27 octobre 2026

10 remarques critiques concernant le PIIS sur l'assuétude, formulées par la Plateforme Pauvreté et Assuétude

Membres de la Platforme Pauvreté et Assuétude

Féda BXL – Fédération bruxelloise des institutions spécialisées en matière de drogues et addictions asbl

Fédito wallonne – Fédération wallonne des institutions pour toxicomanes, services et réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes

VAD – Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs

VVBV – Vlaamse Vereniging van Behandelcentra Verslaafdenzorg

BAPN – Belgisch netwerk armoedebestrijding

Contexte

La présente note contient 10 remarques critiques concernant le volet « PIIS – assuétude » du projet de loi modifiant la loi du 26 mai 2002 relative au droit à l'insertion sociale et la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge de l'aide octroyée par les centres publics d'action sociale en ce qui concerne le projet individualisé d'insertion sociale (document parlementaire 56K1721).

Dans ce volet partie, il est proposé que les personnes souffrant d'un problème d'assuétude qui introduisent une demande de revenu d'intégration soient tenues de se soumettre à un examen médical afin de déterminer la prise en charge (médicale) appropriée. Si l'avis du médecin démontre qu'une « cure de désintoxication »[1] favoriserait leur intégration

[1] L'accord de gouvernement évoque une « cure de désintoxication ». Ce n'est toutefois pas le vocabulaire utilisé par le secteur. En effet, l'aide aux personnes dépendantes à l'alcool et aux drogues va bien au-delà de la simple désintoxication. Elle consiste en un continuum d'interventions, allant des mesures visant l'abstinence, en passant par la désintoxication, jusqu'aux mesures de réduction des risques (traitement de substitution, échange de seringues…). Le type d'intervention dont une personne a besoin dépend fortement du moment et de la personne concernée, et nécessite parfois une démarche par essais et erreurs. Le projet de loi actuel a modifié cette terminologie.

sociale, et si la personne ne suit pas déjà volontairement une telle « cure », celle-ci fera partie du PIIS.

Dans cette note commune, les acteurs du secteur de l'aide en matière de drogues et d'addictions et de la lutte contre la pauvreté tirent la sonnette d'alarme face au projet de loi de la ministre de l'Intégration sociale, Anneleen Van Bossuyt, concernant la réforme du PIIS. Selon eux, la réforme proposée risque de conditionner davantage l'accès au revenu d'intégration et de mettre encore plus sous pression le groupe vulnérable des personnes confrontées à des problèmes de dépendance. Le Conseil d'État et les fédérations des CPAS ont également mis en garde, dans leurs avis formels, contre les conséquences négatives du projet de loi[2].

Dès février 2026, la Fédito Wallonne, la Fédito BXL, la VVBV et la VAD, en collaboration avec le Réseau belge de lutte contre la pauvreté, ont tiré la sonnette d'alarme[3]. Dans un appel commun, elles ont demandé au ministre de consulter les acteurs de terrain et de tenir compte des préoccupations tant des professionnels du secteur des assuétudes que des personnes en situation de pauvreté. Elles ont notamment souligné les risques d'une politique axée sur les sanctions à l'égard des personnes souffrant de problèmes de dépendance, ainsi que l'importance de la sécurité d'existence comme condition préalable au rétablissement.

Lors d'une réunion avec le ministre le 17 juin 2026, la coalition a précisé ses objections et mis en garde contre l'impact négatif des projets en question. Il est toutefois ressorti de cet entretien que les préoccupations fondamentales des organisations n'avaient pas été prises en compte et que le ministre avait choisi de poursuivre le processus législatif.

L'avant-projet de loi a ensuite été approuvé par le Conseil des ministres le

---

[2] **Fédération des CPAS de Wallonie & Fédération des CPAS bruxellois (Brulocalis)**, Avis des Fédérations de CPAS n° 2026-13. Avant-projet de loi modifiant la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale (…) en ce qui concerne le projet individualisé d'intégration sociale, 4 juin 2026
VVSG, Advies VVSG over voorontwerp van wet houdende wijziging van de RMI-wet, het RMI-KB en de wet van 2 april 1965 wat betreft het geïndividualiseerd project voor maatschappelijke integratie (GPMI), 5 juin 2026

[3] Voir le communiqué de presse du 05/02/2026 des organisations faîtières wallonnes, bruxelloises et flamandes de la prise en charge des addictions et du Réseau belge de lutte contre la pauvreté.

18 juillet 2026 et transmis à la commission des Affaires sociales pour examen. Le 6 octobre 2026, une première discussion et un vote préliminaire ont eu lieu au sein de la commission. Une deuxième lecture est prévue le 3 novembre 2026.

10 préoccupations majeures

1. L'assuétude est une affection chronique complexe. La réduire à un simple manque de volonté est discriminatoire et stigmatisant.

L'assuétude n'est ni un choix, ni un manque d'engagement ou de responsabilité. Il s'agit d'un trouble psychique grave, chronique et récidivant. Il existe un large consensus médical à ce sujet, consigné dans des classifications internationales telles que le DSM-5-TR et la CIM-11. Tout comme d'autres troubles psychiques graves, l'assuétude s'accompagne souvent de problèmes psychiques, sociaux et somatiques concomitants. Le processus de rétablissement est irrégulier et rarement linéaire. Pourtant, dans les propositions du gouvernement fédéral, l'assuétude est traitée différemment des autres troubles psychiques

L'assuétude se caractérise par une perte de maîtrise des impulsions et par d'intenses processus de *craving* qui conduisent à la consommation, même lorsque la personne souhaite justement s'en abstenir. Ces processus s'aggravent dans des situations de stress psychosocial intense et témoignent d'un manque de stratégies d'adaptation face à l'adversité.

Les propositions du gouvernement ne tiennent pas compte des aspects neurobiologiques et sociaux de l'assuétude et réduisent la problématique à une simple question de « force de volonté ».

Cette approche est en contradiction profonde avec la Stratégie interfédérale en matière de drogues et de dépendance[4], signée par de nombreux ministres

[4] Cellule générale de la politique en matière de drogues, Stratégie interfédérale pour une politique globale et intégrée en matière de drogues 2026-2029, mars 2026

wallons, bruxellois et flamands ainsi que par le Premier ministre Bart De Wever. Les propositions du gouvernement fédéral vont à l'encontre de l'accord selon lequel une compréhension scientifique approfondie de la consommation de drogues et des addictions comportementales (y compris les facteurs d'influence et les besoins des groupes cibles concernés) doit servir de base à l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes.

L'assuétude est encore souvent abordée dans la société sous l'angle d'un jugement moral. Les personnes confrontées à un problème d'assuétude sont régulièrement stigmatisées. La stigmatisation constituant un obstacle au rétablissement, il est essentiel d'éviter que de tels préjugés ne s'immiscent dans les évaluations administratives, avec tous les risques de traitement inégal et injuste que cela comporte.

Les personnes les plus vulnérables souffrant d'un problème d'assuétude risquent d'être encore davantage exclues par l'imposition de conditions directement liées à la nature de leur trouble. Une telle approche est discriminatoire car elle n'est pas appliquée dans le cas d'autres maladies chroniques telles que le diabète ou l'hypertension. Les pouvoirs publics risquent ainsi d'adopter une logique que l'on observe aujourd'hui plutôt chez les assureurs privés, qui excluent parfois les personnes souffrant d'un problème d'assuétude de certaines formes de soins ou de protection des revenus en raison de leur diagnostic.

2. Rendre l'aide obligatoire est simpliste et néfaste. Le soin libre et volontaire est le fondement de l'aide (en matière d'assuétude).

L'assuétude n'est pas un problème isolé, mais une interaction complexe de facteurs intervenant dans différents domaines de la vie.

Rendre le traitement obligatoire repose sur l'hypothèse selon laquelle le rétablissement n'est possible que grâce à une prise en charge. Cette vision est trop simpliste et ne rend pas justice à la réalité.

En effet, le rétablissement est rendu possible par ce qu'on appelle **le « capital**

de rétablissement[5] » : l'ensemble des ressources personnelles, sociales et sociétales qui soutiennent les personnes dans leur processus de rétablissement. Plus ce capital de rétablissement est important, plus les chances d'un rétablissement durable sont grandes.

Un parcours vers le rétablissement n'implique pas toujours le recours à une aide professionnelle et suit souvent un parcours sinueux. La proposition ne tient pas compte de cette réalité.

En se concentrant exclusivement sur l'aide sociale comme levier, on passe à côté de défis sociaux plus larges. La hausse des prix, la pauvreté et l'inaccessibilité croissante du marché locatif sont une réalité pour de nombreuses personnes vulnérables et entravent leur rétablissement.

L'aide aux toxicomanes repose avant tout sur le soin libre et volontaire et cette mesure va à l'encontre de ce principe. Des études montrent que les soins imposés ou semi-imposés, ainsi que les sanctions, sont rarement efficaces et ne contribuent guère, à eux seuls, à la motivation intrinsèque.

La prise en charge des addictions, tout comme les autres formes d'aide sociale, est plus efficace lorsqu'elle repose sur un minimum de coopération, de motivation personnelle et une relation de confiance.

Le PIIS ne doit pas constituer un obstacle pour les personnes qui osent faire un premier pas, aussi fragile soit-il, afin de se réinsérer après avoir perdu tout lien avec la société.

Présenter cette obligation comme un investissement dans un groupe cible qui, sans cela, risquerait d'être marginalisé, donne une image fortement déformée de la réalité. En effet, cette mesure conduira principalement à une participation de façade et, dans le pire des cas, à un décrochage et donc à l'échec de l'intégration des personnes aux prises avec une addiction. Le PIIS « assuétude » risque ainsi de devenir davantage un obstacle supplémentaire pour un groupe cible très vulnérable plutôt qu'un levier permettant à ces personnes de renouer avec la société.

Lier le droit au revenu d'intégration à l'obligation de suivre un traitement médical porte directement atteinte au droit au respect de la vie privée et de l'intégrité physique, tel que protégé par l'article 22 de la Constitution et

[5] Voir notamment Best, D. & Laudet, A. (2010). The Potential of Recovery Capital.

l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme. Le Conseil d'État estime lui aussi qu'une telle ingérence dans la vie privée ne peut être justifiée que si elle répond à une nécessité sociale impérieuse, est propre à atteindre l'objectif visé et satisfait aux exigences de proportionnalité. À cet égard, la question se pose de savoir si le système proposé répond à ces exigences. Le projet de loi part du principe que le lien entre le revenu d'intégration et un parcours d'accompagnement ou de traitement médical est nécessaire pour favoriser l'intégration sociale, mais ne justifie pas suffisamment pourquoi des alternatives moins intrusives ne suffiraient pas. Il existe pourtant différentes mesures permettant de poursuivre le même objectif tout en limitant l'ingérence dans l'autonomie de la personne concernée, telles qu'une offre de soins proactive, un accompagnement volontaire, un soutien intensif de proximité, une collaboration entre le CPAS et les services d'aide, ou encore des incitations positives à recourir à l'aide sociale.

3. Le PIIS implique beaucoup de contrainte et de formalités administratives, mais peu de confiance et d'accompagnement

Le PIIS destiné aux personnes souffrant d'addiction s'inscrit dans le cadre d'une réforme plus large du PIIS. Dans le sillage d'une série d'autres mesures politiques récentes, telles que la limitation des allocations de chômage et le durcissement du statut cohabitant dans la législation relative au RIS, cette réforme accentue encore davantage la pression sur les CPAS. La mission fondamentale du CPAS, qui consiste à garantir aux personnes une vie digne, est de plus en plus sapée par une approche unilatérale axée sur l'activation, les sanctions et le contrôle.

Outre les usagers, les assistants sociaux des CPAS critiquent également le PIIS en raison de la charge administrative qui relègue le véritable travail d'accompagnement à l'arrière-plan. Cela met à mal la relation de confiance avec le client, alors que celle-ci est justement essentielle pour garantir la réussite du parcours d'aide.

Les CPAS craignent aujourd'hui que, malgré la charge de travail élevée et les pénuries de personnel, cette réforme du PIIS ne conduise pas à la réduction convenue de la charge administrative.

Les réseaux de lutte contre la pauvreté démontrent depuis des années que

le système du PIIS ne fonctionne pas : il ne responsabilise pas les personnes, il ne conduit pas à de meilleurs parcours d'accompagnement et il a des conséquences manifestement néfastes, tant pour la personne elle-même que pour sa famille[6]. La protection sociale offerte par le CPAS n'est efficace que grâce à un accompagnement accessible à tous, qui part d'objectifs réalisables, offre une stabilité dans tous les domaines de la vie (tels que le logement et la sécurité des revenus) et aborde les personnes avec respect, en respectant leur rythme. Les sanctions prévues dans le cadre du PIIS n'ont aucun effet positif sur l'intégration sociale et peuvent même avoir des conséquences néfastes. De plus, un cadre contraignant sape l'objectif initial du PIIS en tant qu'outil d'accompagnement sur mesure. La confiance entre le travailleur social et le client devrait être au cœur de chaque parcours. Or, le PIIS va activement à l'encontre de cela et risque ainsi d'entraver l'aide sociale au lieu de la favoriser.

Les travailleurs sociaux se heurtent eux-mêmes à des listes d'attente pour aider leurs clients à aller de l'avant. Les personnes souffrant d'un problème d'assuétude sont d'ailleurs souvent elles-mêmes désireuses de se soigner, mais la menace d'une suppression du revenu minimum met encore davantage sous pression la relation de confiance indispensable et contribuera à ce que le client ne se sente pas suffisamment en sécurité pour aborder le sujet de sa dépendance.

Au moment où un PIIS doit être établi, la relation d'aide est encore très fragile. Les fédérations des CPAS soulignent que le délai de trois mois imparti pour établir un PIIS de qualité est insuffisant pour dresser un bilan social approfondi, rencontrer la personne à plusieurs reprises et établir un lien de confiance. Or, ce sont précisément ce bilan et cette confiance qui détermineront la réussite de la suite du parcours d'accompagnement.

Il existe un risque majeur que l'imposition d'un examen médical et la subordination de l'aide sociale au suivi préalable d'un traitement entraîne une rupture (définitive) avec le CPAS et, par extension, avec d'autres services sociaux. Ainsi, des personnes très vulnérables risquent de perdre leur dernier lien avec la société. C'est exactement le contraire de ce que l'on souhaite obtenir.

[6] Voir la publication de BAPN « PIIS : trop d'exclusion, pas assez d'accompagnement »

4. Les sanctions et l'exclusion portent atteinte aux droits fondamentaux

Il est particulièrement préoccupant que le refus de se soumettre à un examen médical puisse être considéré comme un manque de coopération à l'enquête sociale. Dans ce cas, le refus d'une intervention médicale risque d'entraîner la perte du droit au revenu d'intégration. Il en résulte un mécanisme qui peut être relativement facilement détourné pour rejeter une demande.

Une autre question essentielle se pose : comment traiter les personnes qui refusent un traitement, ne respectent pas les rendez-vous thérapeutiques, font une rechute ou interrompent prématurément un traitement ?

Dans quelle mesure de telles situations pourront-elles donner lieu à des sanctions et/ou à une restriction du droit au revenu d'intégration ? Les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas se faire soigner ont elles aussi droit à une existence digne. Ce droit est en effet inscrit à l'article 23 de la Constitution belge. Comment le législateur entend-il garantir ce droit avec la mesure proposée ?

Les personnes confrontées à des problèmes de dépendance, à une fragilité psychique ou à des conditions sociales complexes se trouvent souvent dans une situation où leur capacité d'agir est partiellement limitée. L'incapacité à suivre un traitement ou la rechute dans un comportement problématique fait souvent partie, dans de tels contextes, du processus de rétablissement et n'est pas nécessairement le résultat d'un manque de volonté ou d'un choix délibéré.

Il existe donc un risque que des personnes soient sanctionnées pour des circonstances sur lesquelles elles n'ont aucune influence, ou seulement une influence limitée. Une telle approche risque de toucher de manière disproportionnée les citoyens les plus vulnérables et peut entraîner une atteinte supplémentaire à leurs droits fondamentaux. En effet, la perte ou la réduction de l'aide au revenu porte atteinte au droit à une existence digne, tel que garanti par l'article 23 de la Constitution belge et l'article 1er de la loi sur les CPAS.

Au lieu de favoriser l'inclusion sociale et le rétablissement, les sanctions risquent d'aggraver la pauvreté, l'exclusion sociale et la marginalisation. Les personnes qui se trouvent déjà dans une situation de vulnérabilité risquent ainsi de s'éloigner encore davantage des soins, de l'accompagnement et de la participation sociale. Il n'est pas inconcevable qu'elles disparaissent ainsi complètement du radar, avec toutes les conséquences que cela implique, y compris pour leurs familles et leurs enfants. Une politique qui subordonne l'aide à des conditions qui ne sont pas à la portée de tous doit donc être pesée avec une extrême prudence au regard des droits fondamentaux qu'elle vise à protéger.

5. L'assuétude est exclue à tort des raisons de santé ou d'équité.

En matière d'activation – de préférence en vue de l'insertion professionnelle –, la réforme proposée supprime purement et simplement l'exonération du PIIS pour les personnes souffrant d'une dépendance à la drogue.

La référence à des raisons de santé permet aujourd'hui justement d'adapter l'accompagnement à la situation concrète de la personne. Cela permet de respecter le rythme de la personne et d'éviter d'imposer des conditions au parcours d'aide en raison d'une situation (de crise) vécue par la personne en demande d'aide. La suppression du recours à l'équité conduit à un restriction des possibilités d'accompagnement et à une méconnaissance de l'expérience pratique des travailleurs sociaux.

En effet, le recours à des motifs d'équité ou de santé constitue pour l'assistant social une protection du lien de confiance, indispensable à un accompagnement solide.

Elle constitue une garantie essentielle pour une application de la réglementation respectueuse de la dignité humaine, proportionnée et individualisée. Elle permet de tenir compte des possibilités réelles de la personne concernée et évite que celle-ci soit confrontée à des obligations qu'elle ne peut raisonnablement pas respecter en raison de son état de santé ou de sa situation sociale. Le maintien de cette marge d'appréciation est nécessaire pour éviter des sanctions injustes, une augmentation des exclusions injustifiées et une atteinte aux droits sociaux fondamentaux.

Le projet de loi crée un paradoxe remarquable : alors que les raisons de santé restent un motif valable pour être dispensé d'un PIIS pour pratiquement toutes les autres pathologies, cette possibilité semble totalement écartée pour les personnes présentant un problème d'assuétude lié à une substance psychotrope. De ce fait, les personnes ayant un diagnostic médical bien défini sont traitées de manière moins favorable que celles souffrant d'autres problèmes de santé. Une telle distinction soulève de sérieuses questions au regard des articles 10 et 11 de la Constitution et de la législation anti-discrimination qui reconnaît l'état de santé comme un critère protégé. Non seulement cela risque d'entraîner une distinction discriminatoire, mais cela soulève également la question de savoir si la proposition est compatible avec le principe de standstill, dans la mesure où elle réduit la protection d'un groupe particulièrement vulnérable sans que la nécessité et la proportionnalité de cette mesure aient été démontrées de manière convaincante.

6. Il est problématique d'imposer aux personnes des conditions qu'un système de soins défaillant n'est pas en mesure de remplir.

En raison de la pénurie de médecins, de spécialistes et de centres spécialisés dans le domaine des drogues et des addictions, cette réforme est inapplicable. L'obligation d'un accompagnement thérapeutique ne fera qu'accroître la pression sur le secteur de la santé ; pire encore : cette politique mettra en péril l'accessibilité et la qualité des soins.

Les personnes en situation de pauvreté sont les principales victimes des graves lacunes du système de santé mentale. Cela devrait inciter les responsables politiques à œuvrer pour un accès réaliste à des soins de santé abordables. Au lieu de cela, nous assistons à des économies aveugles et constatons, par exemple, la suppression de projets de proximité et d'espaces sécurisés.

Il est problématique d'imposer un traitement comme condition préalable au sein d'un système de soins structurellement surchargé et insuffisamment adapté aux personnes souffrant de problèmes d'assuétude complexes et de longue durée. Les listes d'attente sont la norme plutôt que l'exception. De

ce fait, un accès rapide et facile à une aide adaptée ne peut actuellement être garanti partout. Les plus vulnérables ont besoin de soins de proximité et de terrain, qui ne peuvent être suffisamment mis en œuvre en raison des problèmes actuels de capacité et de financement. Exiger un traitement alors qu'il n'est pas disponible en temps voulu ou de manière adaptée revient à faire porter la responsabilité de la situation à ceux qui en ont le moins les moyens. Imposer un traitement qui ne correspond pas aux besoins du patient ne contribue pas à son rétablissement – bien au contraire.

7. Le revenu minimum ne doit pas être utilisé à mauvais escient comme « incitation » ou pseudo-solution aux défis sociaux liés à la drogue et à la dépendance.

Le recours à des incitations dans le domaine de la prise en charge des addictions peut constituer une méthode efficace et fondée. Dans le cadre de la gestion des contingences, par exemple, on utilise le renforcement positif pour encourager les comportements souhaités. Il s'agit toutefois d'incitations ou de gratifications supplémentaires accordées lorsque les choses se passent bien. Dans cette proposition, il n'est pas question d'une prime ou d'une récompense supplémentaire, mais du revenu minimum de subsistance, dernier filet de sécurité de notre protection sociale. Le revenu minimum est d'ailleurs en lui-même insuffisant pour permettre de vivre dans la dignité, puisqu'il se situe toujours en dessous du seuil de pauvreté européen.

La menace de perdre le revenu minimum crée un stress supplémentaire, alors que les personnes souffrant d'une addiction vivent souvent déjà sous une forte pression.

Or tant dans le domaine de la prise en charge des addictions que dans des contextes thérapeutiques plus larges, il a été démontré qu'une stabilité minimale en matière de logement, d'alimentation et de sécurité est nécessaire pour permettre le rétablissement. Priver quelqu'un de ses moyens de subsistance rend le rétablissement impossible pour la plupart des personnes. La perte des moyens de subsistance entraîne davantage d'angoisse, davantage de pauvreté et, dans de nombreux cas, l'itinérance,

ce qui déclenche une spirale négative.

Des principes tels que le Housing First partent précisément de cette évidence. Il est peu réaliste d'attendre un engagement thérapeutique intensif de la part de personnes dont les besoins fondamentaux ne sont pas suffisamment satisfaits.

L'hypothèse selon laquelle les problèmes liés à la drogue peuvent être résolus en sanctionnant les consommateurs individuels méconnaît le contexte social dans lequel la consommation problématique de substances prend souvent naissance. Les organisations internationales soulignent depuis des années que des facteurs tels que la pauvreté, l'exclusion sociale, les troubles psychiques, l'instabilité du logement et l'accès limité aux soins constituent des facteurs de risque importants tant pour l'assuétude que pour la vulnérabilité à la criminalité. Le fait de recentrer l'attention sur les sanctions à l'encontre des consommateurs individuels risque de faire perdre de vue ces causes sous-jacentes.

Comme le souligne António Guterres, secrétaire général des Nations unies, les économies illégales trouvent un terrain fertile dans un contexte d'inégalités, de pauvreté et d'insécurité sociale croissantes. Partant de ce constat, il est peu cohérent, d'une part, de reconnaître que la marginalisation sociale constitue un terreau fertile pour les problèmes liés à la drogue et, d'autre part, de faire porter la responsabilité aux consommateurs individuels en subordonnant leur sécurité d'existence à des sanctions ou à des parcours obligatoires.

Si la politique en matière de drogues part du principe que l'exclusion sociale fait partie du problème, il n'est pas évident que mettre les droits sociaux sous pression fasse partie de la solution.

8. L'assistant social du CPAS et le professionnel de santé sont confrontés à une mission impossible. La personne qui sollicite de l'aide n'a aucune garantie contre l'arbitraire et les erreurs d'appréciation.

La proposition actuelle stipule : « En cas de suspicion d'une addiction à une substance psychoactive découlant d'un faisceau d'indices objectifs recueillis durant l'enquête sociale, le centre doit orienter le demandeur vers un examen

médical réalisé par le médecin de son choix ou, à défaut, par un médecin mandaté et rémunéré par le centre afin d'établir un diagnostic et, le cas échéant, le traitement qui conviendrait le mieux à sa situation. »

Cette mesure laisse planer une grande incertitude quant aux définitions, aux compétences, au diagnostic et aux critères d'évaluation. L'« orientation » vers l'examen médical, motivée par une « faisceau d'indices objectifs » non précisés, est difficile à contester.

Tout cela risque d'entraîner des inégalités de traitement et une insécurité juridique. On peut donc se demander sur la base de quels critères l'assistant social fondera sa « suspicion d'une addiction » pour décider de l'établissement d'un PIIS pour cause de dépendance. Les assistants sociaux des CPAS ne disposent ni de l'expertise médicale, ni des compétences requises. Ils courent le risque de devoir assumer un rôle pour lequel ils n'ont pas été formés et pour lequel il n'existe aucun cadre objectif.

Les compétences et les missions des « médecins » sollicités pour « établir un diagnostic » et un plan de « traitement » restent également floues. S'agit-il de médecins généralistes ou de spécialistes des addictions ? Comment fait-on la distinction entre un trouble lié à l'addiction, une consommation expérimentale ou occasionnelle, une consommation problématique sans addiction et d'autres troubles psychiques ou psychosociaux ?

De plus, de sérieuses questions se posent quant à l'application pratique de cette réglementation. En effet, un problème d'assuétude ne se présente souvent pas isolément, mais s'accompagne régulièrement d'autres troubles psychiques, tels que la dépression, les troubles anxieux, les problèmes liés à un traumatisme ou des troubles psychiatriques graves. Une légère déficience intellectuelle ou d'autres vulnérabilités cognitives peuvent également jouer un rôle important dans le fonctionnement de la personne concernée. Dans ces circonstances, on peut se demander dans quelle mesure un médecin peut, sur la base d'un seul entretien, évaluer de manière suffisamment fiable qu'il s'agit exclusivement d'une dépendance et non de problèmes sous-jacents ou concomitants nécessitant un diagnostic et un traitement adaptés. Si de tels problèmes de santé supplémentaires sont présents, ils peuvent en outre constituer un motif suffisant pour invoquer la possibilité d'exception pour des

raisons de santé ou d'équité et, par conséquent, ne pas souscrire à une assurance PIIS. Cela suppose toutefois que le médecin dispose non seulement d'une expertise suffisante en matière de prise en charge des addictions et de santé mentale, mais qu'il soit également familiarisé avec les critères juridiques de la législation relative à l'intégration sociale. On peut sérieusement se demander si ces connaissances seront toujours présentes dans la pratique. Il existe donc un risque que des situations complexes en matière de santé et de bien-être soient réduites à un simple problème de dépendance, avec des conséquences considérables pour la personne concernée.

Une autre ambiguïté concerne la notion de « substance psychoactive » : à quelles substances cela fait-il précisément référence et l'alcool est-il explicitement inclus dans cette définition ?

On peut également se demander si un médecin est en mesure, sur la base d'un seul entretien, d'évaluer de manière suffisante quel traitement est le plus approprié. Une recommandation thérapeutique dépend en effet de divers facteurs, tels que la motivation, la capacité d'adaptation, la situation sociale, les traits de personnalité, d'éventuels problèmes concomitants, les traitements antérieurs et la disponibilité de soins adaptés.

Enfin, les garanties d'une évaluation objective font défaut. Comment et par qui détermine-t-on si la personne en quête d'aide a suffisamment coopéré au plan de traitement ?

9. Le CPAS devient le demandeur de soins à la place du client.

Les prestataires de soins fondent l'efficacité de leurs soins notamment sur la confiance que le patient leur accorde, l'attention portée aux souhaits et besoins que le patient exprime librement, l'adaptation des horaires, le rétablissement (pouvoir mieux vivre MALGRÉ la dépendance) et les déterminants sociaux de la santé.

Selon l'exposé des motifs, le médecin décide seul du traitement et le CPAS n'évalue ni son contenu, ni ses résultats. Le CPAS contrôle toutefois la présence aux rendez-vous et peut imposer des sanctions. Le risque de pression visant à interrompre prématurément le traitement n'est pas pris en

compte.

Cette mesure comporte un risque considérable de voir la stratégie de soins des prestataires de soins compromise par l'ingérence du CPAS. En raison de la pression qu'il exerce, le CPAS devient de fait le demandeur des soins.

L'assistant social devient alors la tierce partie chargée du contrôle et demandera des comptes tant au patient qu'au prestataire de soins.

Cette pression extérieure peut amener le patient à suivre un traitement qui n'est pas adapté à ses besoins. Ainsi, les parcours de soins peuvent s'enliser ou ne pas porter leurs fruits, ce qui a des conséquences négatives pour le patient et sa confiance dans les services d'aide. L'échec ou la rechute pourraient être considérés comme un non-respect du PIIS et conduire le patient à perdre le peu qu'il possède pour subvenir à ses besoins.

10. Des sables mouvants juridiques et déontologiques

Le caractère contraignant du PIIS « assuétude » semble, à plusieurs égards, outrepasser les limites des principes fondamentaux des droits des patients, de la déontologie médicale et du secret professionnel. Cela compromet gravement la relation de confiance entre le patient et le professionnel de santé et constitue une menace pour l'autonomie et la dignité de la personne qui sollicite de l'aide.

En Belgique, chaque patient a le libre choix de son prestataire de soins, le droit au consentement libre et éclairé pour les examens médicaux et les traitements, ainsi que le droit à la protection de la vie privée et à la confidentialité des données de santé.

Lorsqu'une personne qui demande une allocation doit se soumettre à un examen médical comme condition préalable à l'octroi d'un revenu d'intégration, la question se pose de savoir dans quelle mesure on peut encore parler de consentement libre et éclairé. La personne concernée est en effet soumise à une pression considérable, car un refus peut avoir des conséquences sur son aide au revenu.

Le texte précise que l'utilisateur est libre de choisir un « médecin de son

choix » ; toutefois, le fait que le CPAS désigne ou nomme un médecin « à défaut d'autre choix » soulève des questions quant au droit du patient de choisir librement son médecin. Il existe également un risque que les personnes se sentent contraintes de divulguer des informations confidentielles concernant leur santé afin de conserver leurs droits sociaux.

De plus, le rôle proposé pour le médecin soulève des questions importantes concernant le secret médical. Si un médecin doit, à la demande du CPAS, établir un diagnostic afin de prescrire un parcours de soins ou d'en évaluer le respect, la frontière entre la mission médicale et la mission sociale s'estompe. Dans de telles circonstances, il ne saurait être question d' un d'un secret professionnel partagé, étant donné que l'échange d'informations n'intervient pas dans le cadre d'un objectif de soins commun, mais dans le cadre d'une évaluation susceptible d'avoir des conséquences sur les droits sociaux.

La portée concrète du secret professionnel reste également floue. Le CPAS a-t-il le droit de savoir si la personne concernée s'est présentée ou non à un rendez-vous médical ? Le CPAS peut-il prendre connaissance du diagnostic posé? Quelles informations médicales ou liées à la santé un médecin est-il autorisé à communiquer dans ce cadre ?

Et, avant même qu'un médecin ne soit impliqué, le texte ne dit rien sur les flux de données, la conservation ou l'accès à une « série d'indices » – ce qui est laissé à l'appréciation locale et comporte également le risque d'une identification discriminatoire.

Au nom de la Plateforme Pauvreté et Assuétude

Jasper Janssens,

Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD)

Jézabel Legat,

Fédération wallonne des institutions pour toxicomanes, services et réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes (Fédito wallonne)

Kevin Moens,

Fédération bruxelloise des institutions spécialisées en matière de drogues et addictions asbl (Féda BXL)

Inge Temmerman,

Vlaamse Vereniging van Behandelcentra Verslaafdenzorg (VVBV)

Caroline Van der Hoeven,
Réseau belge de lutte contre la pauvreté (BAPN)