



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

RAPPORT D' ACTIVITES 2017

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	3
II. Objectifs, missions et activités	4
A. Objectifs	4
B. Missions	4
C. Activités	5
III. Bas seuil et flux	6
A. Principes généraux du Bas seuil	6
B. Le flux	7
IV. Les usagers de la MASS en quelques données socio-démographiques	10
A. Statut de séjour et accès aux soins (statut assurabilité)	10
B. Sexe/âge	12
C. Lieu de vie	13
D. Niveau d'instruction	14
E. Situation d'emploi/ revenus	15
V. Description profil des nouvelles demandes de traitement	16
A. Description du traitement	17
B. Description du profil d'addiction	19
VI. Rétrospective 2017	21
A. Formations et colloques	21
B. Travail en réseau	22
C. Article 27	23
D. BXLR Cup	24
E. CBS	24
VII. La prise en charge médicale à la MASS	26
A. Le travail au dispensaire	29
B. Hépatite C et HIV	30
C. Nos chiffres	31
D. A propos de ces chiffres	33
VIII. Conclusion	34

I. Introduction

Le rapport d'activités est le moment privilégié pour faire le point et il est de coutume de réaliser une photographie de l'année institutionnelle écoulée.

Le rapport 2016 avait pour objectif de retracer l'histoire et le contexte dans lequel s'était inscrit la création de la MASS de Bruxelles. Le contexte politique et social il y a 20 ans était alors en pleine mutation sur la question des drogues, période durant laquelle les projets MASS ont été pensés afin de soutenir des projets novateurs en terme de prise de contact et de maintien du lien avec des publics consommateurs très marginalisés.

C'est en 1999 que la Maison d'Accueil Socio Sanitaire ouvre ses consultations spécialisées pour usagers de drogue exclus des soins, dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle conclue avec l'INAMI, avec pour ambition d'atteindre cette frange cachée de la population d'usagers qui ne s'adresse pas ou plus aux services de premières lignes ou spécialisés. 18 ans ont passé et le rapport d'activités rendra une fois encore compte, chiffres à l'appui, que nous rencontrons bien cette patientèle que nous avons pour mission d'accueillir dans tous ses états.

Ce que les chiffres mettent un peu moins en évidence, c'est la capacité des équipes à offrir au jour le jour, à chaque patient qui s'adresse à nous, une écoute particulière et à leur prodiguer des soins dans le sens le plus large du concept, à savoir les accompagner vers un mieux-être, leur rendre une part d'humanité.

En cette année 2017, la MASS de Bruxelles a donc poursuivi sa navigation institutionnelle, sous la brise grimpante de la 6^{ème} réforme de l'état. Le capitaine est parti également. C'était son année. Changement de cap pour lui.

Merci au Docteur Serge Zombek d'avoir fabriqué – avec ses complices – ce navire. Merci d'avoir pensé et rédigé les manuels de navigation sur les eaux troubles du bas-seuil. Puisse sa vision – parce que c'est bien de cela dont il s'agit – être la lueur du phare qui nous guide et nous guidera encore au gré des saisons.

Et sur le pont ? Et bien sur le pont, une activité effrénée évidemment. L'Imprévu en mer est légion. A la MASS, les migrants de chez nous et d'ailleurs ne tombent pas du bateau, ils y grimpent. Et deviendront, outre un chiffre de plus de ce présent rapport d'activités, des exclus un peu inclus. Une fois sur notre embarcation, tout le voyage reste à accomplir. Il devient juste un peu moins risqué.

Bonne lecture à tous.

II. Objectifs, missions et activités

A. Objectifs

Les objectifs s'articulent principalement autour de quatre axes :

1. **Augmentation et maintien du contact**, envers une frange cachée de toxicomanes "échappant" aux offres existantes.

Le principe de bas seuil permet la mise en place d'un dispositif indispensable en vue de proposer tout d'abord un lieu sécurisant à toute personne qui se présente à la MASS. Cet accès inconditionnel permet de créer et maintenir un lien par des offres réalistes pour ceux qui, momentanément ou plus chroniquement, ne s'accommodent pas à des « structures classiques ».

2. **Limitation des dommages liés à l'usage de drogues et amélioration de la qualité de vie**, par une écoute particulièrement attentive aux dommages sanitaires, sociaux et psychologiques associés à l'usage de drogues afin de tenter de rendre à chaque sujet un minimum de "maîtrise" sur les problématiques rencontrées.

3. **Rééducation fonctionnelle**, qui devrait permettre l'insertion dans un processus de réhabilitation, de (re)découverte des ressources de la personne, au moyen entre autres d'une prise en charge multidisciplinaire relayée vers le réseau spécialisé ou généraliste. Plus que la diminution drastique de la consommation de drogues non prescrites, c'est bien l'augmentation de la capacité de gestion du rapport aux produits qui est escomptée.

4. **Réorientation vers le réseau existant**, au décours du suivi et en concertation avec le patient, celui-ci peut être orienté à tout moment vers le réseau classique d'aide et de soins. (médecins généralistes, maisons médicales, etc.)

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*¹ » 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 proposées sont :

- Large accessibilité (ouverture 6 jours sur 7), accueil inconditionnel, un lieu sécurisant à travers la salle d'Accueil et ses services, accessible à tous les patients durant les heures d'ouverture.
- Aide sociale de première ligne. (assurabilité, ressources, logement, médiation de dette, justice, accompagnement aux démarches extérieures) avec une orientation, si nécessaire, vers des services spécialisés
- Dispensaire, soins somatiques, éducation à l'acceptation et au respect du corps.
- Aide psychologique adaptée en fonction des besoins de la personne.
- Soins médico-chirurgicaux de première ligne.
- Prescription ou délivrance de produits de substitution, de médicaments psychotropes et somatiques.
- Traitements psychiatriques généraux.

¹ « 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 sujets à des addictions, ...

Les pratiques dites « à bas seuil d'accès » se basent sur les piliers suivants : l'adaptabilité du service au patient et à ses problématiques, la continuité des soins et logique de santé publique à partir de l'individu, le travail en réseau et l'inconditionnalité et l'accessibilité de l'offre. Les besoins du patient organisent les offres du dispositif et sont rencontrés sans délai, en tenant compte des habilités et des carences du patient.

Tentant en permanence de sortir de la logique à plus haut seuil, où l'aide est organisée, conditionnée autour d'un projet prédéterminé, la MASS de Bruxelles tend à adapter l'offre de soins en fonction des besoins et des possibles, en proposant une aide et un accompagnement non différé.

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	2017
File active annuelle	577	622	611	624	596
File active mensuelle	324 patients	313 patients	326 patients	332 patients	336 patients
File active hebdomadaire	170 patients en moyenne	170 patients en moyenne	169 patients en moyenne	173 patients en moyenne	171 patients en moyenne
Nombre de nouvelles demandes	/	168 demandes	124 demandes	162 demandes	114 demandes
Nombre de demandes de reprise en traitement	/	248 demandes	265 demandes	202 demandes	225 demandes
Nombre annuel de contacts patients	12.978 contacts	12.777 contacts	13.084 contacts	13.332 contacts	13.132 contacts
Moyenne du nombre de patients par jour	/	46 patients	47 patients	48 patients	47 patients
Nombre annuel de consultations	19.043 consultations	19.520 consultations	19.499 consultations	20.373 consultations	19.327 consultations
Moyenne du nombre de consultations par jour	/	70	70	73	69

- Demandes de prises en charge

339 demandes de traitement nous ont été adressées par **292 patients** différents (certains patients nous ont adressé plusieurs demandes sur l'année).

- 7 % (23) des demandes ont été orientées dans le réseau.
- 18 % (61) des demandes étaient des prises de contact qui n'ont pas débouché sur un suivi.

- 17 % (58) 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).
- 58 % (197) des demandes ont donné lieu à une prise en charge à la MASS.

- Suite des prises en charge

En moyenne 34 % 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 31/12/2017, 392 patients (65% 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 **392** patients en traitement au 31/12/2017

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 **46 %** 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 31/12/2017, c'est-à-dire en contact avec nos services de manière plus ou moins régulière, on peut remarquer que **90 %** 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'AMU². La plupart des patients sans couverture sociale obtiennent ainsi un accès aux soins. Certains patients

² Aide Médicale Urgente pour personne illégale

bénéficiaire, 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
2017	72 %	4 %	14 %	0 %	10 %
2016	64 %	13 %	12 %	0 %	11 %
2015	79 %	2 %	13 %	1 %	5 %

Statut	Patients en traitement 2015	Patients en traitement 2016	Patients en traitement 2017
Séjour en règle	74 %	74 %	72 %
Séjour travailleur UE	6 %	5 %	7 %
Séjour temporaire	4 %	3 %	4 %
UE sans séjour	9 %	11 %	10 %
Illégaux/ clandestins	7 %	7 %	7 %
Inconnu	0	0	0

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

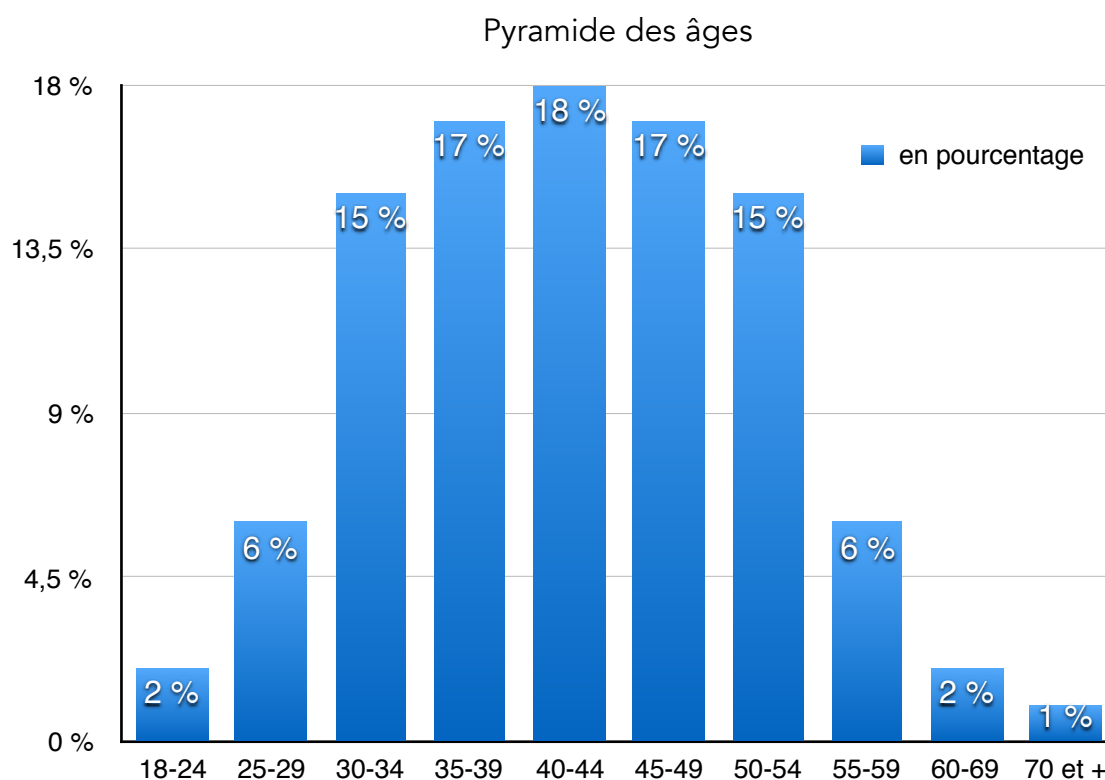
Remarquons que les délais des (ré-)affiliations aux organismes assureurs et/ou l'obtention de réquisitoire ou d'AMU peuvent être plus ou moins longs en fonction des situations. Pendant ce temps, nous assurons malgré tout la prise en charge psycho-médico-sociale de tous les patients. Ceci implique qu'une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

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	Patients en traitement 2017
Hommes	85 %	85 %	87 %
Femmes	15 %	15 %	13 %

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 41 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 « vieillis » 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	Patients en traitement 2017
Région Bruxelloise	91 %	91 %	90 %
Région Flamande	4 %	4 %	5 %
Région Wallone	5 %	4 %	4 %
Inconnu	0	1 %	1 %

Habitation	Patients en traitement 2015	Patients en traitement 2016	Patients en traitement 2017
Domicile Fixe	65 %	58 %	57 %
Domicile variable (famille, amis, institution)	11 %	7 %	12 %
Sans-abri	23 %	34 %	29 %
Inconnu	1 %	1 %	2 %

Cohabitation des patients ayant un domicile	Patients en traitement 2015	Patients en traitement 2016	Patients en traitement 2017
Vivent seuls	49 %	52 %	58 %
En famille (couple / enfants)	27 %	27 %	16 %
Autre membre de la famille	15 %	15 %	9 %
Non apparentés	3 %	4 %	4 %
Inconnu	6 %	2 %	13 %

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	Patients en traitement 2017
diplôme univ. ou supérieur	5 %	5 %	6 %
CESS	18 %	21 %	20 %
Humanité inférieures	28 %	30 %	27 %
Primaire ou pas de diplôme	22 %	23 %	27 %
Inconnu	27 %	21 %	20 %

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	Patients en traitement 2017
Etudiant/ retraité	1 %	1 %	1 %
Emploi régulier	9 %	9 %	10 %
Emploi occasionnel	7 %	5 %	2 %
Incapacité de travail	20 %	23 %	23 %
Sans emploi	53 %	40 %	37 %
Autre	10 %	22 %	27 %
Inconnu	0	0	0

Revenus	Patients en traitement 2015	Patients en traitement 2016	Patients en traitement 2017
Pension (retraite/ survie)	1 %	1 %	1 %
Salaire	16 %	11 %	12 %
Indemnité de maladie	20 %	23 %	23 %
Allocation de chômage	15 %	15 %	12 %
Revenu du CPAS	23 %	22 %	25 %
Aucun revenu propre	20 %	25 %	25 %
Autre	5 %	3 %	2 %
Inconnu	0	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 :

- 64% de patients sont sans emploi.
- 61% d'entre eux bénéficient de revenus de remplacement (mutuelle et chômage) ou d'aide (RIS).

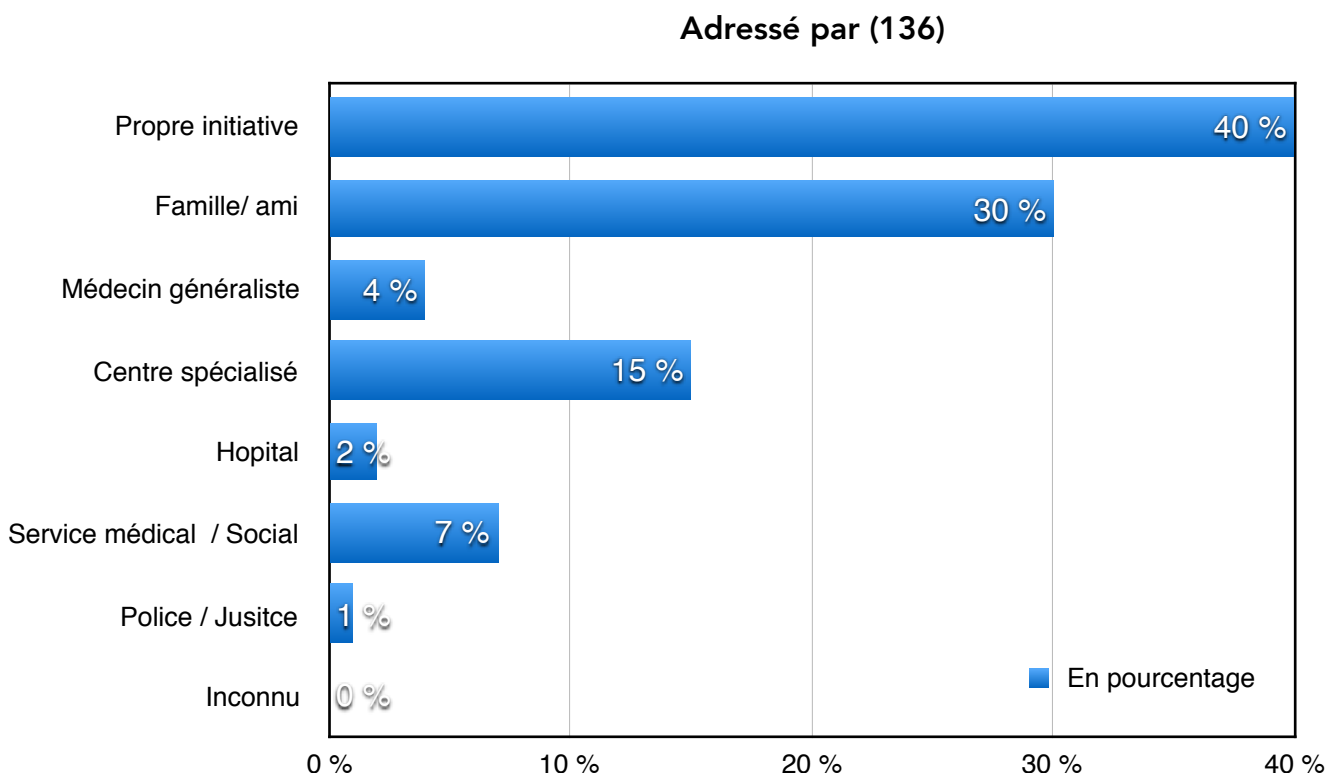
- 25% déclarent n'avoir aucun revenu propre.

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 TDI³ représentent 136 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.

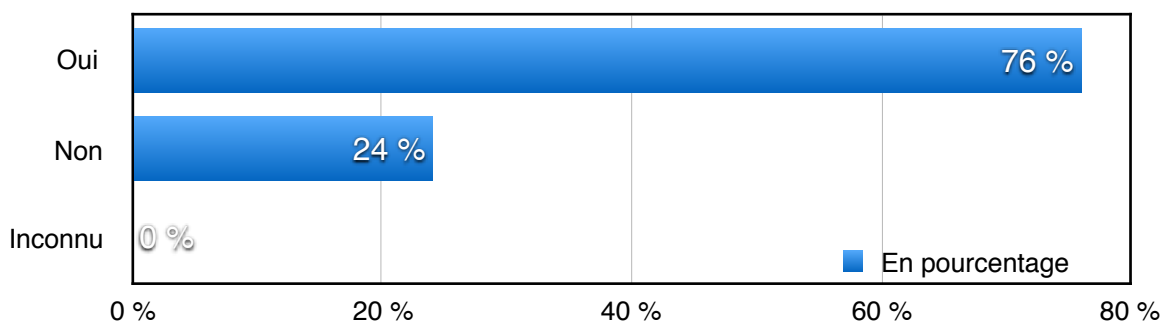


- La majorité des patients 70% sont adressés par des non professionnels.
- 29% sont adressé par le secteur socio-sanitaire spécialisé ou non.

³ Indicateur des Demandes de Traitement en matière de drogue ou d'alcool

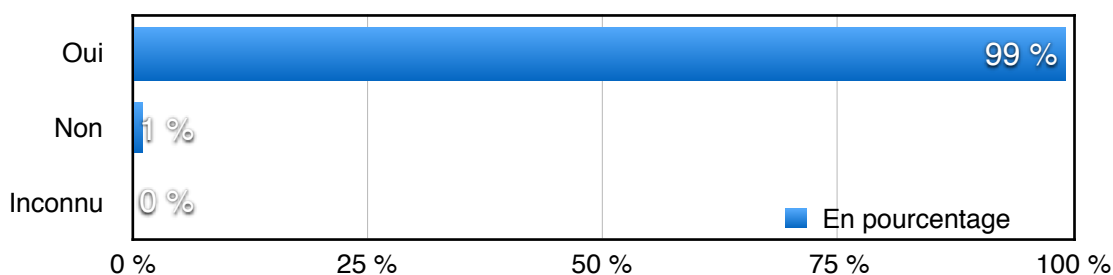
A. Description du traitement

Traitement antérieur (136)



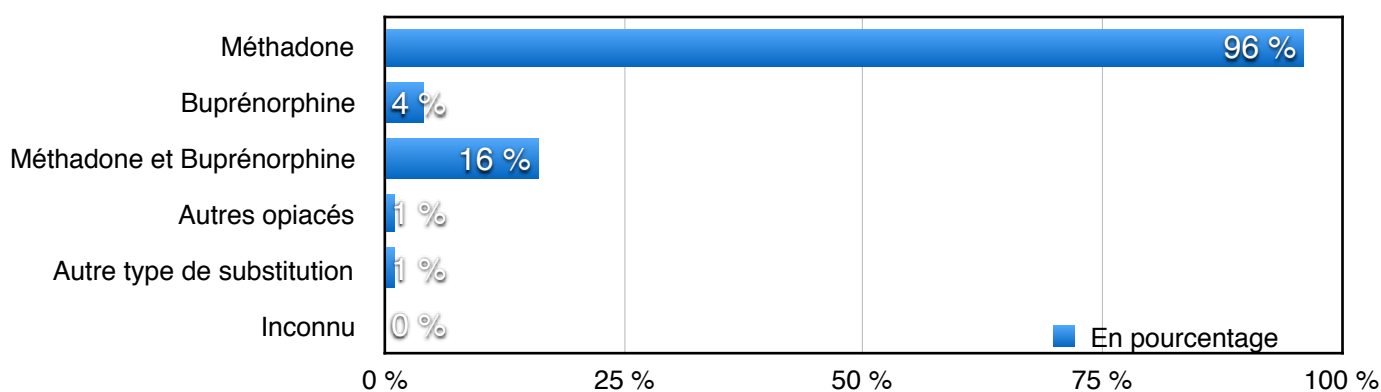
- 76% des patients qui s'adressent à nous ont déjà consulté pour leur problématique d'assuétude.

Traitement de substitution dans le passé (136)

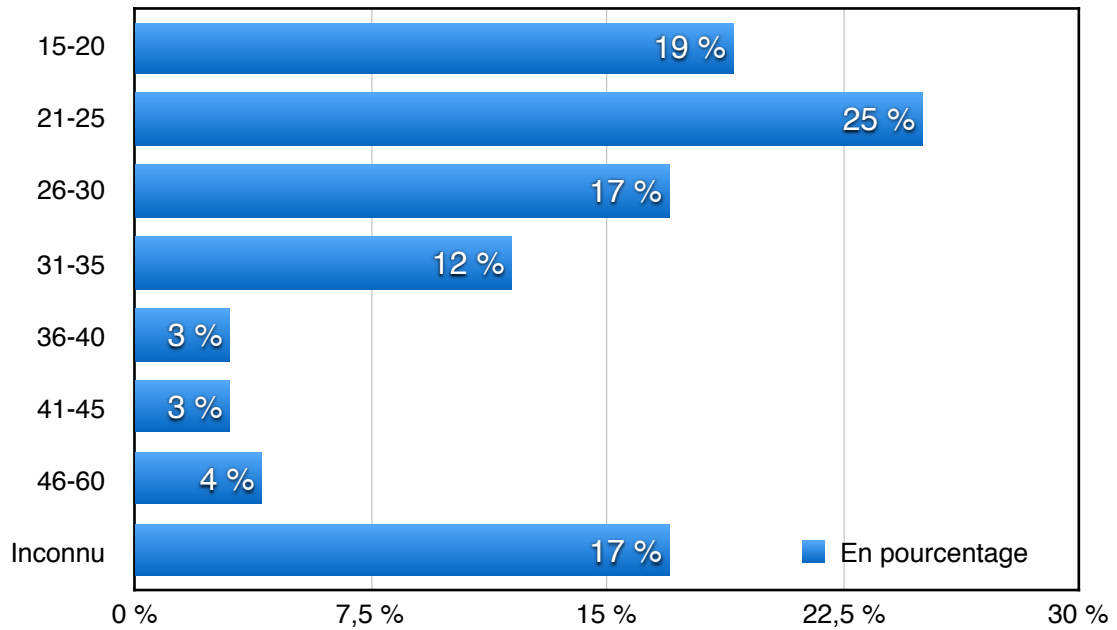


- Parmi ceux-ci, 99% ont déjà reçu un traitement de substitution.

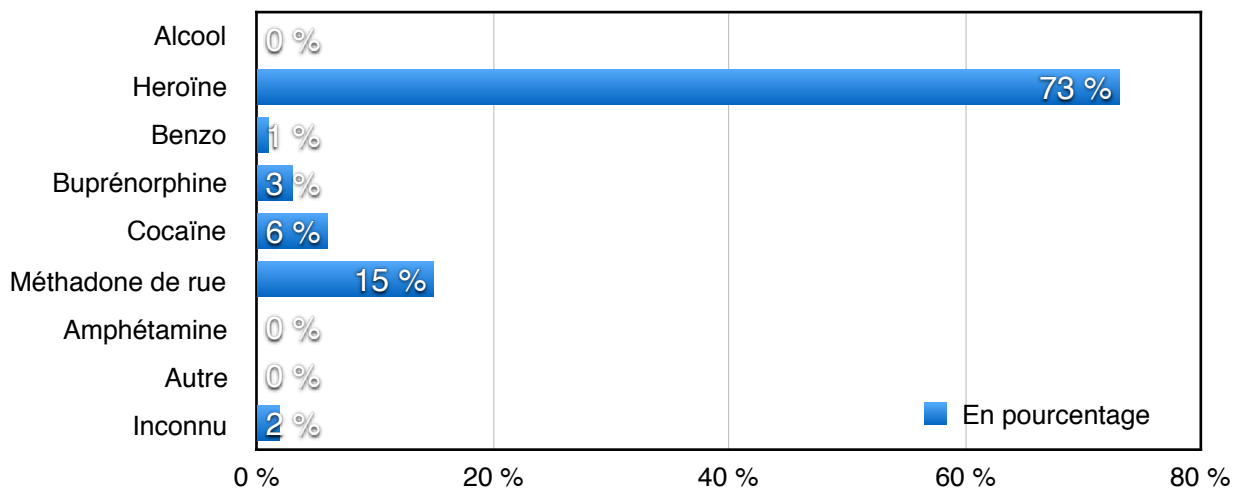
Quel type de substitution - plusieurs produits possibles (136)



Age du premier traitement de substitution (136)



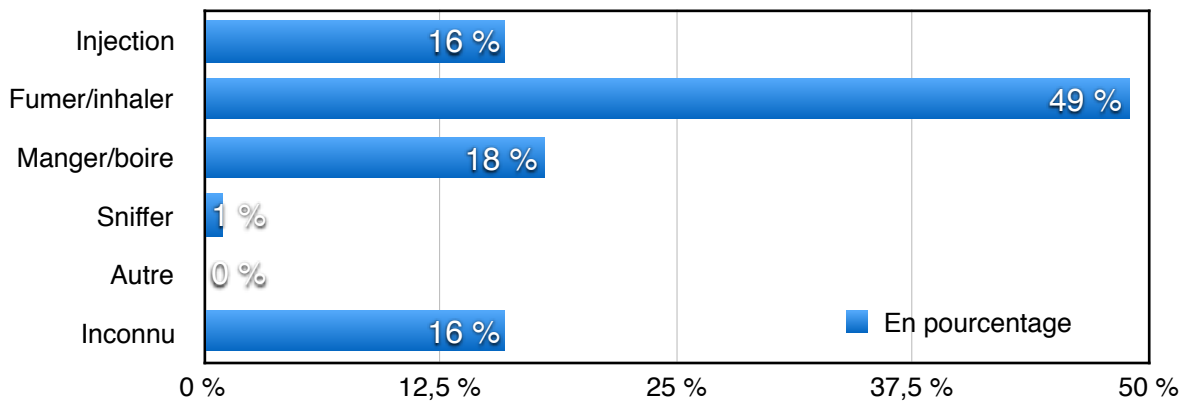
Substance principale (136)



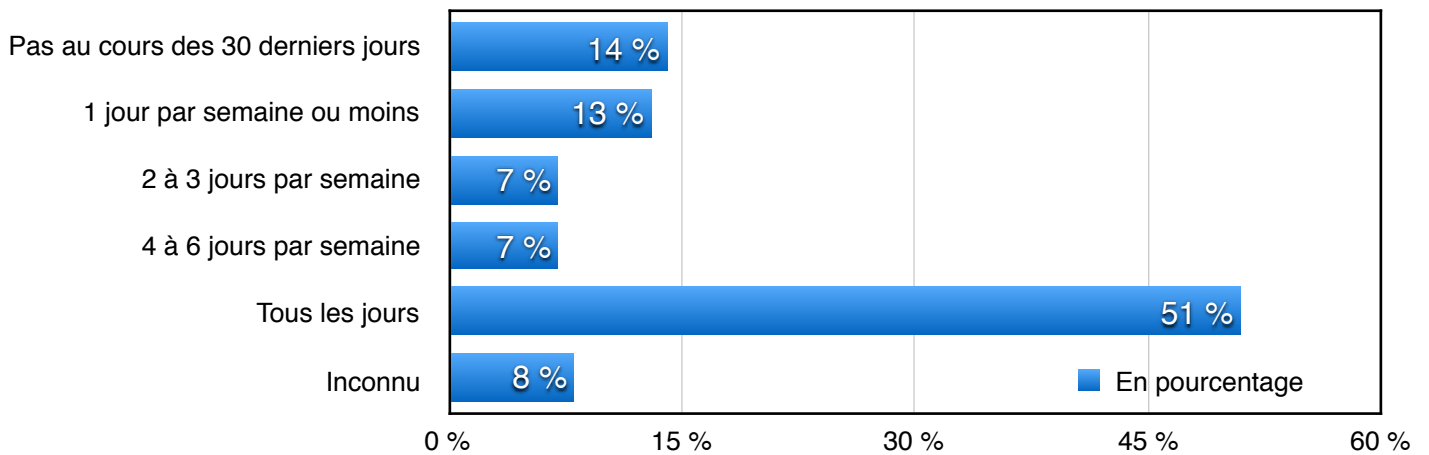
- La substance principale que les patients perçoivent comme problématique, et pour laquelle ils consultent en priorité est l'héroïne.

B. Description du profil d'addiction

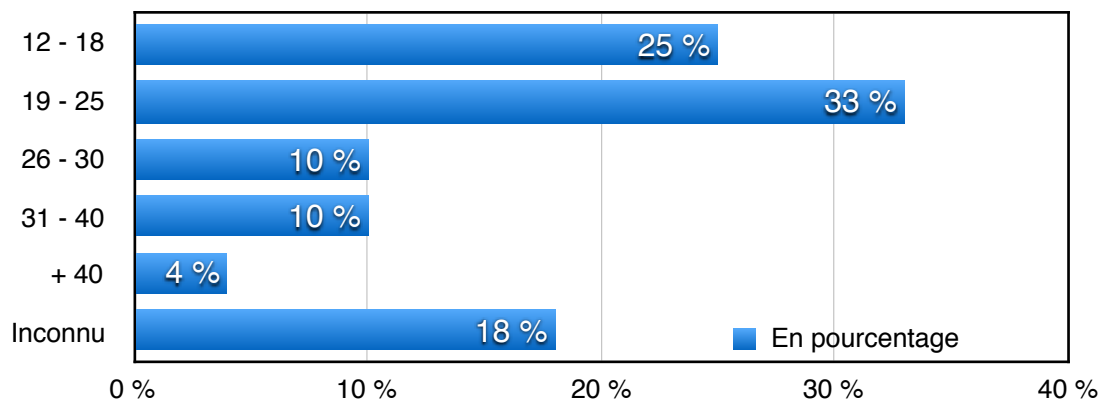
Mode de consommation (136)



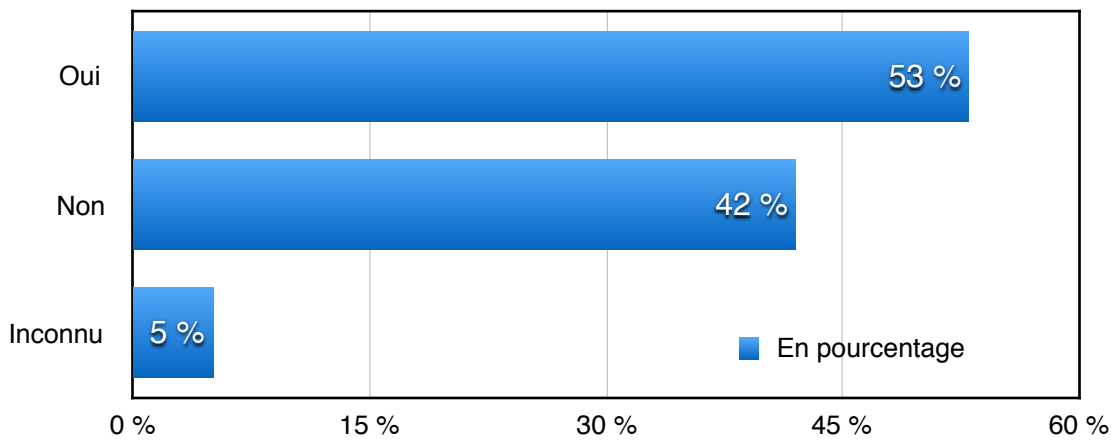
Fréquence de consommation (136)



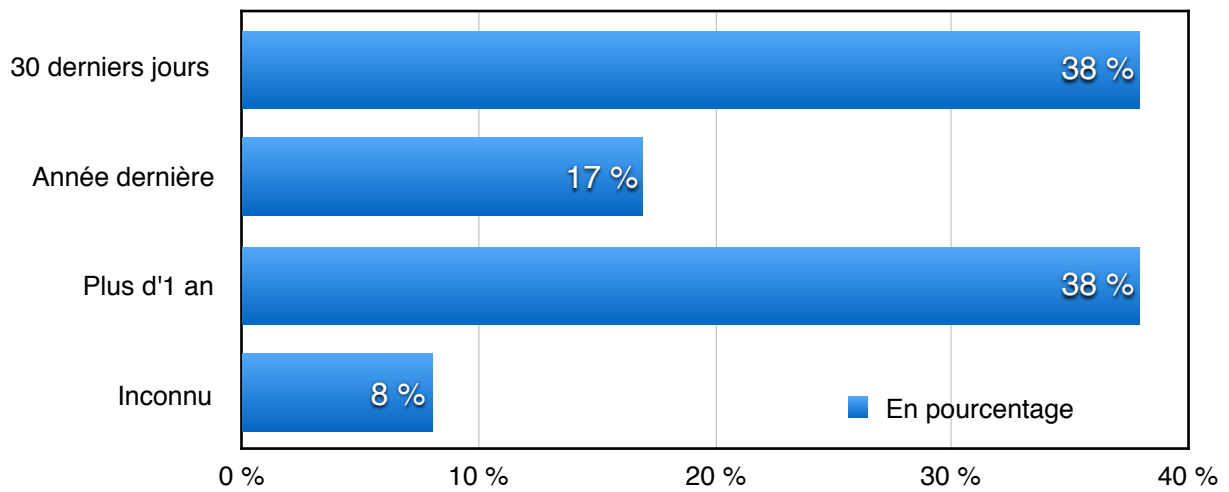
Age de la première consommation de la substance principale (136)



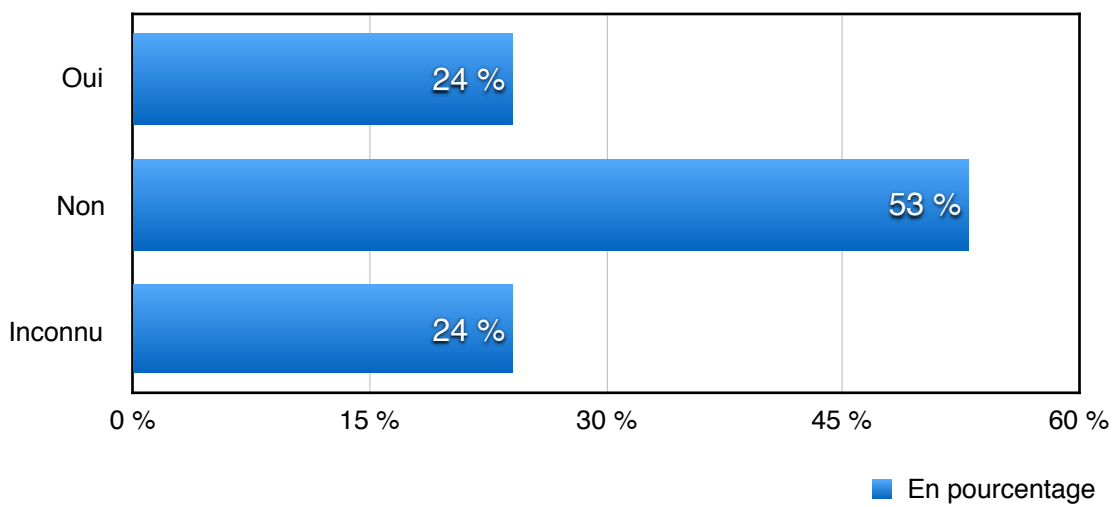
Consommation par injection (136)



Dernière consommation par injection (72)



Partage de seringues (72)



VI. Rétrospective 2017

En 2017, 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.

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 :

- « Un possible lien », une journée d'étude organisée par le Centre Médical Enaden
- « Formation de base de secourisme en milieu professionnel », organisée par le Febi (Association des Fonds Sociaux du Secteur Non-Marchand)
- « Des services sociaux tellement généralistes... franchir ou ne pas franchir les frontières de nos missions ? », journée d'études organisée par le IC CAP CASG
- « Dans l'hôpital, dans la cité, le patient usager de drogues », journée d'étude organisée par la Fédito Bruxelles
- « DEG en psychanalyse », organisé par l'UCL
- « Hors circuit-Laboratoire de l'intervention sociale », conférence organisée par le Forum Bruxelles contre les inégalités
- Une formation HIV organisée par l'hôpital St. Pierre
- « Par-delà la Méditerranée, les interventions autour de l'usage de drogues », séminaire organisé par la Fédito Bruxelles
- « La désobéissance », colloque organisé par Assemblages ASBL
- « Initiation à la prévention incendie », formation organisée par le Cresept asbl

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

- « Réanimation cardio-pulmonaire avec/sans défibrillateur », formation organisée par la Croix-Rouge de Belgique (complément à la formation « Sensibilisation aux premiers secours en milieu professionnel » que l'équipe a fait en 2016)
- « Les déclinaisons de l'accueil en social-santé », journée d'études organisée par la Fédération des Maisons Médicales
- Continuité des supervisions 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. Comme les années précédentes, 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 le « Bas Seuil Tour », c'est-à-dire l'immersion de travailleurs pendant une journée au sein d'autres institutions bas-seuil (Lama-Transit) a continué en 2017 et va se poursuivre en 2018.

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, le partenariat avec le centre de jour HOB0 et d'autres partenaires comme Dune asbl ont été renforcés. Le partenariat avec Dune asbl nous permet de proposer un service complémentaire aux patients, à savoir, l'échange de matériels de consommations de drogues. S'y ajoute que la présence des travailleurs de Dune Asbl dans les locaux de la MASS peut favoriser la visibilité de ce service et la création d'un lien avec le public de la MASS.

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

C. Article 27

En 2017, la MASS a signé pour la première fois une convention avec l'asbl Article 27. Il s'agit d'une association qui a pour mission de sensibiliser, de faciliter la participation culturelle pour toute personne vivant une situation sociale et/ou économique difficile. L'idée de base de l'asbl s'inspire de l'article 27 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme qui stipule que « *Toute personne a le droit de prendre part librement à la vie culturelle de la communauté, de jouir des arts et de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent.* ». Dans ce sens, l'asbl Article 27 met à disposition un certain nombre prédéfini de tickets aux institutions partenaires. Ces tickets permettent au public cible d'avoir accès à une grande offre culturelle (cinéma, théâtre, expositions, festivals, etc.) à un prix forfaitaire de 1,25 euro (sauf événement exceptionnel qui nécessite une intervention plus importante).

Plus précisément, afin de lancer le partenariat, la médiatrice culturelle responsable du secteur de la toxicomanie est venu présenter le projet de l'association à l'équipe de la MASS. L'objectif était de sensibiliser les travailleurs par rapport aux actions et aux offres existants pour pouvoir au mieux aborder cette dimension avec le public de la MASS.

Entre les mois d'avril et décembre 2017, la MASS a reçu 140 tickets, dont 69 % ont été distribués.

Voici quelques détails :

Répartition selon le sexe	Homme	Femme
	73 %	27 %

Répartition selon l'âge	19-30	24 %
	31-40	24 %
	41-50	41 %
	51-65	11 %

Nombre de tickets reçus	140
Nombre de tickets distribués	69 %
Nombre de personnes différents	37

A travers la distribution des tickets à la MASS, l'équipe a l'occasion d'aborder un aspect très peu investi dans la prise en charge jusque-là, à savoir la culture au sens large. Ce travail s'inscrit dans une réorganisation de l'accueil des patients à la MASS et permet au public un accès non-discriminant au monde culturel.

D. BXL Cup

La MASS participe depuis quelques années avec les patients à la compétition de football organisé par la BXL Cup qui est la première division locale de la Belgian Homeless Cup. Il s'agit d'un tournoi de football sur le territoire de Bruxelles qui s'adresse aux personnes sans-abris fréquentant des associations comme la MASS, Les Petits Riens asbl, différents centres Fédasil, HOBOS asbl et beaucoup d'autres. Cette compétition ne se limite pas à des matchs de foot, mais inclut toute une dimension d'accueil d'un public fragilisé dans un contexte convivial, sans jugement. L'objectif est de donner une place à chacun peu importe son niveau de foot ou sa condition physique.

Lors des soirées de compétition, à tour de rôle, ce sont les équipes participantes qui organisent le catering. Cette dynamique permet une inclusion des joueurs dans l'organisation de la soirée au-delà du match. Les moments plus conviviaux permettent aux personnes de rencontrer les joueurs des autres équipes et de passer un moment de détente. S'y ajoute que les matchs de foot sont couplés à des moments de réflexion et de discussion autour de la notion du fair-play, des règles à respecter etc. Ces moments permettent à un chacun de faire attention à l'autre et de sortir d'une logique de vouloir gagner à tout prix. L'importance est mis sur le respect et le fait de passer un agréable moment ensemble.

Au sein de la MASS, ce sont des travailleurs ainsi que de nombreux stagiaires qui accompagnent les joueurs lors des matchs. La saison 2016-2017 s'est terminée en mai et s'est clôturée par un tournoi final.

E. CBS

Dans le cadre des « Midis Bas-Seuil », initiés en 2016, la MASS a organisé à son tour une rencontre autour de la thématique des déterminants sociaux de la santé. Cette après-midi s'est organisée en deux temps. La première partie était consacrée à une brève introduction de contextualisation et de définition par rapport aux déterminants sociaux de la santé. La deuxième partie consistait en des ateliers de réflexion suivi par une mise en commun autour de 4 grandes catégories à savoir :

- les politiques sociales (accès aux droits, à l'aide sociale, ...)

- la santé (état de santé, accès aux soins, accès aux autres services de santé, RdR, ...)
- les conditions de vie (accès au logement, au travail, aux formations, ...)
- le bien-être (outils psychoéducatifs / thérapeutiques)

L'objectif du travail en sous-groupe était de réfléchir sur les opportunités, les obstacles, les perspectives ainsi que les pistes de solutions rencontrés par les travailleurs de terrain.

Un constat général mis en avant par le premier sous-groupe est le manque de visibilité du secteur et le manque de données objectives pour interpeller les pouvoirs publics par rapport au travail de terrain. S'y ajoute que la problématique de la « toxicomanie » est souvent remplacé par des étiquettes et stéréotypes à connotation négative, à caractère criminel. Voilà pourquoi le monde politique semble préférer des réponses sécuritaires plutôt que préventives et curatives. D'où l'importance de réfléchir en tant que secteur et surtout dans le cadre de la concertation Bas-Seuil à de nouvelles manières de se regrouper, de développer et de renforcer les canaux de communication afin de renforcer la visibilité du secteur et des revendications y liées. Ceci inclut une analyse critique de politiques publiques et la réflexion par rapport aux moyens d'action disponibles.

Ce qui définit la CBS est surtout la spécificité des institutions bas-seuil à donner accès aux soins au sens large à un public extrêmement précarisé, tout en travaillant avec le réseau existant. Force est de constater que malgré une offre très riche et diversifiée de services sur le territoire de Bruxelles, le public cible semble avoir du mal à les utiliser. Des hypothèses émises sont le manque ou l'inaccessibilité de l'information et la difficulté d'orientation du public dans le réseau. Ces constats laissent déduire une importance particulière à donner à la collaboration avec les institutions partenaires. Ce réseau doit être construit avec la personne concernée tout en garantissant une coordination des différents intervenants. Dans une telle démarche, les équipes mobiles comme Diogènes asbl, les infirmiers de rue asbl, Réseau hépatite C Bruxelles asbl et autres, sont des leviers incontournables, selon les problématiques rencontrées, afin d'organiser un accompagnement et une orientation vers les services adéquats.

La thématique sur les conditions de vie a souligné une fois de plus l'importance de travailler en réseau et faire appel à des services d'accompagnement notamment en ce qui concerne l'accès au logement ou l'accompagnement en logement.

La question du logement a pourtant soulevé un questionnement important en ce qui concerne le vieillissement du public accueilli dans les différentes structures. Force est de constater qu'il y a toute une partie du public qui nécessitent des réponses alternatives aux dispositifs existants, et ce de façon durable (personnes trop vieux pour maison d'accueil/trop malade, mais trop jeune pour home pour vieux.....)

Pour conclure, on se rend compte qu'en parlant des déterminants sociaux de la santé, on touche à de nombreux facteurs interdépendants. Par conséquent, les actions de terrain doivent permettre de donner une réponse à des phénomènes complexes tout en développant un plaidoyer commun afin d'innover l'offre existant. Ce constat suppose de maintenir des moments de réflexion au sein du secteur afin de « sortir le nez du guidon » et de construire ensemble des réponses aux problématiques rencontrées.

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.

Nous gérons le **traitement de substitution** (méthadone ou buprénorphine) des personnes dépendantes aux opiacés et nous offrons aux patients de l'institution un **suivi somatique et psychiatrique**.

Nos prises en charges sont adaptées aux conditions de vie de ces patients ainsi qu'à leurs attentes et capacités à tout moment du suivi.

L'équipe médicale est amenée en priorité à mettre en œuvre les principes de la réduction des risques.

Nous donnons du matériel d'injection stérile aux patients injecteurs et nous parlons des risques liés aux injections : abcès, ulcérations, contamination par le virus de l'hépatite C et au HIV.

Nous abordons les problèmes d'hygiène et des maladies sexuellement transmissibles . Nous proposons des méthodes contraceptives.

Nous parlons des produits psychotropes et de leurs effets secondaires.

Nous vaccinons.

La prescription d'un traitement de substitution, avant toute autre chose, est un instrument de réduction des risques.

Certains patients présentent une **comorbidité psychiatrique** (double-diagnostic) qui rend plus complexe leur prise en charge et nécessite un suivi adapté, entre autres via nos consultations psychiatriques.

En ce qui concerne la prise en charge somatique de première ligne nous sommes confrontés aux pathologies d'une population dont les conditions de vie sont souvent précaires.

Certains patients vivent en rue ou dans des squats, dans un milieu où la violence et les consommations d'alcool et de psychotropes (drogues illégales et médicaments détournés de leur usage thérapeutique) sont très présentes.

Nos patients peuvent se mettre en danger par leurs habitudes de consommation: injections pratiquées de manière non stérile, mélanges de produits, overdoses.

Ces conditions de vie particulières induisent des pathologies inhabituelles chez des personnes relativement jeunes: problèmes dermatologiques et infections diverses parfois graves (infections pulmonaires dont la tuberculose, hépatites, HIV...).

Notre public cible est un public pour lequel l'accès au soins est difficile en raison de problématiques sociales mais aussi psychiatriques ou comportementales, ce que Médecin du Monde a appelé « la ligne 0,5 »⁴. Pour le décrire de manière tristement imagée: entre le trottoir et la première ligne.

Certains patients n'ont aucune assurabilité et donc pas de remboursement de leurs traitements non urgents.

Il arrive aussi que le fait de vivre en rue soit en soi un obstacle à l'accès aux soins.

Un orthopédiste, par exemple, va souvent refuser d'opérer une personne qui retournera en rue à la sortie de l'hôpital, vu le grand risque d'infection des plaies opératoires. Dans ce genre de situation, nous collaborons avec le service Médi Halte qui héberge les personnes ayant besoin de soins, particulièrement en post hospitalisation.

Autre exemple : des patients sans domicile atteints de bronchite chronique sévère ne vont pas recevoir l'oxygénothérapie "à domicile" indispensable.

Le travail social réalisé à la MASS va souvent permettre de trouver des solutions (provisoires ou permanentes), mais malheureusement pas toujours.

Dans la mesure du possible nous prenons en charge les pathologies somatiques dans l'institution, mais en cas de besoin les patients sont orientés et doivent parfois être accompagnés vers les services hospitaliers.

La MASS n'est pas financée pour ces accompagnements. Soit, dans la mesure du possible, nous mobilisons un travailleur de notre institution, soit nous travaillons en réseau avec des travailleurs de rue ou ceux du comptoir d'échange de seringues de DUNE.

⁴ « Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique », Médecin du Monde - INAMI, septembre 2014

Le plus souvent, nos patients sont envoyés vers les hôpitaux du réseau Iris. L'hôpital St Pierre constitue un partenaire privilégié car s'y déploie un service spécialisé, la Liaison-Addictions⁵, lequel répond de façon 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 la gestion de ce public et le cadre institutionnel n'y étant pas adapté. La Liaison-Addictions va pouvoir accompagner les patients durant tout leur séjour, former les équipes soignantes, faire le lien avec le réseau de soins du patient ou créer un réseau en vue de l'après-hospitalisation.

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

Nous accordons une grande importance à la formation de tous les travailleurs de la MASS par rapport à la problématique de la toxicomanie, des pathologies associées et des traitements. Tous les travailleurs de la MASS participent à la réduction des risques et à l'information des patients.

Nous restons vigilants par rapport aux nouvelles drogues et aux nouveaux modes de consommation.

Nous accueillons régulièrement des stagiaires que nous formons afin qu'ils puissent utiliser dans leur future vie professionnelle l'expérience du travail avec les patients les plus précaires et les consommateurs de produits psychotropes.

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 les dépistages nous réalisons si possible les prises de sang dans l'institution. Certains patients refusent ou post posent l'examen. Comprendre les résistances et les dépasser fait partie de nos objectifs.

Pour certains patients les bilans ne pourront malheureusement pas être réalisés en raison de problèmes d'assurabilité.

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

⁵ Liaison-Addictions est une des unités de l'asbl Interstices CHU St Pierre

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 .

Concernant la problématique de l'hépatite C, nous avons instauré deux plages horaires durant lesquelles une infirmière s'occupe de la récolte de données des dépistages réalisés à la MASS et de l'accueil des patients atteints par la maladie, ainsi que de la coordination des soins de ces personnes (rendez-vous pour des examens en vue d'une mise au point, contacts avec le réseau hépatite C pour les rendez-vous avec les spécialistes et reprise de suivi pré-traitement..). Ces plages horaires sont réparties le mardi et le jeudi à raison de 3h au total.

Nous nous participons à 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 patients. L'étude, qui a débuté en 2017, va analyser l'utilité de ces tests chez les patients fréquentant diverses structures « bas-seuil » (Transit, Lama, MASS, Dune, etc.).

A la MASS, ces TRODS sont utilisés chez les patients pour 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 formé toute l'équipe de la MASS à la problématique de l'hépatite C. Des travailleurs non-médicaux 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 est réalisé par les infirmiers et médecins.

Cette approche pluridisciplinaire est intéressante tant pour l'équipe que pour le patient.

En 2017, 26 TROD ont été réalisés (les autres dépistages ont été faits par prise de sang): 19 se sont révélés non réactifs et 7 réactifs. Réalisés parfois dès les premiers contacts, ce type de dépistage a été parfois un levier dans la prise en charge des patients.

A. Le travail au dispensaire

Les infirmières y sont disponibles pour les urgences mais prodiguent également des soins au quotidien avec une attention particulière aux soins de plaies liées aux injections. Ces soins s'accompagnent souvent de discussions autour de la

réduction des risques. Et sans être un comptoir d'échange, il est proposé aux patients d'échanger du matériel d'injection.

Au quotidien, certains patients sont suivis au dispensaire afin d'être accompagnés dans la gestion de leurs traitements de substitution, ils y viennent régulièrement afin de prendre sur place leur médication. Ce sont des moments importants.

Ils sont également accompagnés pour leurs prises de rendez-vous aux examens ou aux consultations à l'extérieur. Ce sera d'ailleurs également l'infirmière qui pourra faire le lien entre les différents intervenants, qui va encoder les résultats et comptes rendus et mettre à jour les dossiers.

Des injections, les prises de sang (tant pour les dépistages que pour les bilans de santé) sont également réalisées au dispensaire.

Le dispensaire est aussi un lieu de soins d'hygiène (douches et traitements de parasitoses).

Dans le cadre des activités au dispensaire, l'encadrement des stagiaires est également un point d'honneur des infirmières. En collaboration avec une étudiante, un atelier de santé communautaire a pu être mis en place autour de la problématique des overdoses. Les patients étaient invités à partager leurs expériences, leurs connaissances et par le biais d'une activité ludique, les numéros d'urgence et les gestes à effectuer ont été rappelés.

B. Hépatite C et HIV

Il nous paraît important de développer un chapitre spécifique HCV/HIV.

- **Le virus de l'hépatite C**

Le virus de l'hépatite C est transmis par le sang et les modes d'infection les plus fréquents résultent de l'exposition à de petites quantités de sang, se produisant lors de la consommation de drogues injectables, des injections à risque, de soins à risque et de la transfusion de sang ou de produits dérivés pour lesquels il n'y a pas eu de dépistage.

Les données du profil d'addiction des nouveaux patients de la MASS mettent en lumière que 53% 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.

Contrairement au HIV le virus de l'hépatite C 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 une PCR positive reste infecté par le virus et peut le transmettre. Il peut également développer une cirrhose hépatique, voire un cancer du foie.**

Depuis 2016, de nouveaux traitements contre l'hépatite C, beaucoup plus efficaces et avec moins d'effets secondaires qu'auparavant ont été commercialisés. Le remboursement de ces traitements s'est étendu à des patients qui auparavant n'y avaient pas droit.

- **Le HIV**

Pour le HIV, selon l'ISP6, la transmission lors de l'utilisation de drogues intraveineuses reste marginale (2 % des nouvelles contaminations enregistrées en Belgique en 2014). La transmission du HIV se fait surtout par voie sexuelle.

L'efficacité des traitements par antirétroviraux réduit considérablement le nombre de nouvelles contaminations.

Néanmoins la prévalence de cette pathologie chez nos patients est très largement supérieure à la prévalence dans la population générale. Parmi nos patients, des pratiques sexuelles à risque nous sont régulièrement rapportées. Les conditions de vie précaires de notre public et leurs consommations les amènent parfois à avoir des rapports sexuels non protégés ou à subir des violences sexuelles.

C. Nos chiffres

596 patients ont été considérés comme « en traitement » à la MASS et ont eu au moins un contact avec notre institution en 2017.

Notre échantillon statistique reprend les patients qui ont consulté au moins une fois en 2017 et qui sont en traitement dans notre institution au 31/12/2017. Cet échantillon comporte 392 patients.

Ce choix d'échantillon est lié à la versatilité de notre public. Beaucoup de patients ayant pris contact avec l'institution n'entament pas de processus de traitement.

Patients dépistés: patients de notre échantillon ayant déjà eu un ou plusieurs dépistage HIV et HCV (chez nous, en hôpital, en prison, etc...). Pas nécessairement en 2017.

⁶ Institut de Santé Publique

Pour une stratégie de dépistage optimale, les dépistages devraient être répétés tous les trois mois pour les patients actuellement non contaminés, ce qui n'est pas facile à réaliser. 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 pour l'hépatite C: 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.

Nombre de patients dans notre échantillon	392 patients
Nombre de patients dépistés	277 patients dépistés = 70% de notre échantillon 14 de ces patients l'ont été par un TROD
Nombre de patients atteints par le virus de l'hépatite C (sérologie positive pour l'hépatite C)	145 patients avec une sérologie positive = 52 % de patients dépistés
Nombre de patients positifs pour l'hépatite C, chez lesquels un test PCR a été réalisé	108 patients pour lesquels la PCR a été réalisée = 74 % 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 = 57 % de ces patients

Nombre de patients ayant été vus par un hépatologue, en traitement ou ayant terminé un traitement	13 patients ont vu un hépatologue, sont en traitement ou ont terminé le traitement = 21 % des patients avec une hépatite active. Au 31/12/2017, un patient était toujours en traitement, 6 sont guéris de leur hépatite C.
Nombre de patients atteints par le virus HIV	11 patients sont positifs au virus de l'hépatite C = 4 % 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 2017, 52% des patients dépistés sont atteints du virus de l'hépatite C. Les chiffres élevés de contamination par le virus de l'hépatite C justifie notre vigilance.

Notre clinique particulière s'adresse à des patients n'ayant pas ou peu accès aux soins de première ligne. Certains, qui ont pris contact avec la MASS, abandonnent très vite la prise en charge ou viennent de manière sporadique. Ceux-là sont plus difficiles à dépister que les patients réguliers.

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 souvent ultérieurement. Les TRODS, dès le premier contact, si possible, peuvent nous aider à dépister ces patients. Ils peuvent aussi être utilisés pour augmenter la fréquence des dépistages.

La prévalence du HIV est de 4% 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

L'objet social de la MASS a imposé dès sa création la mise en place d'un dispositif de soins à bas seuil d'accès pour atteindre des patients très marginalisés. Chez nous, comme dans les autres institutions bas seuil, les problématiques sont devenues au fil du temps de plus en plus intriquées et complexes. Les patients qui fréquentent notre institution sont en situation de désaffiliation sociale et de grande vulnérabilité, cela nécessite aujourd'hui la mobilisation de conventions internationales de sécurité sociale, la mise en place de l'aide médicale urgente, permettant parfois le retour vers un régime d'assurance ordinaire mais de moins en moins.

La mise en œuvre de cette clinique particulière demande un déploiement important de forces de travail, de l'inventivité et de la solidarité interne (et externe) afin de répondre au plus près et au plus vite aux demandes que nous adressent les patients. La création et le maintien du lien avec ce type de patientèle nécessite en effet patience et cohésion au sein des équipes ainsi qu'une collaboration très large avec le secteur médico-social.

Ces demandes qui nous arrivent de façon imprévue et sur le mode de l'urgence, nous amènent à des réflexions constantes quant à la façon de les gérer, tout en restant fidèles à nos objectifs, et afin d'éviter une « sélection » de notre patientèle qui nous ferait tendre vers un seuil d'accès plus haut.

L'offre a évolué et gagné en qualité au travers d'une expertise fondée sur des années de travail de terrain, ce qui nécessite un réajustement régulier de nos modes d'interventions et de réinventer notre clinique.

Nous remercions toute l'équipe de la MASS qui, au quotidien, fait preuve d'une grande adaptabilité pour répondre aux multiples demandes de patients, pas toujours patients, afin d'atteindre les objectifs ambitieux en terme de cohésion sociale et de santé publique qui nous nous sommes fixés.

A cet égard, nous avons commencé en 2017 à repenser notre mode d'accueil inconditionnel.

L'objectif poursuivi est d'interroger nos pratiques, nos façons de fonctionner entre disciplines, tout en maintenant le patient au centre de notre dispositif.

Il est dès lors question de (re)définir nos pratiques et interactions , ainsi que de concrétiser un nouvel outil de prise en charge des demandes « non programmées » des patients, afin d'être moins tributaire de l'imprévu et de pouvoir maintenir un accueil de qualité.

Nous nous sommes adjoints les services de M. Martin Cauchie, socio-anthropologue et chercheur. Son expérience et son expertise nous ont permis d'éclairer d'un point de vue théorique les pratiques que nous expérimentons en équipe depuis plusieurs années déjà.

Ces réflexions ont débouché sur la mise en place de nouvelles modalités de travail d'accueil, à savoir la mise sur pied de « groupes d'intervenants ». Ceux-ci seront développés dans le rapport d'activités 2018.

Il en résulte que l'accueil des nouvelles demandes n'est plus l'apanage seulement de nos éducateurs, mais d'équipes d'intervention regroupant toutes les professionnalités.

Ceci permet non seulement une meilleure gestion du flux et une meilleure répartition de la charge de travail, mais également une meilleure cohérence dans les prises en charge cliniques portées par l'ensemble des secteurs de compétences.

En effet, le travail des uns enrichit celui des autres et cela nous amène à tendre vers un réel travail transdisciplinaire par l'expertise de chaque secteur éclairant de son prisme la façon générale d'accueillir les nouvelles demandes; avec comme effet connexe une formation continue des unes et des autres disciplines.

Nous avons démarré ce nouveau dispositif le 1er avril 2018 et des évaluations et réajustements sont déjà programmés.

Bien sûr, tout changement d'organisation amène sont lot de questionnements à propos notamment des identités professionnelles, de la communication et du sens clinique dans nos actions.

Nous sommes néanmoins optimistes quant à cette nouvelle façon de travailler ensemble, prometteuse d'une augmentation de la qualité de notre travail, tant pour les patients que pour l'équipe.

Le changement viendra aussi prochainement par la mise en œuvre de la 6ème réforme de l'État décidée en 2014 et qui sera concrétisée au 01/01/2019 par le transfert effectif du secteur de la revalidation fonctionnelle de l'État Fédéral vers les entités Régionales.

En 2017, nous avons brièvement rencontré pour la première fois nos nouveaux interlocuteurs à la COCOM.

Nous avons pu leur transmettre que nous restons attachés à défendre une dynamique institutionnelle basée sur la solidarité interpersonnelle, car ce système de protection sociale que nous expérimentons tous les jours, même si parfois 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 ou plus affiliée aux organismes assureurs.

Cependant, nous devons rappeler que ce système ne permet pas la circulation des patients les plus marginalisés dans une offre plurielle de secteur, garantissant le respect de leurs droits. A quoi 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 de plus en plus jeunes, avec ses conséquences sanitaires (Tbc, HIV et Hépatite C).

A cet égard, la Région de Bruxelles devra, avec sa «20ème commune de sans-papiers et de laissés-pour-compte», faire face à un défi de taille.

Enfin, en 2019 la MASS fêtera ses 20 ans d'existence.