



Maison d'Accueil Socio-
Sanitaire (MASS) de
Bruxelles ASBL

RAPPORT D'ACTIVITE 2016

MASS ASBL
Rue de Woeringen n° 16 -18, 1000 Bruxelles
Site Web : www.mass-bxl.be
Tél : 025053290 (service thérapeutique)
025053296 (service administratif)

Table des matières

Table des matières	2
I. Introduction - L'histoire de la MASS de Bruxelles	3
A. Contexte politique et social	3
B. Développement d'un secteur Toxicomanie (Assuétudes - Addictions)	4
C. Naissance des MASS	6
II. Objectifs, missions et activités	7
A. Objectifs	7
B. Missions	7
C. Activités	8
III. Bas seuil et flux	9
A. Principes généraux du Bas seuil	9
B. Le flux	10
IV. Les usagers de la MASS en quelques données socio-démographiques	12
A. Statut de séjour et accès aux soins (statut assurabilité)	12
B. Sexe/âge	14
C. Lieu de vie	15
D. Niveau d'instruction	16
E. Situation d'emploi/ revenus	17
V. Description profil des nouvelles demandes de traitement	18
A. Description du traitement	19
B. Description du profil d'addiction	21
VI. Rétrospective 2016	24
A. Formations et colloques	24
B. Travail en réseau	25
C. Activités externes	28
D. Projet réinsertion socio-professionnelle	28
VII. La prise en charge médicale à la MASS	29
A. Hépatite C et HIV	31
B. Définitions	32
C. Nos chiffres	32
D. A propos de ces chiffres	33
VIII. Conclusion	34

I. Introduction - L'histoire de la MASS de Bruxelles

A l'heure du transfert de certaines compétences de l'état fédéral vers les entités fédérées, dont la gestion et le financement des conventions de réadaptation fonctionnelle, il nous semble utile de retracer un peu l'histoire de la Mass afin d'en saisir les fondements, dans l'espoir que ceux-ci pourront être préservés au cours du transfert vers la Commission Communautaire Commune.

C'est donc en septembre 1999 que la Maison d'Accueil Socio Sanitaire de Bruxelles ouvre ses consultations spécialisées pour usagers des drogues exclus des soins, dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle conclue avec l'INAMI¹.

Le contexte politique et social est alors en pleine mutation sur la question des drogues et c'est dans ce mouvement que la Mass de Bruxelles a été pensée afin de soutenir un projet novateur en terme de prise en charge de publics consommateurs très marginalisés.

A. Contexte politique et social

Au début du 20^{ème} siècle, la législation belge en matière de drogues vise essentiellement à protéger les personnes qui absorbent des substances stupéfiantes. La loi régit les professions de l'art de guérir et les conditions dans lesquelles doivent s'effectuer la préparation, la conservation, la vente et la délivrance des stupéfiants. En 1921, le gouvernement belge vote une loi renforçant la répression de l'usage des stupéfiants en société ainsi que le fait de faciliter à autrui l'usage de stupéfiants. La fin des années soixante voit s'étendre l'usage de l'héroïne; ce phénomène amène le législateur à voter en 1975 une loi qui se contente pour l'essentiel de renforcer l'aspect répressif de la loi de 1921, en n'envisageant en aucun cas les aspects thérapeutiques et préventifs des addictions. Pour les délits définis dans cette loi, il existe des sanctions à l'égard des personnes qui fabriquent, détiennent ou diffusent des stupéfiants, et donc, corollaire de la détention à l'égard des personnes qui font usage de ces drogues et des praticiens qui prescrivent des substances stupéfiantes de nature à créer, entretenir ou aggraver une dépendance.

¹ Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

A peu près à la même époque sera établie une nouvelle politique intégrée de santé mentale. Celle-ci aboutit, entre autres, à la création d'un réseau de centres de santé mentale ambulatoires comme alternative à l'hospitalisation psychiatrique.

Le choix est posé de ne pas créer de structures spécifiques pour les toxicomanes, mais d'intégrer leur prise en charge dans ce nouveau dispositif (constitué des services psychiatriques des hôpitaux et des centres de santé mentale). Il s'agit de la part des politiques d'un choix économique à court terme, les addictions ne représentant pas à l'époque l'ampleur qu'on lui connaît aujourd'hui.

Dans les faits, très peu d'équipes de centres de santé mentale manifesteront de l'intérêt pour la *patientèle* des toxicomanes. Les travailleurs psycho-médico-sociaux ne sont pas formés à la prise en charge de ceux-ci et rien n'est prévu pour pallier à ce manque. Les centres hospitaliers de leur côté ne développent pas encore d'approche particulière pour ce public qui est admis dans les unités de psychiatrie générale, avec les patients psychotiques et dépressifs; les toxicomanes sont généralement accueillis avec méfiance et préjugés « ce sont des menteurs, des manipulateurs voire des pervers », et leur traitement est fondé sur un objectif de sevrage physique à court terme et de sortie rapide, au mieux avec une référence vers les centres de santé mentale.

C'est dans cette absence de réponse spécifique que vont se développer les premiers centres d'aide aux toxicomanes; certains centres de santé mentale se spécialisent dans la clinique des toxicomanes et de nouvelles structures voient le jour et pourront être soutenues dans leur fonctionnement par des conventions annuelles de financement avec le système de sécurité sociale.

Dans tous les cas, les toxicomanes pris en charge par ces nouvelles filières doivent être, d'une manière ou d'une autre, administrativement en règle pour que les soins puissent être remboursés par les organismes assureurs.

B. Développement d'un secteur Toxicomanie (Assuétudes - Addictions)

La première convention de rééducation fonctionnelle conclue avec un centre spécialisé de traitement pour toxicomanes et l'INAMI a été signée en 1980. Il s'agissait d'une communauté thérapeutique. En 1983, c'est avec un centre ambulatoire fonctionnant essentiellement sur base de groupes thérapeutiques qu'une convention est conclue. Toujours la même année, un centre de crise

spécialisé pour toxicomanes se voit conventionné. Durant ces années 80, les conventions seront surtout conclues avec des établissements résidentiels.

Ces premières conventions de rééducation fonctionnelle ne sont en rien issues d'une volonté spécifique des instances de gestion de l'INAMI mais émanent exclusivement d'initiatives de terrain.

En 1988-1989, nous assistons à la création de la Région de Bruxelles-Capitale suite à la troisième réforme de l'Etat. Cette nouvelle région se voit, dès lors, dotée d'un parlement et d'un gouvernement propre, en vue de construire une politique spécifique liée à la réalité urbaine de la capitale. Dans les faits, cette politique sera fondée, entre-autre, sur base des expertises et des pratiques des associations existantes, par le biais d'une reconnaissance et d'une formalisation de ces expériences régionales via l'établissement d'une série de textes de loi.

Le principe de « liberté subsidiée » qui régissait jusqu'alors les rapports de collaboration entre les pouvoirs publics et les associations glisse progressivement, au gré du travail législatif, vers un mode de régulation plus proche de la tutelle avec pour corollaire, un encastrement progressif du secteur associatif dans le secteur public.

Une série de dispositions légales et institutionnelles voient le jour fin des années 80, qui vont dessiner des pistes nouvelles en matière de gestion des drogues.

Deux filières vont dès lors organiser le développement d'une politique « drogues » à Bruxelles : la filière de la prévention et la filière de la limitation des dommages dépendant du niveau COCOF et la Communauté Française, le curatif restant en grande partie du ressort du fédéral via les conventions de réadaptation fonctionnelle, les hôpitaux et la médecine générale.

C'est à partir des années 90 que les différents pouvoirs politiques, en concertation, vont dessiner les contours d'avancées déterminantes dans le secteur des soins et de la réduction des risques.

En 1994, les ministres se penchent sur la question des cadres législatifs relatifs aux nombreux traitements des questions liées aux drogues et il apparaît que la tendance est manifestement à l'ouverture.

Une première étape dans ce sens est réalisée via la conférence de consensus d'octobre 1994. Le jury de cette conférence consigne dans un rapport, les

réponses d'experts aux questions de base concernant les traitements de substitution. A la question « la méthadone constitue-t-elle un traitement efficace dans le traitement de la dépendance à l'héroïne ? », le jury répond positivement et reconnaît que la méthadone a des effets favorables sur la consommation d'héroïne (réduction de consommation), la santé (réduction de la mortalité et de la contamination par le HIV, hépatites B et C), l'intégration socio-professionnelle.

C. Naissance des MASS

En février 1995, « le Programme d'action Toxicomanie - Drogues » du gouvernement fédéral est publié. Il émane d'une conférence interministérielle (Santé, Affaires Sociales, Justice, Intérieur, Politique scientifique).

Ce programme entend développer les 10 points suivants :

1. Création d'un fond pour les soins aux utilisateurs de substances stupéfiantes.
2. Amélioration de la formation du personnel pénitentiaires.
3. Favoriser la distribution des seringues aux toxicomanes.
4. Extension du droit de fermeture des établissements où se commettent des infractions liées au trafic ou à la consommation de stupéfiants.
5. Mise en place de maisons d'accueil socio-sanitaire pour consommateurs de drogues.
6. Programme de lutte contre l'usage récréatif de drogues.
7. Mise en place d'une politique scientifique relative à la problématique de la toxicomanie.
8. Organisation optimale de l'offre de soins aux consommateurs de drogues, avec un accroissement du nombre de patients pris en charge par les prestataires de soins et un renforcement de l'offre de soins dans le secteur pénal.
9. Mesures visant à réduire l'offre de stupéfiants.
10. Etude des conséquences de l'usage de drogues pour la sécurité routière.

Inspirée par des modèles étrangers (Suisses et Hollandais), le point 5 indique la création, une par grande Ville-Province, de maisons d'accueil socio-sanitaire « à seuil bas » (MASS) pour usagers de drogues fortement marginalisés et qui, de ce fait, ne peuvent être aidés par les services « classiques ».

Pour financer ces centres spécialisés pour toxicomanes l'I.N.A.M.I. pourra conclure, avec des opérateurs médico-sociaux (Villes, CPAS ou ASBL) des conventions type MASS. En effet, les articles 22, 6° et 23, § 3, de la loi SSI (Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994)

permettront au Comité de l'assurance de conclure des conventions qui, au-delà de leurs principes communs, pourront autoriser le développement de programmes spécifiques en fonction du paysage démographique et institutionnel du lieu d'implantation. C'est ainsi que les MASS se développeront de manière parfois très différentes d'une région à l'autre.

II. Objectifs, missions et activités

A. Objectifs

Les objectifs s'articulent principalement autour de quatre axes :

1. Augmenter les contacts avec les consommateurs de drogue les moins « demandeurs » des dispositifs d'accueil et de soins.
2. Limitation des dommages liés à l'usage des drogues et amélioration de la qualité de la vie.
3. Rééducation fonctionnelle.
4. Réinsertion vers le réseau socio-sanitaire d'aides et de soins existant.

B. Missions

Le pari est le suivant : sans se substituer aux services déjà existants, il s'agit d'entrer en contact (et de maintenir ce contact) avec les plus marginaux des usagers de drogues et d'augmenter leur accès (bas seuil) à des aides sociales psychologiques et sanitaires de « très haut niveau » (« réanimation sociale », médecine d'urgence, traitements de substitution complexes, intervention de crise psychiatrique, etc...).

Contrairement à d'autres centres où l'aide est organisée, voire conditionnée, autour d'un projet prédéterminé par l'institution (hospitalisation, sevrage, thérapie institutionnelle résidentielle), la MASS de Bruxelles tente d'adapter les offres d'une équipe *interdisciplinaire* en fonction des besoins et des possibles.

Créer et maintenir un lien par des offres réalistes pour ceux qui, momentanément ou plus chroniquement, ne s'accommodent pas des « structures classiques ».

Autant dire que la MASS s'adresse avant tout « *aux drogués*² » qui présentent le plus de problèmes en nombre et en ampleur ; par exemple : pas de domicile fixe, pas de statut social, parfois clandestinité sur le territoire, poly-toxicomanie, troubles psychiatriques, comportements « antisociaux », toutes raisons pour lesquelles « personne » ne peut ou ne veut s'en occuper au long cours.

C. Activités

Les offres de service sont :

- Large accessibilité (ouverture 6 jours sur 7), accueil inconditionnel, lieu du premier contact où les patients peuvent se poser, toute la journée s'ils le souhaitent.
- Aide sociale à tous niveaux. (assurabilité, ressources, logement, médiation de dette, justice, accompagnement aux démarches extérieures)
- Dispensaire, soins somatiques, éducation à l'acceptation et au respect du corps.
- Aide psychologique au moyen de laquelle la construction d'un cadre de contact sera privilégiée.
- Soins médico-chirurgicaux de première ligne.
- Délivrance ou prescription de produits de substitution, de médicaments psychotropes et somatiques.
- Traitements psychiatriques généraux.

Doté d'une équipe thérapeutique *interdisciplinaire* (éducateurs, assistants sociaux, infirmières, psychologues, médecins et psychiatres, notre centre (non résidentiel) accueille et soigne quotidiennement un public correspondant aux objectifs du projet : des patients toxicomanes, désinsérés, en situation précaire, exclus du logement, sans couverture sociale, souvent sous influence de produits divers, agités ou souffrant de pathologies psychiatriques associées à la toxicomanie.

² « Drogués » est le terme qui a été retenu au moment de la fondation de la MASS. Depuis, le politiquement correct a fait évoluer « l'objet » de nos soins de : Toxicomanes, Usagers de drogue, Personnes sujettes à des addictions, ...

III. Bas seuil et flux

A. Principes généraux du Bas seuil

Comme son nom l'indique, les pratiques dites « à bas seuil d'accès », visent à réduire au minimum les freins à l'accès à nos services d'accueil-socio-sanitaire.

Ces pratiques reposent sur **les piliers suivants** :

- L'adaptabilité du service aux problématiques : les besoins du patient organisent les offres du dispositif et sont rencontrés sans délai, en tenant compte des habilités et des carences du patient. Ce préalable est d'autant plus compliqué lorsque le patient en question se présente avec des problématiques intriquées et des demandes fragmentées. Ce patient-là doit néanmoins rester au centre de l'attention du dispositif bas seuil, pour peu qu'il en respecte les règles minimum. A défaut de ce principe, 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 celui-ci, quelles que soient ses exigences, et quelles que soient les difficultés qu'il génère pour les équipes.
- Continuité des soins et logique de santé publique à partir de l'individu : le bas seuil d'accès développe donc 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 (HCV/HIV). Il est néanmoins pertinent de souligner que cette logique de 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.
- Travail en réseau : puisque un des enjeux est la gestion et l'orientation vers le réseau existant des demandes qui nous sont adressées, l'inscription dans un large réseau socio-sanitaire est incontournable. Les liens se tissent avec 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. La nécessité de temps de rencontre et de concertation est alors de mise afin de s'articuler, même si cela s'avère difficile de fait de ce que chaque structure

répond en effet à des logiques différentes, voire évolutives, déterminant les modalités de prises de contact, d'accès, et In fine, à la délivrance d'aide ou de soin.

- L'inconditionnalité et l'accessibilité de l'offre : tant aux nouveaux qu'à ceux qui ont déjà été accueillis auparavant. Ceci implique un flux important. Cette offre inconditionnelle ne veut pas dire qu'il ne peut pas y avoir de réorientations, si la personne peut être mieux prise en charge dans un autre dispositif de soins, et si son accès à cet autre dispositif y est possible. Mais, avant d'éventuelles réorientations, il s'agit d'abord d'accueillir la personne, quelle que soit sa situation et sa problématique.

Cela induit naturellement une gestion de flux importants : nous devons accueillir une file active de plusieurs centaines de personnes par an, lesquelles nous adressent des demandes diverses, variées, ponctuelles ou au long court.

B. Le flux

- File active (annuelle, mensuelle et hebdomadaire) : Nombre de patients différents qui ont eu au moins un contact avec l'institution.
- Nouvelles demandes : Concerne des demandes de prise en charge de patients qui n'ont jamais été en contact avec notre centre auparavant (le nombre de demandes correspond au nombre de patients différents).
- Demandes de reprises : Concerne des demandes de prise en charge de patients qui ont déjà été en contact avec notre centre (un patient peut nous adresser plusieurs demandes de reprise sur un an).
- Contacts patients : Représente le nombre total de contacts avec les patients. Nombre d'entrées différentes dans l'institution sur une base journalière.
- Consultations : Nombre total de consultations individuelles réalisées par l'ensemble de l'équipe thérapeutique.

	2013	2014	2015	2016
File active annuelle	577	622	611	624
File active mensuelle	324 patients	313 patients	326 patients	332 patients
File active hebdomadaire	170 patients en moyenne	170 patients en moyenne	169 patients en moyenne	173 patients en moyenne

	2013	2014	2015	2016
Nombre de nouvelles demandes	/	168 demandes	124 demandes	162 demandes
Nombre de demandes de reprise en traitement	/	248 demandes	265 demandes	202 demandes
Nombre annuel de contacts patients	12.978 contacts	12.777 contacts	13.084 contacts	13.332 contacts
Moyenne du nombre de patients par jour	/	46 patients	47 patients	48 patients
Nombre annuel de consultations	19.043 consultations	19.520 consultations	19.499 consultations	20.373 consultations
Moyenne du nombre de consultations par jour	/	70	70	73

- Demandes de prises en charge

364 demandes de traitement nous ont été adressées par 327 patients différents (certains patients nous ont adressé plusieurs demandes sur l'année).

- 9 % (34) des demandes ont été orientées dans le réseau.
- 16 % (60) des demandes étaient des prises de contact qui n'ont pas débouché sur un suivi.
- 23 % (85) des demandes concernaient ce que nous appelons des « dépannages ». En d'autres termes, nous assurons la continuité des traitements qui ont été initiés soit à partir de ces premières demandes, soit par un collègue extérieur à la MASS (médecin en congé, patients en attente d'entrer dans un centre, patients en transit).
- 51 % (185) des demandes ont donné lieu à une prise en charge à la MASS.

- Suite des prises en charge

En moyenne 52 % des nouvelles prises en charge n'ont pas donné lieu, dans le chef des patients, à un suivi de plus de 6 mois.

Ces données, démontrent que nous travaillons avec un public très mobile qui «décroche» régulièrement et que nous avons besoin d'une large équipe pour travailler dès le premier contact et renforcer ce lien nécessaire à la poursuite et au maintien d'un suivi psycho-médico social de qualité.

Au 31/12/2016, 382 patients (61% de la file active annuelle) étaient toujours en traitement.

IV. Les usagers de la MASS en quelques données socio-démographiques

Choix de l'échantillon = « photo » de profil des **382** patients en traitement au 31/12/2016

A. Statut de séjour et accès aux soins (statut assurabilité)

Le statut de séjour et l'assurabilité des patients sont certainement les données les plus complètes que nous puissions analyser.

L'ouverture d'un accès aux soins via : l'affiliation aux organismes assureurs, l'activation de l'aide médicale urgente ou l'obtention de cartes médicales et de réquisitoires est l'une des missions que nous assurons au mieux puisqu' il s'agit non seulement de garantir aux patients l'accès aux traitements que nous prescrivons, mais également le financement de l'institution.

Seulement **40 %** des patients sont en ordre de mutuelle lorsqu'ils s'adressent à nous.

Mais lorsque l'on analyse « l'état d'assurabilité » des patients en traitement au 31/12/2016 (382), c'est-à-dire en contact avec nos services de manière plus ou moins régulière, on peut remarquer que **76 %** d'entre eux ont un accès aux soins.

Les patients en ordre de séjour ou en procédure de régularisation, sont pour la plupart affiliés aux organismes assureurs. Nous n'arrivons pas à (ré)-affilier une

minorité de ces patients qui pourraient avoir accès aux mutuelles, les causes essentielles étant des problèmes de santé mentale et/ou de mode de vie très déstructuré.

Pour les patients sans titre de séjour, nous activons l'AMU³. La plupart des patients sans couverture sociale obtiennent ainsi un accès aux soins. Certains patients bénéficient, dans le cadre de la procédure d'asile, de réquisitoires délivrés par un centre d'accueil (FEDASIL) ou d'un CPAS.

Les patients qui n'ont aucun accès aux soins sont pour la plupart européens non travailleurs et pour lesquels nous n'arrivons pas à ouvrir leurs droits.

	En ordre de mutuelle	Pas en ordre de mutuelle	Aide médicale Urgente	Réquisitoires	Aucune assurabilité
2016	64 %	13 %	12 %	0 %	11 %
2015	79 %	2 %	13 %	1 %	5 %

Statut	Patients en traitement 2015	Patients en traitement 2016
Séjour en règle	74 %	74 %
Séjour travailleur UE	6 %	5 %
Séjour temporaire	4 %	3 %
UE sans séjour	9 %	11 %
Illégaux/ clandestins	7 %	7 %
Inconnu	0	0

21% des patients sont dans une situation administrative très précaire.

Remarquons que les délais des (ré-)affiliations aux organismes assureurs et/ou l'obtention de réquisitoire ou d'AMU peuvent être plus ou moins longs en fonction des situations. Pendant ce temps, nous assurons malgré tout la prise en charge psycho-médico-sociale de tous les patients. Ceci implique qu'une partie de nos actes ne seront jamais valorisés financièrement dans le cadre de la convention INAMI.

³ Aide Médicale Urgente pour personne illégale

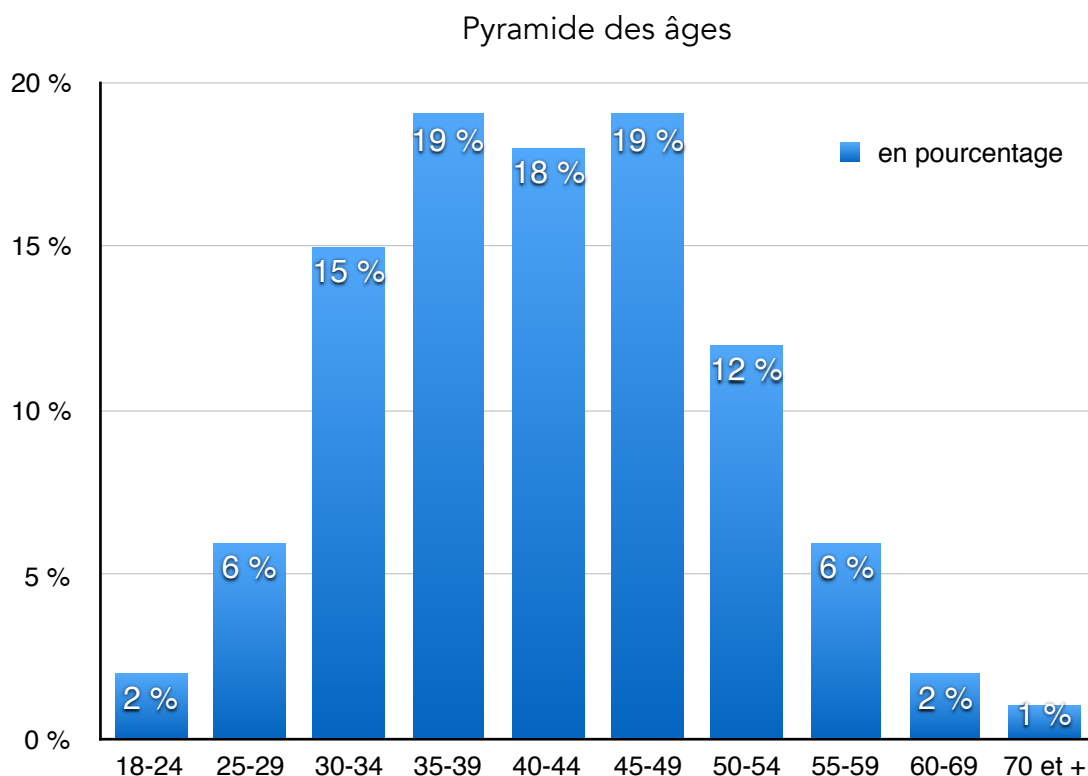
Il est donc d'autant plus important de continuer à développer ce « nouveau » métier d'accompagnateur social, afin de favoriser leur accès aux soins, et pour les orienter au mieux dans les différents services d'aide auxquels ils sont censés pouvoir prétendre.

B. Sexe/âge

Genre	Patients en traitement 2015	Patients en traitement 2016
Hommes	85 %	85 %
Femmes	15 %	15 %

Le pourcentage de femmes en traitement est similaire aux autres institutions du secteur. Si leur nombre est peu élevé (au regard des hommes), les femmes cumulent souvent les problématiques et nous amènent à des prises en charge complexes (solitude, contraception, prostitution, grossesses à risques, enfants à charge, précarité...).

La [moyenne d'âge des patients est de 42 ans](#). Cela met en évidence que nous touchons effectivement un public qui n'a pas trouvé son chemin dans le circuit de soin de première ligne ou spécialisé et qui est en errance depuis de nombreuses années.



Nous sommes confrontés à des patients de plus en plus âgés, que leurs parcours de vie chaotiques et difficiles, ont « vieilli » avant l'âge.

Ces patients sont souvent dans une grande précarité, et dans un état de santé générale dégradé, avec pour conséquence qu'ils ne sont plus en mesure de vivre et de s'assumer seuls.

Nous manquons cruellement de lieux de vie à leur proposer. En effet, ils ne sont pas encore en âge d'aller en maison de repos et, par ailleurs, ces maisons de repos ne se sentent pas suffisamment « outillées » pour les accueillir quand ils en ont l'âge (pour une faible partie d'entr'eux).

C. Lieu de vie

Régions	Patients en traitement 2015	Patients en traitement 2016
Région Bruxelloise	91 %	91 %
Région Flamande	4 %	4 %
Région Wallone	5 %	4 %
Inconnu	0	1 %

Habitation	Patients en traitement 2015	Patients en traitement 2016
Domicile Fixe	65 %	58 %
Domicile variable (famille, amis, institution)	11 %	7 %
Sans-abri	23 %	34 %
Inconnu	1 %	1 %

Cohabitation des patients ayant un domicile	Patients en traitement 2015	Patients en traitement 2016
Vivent seuls	49 %	52 %
En famille (couple / enfants)	27 %	27 %
Autre membre de la famille	15 %	15 %
Non apparentés	3 %	4 %
Inconnu	6 %	2 %

Plus de 90% des patients déclarent vivre à Bruxelles. Nous avons une population très mobile (41%), qui change souvent de lieu de vie, alternant des épisodes de

rue, de maisons d'accueil, de squats,... Ces conditions rendent difficile la régularité du suivi et de la prise en charge à la MASS. Elles complexifient également la prise régulière de traitements somatiques et/ou psychiatriques (antibiotiques, anti-tuberculeux, anti-dépresseurs, neuroleptiques...). Quasi la moitié de nos patients ayant un domicile vivent seuls. Ils ont donc peu ou pas de soutien de leur entourage, hormis parfois pour certains, celui d'autres intervenants sociaux que ceux de la MASS.

Par ailleurs, Bruxelles étant la capitale du pays, nous avons beaucoup de patients migrants résidant pour un temps, parfois très court, dans les différents centres d'accueil bruxellois. Ce public nécessite que nous devions régulièrement faire appel à des services d'interprétariat (Setis/Bruxelles Accueil) pour assurer leurs suivis.

Dans sa version de juin 2016, le rapport de l'Observatoire Bruxellois de la Santé, fait le lien entre la santé mentale et la pauvreté : « il a été clairement démontré que l'absence de logement s'avère particulièrement néfaste pour la santé. Parmi la population sans domicile fixe, les études rapportent une prévalence plus élevée de tuberculose, d'infection au VIH/SIDA, mais également d'affections chroniques comme le diabète de type 2 (...). De plus, les personnes sans domicile fixe sont particulièrement à risque de développer des troubles de santé mentale, quand le trouble de santé mentale n'est pas lui même le facteur ayant entraîné la vie en rue (...) »

D. Niveau d'instruction

Diplôme obtenu	Patients en traitement 2015	Patients en traitement 2016
diplôme univ. ou supérieur	5 %	5 %
CESS	18 %	21 %
Humanité inférieures	28 %	30 %
Primaire ou pas de diplôme	22 %	23 %
Inconnu	27 %	21 %

Pour cette donnée, il y a un taux important (+ de 20%) de données inconnues. Certains patients ne savent pas précisément quel diplôme ils ont obtenu. Par ailleurs, nous avons une patientèle de migrants d'origines diverses dont certains ne connaissent pas bien leur diplôme et encore moins s'il y a équivalence avec ceux de notre pays. Cependant il apparait que notre population est peu scolarisée et peu qualifiée, ce qui compliqué l'accès à un emploi.

Seulement 26% des patients déclarent avoir obtenu un diplôme d'humanité ou d'enseignement supérieur.

E. Situation d'emploi/ revenus

Situation d'emploi	Patients en traitement 2015	Patients en traitement 2016
Etudiant/ retraité	1 %	1 %
Emploi régulier	9 %	9 %
Emploi occasionnel	7 %	5 %
Incapacité de travail	20 %	23 %
Sans emploi	53 %	40 %
Autre	10 %	22 %
Inconnu	0	0

Revenus	Patients en traitement 2015	Patients en traitement 2016
Pension (retraite/ survie)	1 %	1 %
Salaire	16 %	11 %
Indemnité de maladie	20 %	23 %
Allocation de chômage	15 %	15 %
Revenu du CPAS	23 %	22 %
Aucun revenu propre	20 %	25 %
Autre	5 %	3 %
Inconnu	0	0

Le taux d'emploi de nos patients est extrêmement faible. Notons qu'outre les commentaires des chiffres précédents, le cumul de maladie chronique, de problèmes somatiques et psychiatriques, ne facilitent guère l'accès au travail.

La donnée « autre » sous-entend souvent le travail « au noir » (pour les indicateurs emploi et revenus).

Comme le faisait déjà apparaître la donnée « situation d'emploi », le pourcentage de patients vivant d'un revenu du travail est très faible 11%.

Si on croise les données « sans emploi » et « revenus », nous constatons que :

- 62% de patients sont sans emploi.

- 60% d'entre eux bénéficient de revenus de remplacement (mutuelle et chômage) ou d'aide (RIS).
- 28% déclarent n'avoir aucun revenu propre.

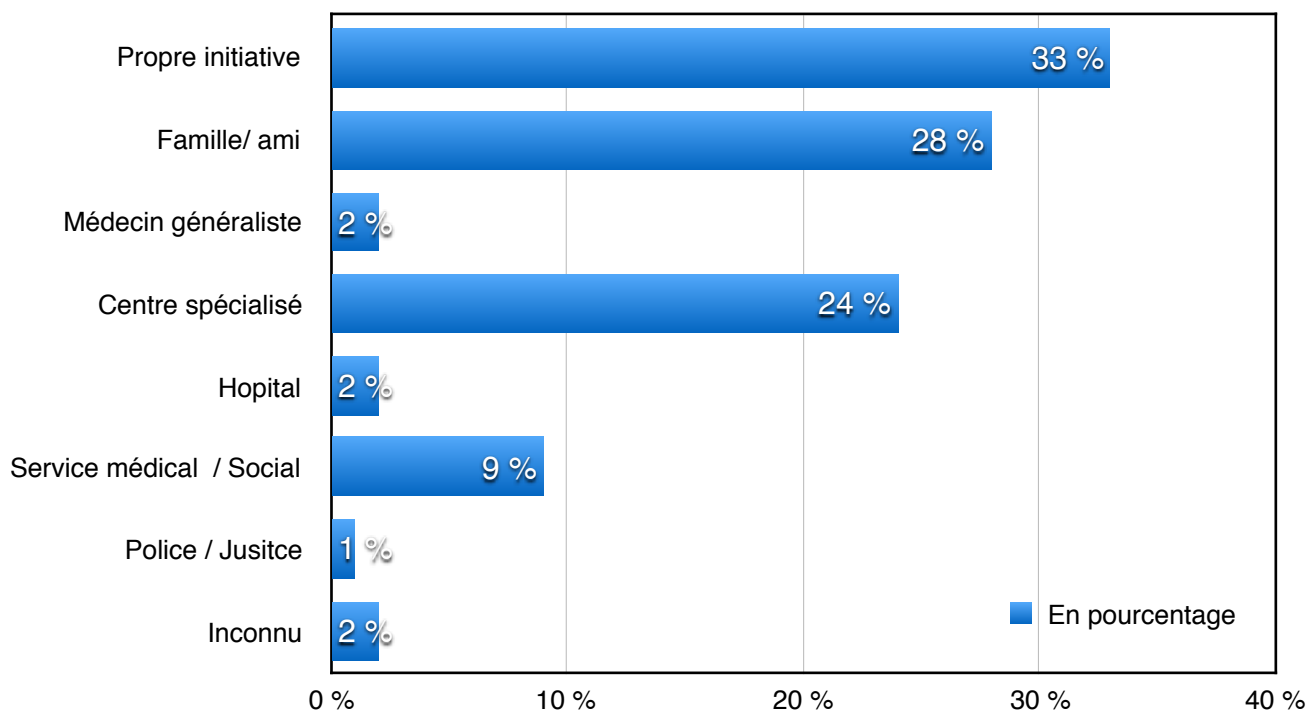
Ces chiffres témoignent de la grande précarité dans laquelle la majorité de notre patientèle (sur)vit.

On comprend donc aisément que la réinsertion socio-professionnelle de celle-ci est mise à rude épreuve, sans parler encore de l'accès à la culture !

V. Description profil des nouvelles demandes de traitement

Les données collectées par nos équipes dans le cadre du TDI⁴ représentent 196 patients qui, soit n'ont jamais été en traitement chez nous (nouveaux), soit ont interrompu leur traitement plus de 6 mois (retour). Ces données nous permettent de dresser le profil d'addiction et de traitement antécédent des patients qui nous adressent une nouvelles demandes.

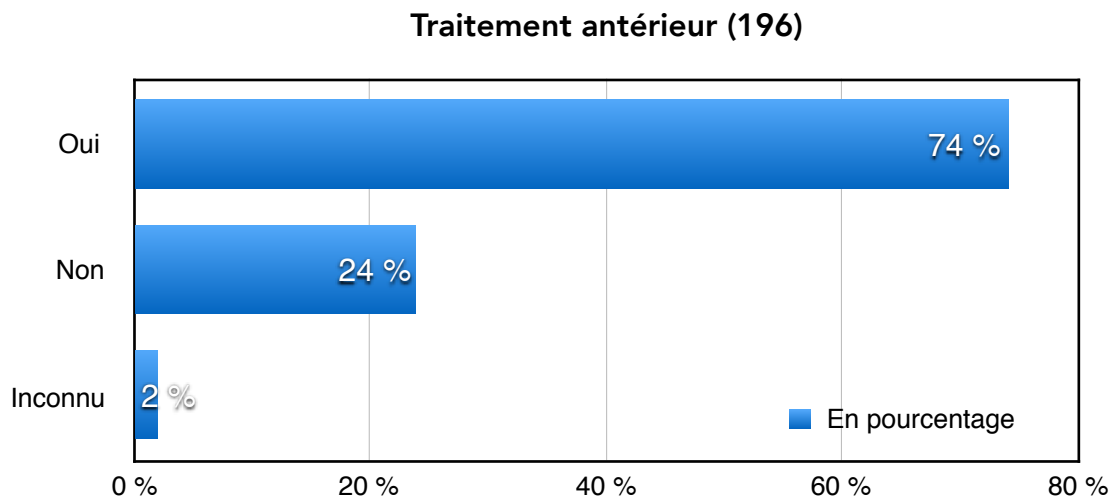
Adressé par (196)



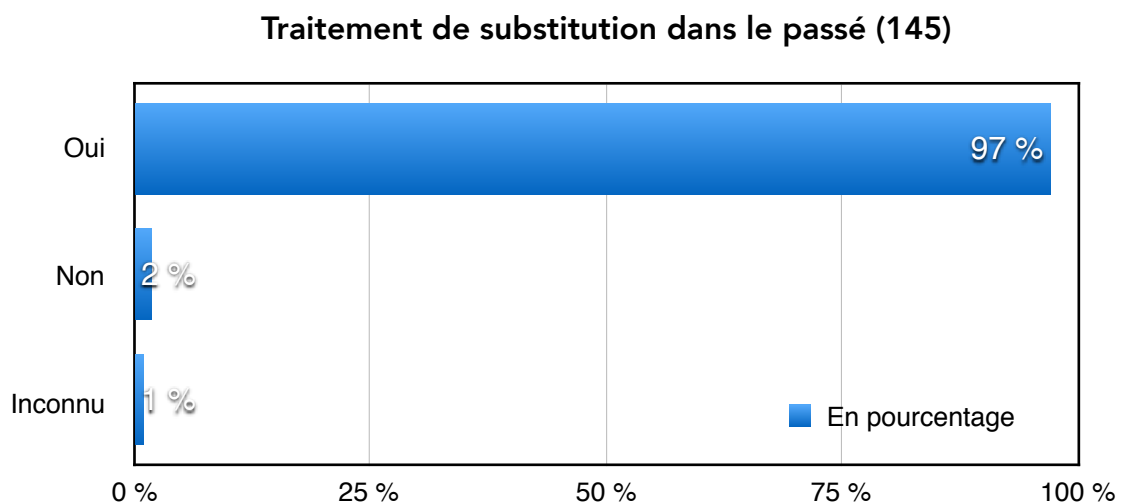
⁴ Indicateur des Demandes de Traitement en matière de drogue ou d'alcool

- La majorité des patients 62% sont adressés par des non professionnels.
- 37% sont adressés par le secteur socio-sanitaire spécialisé ou non.

A. Description du traitement

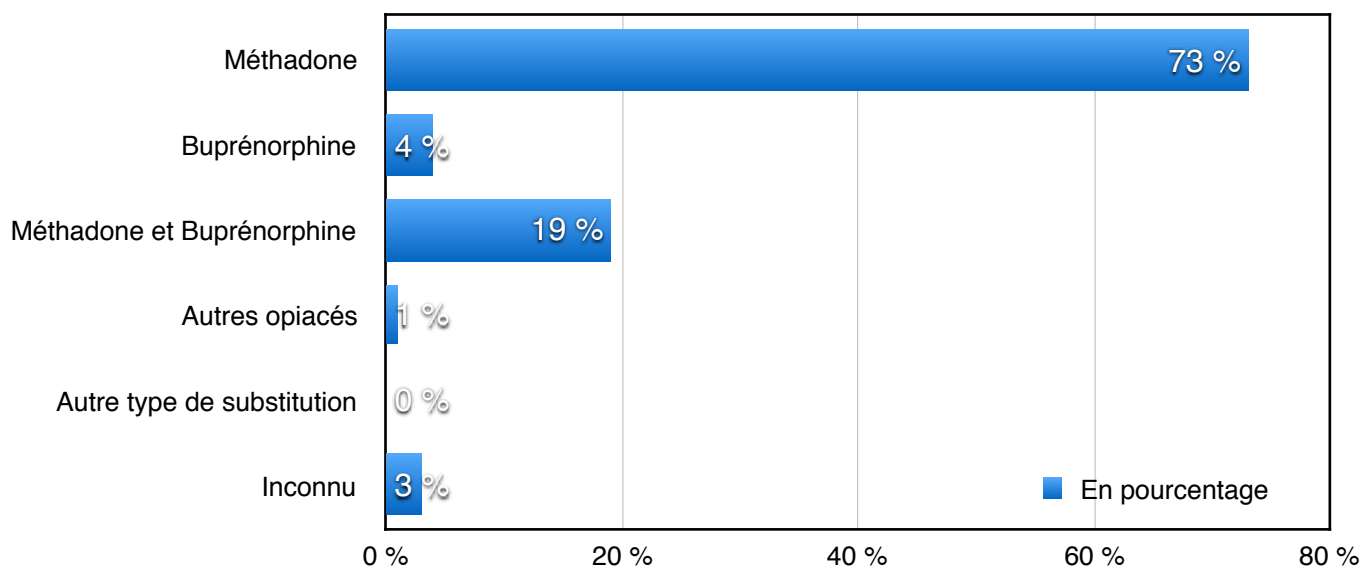


- 74% des patients qui s'adressent à nous ont déjà consulté pour leur problématique d'assuétude.

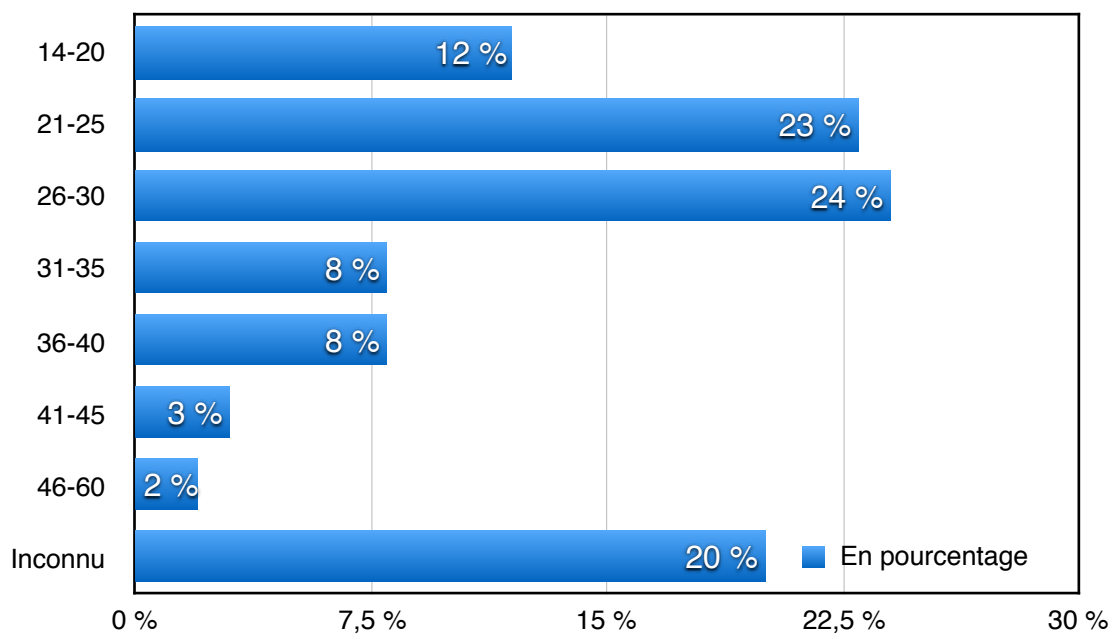


- Parmi ceux-ci, 97% ont déjà reçu un traitement de substitution.

Quel type de substitution - plusieurs produits possibles (145)

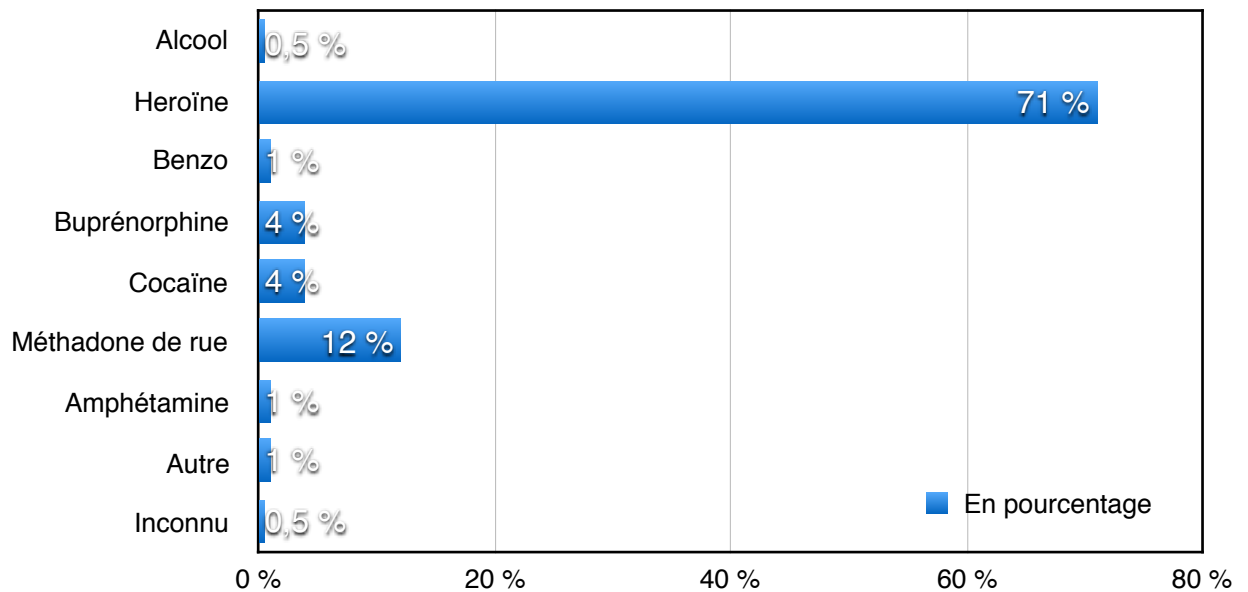


Age du premier traitement de substitution (145)



- 97% des traitements de substitution antécédents sont des opiacés de synthèse.

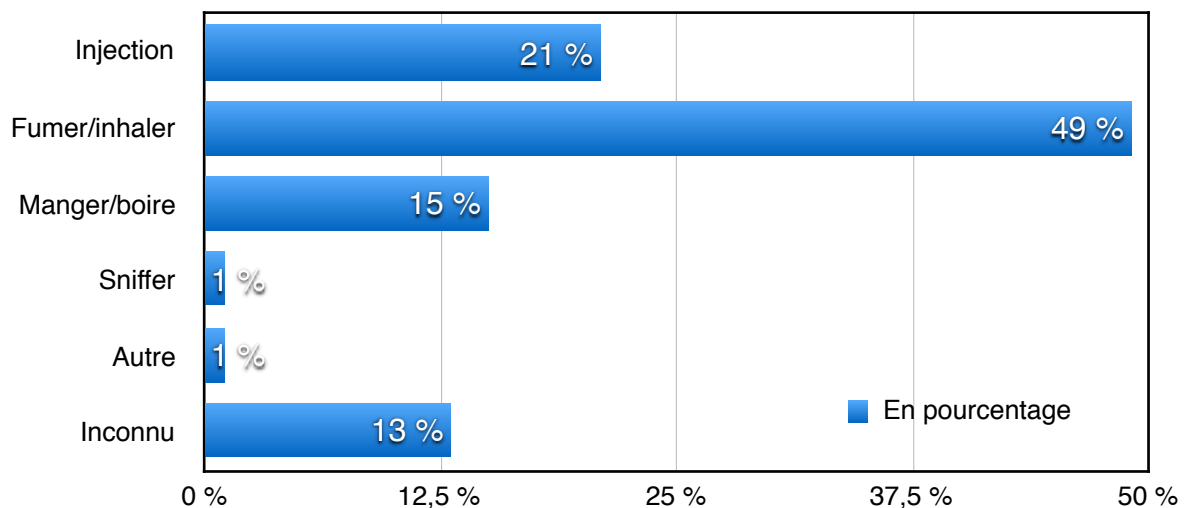
Substance principale (196)



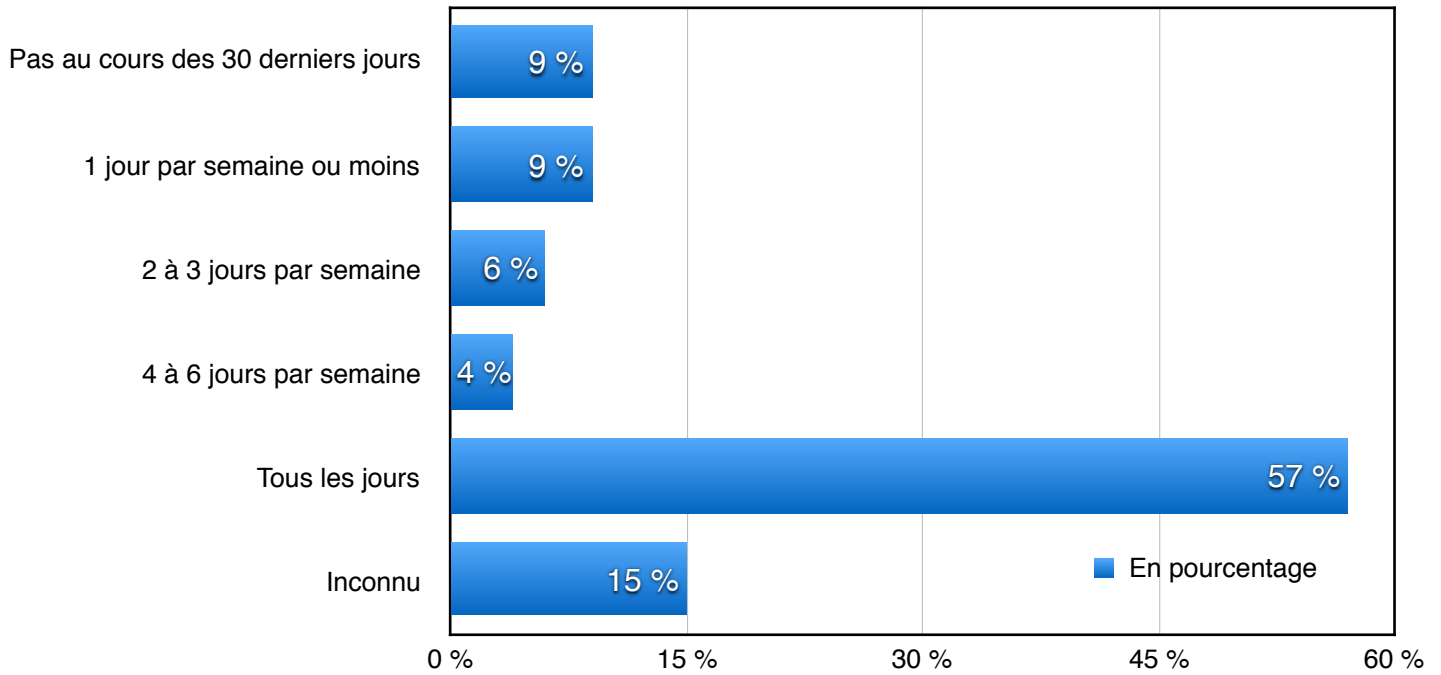
B. Description du profil d'addiction

- La substance principale que les patients perçoivent comme problématique, et pour laquelle ils consultent en priorité est l'héroïne.

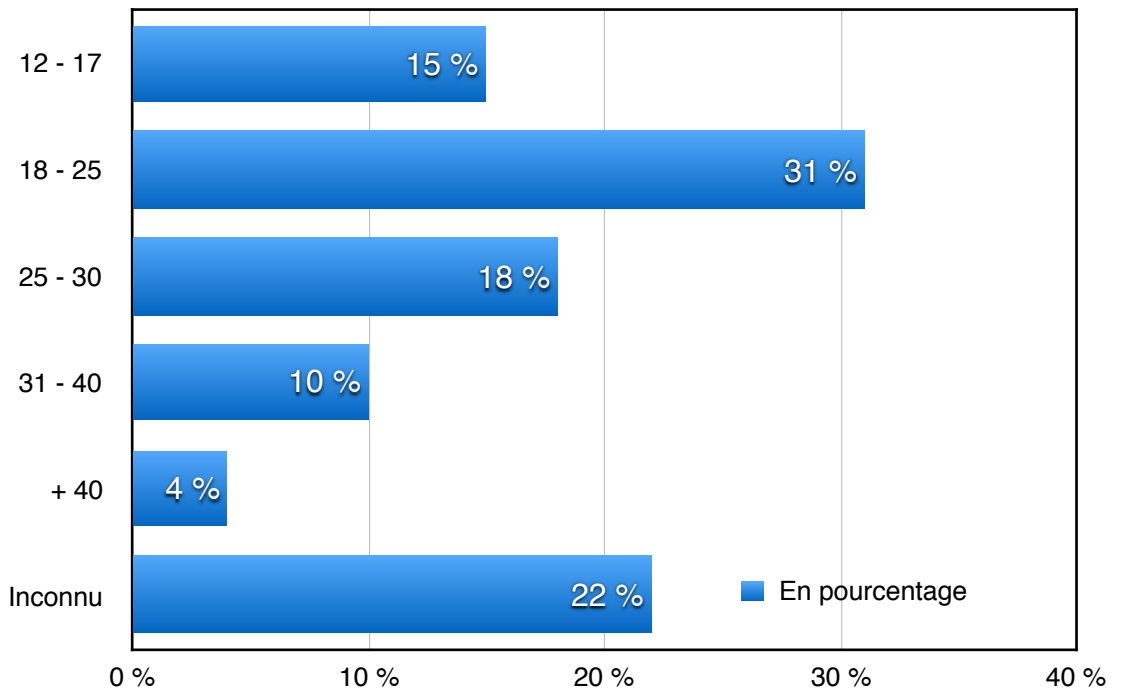
Mode de consommation (196)



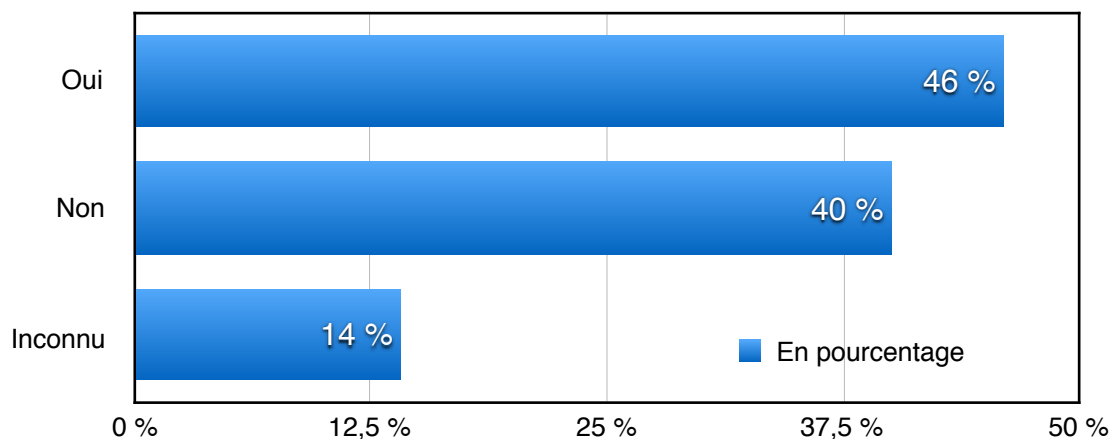
Fréquence de consommation (196)



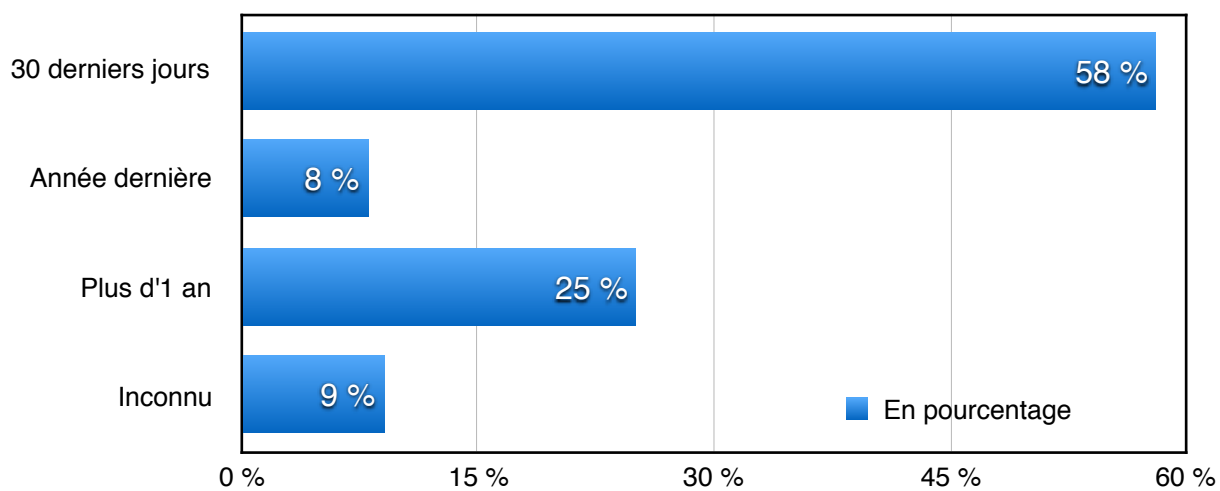
Age de la première consommation de la substance principale (196)



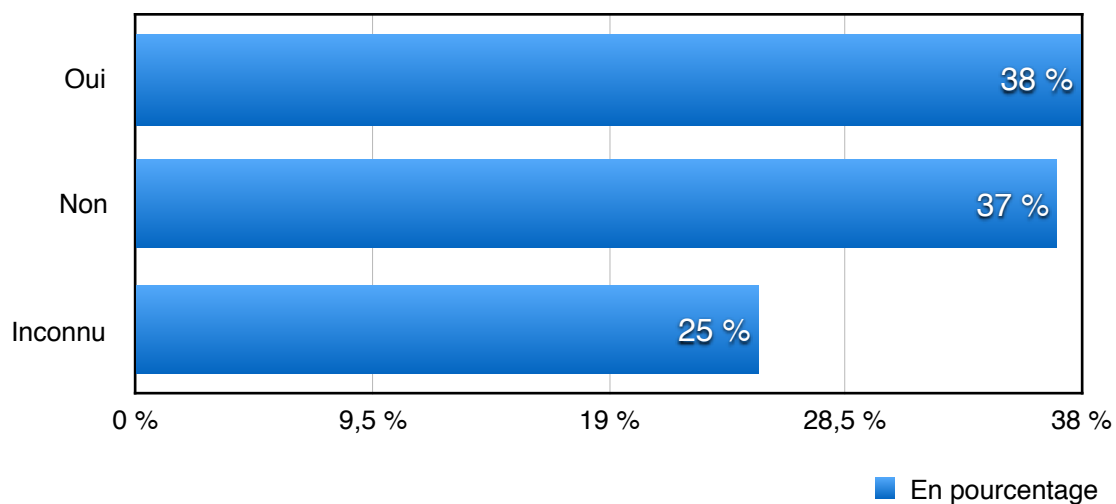
Consommation par injection (196)



Dernière consommation par injection (90)



Partage de seringues (90)



VI. Rétrospective 2016

En 2016, l'équipe thérapeutique de la MASS a participé à de nombreux groupes de travail, de colloques, de formations et d'activités. L'objectif est tant la formation continue des travailleurs qu'une présence et une parole active dans le secteur de la toxicomanie et des secteurs connexes. A l'heure du transfert de certaines compétences de l'état fédéral vers les entités fédérées et face au constat de l'afflux d'un public de plus en plus désinséré (de primo arrivants, illégaux, clandestins, SDF), la MASS se soucie de montrer une présence sur le terrain et auprès des instances de concertation afin de remettre les enjeux des usagers les plus précarisés au cœur des réflexions et des préoccupations du monde associatif et politique.

Comme chaque année, la MASS était représentée à la Fédito. S'y ajoute une participation dans le groupe de travail AERLI (accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection) et le groupe de travail Bas-Seuil organisé par la Fédito, et le groupe de travail assuétude/santé mentale organisé par la plate-forme de concertation pour la santé mentale en région Bruxelles-capitale.

A. Formations et colloques

Différents travailleurs ont participé à des colloques et des formations autour de thématiques diverses qui touchent directement ou indirectement le travail quotidien de l'institution :

- « La fin du sans-abrisme. Du rêve à la réalité », organisé par Les Infirmiers de Rue,
- « S'accommoder ou s'affranchir de la loi ? », organisé par la Liaison antiprohibitionniste,
- « Y a-t-il une clinique contemporaine des dépendances ? », journée d'études du réseau dépendance Bruxelles-Est,
- « Enrayer la fabrique des pauvres, 17ème atelier international de recherche et d'actions sur les inégalités sociales et les discriminations » organisé par le Forum bruxellois de lutte contre la pauvreté,
- Cinquième colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO5) à Rabat (Maroc),
- « Controverses, consensus et perspectives sur 20 ans de traitement de l'addiction aux opioïdes », organisé par INDIVIOR à Paris,
- « L'aide sociale des CPAS et la loi organique de 1976, organisé par l'Atelier des droits sociaux asbl,

- « La consommation de substances parmi les migrants et les minorités ethniques », organisé par la Belspo (Service public de programmation de la Politique scientifique fédérale),
- « Addictions ici & ailleurs – Migrations, addictions et accessibilité aux soins » dans le cadre de la 21e rencontres professionnelles de RESPADD à Marseille,
- « La vulnérabilité : nouveau concept, nouvelles logiques d'intervention ? », organisé par le Réseau d'Aide aux Toxicomanes (R.A.T.),
- « UNGASS 2016 : une autre politique drogue est-elle possible ? », organisé par la Fédito,
- Participation à l'étude INNOVIRIS sur la continuité des soins en région Bruxelloise.

La MASS a aussi organisé différentes formations dédiées à l'entièreté de l'équipe thérapeutique :

- Sensibilisation aux premiers secours en milieu professionnel, proposée par la Croix Rouge
- Formation « Réduction des Risques liés à l'usage de drogues », proposée par Modus Vivendi
- Supervision collectives autour de vignettes cliniques en collaboration avec l'IFISAM

La MASS se soucie aussi de la formation de futurs travailleurs sociaux (éducateurs, assistants sociaux, psychologues) ainsi que de futurs infirmiers et médecins. Tout au long de l'année, nous avons accueilli, accompagné et formé une multitude de stagiaires de diverses professions à leur futur métier. Ceci dans un souci permanent de sensibilisation et de formation continue relatives à notre secteur.

B. Travail en réseau

Dans le but d'améliorer et de renforcer le travail en réseau, la MASS a mis son focus sur différents dispositifs. Ainsi s'est développé le « Bas Seuil Tour », c'est-à-dire l'immersion de travailleurs pendant une journée au sein d'autres institutions bas-seuil (Lama-Transit). Ces immersions vont se poursuivre au cours de l'année 2017.

Via le réseau ABC, dont la MASS fait partie, s'ajoute des immersions dans des structures comme les urgences psychiatriques de l'hôpital St-Luc, Parentalité-Addiction, le RAT, ... Ces immersions permettent de faciliter le dialogue et la compréhension des missions des différentes institutions et de favoriser le travail en réseau.

Parallèlement, les coordinateurs de la MASS ont développé de nouveaux partenariats, notamment avec le centre de jour HOB0. D'autres partenariats ont

été renforcés comme la collaboration avec le CPAS de Bruxelles (back-office et cellule AMU) et celui de Forest.

Ce travail en réseau permet une meilleure collaboration entre les différents acteurs permettant d'améliorer le suivi du public ainsi que l'orientation de celui-ci vers des structures et des instances adaptées.

A partir d'août 2015, nous avons eu l'occasion de travailler en lien étroit avec la cellule Lambda (Liaison et accompagnement mobile pour demandeurs d'asile). Cette cellule, qui fut le fruit d'une élaboration de la CBS⁵ et dont le porteur de projet était le Projet Lama, avait pour missions :

- l'accompagnement et l'orientation de demandeurs d'asile présentant une problématique d'assuétudes ;
- d'assurer la liaison entre les services de soins spécialisés en assuétudes et les centres d'accueil pour demandeurs d'asile, ainsi que les autres instances de Fedasil interférant dans la matière ;
- de soutenir, tant les services spécialisés dans la prise en charge des demandeurs d'asile, que les centres d'accueil dans la prise en charge des problèmes d'assuétudes (interventions, supervisions, accessibilité téléphonique pour répondre rapidement à toute problématique qui se présente, établissement de « guide-line », ...).

Un des avantages de la cellule tenait dans le fait que celle-ci était adossée aux différents services bas-seuil de Bruxelles, avec notamment un travailleur de la cellule effectuant également un temps partiel à la MASS.

Ainsi, sur les 60 situations prises en charge de la cellule Lambda en 2016, 31 personnes présentant une problématique d'assuétudes et étant en procédure de demande d'asile ont été orientées ou accompagnées directement dans notre ambulatoire. La cellule soulageait la MASS dans la logistique de ces prises en charge à l'intérieur de la maison, mais organisait également le suivi « annexe », en veillant à la bonne réception des réquisitoires et en faisant lien avec les centres d'accueil (confirmations de traitement, suivi clinique et logistique). Sur ces 31 personnes accueillies par la MASS, une majeure partie (26) provenait de Géorgie, les autres étant en grande partie originaires de l'Europe de l'est. L'existence de longue date à la MASS d'une plage russophone ainsi que la possibilité dont disposait le projet Lambda de financer un traducteur ont substantiellement facilité la prise en charge globale des usagers concernés.

Un de nos travailleurs a eu l'occasion de participer au cycle d'intervisions organisé par Lambda regroupant différents acteurs du secteur de la toxicomanie et de

⁵ La Concertation Bas Seuil regroupe les institutions Transit, Lama et MASS

l'accueil, d'autres ont pu participer à des rencontres ponctuelles sur des questions plus spécifiques.

Le projet Lambda ayant été financé par Fedasil, il fut arrêté en date du 31/12/2016 suite à une décision de ce dernier de ne pas prolonger le financement en raison d'une révision des stratégies d'accueil des demandeurs d'asile.

Tout au long de l'année, nous avons pris du temps de concertation (CBS) avec nos partenaires du secteur bas-seuil toxicomanie (Transit, Le Projet Lama) pour faire face aux défis qui nous attendent à l'avenir, à la fois pour les patients, mais aussi pour garantir des conditions de travail optimales pour les travailleurs. Des rencontres ont été organisées entre les directions des trois institutions ainsi que des représentants de chaque institution. Un des chantiers discutés lors de ces réunions sont les structures multi-agréments qui vont ouvrir leurs portes dans les années qui viennent. Plus précisément, la CBS s'est souciée de la création d'un des trois centres intégrés qui aura pour mission d'offrir des services conjoints à destination d'usagers de drogues en situation de précarité. Il s'agit d'un projet innovant qui rassemble Transit asbl (comme opérateur régional Bruxellois en matière de Prévention et Sécurité), les Projets Lama et Médecin du Monde. Une telle structure basée sur des principes de décloisonnement et d'intégration permet une approche globale de la santé en proposant une offre de services adaptés au sein d'une même structure. Il est évident que pour optimiser le fonctionnement d'une telle structure, une collaboration étroite avec le réseau existant sera de mise. « Les Midis Bas-Seuil » est une nouveauté concrétisée par la Concertation Bas Seuil (CBS) en 2016. L'idée est d'organiser des rencontres entre les professionnels des trois institutions autour de différentes thématiques qui concernent le travail quotidien des travailleurs : le contexte institutionnel, l'élargissement du public cible, le réseau et les déterminants sociaux de la santé. Le but de ces rencontres, est l'échange des bonnes pratiques de chaque institution, d'éventuellement formuler des revendications en identifiant certains obstacles et enfin, partager des pistes de solution face aux problématiques rencontrées sur le terrain.

Depuis 2013, nous participons à l'étude LINK, initiée par l'Université de Gand, et qui évalue sur une période de trois ans la prise en charge de l'hépatite C chronique chez les usagers de drogues en traitement de substitution. L'hépatite C est transmise par contact direct avec du sang contaminé (aiguilles et seringues utilisées par certains patients toxicomanes, coupe-ongle, rasoir, brosses à dents, pipes à crack, pailles de snif, etc.) Comme la plupart des personnes contaminées par l'hépatite C ne présentent pas de signes de la maladie, celle-ci est rarement constatée.

En l'absence de traitement, les patients peuvent développer une cirrhose du foie ainsi qu'un carcinome hépatique.

L'étude a pour objectif d'étudier les divers facteurs liés à l'instauration du traitement, la réponse au traitement et les éventuelles nouvelles contaminations après la fin du traitement. Elle se déroule sur une période de trois ans, à raison d'un entretien par an où sont évalués de manière détaillée la situation sociale et familiale, les connaissances du patient par rapport à l'hépatite C, les consommations de drogues illégales et d'alcool, les éventuels obstacles au suivi de l'hépatite et à la mise en traitement ainsi que le suivi de la prise en charge.

Les patients y participent sur base volontaire, avec une petite rémunération (10 euros par entretien, 20 au dernier entretien). Cette étude, qui se termine, a été importante pour nous car elle a été un support intéressant par rapport à nos pratiques de dépistage. 59 patients de notre institution y ont participé.

Nous attendons les résultats, les nôtres et ceux des autres centres participant à l'étude.

C. Activités externes

En 2016, l'équipe thérapeutique de la MASS a gardé un focus particulier sur des activités avec les patients. Ainsi, depuis 3 ans, certains travailleurs accompagnent des patients au BXLR Cup 2017, un tournoi de football pour les personnes sans-abris.

D. Projet réinsertion socio-professionnelle

Dans le cadre du Plan Drogues Bruxelles 2016-2019⁶, la MASS s'est intéressée à élaborer une action concernant l'insertion professionnelle, à savoir l'action 54 « Mettre en place un programme et parcours de réinsertion socio-professionnelle développé avec les acteurs publics de l'emploi et les partenariats privés. » Ainsi, un groupe de travailleurs interne s'est mobilisé afin de développer un projet destiné aux « publics spécifiques » (correspondant à la définition donnée par Actiris). Pour ce faire, l'élaboration d'un « pré-trajet d'insertion » fut élaboré. Il s'agissait de créer un dispositif spécifique à l'accompagnement du public vers la réinsertion socio-professionnelle. Ce dispositif comprenait des ateliers basés sur le (ré)apprentissage de certaines aptitudes, compétences de base. Malgré l'impossibilité de concrétiser le projet, il a permis de renforcer une collaboration étroite avec HOBBO, dans le but de soutenir nos patients tant dans la recherche d'activités occupationnelles qu'au niveau de la réinsertion socio-professionnelle à

⁶ de la FEDITO Bxl (cfr site internet de la FEDITO Bxl)

travers un accompagnement adapté aux besoins individuels pour un public (très) éloigné du marché du travail (en général pour des raisons socio-économiques).

VII. La prise en charge médicale à la MASS

Les patients de la MASS ont l'opportunité de rencontrer régulièrement l'équipe médicale (infirmiers, médecins généralistes et psychiatre), non seulement pour ce qui concerne le traitement de leur addiction, mais aussi dans le cadre d'une prise en charge plus globale, médico-psycho-sociale.

Nous devons adapter nos prises en charges aux conditions de vie des patients, à d'éventuelles co-morbidités psychiatriques, ainsi qu'aux attentes et capacités des patients à tout moment du suivi.

L'équipe médicale est amenée, en priorité, à mettre en œuvre les principes de la **réduction des risques** : donner du matériel d'injection stérile aux patients injecteurs et en expliquer le mode d'emploi, informer des risques de contamination notamment de l'hépatite C et du HIV, parler des problèmes d'hygiène, des maladies sexuellement transmissibles, parler des produits psychotropes consommés et de leurs effets secondaires, prescrire un traitement de substitution, traitement qui, avant toute autre chose, est un instrument de réduction des risques.

L'équipe médicale assure également la prise en charge du **suivi de première ligne des pathologies somatiques**.

Certains patients vivent en rue dans des conditions sanitaires précaires et dans un milieu où la violence est très présente. D'autres patients se mettent en danger par leurs habitudes de consommation, notamment par les injections pratiquées de manière non stérile. Beaucoup de nos patients ont aussi une consommation problématique d'alcool et de médicaments détournés de leur usage thérapeutique, avec des conséquences somatiques et psychiques.

Ces modes de vie particuliers induisent des pathologies inhabituelles chez ces personnes relativement jeunes : problèmes dermatologiques, et infections diverses (infections pulmonaires dont la tuberculose, hépatites, HIV...).

Dans la mesure du possible, nous prenons en charge les pathologies somatiques dans l'institution. En effet, notre public cible est un public pour lequel l'accès au

soins est difficile, en raison de problématiques sociales, psychiatriques ou comportementales, ce que Médecin du Monde a appelé « la ligne 0,5 »⁷.

Nous sommes aussi attentifs à la vaccination de nos patients. En cas de besoin, les patients sont orientés et parfois accompagnés vers les services hospitaliers. Pour les pathologies somatiques et psychiatriques, nous travaillons en **réseau** avec les hôpitaux, le plus souvent du Réseau Iris.

L'hôpital St Pierre constitue un partenaire privilégié car s'y déploie un service spécialisé, la **Liaison-Addictions**⁸, lequel répond de façon très adéquate aux problématiques complexes des patients dépendants de l'alcool et des drogues illégales. En effet, l'accueil de nos patients « bas seuil » en milieu hospitalier est compliqué, les équipes hospitalières n'étant pas nécessairement formées à cette problématique et le cadre hospitalier n'étant pas nécessairement adapté à la prise en charge de ces personnes. La Liaison-Addictions va pouvoir les accompagner durant tout leur séjour, les visiter, soutenir, motiver en salle, aider à aplanir les difficultés, informer les équipes soignantes par rapport à la toxicomanie, faire le lien avec le réseau de soins du patient ou créer, en cas de demande du patient, un nouveau réseau pour l'après-hospitalisation.

Dans la mesure du possible, nous réalisons les **dépistages** des maladies transmissibles comme l'hépatite C et le HIV. Nous mettons les patients atteints de ces pathologies en contact avec les services hospitaliers spécialisés. Pour faciliter le dépistage, nous réalisons les prises de sang dans l'institution, dans la mesure du possible. Néanmoins, certains patients refusent ou postposent l'examen. Les convaincre fait partie de nos objectifs. Pour d'autres patients, les bilans ne peuvent être réalisés en raison de problèmes d'assurabilité.

Pour l'hépatite C, nous disposons d'une équipe de liaison, le **Réseau Hépatite C**, qui accompagne nos patients chez les spécialistes de différents hôpitaux et qui les soutient lors des mises au point, de la mise en traitement et de la poursuite des traitements (Permanence à la MASS tous les mardis)

Pour nos patients séropositifs au HIV, nous travaillons principalement en collaboration avec le CETIM (Hôpital St Pierre).

Nous nous sommes aussi investis dans une étude menée par l'hôpital Saint Pierre et le Réseau Hépatite C, concernant l'utilisation de **tests de dépistage rapide de l'hépatite C (TRODS** - Tests Rapides d'Orientation Diagnostique) chez nos

⁷ « Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique », Médecin du Monde - INAMI, septembre 2014

⁸ Liaison-Addictions est une des unités de l'asbl Interstices CHU St Pierre

patients. L'étude va analyser l'utilité de ces tests chez les patients fréquentant diverses structures « bas-seuil » (Transit, Lama, MASS, Dune, etc.). Ces TRODS pourraient être utilisés pour les patients chez lesquels les prises de sang sont impossibles à réaliser, chez les patients sans assurabilité ou chez ceux qui refusent la prise de sang. En vue de la participation à cette étude, et aussi pour améliorer globalement nos dépistages, nous avons commencé à former les équipes à la problématique de l'hépatite C. Des travailleurs non-médecins se sont portés candidats à la sensibilisation des patients et à la réalisation des entretiens de pré et post counselling proposés dans l'étude. Le test lui-même sera dans un premier temps réalisé par les infirmiers et médecins. L'étude TRODS commence en 2017.

La MASS travaille aussi en **réseau** avec les autres structures de soins et d'accueil tournées plus ou moins spécifiquement vers les patients toxicomanes : les patients vivant en rue, les patients psychiatriques et les «illégaux».

A. Hépatite C et HIV

Les données du profil d'addiction des nouveaux patients mettent en lumière que **46 %** déclarent avoir déjà consommé par injection. Rappelons que l'injection n'est pas le seul mode de transmission de l'hépatite C et que le partage de matériel connexe (pailles, stéricups, cotons, pipes,...) peut entraîner une infection par ce virus. C'est pourquoi il paraît important de développer un chapitre spécifique HCV/HIV.

Le virus de l'hépatite C, contrairement au HIV, est très résistant, d'où le pourcentage élevé de patients contaminés.

Certains patients guérissent spontanément. Pour les autres, on peut détecter la persistance de virus dans le sang (PCR). **Un patient avec PCR positive reste infecté par le virus, et peut le transmettre.**

Depuis 2016, de nouveaux traitements contre l'hépatite C, beaucoup plus efficaces et avec moins d'effets secondaires ont été commercialisés. Le remboursement de ces traitements s'est étendu à des patients qui, auparavant, n'y avaient pas droit. Ces nouveaux traitements et la modification des conditions de remboursement nous ont permis de mettre en traitement un certain nombre de patients et d'en motiver d'autres au dépistage et à la prise en charge par un hépatologue.

Pour **le HIV**, selon l'ISP⁹, la transmission lors de l'utilisation de drogues intraveineuses reste marginale (2 % des nouvelles contaminations enregistrées en Belgique en 2014). L'efficacité des traitements par anti-rétroviraux réduit aussi considérablement le nombre de nouvelles contaminations.

B. Définitions

- **Patients dépistés:** patients de notre échantillon ayant déjà eu un ou plusieurs dépistage HIV et/ou HCV (chez nous, en hôpital, en prison, etc...). Pas nécessairement en 2016. Pour une stratégie de dépistage optimale, les dépistages devraient être répétés tous les trois mois. Ce qui n'est pas nécessairement réalisé. La prévalence de ces maladies est donc certainement sous-évaluée dans notre échantillon.
- **Patients atteints du virus de l'hépatite C:** patients dépistés chez lesquels la sérologie est positive. Ils ont été contaminés par le virus.
- **Patients avec PCR positive:** patients qui n'ont pas guéri spontanément de l'hépatite C, chez lesquels le virus est toujours présent et qui peuvent dès lors développer des complications et contaminer d'autres personnes. Ici encore, certains patients n'ayant pas fait de test de PCR, la prévalence réelle est sous-estimée.
- Patients engagés dans un processus de traitement : patients ayant consulté un hépatologue, patients en attente d'être dans les conditions actuelles de remboursement du traitement, patients en traitement, patients ayant terminé leur traitement.

C. Nos chiffres

624 patients ont été considérés comme « en traitement » à la MASS et ont eu au moins un contact avec notre institution en **2016**.

Notre échantillon reprend les patients qui ont consulté au moins une fois en 2016 et qui sont en traitement dans notre institution au 31/12/2016. Cet **échantillon** comporte **360 patients**.

⁹ Institut de Santé Publique

Nombre de patients dans notre échantillon	360 patients
Nombre de patients dépistés	290 patients dépistés = 80% de notre échantillon
Nombre de patients atteints par le virus de l'hépatite C (sérologie positive pour l'hépatite C)	126 patients avec une sérologie positive = 43,4 % de patients dépistés
Nombre de patients positifs pour l'hépatite C, chez lesquels un test PCR a été réalisé	84 patients pour lesquels la PCR a été réalisée = 66 % des patients avec sérologie positive
Nombre de patients avec une PCR +	62 patients avec sérologie positive et chez lesquels la PCR a été réalisée ont une PCR positive = 71 % de ces patients
Nombre de patients ayant été vus par un hépatologue, en traitement ou ayant terminé un traitement	25 patients ont vu un hépatologue, sont en traitement ou ont terminé le traitement
Nombre de patients atteints par le virus HIV	9 patients sont positifs au virus de l'hépatite C = 3,1 % des patients dépistés

D. A propos de ces chiffres

En Belgique on estime que 1 % de la population générale est atteinte du virus de l'hépatite C et que la moitié l'ignore. A la MASS, dans notre échantillon de 2016, 43,4% des patients dépistés sont atteints du virus de l'hépatite C. Il ne s'agit que des patients dépistés, dans notre échantillon.

Notre clinique particulière s'adresse aux patients n'ayant pas accès aux soins de première ligne. Les patients dépistés sont venus dans notre institution entre 9 et 358 fois durant l'année 2016. Aucuns patients venus entre 1 et 8 fois, avant d'abandonner leur suivi, n'ont été dépistés.

Notre échantillon ne reprend que les patients en traitement au 31/12/2016. Ceux qui ne sont pas repris dans cette sélection sont souvent des personnes qui ne sont

venues qu'une ou deux fois en 2016 (chiffres) et n'ont donc très probablement pas eu le temps d'être dépistés.

Les premiers contacts sont en général consacrés à l'accueil, au décodage de la problématique spécifique de chaque patient, au travail sur l'assurabilité et à la mise en traitement. Le dépistage se fait ultérieurement. Ce constat nous amène à relativiser quelque peu ces chiffres, 20 % de notre échantillon n'ayant pas été dépisté. Les TRODS pourraient nous aider à dépister ces patients même s'ils en restent pas en traitement. Ils pourraient aussi être utilisés pour augmenter la fréquence des dépistages.

Les chiffres élevés de contamination par le virus de l'hépatite C justifie notre vigilance et notre désir d'améliorer le dépistage des patients les plus dés-insérés, ceux qui ne restent pas en traitement et qui échappent aux offres de soins.

La prévalence du HIV est de 3,1% dans notre échantillon. En Belgique, la prévalence du HIV sur la population totale est difficile à évaluer. Les seuls chiffres objectifs sont ceux de la prévalence de la séropositivité chez les patients réellement dépistés. Les dépistages HIV en Belgique concernent 62 personnes sur 1000 et parmi eux 0,14% sont positifs sur 1000 tests (données ISP 2015). Il s'agit d'une pathologie grave, qu'on ne guérit pas et qui nécessite la prise de médicaments à vie. Nous devons rester attentifs à son dépistage et au suivi du traitement. Nous prescrivons d'ailleurs leur traitement aux patients qui ne vont pas régulièrement au CETIM.

VIII. Conclusion

Compte-tenu de sa situation « socio-géographique de capitale », la MASS de Bruxelles est confrontée à l'afflux d'un public encore plus désinséré qu'ailleurs (de primo arrivants, illégaux, clandestins, SDF).

L'objet social de la MASS a imposé la mise en place d'un dispositif de soins à bas seuil d'accès pour atteindre des patients très « marginalisés ». En d'autres mots, nous pouvons dire que ce dispositif vise à la réduction des inégalités. En effet, pouvoir accueillir les demandes au moment même où elles se manifestent, agit directement sur les besoins des individus.

Dans ce travail d'accueil, il est primordial de pouvoir, selon les situations des individus, repérer la (les) priorité(s) : traitement, logement, assurabilité, écoute, ... afin de construire « à la carte » une trajectoire d'aide et de soin cohérente, adaptée à la demande du patient.

Tout ceci demande un déploiement important de forces de travail.

Nous restons cependant attachés à rester inscrits dans une dynamique institutionnelle basée sur la solidarité interpersonnelle, organisée et gérée par des partenaires sociaux, car ce système de protection sociale que nous expérimentons tous les jours, parfois même péniblement, offre un cadre thérapeutique dynamique et structurant de soins interdisciplinaires, inclusifs, qui soutient l'ensemble de nos patients dans une perspective de ré-affiliation et d'émancipation sociale inédite et ce, même si une part grandissante du public que nous touchons n'est pas affiliée aux organismes assureurs.

Le travail en réseau, qui fait partie de notre quotidien, est un outil puissant. La collaboration avec les CPAS, les pharmacies, les mutuelles, les centres d'hébergement, la justice, les prisons, les avocats, les centres de santé mentales, les médecins généralistes, ... sont des sources d'expertise qui nous permettent d'agir de manière directe sur les déterminants de l'usager.

L'action de la MASS, Maison d'Accueil Socio-Sanitaire, ne se limite pas seulement à une prescription médicamenteuse... Soigner, au fond, prend son essence dans la part d'**HUMANITE** rendue à travers toutes nos actions, nos postures d'accueil et d'écoute quotidienne. De ces mains obstinément tendues, prêtes à serrer fermement tous les timides élans de mieux-être de nos patients, usagers, bénéficiaires... afin de les accompagner sur une trajectoire de soin doit se comprendre au sens large du terme.

Travail auquel s'ajoute des missions de moins en moins accessoires de réduction des risques liés au mésusage des drogues, en particulier par le retour des pratiques d'injection chez des sous-groupes primo-arrivants, avec ses conséquences sanitaires (Tbc, HIV et Hépatite C).

A cet égard, la Région de Bruxelles constitue, avec sa « 20ème commune de sans-papiers », un exceptionnel et terrible laboratoire.

Comme évoqué en début de rapport, le secteur de la revalidation fonctionnelle a été, à la faveur de la 6ème réforme de l'État, transféré aux Régions.

Il est donc important de rappeler à nos nouveaux interlocuteurs nos spécificités dans le réseau de soins, lesquelles permettent, aux patients de se construire des points d'appuis, et à la société de garantir, dans un objectif de santé publique, de la cohésion et de l'inclusion sociale. En effet, agir sur ces inégalités constitue, aujourd'hui, un défi majeur pour les politiques. Et ce, pour deux raisons. D'abord, parce que ces inégalités de santé sont la cause inéquitable et évitable de

problèmes de santé dans la population. Ensuite parce que diminuer le fardeau des problèmes de santé et de bien-être des groupes plus défavorisés pourrait s'avérer la meilleure stratégie pour améliorer la santé de la population dans son ensemble.

La MASS de Bruxelles s'inscrit ainsi dans une perspective de participation à une cité solidaire, au sens Pays du terme, et co-responsable de l'inclusion sociale de tous ceux qui y habitent par hasard ou par nécessité, pour faire le pire et le meilleur.

C'est par le biais de sa préoccupation du singulier qu'elle tend à promouvoir la santé du grand nombre (la promotion de la santé publique); ce faisant elle ne manque pas d'observer les liens complexes entre les « pathologies » et les déterminants sociaux de celles-ci et, dès que c'est pertinent, d'en témoigner.