010, 1 % des 13-20 ans avaient consommé des opiacés au cours des 12 derniers mois (0,9 % au cours des 30 derniers jours). Ces prévalences ne concernent toutefois que l'usage : elles ne réfèrent pas à une problématique, tout usage n'induisant pas forcément un besoin ressenti de traitement.

Focalisons-nous dès lors sur les traitements. On sait tout d'abord qu'un peu plus de 2550 bruxellois sont inscrits dans le registre des traitements de substitution aux opiacés, soit à la méthadone, soit à la buprénorphine. Par ailleurs, le questionnaire européen TDI, pour Treatment Demand Indicator, permet d'évaluer le nombre de demandes de traitement liées à un usage problématique : en 2015, il s'est monté à 2875 nouvelles initiations de traitement ; en 2014, 1842 nouvelles demandes avaient été faites, pour 1740 patients, les doublons ayant été éliminés. Il ne faut toutefois pas extrapoler de tendances à la hausse, sachant que l'usage du TDI est encore en déploiement constant, et que l'année dernière, de nombreux centres se sont ajoutés à

la liste des participants au protocole TDI.

Sur les 2875 nouveaux épisodes de traitement enregistrés en 2015, la substance principale était moins les opiacés (502) que l'alcool (1419). Près de 28 % ne disposaient pas d'un logement fixe, et seuls 21,28 % avaient un emploi fixe ou occasionnel. 32,73 % avaient au plus un diplôme primaire.<sup>2</sup>

Ces chiffres permettent donc d'appréhender un premier bout de la réalité. Et pourtant, nous devons désormais avancer en nous basant davantage sur de l'expérience de terrain, que de la réalité statistique. Car la sous-protection sociale souligne bien le fait que les personnes auxquelles on pense, n'ont qu'un accès difficile aux structures sociales et de santé. Elles constituent un groupe largement méconnu, vaguement estimé, sauf par les comptoirs d'échange de seringues, les structures à bas seuil d'accès, ou encore les dispositifs en outreach. Ces outils s'avèrent nécessaires pour permettre le contact avec ce public fortement désinséré, et corriger un tant soit peu la sous-protection sociale dont il est victime.

Ils sont nécessaires mais ils ne constituent pas la panacée : tout d'abord, parce qu'on sait que les outils en place doivent encore être complétés par des dispositifs ayant fait leurs preuves à l'étranger, comme les salles de consommation à moindre risque ou l'accompagnement et l'éducation aux risques liés à l'injection (AERLI).

Plus substantiellement, ces dispositifs et surtout leurs bénéficiaires pâtissent encore de ce qui est communément appelée, la « Guerre à la Drogue ». Sans qu'elle n'explique l'entièreté du phénomène, la criminalisation entraîne toujours une certaine sous-protection sociale. C'est ici une des fortes spécificités de ce public, en l'occurrence le fait que ses comportements induisent des faits répréhensibles par la loi, des trajectoires criminelles, et des formes plus radicales de désinsertion. Tant que la loi sera la punition, tant que le cadre sera la prohibition, les usagers de drogues seront voués à la sous-protection.

## **Régler les focales sur la problématique**

La sous-protection sociale est définie par Katrien Steensens comme « toute situation dans laquelle se trouve une personne qui – pour quelque raison que ce soit – ne bénéficie pas de l'offre publique de droits et services qu'elle pourrait réclamer »<sup>3</sup>. Philippe Warin, de l'Observatoire du Non Recours, souligne que « le non-recours renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre ».

La population d'usagers de drogues légales et illégales, s'avère être fortement touchée par cette sous-protection sociale. Mais on le sait, cette population se confond partiellement avec d'autres publics, comme les personnes sans-abri ou/et illégales. Les causes de sous-protection sociale peuvent être similaires, au moins en partie. Néanmoins, la problématique même de l'usage de drogues, notamment illégales, induit d'importantes spécificités dans la genèse et la force de cette sous-protection sociale.

Les problématiques sont ici étudiées sous trois angles complémentaires : sous l'angle de l'usager, qui connaît des problématiques cumulées et intriquées ; sous l'angle des dispositifs de soins, dont l'accès à la première ligne est compliqué ; et sous l'angle de l'aide sociale, qui ne répond plus aux nouvelles réalités.

### *Des problématiques cumulées et intriquées*

Les personnes usagères de drogues et victimes d'une sous-protection sociale cumulent fréquemment diverses problématiques. Une grande part vit dans le

---

2 Belgian Treatment Demand Indicator (2016) – Données 2015, WIV-ISP, Bruxelles

3 « L'action proactive comme moyen de lutte contre la sous-protection sociale une exploration des concepts et du contexte politique actuel » Revue belge de sécurité sociale, Trimestre 2014.

dénuement le plus total, à la rue ou dans des logements précaires et éventuellement institutionnels, sans bénéficier d'aucun revenu si ce n'est ceux générés par la manche et d'autres débrouilles. La désaffiliation administrative est fréquente, jusqu'à un cinquième des nouveaux patients dans certaines institutions, pour lesquels l'accès à l'assurance maladie invalidité n'est tout simplement plus existant.

Les personnes en séjour illégal en constituent une partie importante. On parle souvent d'une « vingtième commune bruxelloise », et pour cause : on évalue entre 85 000 et 160 000 personnes en séjour irrégulier en Belgique, la plupart installés à Bruxelles, et qui ne sont autorisées ni à travailler, ni à s'affilier à une mutuelle, mais tout au plus à bénéficier de l'Aide Médicale Urgente<sup>4</sup>.

Il faut aussi se pencher sur les personnes disposant d'un visa, qui doivent prendre en charge l'entièreté de leurs soins médicaux avant éventuel remboursement par l'assurance maladie de leur pays d'origine. La situation n'est pas franchement meilleure pour les migrants européens qui, suite à diverses directives, doivent le plus souvent avancer l'entièreté de leurs soins avant de se faire rembourser l'équivalent de l'aide qu'aurait octroyée l'assurance maladie du pays d'origine. Qu'il s'agisse de personnes disposant d'un visa ou d'européens disposant d'un droit de séjour dans un État Membre, une relative précarité peut entraîner de réelles difficultés à avancer les coûts de santé, dont le remboursement peut par ailleurs ne se réaliser que si ces personnes possèdent encore une couverture médicale dans le pays d'origine. Quant aux européens sans autorisation de séjour ou du moins sans mutuelle en Belgique, l'accès aux soins n'est possible que par divers opérateurs associatifs et organisations non-gouvernementales.

La désaffiliation administrative peut donc s'expliquer par diverses trajectoires migratoires. Mais plus prosaïquement, elle peut aussi s'expliquer par une méconnaissance ou une incompréhension de l'offre socio-sanitaire et des règlements administratifs qui l'entourent. Cette incompréhension peut s'expliquer par des différences de langue ou de culture ; par des procédures, diverses entre communes ou entre dispositifs ; ou tout simplement par une désinsertion complète et une exclusion sociale touchant l'individu au plus profond, l'empêchant de s'inscrire dans les réalités nécessaires à l'affiliation.

Cette méconnaissance peut aussi être d'autant plus potentialisée par les fortes et permanentes consommations de produits psychotropes, comme l'alcool. Si la vie à la rue est une permanente question d'immédiatetés, elle l'est d'autant plus pour les consommateurs dépendants devant s'approprier, en temps et en heures, le produit qui leur permettra d'apaiser les souffrances du manque et de la vie précaire. Un détachement de la personne à l'égard de son corps émerge, induisant une totale distance tout aussi bien à l'égard des plaies bénignes que des infections aiguës, voire des maladies sévères. Leur réalité vécue n'en est alors que plus éloignée des lentes procédures d'affiliation ou de ré-affiliation.

Enfin, les usagers de drogues illégales sont confrontés à la justice qui, au mieux et pour ce qui concerne le cannabis, peut tolérer leurs pratiques. Parfois, la justice peut décider d'une prise en charge sous injonction, au bénéfice hypothétique si le traitement en question ne correspond pas aux envies, voire aux besoins, de la personne.

Mais la justice peut aussi induire des parcours judiciaires pour un usager, dont la consommation n'est pas criminalisée, mais dont la consommation appelle à l'acquisition, à la détention, voire à la vente, qui, elles, sont bien punissables. Sans doute, la tendance est à reconnaître le consommateur de drogues comme un malade : pour lui, la condamnation pénale devient l'*ultimum remedium*, d'après la note politique fédérale de 2001. La condamnation reste possible, mais ne devrait advenir que par manque d'alternative.

C'est oublier toutefois que dans la réalité, le consommateur est aussi et par définition, acheteur et détenteur, voire vendeur à l'occasion. La réalité des existences d'usagers de drogues désinsérés est telle que l'entraide ou la débrouille effacent les frontières

---

4 KCE, Reports 257 Bs : Soins de santé pour personnes en séjour irrégulier.

que le législateur aurait voulu plus étanches.

C'est là une caractéristique majeure du public d'usagers de drogues sous-protégés socialement, en l'occurrence le fait que leurs comportements peuvent être punis par la loi, et induisant d'autant plus les carrières de désinsertion. Prenons simplement l'exemple de l'accès à certains emplois, compliqué si la personne a un casier judiciaire.

Ceux qui, parmi les usagers de drogues, connaissent une sous-protection sociale, vivent ainsi un cumul et une intrication de problématiques diverses, relevant autant du social que du médical et du psychologique, voire du judiciaire, problématiques qui, toutes, se tournent vers la profonde désinsertion sociale.

#### Un accès compliqué à la première ligne de soins

Ces problématiques cumulées et intriquées, et plus généralement ces processus de désinsertion sociale, limitent fortement l'accès aux dispositifs de santé. Concernant uniquement l'AMU, seules 17 602 personnes en ont fait usage en 2013, ce qui ne correspond qu'à 10 à 20 % des personnes en séjour irrégulier ; à titre de comparaison, 90 % des bénéficiaires de l'Assurance Maladie Invalidité ont eu un contact avec les services de santé sur la même année<sup>5</sup>. Comme d'autres le développent dans ce rapport, l'accès aux soins pour les personnes en séjour irrégulier est donc minimal.

Ce faisant, par manque de prises en charge en amont, les problématiques s'aggravent et s'empirent. La latence entre la première consommation de drogues et la première demande de traitement est souvent supérieure à dix ans.

L'accès aux soins se réalise alors bien plus tard, et, c'est un comble !, en urgence. L'accès à ces services d'urgence est effectivement immédiat et inconditionnel, l'enquête sociale se faisant après coup. A contrario, l'accès aux services de première ligne est souvent conditionnel et territorialisé. Il est territorialisé, alors que la population désinsérée et sans logement stable, est souvent sans accroche géographique forte. Il est conditionnel, alors que ces demandes peuvent relever d'un besoin instantané, une rencontre fortuite, que les professionnels de la santé doivent saisir sur le moment, au risque de couper court à tout hypothétique projet socio-sanitaire.

#### Une aide sociale qui n'est plus en phase avec les réalités

La fugacité des premiers contacts, et la fragilité des relations entre les usagers et le monde socio-sanitaire, s'allient difficilement avec les offres conditionnées ; c'est d'autant plus le cas concernant les procédures d'ouverture de droits.

Le traitement des dossiers en Centres Publics d'Action Sociale, pour diverses demandes d'intervention en ce compris l'Aide Médicale dite « Urgente », s'étendent sur des termes de plus en plus longs, compliquant les soins en temps et en heure, et ce alors même que l'ouverture de certains de ces droits est limitée dans le temps : comme dans le cas de l'AMU, il n'est pas rare qu'une demande de droit soit renouvelée avant même d'obtenir une première réponse positive....

Les enquêtes sociales s'avèrent de plus en plus strictes, longues et poussées, comme dans le cas de demandes de preuve de sans-abrisme... Divers témoignages rapportent toutefois que ces enquêtes n'en sont pas plus justes, et ne prennent pas mieux en compte la réalité de vie des personnes précarisées : citons par exemple la territorialité des droits liés à des CPAS communaux, ou les visites « à domicile » en rue, ignorant forcément le mode de vie des personnes sans-abri.

A nouveau, le public des usagers de drogues sous-protégé socialement se confond partiellement avec d'autres. Il y a néanmoins aussi des spécificités, l'achat et la consommation de drogues, surtout illégales, appelant fréquemment l'utilisateur à une mobilité importante en divers endroits de la ville.

De manière plus générale, la multiplicité des profils des personnes à la rue laissent

---

5 KCE, Reports 257 Bs : Soins de santé pour personnes en séjour irrégulier.



parfois l'intervenant social parfois, voire méfiant. Il est un fait que la multiplicité des problématiques, cumulant par exemple sans-abrisme, consommation de drogues et maladie psycho-somatique, peut constituer un frein à l'intervention sociale. Mais a contrario, d'autres publics sans-abri, ne portant pas les « stigmates » traditionnels de la vie à la rue et possédant par exemple un smartphone, peuvent voir leurs besoins non pris en considération.

À être, par les autorités, toujours plus tendue vers le contrôle, l'aide sociale s'avère parfois déconnectée des enjeux politiques et éthiques de ses missions.

## **Les pistes de solution : bas seuil, intégration et universalisation des droits**

La sous-protection sociale est donc caractéristique de divers publics, en ce compris celui des usagers de drogues fortement désinsérés et connaissant des problématiques multiples. A cela, trois pistes de solution émergent : le bas seuil, l'intégration des services, et l'universalisation des droits.

### Le bas seuil d'accès dans le secteur toxicomanie

Plusieurs opérateurs du secteur toxicomanie ont développé des pratiques dites « à bas seuil d'accès », visant à réduire au minimum le seuil d'accès à ces dispositifs. Ces pratiques reposent sur les principes suivants :

- *Les besoins du patient sont au centre du dispositif et rencontrés sans délai, en tenant compte de ses habilités.* En soi, cela n'est pas novateur, le patient étant normalement au centre de tous les dispositifs de santé. Néanmoins, force est de constater que parfois, les logiques institutionnelles, sectorielles, voire politiques peuvent prendre le pas sur l'intérêt du patient. C'est d'autant plus manifeste, lorsque le patient en question est un patient compliqué, aux problématiques intriquées et aux demandes fragmentées. Ce patient-là peut rester au centre de l'attention du dispositif,.... tant, du moins, qu'il en respecte les règles et les conventions. A défaut, c'est le dispositif, le professionnel, ou l'intérêt de l'offrant qui prime.

Et c'est là toute la difficulté du bas seuil, sachant que les professionnels doivent pouvoir persister dans leur focus sur les intérêts du patient, quels que soient les comportements de ce patient, quelles que soient ses exigences, et quelles que soient les difficultés qu'il génère pour les équipes.

- *L'inconditionnalité de l'offre et la gestion de flux.* L'offre, on l'a compris, est donc inconditionnelle. Cela ne veut pas dire qu'il ne peut pas y avoir de réorientations, si d'aventure la personne peut être mieux prise en charge dans un autre dispositif de soins, et si son accès à cet autre dispositif y est vérifié. Mais avant d'éventuelles réorientations, il s'agit d'abord d'accueillir la personne, quelle que soit sa situation et sa problématique.

Dans une ville - région comme Bruxelles, fortement impactée par de nombreuses formes de précarisation, cela induit naturellement la gestion de flux importants : les dispositifs à bas seuil d'accès doivent se donner la possibilité d'accueillir des files actives de plusieurs centaines de personnes. A l'instar de la réduction des risques, cela induit d'autres horaires, d'autres lieux, d'autres métiers. Cela induit aussi des processus cliniques tout autres : ainsi, pour ce qui est de l'accompagnement psychologique, la lente élaboration peut laisser la place à un accompagnement davantage en prise avec le réel vécu par la personne ; pour ce qui est de l'accompagnement médical, il se polarise avant tout autour de médicaments d'ordre substitutive et psychiatrique, et de soins infirmiers ; pour ce qui est de l'accompagnement social, c'est la remise en ordre administrative qui constitue la plus grande part de la prise en charge.

- *La continuité et la nécessaire perméabilité entre les dispositifs.* Parce que les structures à bas seuil d'accès sont appelées à gérer des nombres importants de

patients, et parce qu'il en découle des processus cliniques spécifiques et pertinents pour un public grandement précaire, la continuité et la perméabilité entre les dispositifs deviennent une nécessité. C'est une nécessité pour les personnes, qui ne trouveront pas dans les structures à bas seuil d'accès, toutes les réponses à tous leurs besoins, en tous temps. C'est néanmoins aussi une nécessité pour les structures elles-mêmes, et les professionnels qui les animent, dès lors que les demandes, en nombre, créent des files, des blocages, de la pression, voire de la pénibilité. Les perméabilités sont nécessaires, pour que les personnes qui peuvent trouver mieux ailleurs, puissent être orientées vers cet ailleurs. Personne n'en doute, mais on peut néanmoins croire en la difficulté, parfois, pour les équipes, d'allier en même temps un accueil ouvert à tous et un accès facilité vers d'autres structures.

- *L'adaptabilité du service aux problématiques.* Les structures à bas seuil d'accès sont donc confrontées à une pression permanente, structurelle. La tentation est forte d'organiser et de mettre en place des procédures. Cela se fait, en partie. En partie seulement, car c'est justement à l'encontre de procédures, notamment administratives, que se confrontent le patient et son accompagnant : pour une nouvelle carte d'identité, une domiciliation, un revenu du CPAS, ou une inscription à la mutuelle. A ces procédures, il est répondu par de l'adaptabilité : l'arrivée massive de migrants induit l'appel à de nouveaux traducteurs ; les injections de drogues « à l'arrache », entre deux voitures ou dans un interstice du métro, motivent le placement dans les toilettes de bacs de récupération de seringues ; et, plus prosaïquement, la rencontre avec des personnes fortement imbibées, inscrites dans d'autres réalités, appelle à une relation de soins sans cesse renouvelée, adaptée.

Cela vaut pour l'amont, mais aussi pour l'aval. Puisque un des enjeux est la gestion de flux, l'inscription des structures bas seuil dans le large réseau socio-sanitaire est incontournable. Les liens se tissent vers les services sociaux, les maisons d'accueil, les services d'accès au logement, les hôpitaux, les services de santé mentale, les maisons médicales, et bien d'autres. L'adaptabilité est alors de mise, même si elle prend du temps, chaque structure répondant à des logiques différentes, voire évolutives, déterminant les modalités de prises de contact, d'accès, et *in fine* de délivrance de l'aide ou du soin.

- *Une logique de santé publique, à partir de l'individu.* Les structures à bas seuil d'accès développent, en résumé, une logique de santé publique, attentive en même temps à des patients en nombre, ainsi qu'à la population générale dès lors que certaines infections peuvent être transmises à des non consommateurs de drogues. Il est néanmoins pertinent de souligner que cette santé publique s'organise à partir de l'individu, dont la spécificité est prise constamment en compte, notamment par la forte adaptabilité des professionnels. L'individu ne disparaît pas dans le global, mais constitue la base de pratiques orientées vers la santé publique.

Les opérateurs mettant en place des pratiques « à bas seuil d'accès », sont donc amenés à gérer d'importants flux de patients, en faisant le lien entre une logique de santé publique et des réponses pleinement individualisées et flexibles. Cela est loin d'être aisé et la pénibilité vécue par les équipes a été retenue à diverses occasions, comme dans le rapport de la Démarche d'Évaluation Qualitative Transversale (COCOF) clôturée en 2013. Le renforcement de ces équipes est donc vécu comme nécessaire, et doit être pris en compte lors des prochaines réorganisations des cadres institués pour les services agréés COCOF, les structures de revalidation et les plans stratégiques de sécurité et de prévention.

### *L'articulation et l'intersectorialité, pour des prises en charge globales et coordonnées*

Au-delà des pratiques à bas seuil d'accès, l'intersectorialité constitue une réponse à la sous-protection sociale des usagers de drogues, dès lors que ces usagers de drogues

sont aussi sans-abri, radiés du CPAS, sans revenus légaux, en prise avec la justice, malades, blessés, handicapés, fragmentés, ou/et détruits (biffez la mention inutile). Ces usagers de drogues, que personne ne prendraient en charge si ce n'était les structures spécialisés, mais dont la prise en charge ne pourrait être réalisée sans une forte articulation avec d'autres acteurs. D'où, le mantra d'un secteur qui se perçoit comme « spécifique et articulé ». On pourrait y ajouter un troisième qualificatif, en l'occurrence « diversifié », dès lors qu'un service d'aide aux toxicomanes n'est pas identique à un autre.

La participation à des réseaux sociaux ou de santé est alors multiple et diversifiée : tout dépend du réseau, mais tout dépend aussi de l'organisation potentiellement membre, et de ce sur quoi elle se focalise. Une structure non médicalisée pourrait peiner à prendre part à un réseau médical, tout comme une structure peu mentalisée pourrait peiner à s'associer à un réseau de santé mentale. C'est trivial, mais cela explique la multiplicité et la diversité des participations aux réseaux, centrés sur l'accès aux soins, le relogement direct des personnes à la rue, la santé mentale, l'hépatite C, etc.

Parallèlement, voire avec l'aide des réseaux, les centres intégrés focalisent à présent une forte attention du secteur. Il en existe déjà à Bruxelles, dont certains accueillant des sous-protégés sociaux, éventuellement usagers de drogues. Mais peu d'entre eux prennent en charge des usagers de drogues vivant la sous-protection sociale : cela peut être le cas lorsque le centre intégré est notamment constitué d'une maison médicale, et que cette maison médicale est constituée de médecins généralistes acceptant d'accueillir les usagers de drogues dans un cadre de traitement de substitution aux opiacés. Nul doute que la substitution constitue une offre de soins nécessaire. Il faut néanmoins remarquer la limitation de cette offre. Plus généralement, il faut souligner que ceux qui ne bénéficient pas de la protection sociale, ne peuvent pas bénéficier de cette offre.

Certains acteurs pensent dès lors à d'autres centres intégrés, accueillant notamment les usagers de drogues sous-protégés sociaux. Trois cas de figures émergent : le centre intégré spécifiquement dédié aux usagers de drogues, accueillant des services complémentaires pour ce public ; le centre intégré, constitué de structures issues de secteurs différents, et ouvert à autant de publics ; et le centre intégré, rénovant les organisations verticales des secteurs et des agréments, pour faire émerger des pratiques social/santé au bénéfice du tout venant. Ce sont là trois modèles, trois projets d'expérimentation, dédiées principalement ou notamment, à la prise en charge des usagers de drogues sous-protégés socialement.

Réseaux et centres intégrés font appel à de nouveaux métiers, déjà expérimentés dans certaines structures articulées : on parle ici d' « interfaces », d' « accompagnateurs psycho-sociaux mobiles », tout comme on a parlé de « case managers ». Les dénominations sont diverses et peuvent souligner des nuances cruciales. Il n'en reste pas moins que ces fonctions tendent à permettre l'articulation, sachant qu'elles s'opèrent souvent hors les murs, entre institutions, sur les lieux de vie, ou/et en « outreach ». Parce que l'accès aux soins, à tous les soins, est difficile pour l'utilisateur de drogues grandement précaire, des professionnels issus de structures spécialisées se mettent en mouvements, vont à leur rencontre, tissent le lien avec eux et avec les autres opérateurs sociaux et de santé. Au vu des problématiques, multiples et intriquées, la fonction est désormais nécessaire.

Mais ne nous leurrions pas : elle ne sera jamais suffisante. A combler les trous qu'on voit ici, on en vient à oublier ceux qui apparaissent là-bas. A demander à des professionnels d'assurer les liens de tous ordres, pour toute problématique ou pour tout public, on en oublie que c'est aux structures, et davantage au système, de se rendre davantage adaptables.

Nous venons parler des structures, et des centres intégrés qui ne sont pour elles qu'une des formes d'adaptabilité ; d'autres devraient encore émerger.

Pour ce qui est des systèmes, beaucoup sont encore à créer....



Au niveau institutionnel : la nécessaire universalité de l'assurance

Au niveau systémique, si des outils existent, d'autres sont à implémenter. Et plus largement, un cadre général permettant l'accès aux soins des plus défavorisés doit encore être construit. Car en réalité, tout le monde n'a pas accès à l'intervention majorée, au tiers payant social, au maximum à facturer ou encore au forfait médical.

Les bénéficiaires de revenus du CPAS peuvent accéder à l'intervention majorée, au maximum à facturer, et au tiers payant social. Le tiers payant social est aussi accessible aux personnes fréquentant un centre d'accueil pour toxicomanes, tandis que le maximum à facturer l'est notamment pour les malades chroniques, qui peuvent en outre bénéficier d'autres mesures par la mutuelle, comme le forfait de soins. Les maisons médicales au forfait offrent enfin une solution aisée aux ménages ayant un bas revenu...

L'accès aux soins est donc indéniablement facilité par ces divers avantages.

Mais une condition persiste, à savoir l'affiliation de la personne au système, à une mutuelle, au CPAS. Les sous-protégés sociaux ne le sont pas.

L'assurance universelle est le pas plus loin, nécessaire, pour consolider une société davantage inclusive.

Parce que les inégalités sont de plus en plus fortes, et que la précarité s'étend à davantage de strates sociales, la possibilité est toujours plus grande de chutes toujours plus sévères.

Pour contrer ces mouvements, l'universalité de l'accès aux droits et aux soins devient une nécessité.

Si elle n'est réaliste au niveau fédéral, le sera-t-elle au niveau régional bruxellois ? On sait que le Plan Santé accorde une forte importance à l'accès aux soins. Permettra-t-il cet accès, pour tous ?

Quant au Plan Sécurité & Prévention, aidera-t-il une prise de distance par rapport à la criminalisation, toujours possible en Belgique, des usagers de drogues ? Permettra-t-il l'émergence de réelles alternatives à la condamnation du consommateur de drogues, dès lors que, par définition, il en a fait l'acquisition ?

Ou les sous-protégés sociaux hanteront-ils encore, malades, nos prisons, nos rues, nos gares, et les interstices d'une ville qui se veut capitale ?

Fédération bruxelloise des Institutions pour Toxicomanes

[www.feditobxl.be](http://www.feditobxl.be)

Juin 2016