

Synthèse des réflexions

5ème Journée
de Rencontres Inter-Professionnelles

„ADDICTION ET PRÉCARITÉ“

Le 2 février 2008
À l'Auberge de Jeunesse
DU PORT DU RHIN

Organisée par:
ACTION SIDA VILLE
5 Place Arnold-67000 STRASBOURG

PROGRAMME DE LA JOURNÉE

ACTION SIDA VILLE vous invite à une journée de réflexions sur la précarité et les addictions. Elle sera basée sur des échanges interactifs. L'objectif est de mieux nous connaître, faire évoluer notre propre expertise à partir de l'expérience de chacun, de remonter acquis et difficultés et d'établir des liens entre les professionnels et différents intervenants dans le domaine de la précarité et des addictions.

Cinq ateliers d'une durée d'environ 1h30 vous sont proposés:

ATELIER A1 et A2:

„Les addictions portes d'entrées dans la précarité. La précarité porte d'entrée dans les addictions“

ATELIER B1 et B2:

„Comment amener les précaires à s'engager dans une démarche de soin? Quelles prises en charge et limites?“

ATELIER C:

„Les traitements“ des addictions des publics précaires permettent-ils une (ré)insertion?“

Compte-rendu de l'Atelier A1

Thème : „ La précarité mène à l'addiction ou l'addiction à la précarité? “

En premier lieu l'on a dressé la liste des situations pouvant mener les personnes vers un état de grande précarité:

- ❖ Perte d'emploi et/ou perte du logement
- ❖ Ruptures familiales, divorce, isolement
- ❖ Séjour en prison
- ❖ Dépendance à un ou plusieurs produits (alcool, héroïne, cocaïne, médicaments)
- ❖ Dépendance au jeu (casino, rapido)
- ❖ Etat dépressif, mal-être, pression sociale de plus en plus importante.

Les participants de l'atelier s'accordent pour dire qu'il n'y a pas de lien systématique entre précarité et addiction. Par contre, plus la période d'installation dans l'une de ces deux situations est longue, plus on augmente les chances de passage de l'un à l'autre.

La prison ou les centres d'hébergements d'urgence peuvent être des lieux d'entrée dans l'addiction (produits).

La consommation de produits stupéfiants ou d'alcool permet de se soustraire pour quelques heures à une réalité de vie insupportable, à combler l'ennui du désœuvrement, l'absence de perspectives de vie.

Nous avons évoqué le problème des conditions posées à l'aide à l'hébergement, la promiscuité, le sentiment d'insécurité, le cas des sans-papiers qui bien que cumulant les handicaps, semblent avoir une dynamique de vie plus importante.

Mr Oudot (ALT), pose le problème du temps consacré aux patients, de par la baisse des budgets, la prise en charge est limitée dans le temps avec une obligation de résultats.

Les propositions de l'atelier:

- ❖ Adapter la prise en charge en centre d'hébergement aux besoins et demandes des personnes en situation de grande précarité. La sécurité dans ces lieux, l'idée d'un chenil pour ceux refusant de se séparer de leur chien.
- ❖ Proposer des activités pour combler le désœuvrement.
- ❖ Adapter la prise en charge pour les personnes „sans papiers“, pour ce qui est par exemple de l'accès aux traitements de substitutions (absence de droits administratifs).

Compte-rendu de l'Atelier A2

Thème : „ La précarité mène à l'addiction ou l'addiction à la précarité? “

Les représentations :

Un tour de table a permis d'entamer une approche sur les représentations que nous pourrions avoir sur « les drogués ». Il en ressort la perception d'une population instable, n'ayant pas de « filet de sécurité », et accumulant des problèmes de logement, d'emploi.

Cependant, il n'existe pas de d'association systématique entre « précarité » et « drogués ». Par contre, les participants ont relaté les difficultés rencontrées par le professionnel dans le cadre de l'accompagnement médico-social de l'usager de drogue précaire.

La dépendance au produit est considérée comme la perte de la liberté et le début de la précarisation.

Des nouvelles précarités ont été relevées qui accélèrent le processus de précarisation :

- ❖ Les ruptures familiales
- ❖ L'augmentation du phénomène d'isolement social, familial.
- ❖ L'effritement du lien social, de la parole et des échanges, notamment au sein de la famille.
- ❖ La pression sociale, les diverses sollicitations de la société, du monde du travail,
- ❖ L'ennui, l'angoisse, le mal-être.

Des produits ainsi que des conduites sont considérés plus addictives. Il s'agit principalement de :

- ❖ L'alcool : produit accessible, licite, peu cher, culturel. Les conséquences sont une addiction importante et une précarisation progressive.
- ❖ Le tabac est considéré comme un produit ayant surtout des conséquences sanitaires.

- ❖ La polytoxicomanie : héroïne, cocaïne et médicaments.
- ❖ Les conduites à risque chez les jeunes
- ❖ La rue
- ❖ La fragilité psychologique prédispose à l'addiction. Dans certains cas, cette fragilité psychologique est masquée par la dépendance au produit et pourrait se manifester lors d'un sevrage.

Lien entre précarité et addiction :

Les participants s'accordent tous à dire qu'il n'existe pas de lien systématique entre précarité et addiction. Cependant, la chronicité de l'un ou de l'autre pourrait favoriser le passage de l'un vers l'autre. Des exemples ont été cités tels que les lieux d'accueil (certains CHRS et hébergement d'urgence qui drainent des publics très précaires et très hétérogènes), la prison qui peut être un facteur d'entrée dans l'addiction.

Les propositions :

Les participants pointent la nécessité :

- ❖ de travailler en amont (prévention primaire) en intervenant dans les établissements scolaires, auprès des parents.
- ❖ d'améliorer le suivi médico-social des populations les plus démunies.
- ❖ de réfléchir sur les palliatifs à proposer aux personnes dépendantes (trouver une accroche) pour remplacer le vide. Il est question ici des réponses apportées lors des post-cures.

Enfin, les participants ont souligné certaines situations « enfermantes », notamment :

- ❖ la prostitution surtout quand celle-ci est aggravée par des problèmes de précarité et d'addiction.
- ❖ L'irrégularité du séjour, le cas des Géorgiens (pays de l'est) qui sont suivis par la Boussole et qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins de substitution faute d'ouverture de droits administratifs.

Compte-rendu de l'Atelier B1

*Thème: „Comment amener les personnes précaires à s'engager dans une démarche de soins?“
„Quelles prises en charge et quelles en sont les limites“?*

Les obstacles à la prise en charge:

- ❖ Le manque d'hébergement est un problème majeur, relevé par la quasi totalité des intervenants
- ❖ Proposer (imposer?) un soin à une personne en situation de précarité l'oblige à se confronter à un diagnostic. Or l'offre de soin émane souvent des services de psychiatrie. Le diagnostic posé peut alors s'apparenter pour le patient (ou son entourage) à une étiquette, voire engendrer une stigmatisation qu'il est en droit de refuser.
- ❖ Le manque d'articulation des composantes de l'offre de soin explique sa fragmentation, laquelle répond en miroir à la fragmentation des parcours sociaux des sujets en situation de précarité. Il est alors d'autant plus difficile aux acteurs du soin de répondre à leurs besoins.
- ❖ Les sujets en situation de précarité ont des nécessités urgentes à satisfaire. Or le soin s'inscrit lui, en général, dans la durée. Cette différence de temporalité fait qu'il est difficile de proposer un bénéfice qui apparaît bien lointain, à des personnes en quête de réponses rapides à leurs besoins immédiats.

Ces contraintes peuvent amener les acteurs du soin à proposer des réponses inadaptées:

- ❖ Il peut leur arriver de désirer un soin à la place d'un sujet qui, lui, ne le souhaite pas. Il convient d'évaluer, dans certaines

demandes, qui désire quoi...

- ❖ Cette exigence, imposée souvent involontairement par les acteurs du soin, peut amener les sujets précaires à formater leur discours afin d'obtenir une aide. De là peuvent émerger de fausses requêtes de soin, qui vont masquer d'autres demandes, plus prosaïques mais moins à même d'être entendues par les intervenants du champ du soin.
- ❖ Ces constatations amènent à s'interroger sur les limites du soin; jusqu'à quel point est-il légitime d'amener des sujets à se soigner ? Et peut-être surtout pourquoi, quel sens prend ce soin imposé à un sujet réfractaire? Quel bénéfice réel peut-il, lui, en tirer?

L'on peut alors suggérer des façons de procéder afin d'amener des sujets en situation de précarité au soin.

- ❖ Il faut en premier lieu savoir amener le soin auprès des sujets précaires (et non l'inverse...), se rendre sur leurs lieux de passage, de fréquentation ou d'hébergement. Une fois là, il convient de se contenter d'être présent, disponible, afin de proposer un soin sans chercher à l'imposer, savoir créer un lien dont on peut espérer qu'ils deviennent thérapeutiques.
- ❖ Il faut enfin savoir accepter les fuites hors du cadre mis en place, aussi bien de la part des patients que des professionnels eux-mêmes: et surtout accepter de ne pas tout contrôler...

Compte rendu de l'Atelier B2

***Thème : „Comment amener les personnes précaires à s'engager dans une démarche de soins?“
„Quelles prises en charge et quelles en sont les limites“?***

❖ Les „précaires“ sont des personnes à part entière dont il faut individualiser le suivi. Les plus fragiles d'entre eux nécessitent un accompagnement pour les démarches diverses (santé, logement, travail). Cette aide qu'il ne faut pas concevoir comme de l'assistantat est la méthode dite des „petits pas“.

❖ Le suivi social de proximité se révèle efficace et cohérent, mais demande un investissement lourd en terme de temps et de coût humain. Il existe un consensus sur la nécessité du travail en réseau, il sécurise le professionnel, surtout si celui-ci s'investit plus que sa fonction ne l'exige. Ce surplus d'investissement personnel de la part du professionnel se révèle souvent payant en terme de succès de la démarche de réinsertion menée.

❖ Le travail en réseau a également permis de démontrer certains „manques“ du système, par exemple: le manque de poste dans „l'interstice“, dans le lien. Les travailleurs sociaux de nombreux établissements ne peuvent se charger de l'accompagnement des personnes pour les démarches administratives. Il ne faut pas obliger les personnes à s'inscrire dans un réseau de précarité, si elles ne le souhaitent pas, et surtout si elles sont en voie de stabilisation et font preuve d'efficacité dans leurs démarches de réinsertion.

❖ Les démarches de soins se complexifient et se rigidifient, à un point où même les caisses d'assurances maladies ne savent plus quelle décision prendre dans certains cas, tellement il est difficile

d'interpréter les textes.

❖ Pour les étrangers les accès aux soins sont de plus en plus bloqués. Le réseau de santé est perçu comme un risque de contrôle social. L'importance d'un domicile fixe pour garantir le succès d'une démarche de soin est indéniable. Au travers des maisons de santé et des "ateliers santé" l'on crée une transversalité que l'on peut élargir aux „quartiers“ et penser autrement qu'en termes de „problématiques“ où de „publics“ car transversalité signifie: soins, social, prévention.

❖ Le logement reste l'une des plus grande difficulté: problème des gens en voie de „stabilisation“ avec un travail mais qui n'ont pas de logement „social“; problème des personnes (sans logement) travaillant de nuit et qui ne trouvent pas d'hébergement de „jour“ pour se reposer.

❖ Pour les foyers d'hébergement, les lits sont trop stables, les gens ne sortent pas des foyers, faute de solution de relogement social „classique“. Ce qui bloque du coup l'entrée de nouveaux demandeurs. Au vu du dispositif l'on pourrait penser que l'errance est „institutionnalisée“. Le morcellement du parcours des personnes est parfois un écho du morcellement de leurs vies. Le nomadisme est une forme d'une autonomie: voir plusieurs médecins, assistant social etc...

❖ Le facteur „temps“ est très important, il faut comprendre le parcours des personnes.

Le rôle du médecin a été évoqué: est-il à même de s'occuper de la prévention?

L'on a également parlé du fantasme du médecin libéral qui accueille des précaires et/ou des toxicomanes et qui par ce fait ferait fuir la clientèle „normale“, à noter que ce fantasme fonctionne dans les deux sens.

En conclusion;

Ce qui est efficace depuis toujours et qui décide les personnes : le désir de travailler ensemble et dans la durée:

Le TEMPS et l'INTENTION.

Projet A.S.V. :

Réunir trois C.S.S.T. de Strasbourg, un centre d'hébergement avec déplacements des intervenants professionnels de l'addiction.

Compte rendu de l'Atelier C

Thème : „ Les traitements des addictions des personnes précaires permettent-ils une (ré)insertion?

L'atelier a démarré par un tour de table.

La question des traitements a été le sujet de départ :

„Existe-t-il différentes sortes de traitements, certains sont-ils plus adaptés ?

Ils nous a semblés utile de revenir sur la définition du terme „traitement“ car celle donné par l'O.M.S. est une définition „large“.

Lorsque l'on parle de traitement, cela veut-il dire traitement médical pharmaceutique et ou accompagnement social et psychiatrique, psychologique ?

Ce qui nous amène à la „prise en charge“:

❖ Prendre en charge en fonction du désir de la personne mais également aller au delà du traitement médicamenteux. La „substitution“ (traitement substitutif de la dépendance opiacée par la méthadone ou la buprénorphine), a définitivement constitué une évolution en terme de traitement et de prise en charge, elle a permis au patient de retrouver une certaine „normalité“ en grande partie grâce au système de prise en charge dit „en ville“ qui permet d'éviter la stigmatisation des personnes. Elle a également permis à de nombreux patients, un retour à une vie professionnelle, une „normalisation“ de leurs relations sociales et familiales ainsi qu'une baisse de 80% en moyenne des overdoses.

❖ La substitution doit néanmoins faire face à de nombreuses critiques; pour certains elle ne représente que le remplacement d'une dépendance par une autre.

❖ La question du sevrage n'est pas assez clairement posée lors de la prise en charge des médecins de patients en traitements de substitutions.

❖ Les problèmes du „nomadisme“ de certains patients qui alimentent un „marché noir“.

❖ Le phénomène de l'injection de certains traitements tel le „Subutex“.

Autant de points nécessitant une réflexion et une remise en question afin de préserver une forme de prise en charge qui a démontré une utilité certaine dans le traitement des addictions aux opiacés. Une étude complète (prenant en compte tous les facteurs) sur les résultats obtenus par l'utilisation des traitements de substitution depuis leur mise en place, permettrait d'apaiser et de clarifier le débat.

Au vu de l'évolution des modes de consommation (polytoxicomanie), le traditionnel cloisonnement des pratiques de prises en charge (alcool, héroïne), ne peut perdurer.

❖ Le problème de l'admission d'usagers de drogues (substitués ou non) dans les services d'alcoologie illustre de façon récurrente et importante la nécessité de mise à jour des pratiques.

❖ Les équipes de liaison (équipes de coordination et d'intervention auprès de malades, usagers de drogues ; ECIMUD) constituent l'outil idéal pour cette indispensable évolution.

Conclusion:

Les traitements ne peuvent se prétendre la seule réponse permettant la (ré)insertion d'une personne en situation de précarité, ils représentent néanmoins souvent un point de départ et une base à partir de laquelle l'on pourra étendre la prise en charge (relais vers les structures de réinsertions, assistantes sociales etc..).

Synthèse des ateliers

A la question, les addictions sont-elles une porte d'entrée dans la précarité et la précarité est-elle être une porte d'entrée aux addictions ?

les participants des ateliers se sont entendus sur le fait qu'il n'y a pas de lien systématique entre précarité et addiction.

Cependant la chronicité de l'un ou de l'autre peut favoriser le passage de l'un vers l'autre. Les représentations populaires assimilent la toxicomanie à la précarité, mais pas obligatoirement la pauvreté aux addictions. La consommation de stupéfiants, médicaments détournés ou alcool est perçue comme un moyen de se soustraire pour quelques heures à un quotidien difficile, au désœuvrement, à l'ennui et à l'absence de perspectives de vie.

On a relevé de nouvelles causes pouvant mener à une situation de précarité: ruptures familiales, isolement et rupture du lien social, séjour en prison et mal être dû à une pression sociale de plus en plus importante. Les addictions (drogues, alcool, jeu) sont l'un des nombreux facteurs pouvant mener à la précarité mais en aucun cas elles ne mènent obligatoirement à cet état.

Les propositions visant à améliorer la prise en charge des précaires concernent principalement le logement : centres d'hébergements adaptés à la demande et besoins du public concerné (problèmes d'insécurité, des chiens pour lesquels il n'y a pas de chenil de prévus).

La problématique du désœuvrement, de l'ennui, porte d'entrée potentielle pour les addictions, constitue un défi important à relever.

Les participants aux ateliers ont souligné certaines situations „enfermantes“ :

La prostitution (surtout si elle est aggravée par des problèmes d'addiction et de précarité) et le cas des personnes „sans-papiers“: (difficulté d'accès aux soins de substitution faute d'ouverture de droits administratifs).

A la question, „comment amener les personnes précaires à s'engager dans une démarche de soins“

Les intervenants ont évoqué l'offre de soins et ses limites, ce qui a permis de dresser une liste des obstacles à la prise en charge.

Le problème majeur du manque d'hébergement, la stigmatisation induit par le diagnostic posé lors de la confrontation avec les services de soins (souvent la psychiatrie), le manque d'articulation des composantes de l'offre de soin, la différence de temporalité entre les besoins urgents des précaires et le soin qui lui s'inscrit dans la durée.

Il ne faut pas imposer l'offre de soins, mais amener le soin auprès des sujets précaires en se rendant sur les lieux de passage, de fréquentation ou d'hébergement en tentant de créer un lien dont on peut espérer qu'il devienne thérapeutique. Il existe un consensus sur la nécessité du travail en réseau, sécurisant pour le professionnel et réel indicateur quand au manque du dispositif (insuffisance de moyen pour l'accompagnement des sujets les plus fragiles lors des démarches). Il a également été noté que l'absence en nombre satisfaisant de solution de relogement social classique crée une situation de blocage dans les foyers d'hébergement. A noter le projet d'Action Sida Ville : réunir trois C.S.S.T. de Strasbourg, un centre d'hébergement avec déplacements des intervenants professionnels de l'addiction.

La « substitution » a occupée une place centrale dans le débat:“ *les traitements des addictions des personnes précaires permettent-ils une (ré)insertion?* „

L'utilité d'une étude complète sur les résultats obtenus par les traitements de substitution a une nouvelle fois été constatée lors des débats. Les bénéfices de cette forme de prise en charge sont-ils plus importants que les nuisances (marché noir, injection du « Subutex »)? Même si tous s'accordent pour dire que ces soins ont permis à de nombreuses personnes de mener à nouveau une vie „normale“, les représentations négatives perdurent. L'intérêt des équipes de liaison (ECIMUD) a été illustré par le cas des personnes usagers de drogues (substituées ou non) ayant des difficultés à se faire admettre dans les services d'alcoologie. En conclusion les soins ne sont pas l'unique moyen permettant une (ré)insertion mais ils constituent un outil indispensable et une base à partir de laquelle l'on pourra étendre la prise en charge au domaine social.