

Constats en matière de soins, assistance et accompagnement

1. Organisation du secteur

Le secteur des soins, de l'assistance et de l'accompagnement, comme d'autres domaines de l'action publique en notre pays, est fractionné selon des lignes de contraintes bien connues (niveaux fédéral, communautaire et régional). Du côté de la Région wallonne et ailleurs sans doute, peut-être que la volonté d'organiser le secteur selon la formule des réseaux tendra à réarticuler en partie ce qui présentement souffre d'une forme d'éclatement ou de dispersion des moyens. Cela étant, le Collège voudrait attirer l'attention sur le fait que les catégories de l'action publique communément utilisées à l'un ou à l'autre niveau de pouvoir sont peut-être elles aussi mal adaptées à la question générale des psychotropes. Ainsi la distinction classique depuis à tout le moins le milieu des années 1970 entre l'« ambulatoire » et le « résidentiel » : cette distinction charrie avec elle une tendance à associer l'« ambulatoire » avec un « travail en individuel » et ce dans une orientation par exemple de « santé mentale » et, d'autre part, le « résidentiel » avec « enfermement », « travail de groupe » et peut-être « psychiatrie lourde » ; or il est des modalités d'intervention qui se rangent mal sous l'un ou l'autre de ces intitulés. Il y a, à titre d'exemple, du travail individuel mené dans certaines interventions résidentielles et des groupes de soutien ou du travail dit communautaire au départ de formules ambulatoires. Il en va de même avec la notion de « prévention tertiaire » : cette notion renvoie à un mode d'action visant à éviter une rechute dans un état de maladie, c'est-à-dire ici *de facto* à l'abstinence complète. Or à moins de nier l'évidence des faits, il est assez clair que passer d'une situation d'assuétude à celle, par exemple, d'une consommation occasionnelle représente un gain manifeste pour la personne concernée et ce quand bien même l'objectif de prévention tertiaire ne serait pas atteint *in abstracto*. Cette difficulté n'est pas que sémantique ou lexicale en ce sens que les catégories communément retenues orientent des possibilités de financement et d'administration des services au sens large.

Recommandation 51

Le Collège encourage une réévaluation de la confection et de l'usage des catégories usuelles dans le domaine de l'action publique. Des distinctions à orientation nettement plus pragmatique pourraient être une alternative : primo-consommations, usages occasionnels ou récréatifs, usages aigus, usages chroniques, assuétudes proprement dites, usages mêmes occasionnels mais accompagnés de troubles psychiatriques patents, etc.; par exemple aussi : intervention centrée sur le consommateur, sur sa communauté éducative dans le cas de mineurs, sur l'environnement professionnel, sur les normes et les valeurs collectives, etc.

Sans aucune intention de statuer sur le caractère raisonnable ou non de ces catégories – elles sont mentionnées ici à titre illustratif uniquement –, on remarquera tout de même que le fait de les nommer en conformité avec des « faits » ou avec des « évaluations » de situations concrètes vécues par les gens devrait grandement aider les synergies d'acteurs de terrain, différents selon leurs ancrages administratifs et financiers certes, mais partageant des problématiques apparentées. Un seul exemple parmi d'autres devrait suffire afin d'éclairer cette possibilité : pourquoi, si ce n'est pour des raisons de contraintes administratives

et institutionnelles, ne pas pouvoir accueillir ou maintenir dans un centre résidentiel (financé par l'Inami) un consommateur abstinent ou stabilisé, désireux de reprendre une formation dans l'enseignement technique supérieur (Communauté) en utilisant les services résidentiels au titre de soutien à son état (prévention tertiaire) et à celui d'un internat sur le plan de son logement (insertion sociale)...

2. Notion de "tuilage"

Comme dit plus haut, les offres habituelles d'assistance et de soins sont généralement organisées selon des catégories ne tenant compte ni de la globalité des situations, ni surtout des inévitables évolutions en ce y compris les effets d'aller et retour et des changements de cap que suppose une trajectoire d'évolution individuelle. Il convient dès lors que les services puissent s'adapter à ces situations en présentant un ensemble d'offres suffisamment recouvrantes ("tuilage") de manière à assurer une continuité et une adaptabilité au sein du réseau ainsi formé.

Par ailleurs l'offre "compartimentée" que nous connaissons ne propose que trop peu d'alternatives pour répondre aux variations des demandes en terme de quantité mais aussi en terme de contenu. Ceci conduit à des listes d'attente inopportunes pour les personnes aux comportements souvent erratiques, au risque bien souvent de rater ainsi le coche et d'accentuer le "shopping" institutionnel faute de réponse adéquate.. Enfin les partenaires du réseau ont l'impression trop souvent de servir d'antichambre les uns aux autres.

Recommandation 52

Le Collège propose de compléter l'offre par l'adjonction des maillons manquant régionalement; à cet effet les réseaux prévus par le Décret wallon en matière d'assuétudes seront d'une aide appréciable afin de déterminer le manque pour chaque zone.

Recommandation 53

Au vu de l'évolution du public bénéficiaire '(augmentation de l'âge, présence féminine accrue, parentalité des patients consommateurs, ...), le Collège propose que l'outil "Centres de jour" soit plus et mieux utilisé de par son caractère moins désinsérant et la souplesse d'adaptation qu'il offre particulièrement en terme d'insertion socio-professionnelle.

Recommandation 54

Le Collège encourage les coopérations au sein de réseaux de manière à ce que la diversité de l'offre soit cliniquement concertée en garantissant la place centrale des bénéficiaires comme acteurs et/ou co-acteurs de leur avenir.

3. Données en matière de soins, assistance et accompagnement

En Communauté française ainsi qu'en Région wallonne, nous connaissons un déficit patent de données permettant d'orienter l'action publique en la matière, à telle enseigne que les données chiffrées dont les administrations ont éventuellement besoin doivent être confectionnées par des acteurs de terrain peu à même de mener ce travail avec les garanties requises de formation

et de compétences. Les données sur lesquelles peuvent reposer les prémisses d'une action publique rationnelle et concertée dépendent donc largement d'un « bricolage » entrepris par les acteurs de terrain et elles sont donc à utiliser « à la grosse louche » ou en « toutes premières approximations ».

Il demeure cependant que l'impression forte qui se dégage des données disponibles est celle d'une insuffisance de l'offre de soins.

4. Offre résidentielle

En ce qui regarde l'offre résidentielle (« communauté thérapeutique et centre de court séjour ») pour l'ensemble de la Communauté française, le nombre de places disponibles se situe entre 120 et 150 unités. C'est, en proportion, moins que chez nos voisins immédiats ; c'est très en dessous des unités mises sur pieds et financées par des pays comme la Suède ou l'Italie (dans ce dernier cas, le rapport avec la Belgique est de l'ordre de 1/40) ; par ailleurs, ces lits sont partiellement dédiés à l'alcool (c'est bien entendu très heureux en un sens mais cela diminue d'autant l'accueil résidentiel des autres assuétudés).

Par ailleurs, il y a peu de possibilités d'accueillir des femmes dépendantes accompagnées de leurs jeunes enfants éventuels (exception notoire : quelques possibilités à « Trempoline »). Lorsque cela est tout de même possible (exemple : « Les Hautes Fagnes » à Malmédy), l'accompagnement psycho-social spécifique des enfants reste sous-développé.

5. Le secteur ambulatoire

Dans le domaine des services ambulatoires, il ressort des données disponibles que ceux-ci travaillent « à plein régime » de leurs capacités d'accueil et d'accompagnement.

Dans l'ambulatoire comme dans les formules résidentielles, les files d'attente sont une réalité bien palpable.

Ce secteur assume la part la plus importante des actions en assuétudés, tant en terme de patientèle qu'en terme de diversité de projets préventifs et curatifs.

Les tutelles et les sources de financement de ces services sont très diversifiées.

Le niveau fédéral soutient principalement les Maisons d'Accueil Socio Sanitaires, ainsi que diverses initiatives communales à travers les « Plans de Prévention et de Proximités » et les « Contrats de sécurité ».

Les Régions bruxelloise et wallonne soutiennent des centres spécialisés en assuétudés, organisés par décrets¹¹ et 6 Services de Santé Mentale « à missions spécifiques en assuétudés »¹²⁽²⁾.

Bon nombre de ces centres spécialisés développent également des « programmes de promotion de la santé » complément souvent indispensable à leurs activités de soins et d'accompagnement.

¹¹ 27 avril 1995 : Décret relatif à l'agrément et aux subventions des services actifs en matière de toxicomanies.

¹² 27 novembre 2003 : Décret relatif à l'agrément et au subventionnement des réseaux d'aide et de soins et des services spécialisés en assuétudés. Application prévue en 2006.

¹² 4 avril 1996 : Décret organisant l'agrément et le subventionnement des services de Santé Mentale.

Si la plupart des préoccupations du secteur ambulatoire se retrouvent au sein du présent rapport, celles-ci n'auront de sens que si les équipes acquièrent une stabilité en terme d'emploi et de réelles possibilités de développement.

Répondre à des besoins en constante évolution suppose des approches créatives dynamiques, pro-actives et transversales (voir recommandations 25 et 26).

Ceci implique également le développement des compétences à travers les activités de formation, de supervision et de réseau.

Recommandation 55

Le Collège recommande que le temps de prestations non curatives effectuées par les médecins généralistes indépendants au sein d'équipes pluridisciplinaires, principalement les temps d'intervisions, de réunion ou de travail en réseau, puisse être rémunéré et que ce financement soit prévu dans les subventions.

Recommandation 56

Le Collège recommande que le temps d'intervention et de formation consacré par les médecins généralistes indépendants dans le cadre des exigences de « l'Arrêté royal sur les traitements de substitution »¹³ bénéficie d'un financement ou de l'accréditation.

Recommandation 57

Le Collège recommande que les activités de formation, de supervision et de recherche soient encouragées et que des budgets soient prévus à cet effet dans les subventions aux associations.

6. Problématiques des personnes incarcérées

Le Collège attire l'attention sur l'existence d'une difficulté récurrente à organiser l'aide aux personnes incarcérées. A peu près la moitié des personnes privées de liberté dans notre pays est composée soit d'individus qui étaient consommateurs de produits illicites avant leur incarcération, soit d'individus pour lesquels cette consommation est initiée pendant l'incarcération. On se trouve confronté à l'existence d'un contexte particulièrement favorable à la circulation et à la consommation de produits psycho-actifs licites et illicites mais aussi à l'initiation aux consommations et alors même que – on ne le soulignera jamais assez - les outils institutionnels (« accords de coopération », ...) devant permettre une réelle action sanitaire en milieu carcéral sont déjà en place.

Des opérations de prévention par les pairs en prison (opérations boule-de-neige) ont été développées sur base pilote et évaluées très positivement par tous les acteurs concernés. Ces actions pilotes menées en 2002-2003 n'ont pu s'étendre, faute de moyens.

Recommandation 58

Le Collège insiste afin que des avancées soient réalisées en vue de garantir à tous les détenus des formules d'aide similaires à celles disponibles en dehors des murs des prisons; ceci suppose:

¹³ 19 mars 2004 : Arrêté royal réglementant les traitements de substitution.

- 1) de clarifier les compétences respectives et une implication forte des Ministres de la Santé des entités fédérées dans les aspects de la politique en matière de soins qui relèvent de leur compétence. En particulier le principe d'équivalence d'accès à des soins et assistance de même qualité pour les personnes détenues que non détenues doit être assuré
- 2) de même, d'assurer l'accès des acteurs d'organismes extérieurs dans des conditions qui permettent un travail de qualité
- 3) de renforcer des programmes de formation vers les agents pénitentiaires et personnel de santé des établissements pénitentiaires
- 4) d'assurer un accès au vaccin contre l'hépatite B pour les personnes détenues
- 5) de renforcer l'accessibilité aux informations de réduction des risques notamment par la généralisation des opérations boule-de-neige en prison
- 6) de développer l'accès aux moyens de réduire ces risques, notamment le matériel d'injection
- 7) d'assurer un accès aux traitements de substitution pendant toute la détention et pour tous les détenus dépendants aux opiacés qui le nécessitent ou le demandent.

7. Question des mineurs

En matière de prise en charge des personnes mineures dépendantes, il faut bien constater que ce thème fait débat. D'une part, il semble que les structures pédopsychiatriques d'une part, et les Services de Santé Mentale d'autre part ne suffisent pas à la tâche auprès de mineurs. Leurs offres de service ne semblent pas concerner l'ensemble des demandes. Il faut constater par ailleurs que de temps à autres, des mineurs dépendants fréquentent les institutions pour majeurs, notamment des centres résidentiels. Or cette possibilité n'est pas assurée par l'échelon fédéral.

Recommandation 59

Le Collège recommande la mise en place d'un groupe de travail réunissant des représentants des secteurs de l'aide à la jeunesse (Conseillers d'arrondissement de l'aide à la Jeunesse), assuétudes (Fédito), et hospitalier (pédopsychiatre).

Ce groupe de travail aurait pour mission:

- d'évaluer les besoins réels concernant les mineurs dépendants,
- d'évaluer les ressources actuellement existantes tant ambulatoires que résidentielles,
- de réfléchir aux orientations les plus à même de répondre aux besoins, entre d'une part l'option consistant à optimiser les ressources existantes (en terme de formation, complément de personnel qualifié) et d'autre part, celle consistant à élaborer un projet expérimental de lieu d'accueil spécifique pour mineurs dépendants. Ces deux options ne s'excluent pas nécessairement.

Recommandation 60

Le Collège recommande que les services d'aide à la jeunesse (AAJ) aient accès aux formations organisées par le réseau spécialisé afin d'améliorer leurs capacités à gérer les situations d'assuétudes et de développer le travail en réseau avec les structures d'aide et de soins

Un budget devrait être mis à la disposition des institutions d'AAJ afin de permettre la participation à ces formations.

8. Soutien aux parents toxico-dépendants et à leurs enfants

Des projets de ce type sont déjà développés à Liège, Charleroi, Namur et Bruxelles. Une approche systémique et globale tend à agir sur les usagers et leur famille mais aussi sur le contexte psycho-médico-social auquel ils sont confrontés et qui peut être générateur de difficultés.

Un volet « accompagnement » comporte des aspects de santé mentale ambulatoire, d'aide à la jeunesse mais aussi de prévention de troubles de santé et de santé mentale chez l'enfant (travail du lien parental, prévention des ruptures affectives et des phénomènes d'exclusion, conseils éducatifs aux parents, ...).

Un volet « formation – sensibilisation » cible le public des intervenants concernés par ces situations complexes, difficiles à gérer sur le plan émotionnel.

La méconnaissance des questions d'assuétudes, les représentations négatives ou discordantes, les incohérences entre professionnels mènent à des échecs dommageables, principalement pour l'enfant : placements injustifiés, rupture des liens, stigmatisation.

Un important travail de formation et de supervision est développé au sein d'ateliers, de groupe de supervision ou au travers des formations d'équipes (AAJ, ONE, ...).

Les équipes portant ces projets « transversaux » sont soumises à des compétences ministérielles différentes, donc à des logiques et des grilles de lecture ou d'évaluation différentes.

D'où une lourdeur de gestion, un sentiment de non-reconnaissance, d'insécurité permanente et des problèmes de stabilisation à long terme.

Recommandation 61

Le Collège d'experts recommande la mise en place d'un dispositif interministériel qui permette l'agrément, l'accompagnement et le financement de projets transversaux regroupant les diverses compétences impliquées dans la prise en charge des parents toxico-dépendants (cf. recommandation 26).