

RAPPORTS

USAGES DE PRODUITS PSYCHOTROPES ET PRISE EN CHARGE SOCIO SANITAIRE DES PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ EN PAYS DE LA LOIRE

UNE ENQUÊTE QUALITATIVE DANS LES AGGLOMÉRATIONS
D'ANGERS, DU MANS ET DE LAVAL

SOMMAIRE

À L'ORIGINE D'UNE ÉTUDE	6
La progressive structuration d'une culture et de connaissances communes sur les addictions	6
Les personnes en situation de précarité, des usagers aux consommations encore mal connues	6
Des connaissances principalement tournées vers la RdRD et l'épidémiologie	7
Mieux comprendre, connaître et agir sur le phénomène des addictions en Pays de la Loire	8
MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE	10
Le choix du qualitatif	10
Les trois volets d'une enquête par entretiens	10
Une forte mobilisation pour l'enquête doublée d'attentes à son égard	12
LES USAGERS DE PRODUITS PSYCHOTROPES EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ ET LEURS USAGES	13
Une précarité aux contours labiles	13
Des usagers aux multiples visages	15
Les usages de produits psychotropes illicites et de médicaments hors cadre thérapeutique	16
Les fonctions des polyaddictions	23
AVOIR RECOURS AU CAARUD ET INTÉGRER UNE DÉMARCHE DE RÉDUCTION DES RISQUES	27
Les CAARUD, des lieux d'accueil « bas seuil » adaptés aux usagers en situation de grande précarité	27
Des grands précaires restant éloignés des CAARUD ?	30
Des actions et dispositifs pour diffuser le matériel RdRD hors les murs des CAARUD	32
Une évolution des consommations complexifiant le travail de réduction des risques	34
Des partenariats nombreux, mais se heurtant à différents freins	38
AVOIR RECOURS AU CSAPA ET S'ENGAGER DANS UN PREMIER NIVEAU DE TRAVAIL SUR LES ADDICTIONS	40
Le bas seuil à l'épreuve des organisations et des cultures professionnelles	41
Des structures acculées, retardant encore l'accès au CSAPA des grands précaires polyconsommateurs	46
Un travail hors les murs, de plus en plus porté par les CSAPA	47

ACCÉDER AUX SOINS SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES	48
Une pénurie de soignants renforçant les inégalités d'accès aux soins	48
Des usagers réticents face aux soins	51
Des freins culturels et organisationnels du côté de l'offre de soins	52
Des dispositifs d'aller vers et de bas seuil, comme portes d'entrée du soin	54
ACCÉDER À UN LOGEMENT	57
Les mises à l'abri ponctuelles	58
Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), des espaces en évolution	60
Des bailleurs sociaux et privés parfois impliqués	63
ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES	64
Une évolution des consommations et usages de produits psychotropes fragilisant les professionnels de la RdRD	64
Une pénurie de soignants augmentant les prérequis pour accéder aux soins et l'éloignement des usagers de drogues en situation de grande précarité	65
Des parcours sans « chef d'orchestre »	67
Des publics restant dans l'ombre	67
BIBLIOGRAPHIE	68

Remerciements

À l'ensemble des usagers, des professionnels de la réduction des risques et des dommages, du soin, de l'action sociale qui ont accepté de participer aux entretiens.

À l'agence régionale de santé des Pays de la Loire.

À Caroline Protais (OFDT) pour sa participation à l'animation des groupes de travail lors de la restitution de l'étude.

À Fabrice Guilbaud (OFDT) pour ses relectures du rapport.

Pour citer ce rapport : Meslin K., David M., Gérome C. (2023) Usages de produits psychotropes et prise en charge sociosanitaire des personnes en situation de grande précarité en Pays de la Loire. Une enquête qualitative dans les agglomérations d'Angers, du Mans et de Laval. Paris, OFDT, coll. Rapports - Études et recherche, 70 p.

SYNTHÈSE

Au cours de l'année 2021, plusieurs professionnels de l'addictologie ont fait part à l'agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire des difficultés rencontrées pour appréhender l'évolution des usages de produits psychotropes des personnes en situation de précarité. L'Observatoire français des drogues et des tendances addictives s'est associé au Groupe d'études et de recherches sociologiques (basé à Nantes depuis 40 ans) pour répondre à la demande d'étude formulée par l'ARS.

Données et méthodologie

Menée dans trois communautés d'agglomérations (Laval, Angers et Le Mans) des Pays de la Loire, cette étude documente les évolutions des usages de drogues des personnes en situation de grande précarité qui y vivent, ainsi que leurs modalités de prise en charge sociosanitaire. Elle se fonde sur une enquête par entretiens individuels ou collectifs (et quelques observations ponctuelles) organisée en trois volets entre mai et juillet 2022. Le premier volet visait des acteurs ayant une mission de coordination ou d'observation dans les domaines de la santé publique, des addictions et/ou de la grande précarité : 11 personnes (au sein de six structures) ont été interviewées. Le deuxième a concerné 69 professionnels répartis dans 28 services des secteurs du sanitaire, du social et de l'addictologie. Dans chaque ville, les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (4 CSAPA), les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (3 CAARUD) et les accueils de jour (4), identifiés comme étant en première ligne pour accueillir des personnes en situation de grande précarité et/ou traiter des problématiques liées aux addictions, ont répondu à l'étude. Le troisième volet se concentrait sur les personnes précaires consommant des drogues. Au total, 13 ont participé à l'étude. Huit entretiens ont été réalisés au sein de structures d'accueil, cinq autres dans l'espace public.

Cocaïne basée et polyconsommations

La place plus importante occupée par la cocaïne a été soulignée. Parfois injectée, elle est plus souvent acquise sous forme de poudre puis transformée en cocaïne basée par les usagers. La part prise par la cocaïne basée dans les consommations s'explique pour partie par la baisse de son prix de vente oscillant entre 30 et 80 euros le gramme, par le *craving* – c'est-à-dire l'envie irrésistible de consommer à nouveau – qui résulte de son usage régulier, et par la moindre satisfaction apportée par une héroïne dont les usagers soulignent la qualité médiocre. La consommation d'héroïne semble moins importante que par le passé dans les trois centres-villes, mais demeure prégnante dans certaines communes rurales et populaires. L'étude relève aussi l'importance de la consommation, hors protocole médical, de benzodiazépines et de médicaments de substitution aux opioïdes : méthadone et Subutex®, ingérés ou injectés, que ce soit seul ou pour atténuer une montée ou amortir la redescende de la cocaïne (ou autre stimulant). Ces consommations s'accompagnent souvent d'alcool et de cannabis. Certains usagers consomment parfois de la kétamine, plus rarement et dans un contexte festif, de la MDMA.

Ces évolutions rejoignent celles qui ont été constatées dans les grandes villes de l'Hexagone. Cependant, dans les trois agglomérations étudiées, les usages de drogues demeurent plus cachés que dans les grands centres urbains. Si l'espace public est investi par les usagers de drogues pour la mendicité, il ne présente pas de « scène ouverte » d'usages de drogues. La moindre densité de population et la moindre tension sur le marché du logement l'expliquent pour partie : de nombreux usagers trouvent des espaces où consommer à l'abri des regards (logements, squats, caravanes, etc.).

L'importance prise par la cocaïne basée semble avoir des répercussions sur le travail d'accompagnement des usagers vers les pratiques et le matériel de réduction des risques et des dommages (RdRD). À partir du moment de la montée qui donne un sentiment de toute-puissance jusqu'à celui de la redescente qui place les usagers en état de *craving*, les effets de la cocaïne basée ont tendance à limiter leur capacité d'écoute et d'interactions avec les professionnels et exacerbent parfois la violence et les conflits (entre usagers et entre usagers et intervenants). De plus, l'inhalation semble perçue comme moins technique et moins dangereuse que l'injection, ce qui limite l'écho rencontré par la RdRD auprès de ces usagers, alors que les injecteurs peuvent être en demande de conseils, notamment pour préserver leur capital veineux. Dans ce contexte, les échanges autour des consommations se raréfient et les professionnels des CAARUD ont une moindre connaissance des nouveaux usages et des réponses à apporter en termes de réduction des risques.

Des parcours sociosanitaires chaotiques révélateurs des inégalités d'accès au soin et au logement

L'analyse des parcours sociosanitaires de ces usagers de drogues en situation de grande précarité est révélatrice des inégalités d'accès aux soins, mais aussi du déficit de moyens dans le champ sanitaire des territoires étudiés. À l'heure où le manque de soignants (généralistes ou spécialistes) est criant et où les places dans les institutions offrant une prise en charge globale sont rares, les conditions d'accès se durcissent et les probabilités d'y accéder s'amenuisent pour ces usagers de drogues. Ces derniers disposent peu des ressources sociales devenues indispensables à l'obtention de rendez-vous médicaux (anticipation, organisation, stabilité, persévérance et volontarisme). Par ailleurs, ils se confrontent à des formes de priorisation de la part de certains professionnels, qui peuvent craindre de ne pas savoir gérer leurs comportements et/ou sont tentés de privilégier des patients susceptibles de mieux se conformer à leurs prescriptions et de s'engager dans une alliance thérapeutique ayant plus de chances d'aboutir.

En dehors des situations d'urgence, c'est souvent lorsque les soignants se déplacent dans les espaces de vie de ces grands précaires avec des travailleurs sociaux, en les accompagnant en maraudes, en travaillant au sein des CAARUD, en tenant des permanences dans les hébergements d'urgence et d'insertion ou dans les accueils de jour, que ces usagers de drogues acceptent, à mesure que la relation de confiance se tisse, d'entrer dans une démarche de soins. Ces dispositifs favorisent le partage d'une culture commune et une confiance réciproque entre professionnels ainsi que la transmission d'informations et la continuité des parcours sociosanitaires. Ce constat plaide en faveur de « l'aller vers » qui pourrait être élargi à d'autres professionnels du soin en s'appuyant sur les expériences réalisées. Cela supposerait de pouvoir rassurer les professionnels du social (de l'hébergement notamment) et du soin, sur les addictions et sur ce que recouvre la réduction des risques pour éviter de les mettre en difficulté.

Les usagers de drogues en situation de grande précarité peinent à accéder aux soins et au logement, mais aussi à s'y maintenir. Leurs parcours sociosanitaires sont, à l'image de leurs trajectoires de vie, souvent ponctués de ruptures, ce qui est renforcé par le fait qu'aucun professionnel ne semble avoir une vision globale de leur parcours. Ainsi, la majeure partie d'entre eux n'ont pas de médecins traitants susceptibles de jouer un rôle de pivot. Il en va de même du côté du social. Si ces personnes croisent de nombreux travailleurs sociaux, ceux-ci ne sont pas informés des démarches amorcées ailleurs, etc. Ces constats appellent à réfléchir aux modalités de coopération des différents professionnels et aux manières de croiser les regards sur un même parcours. Certains dispositifs existent mais ils réunissent tantôt des soignants, tantôt des travailleurs sociaux, rarement les deux.

À L'ORIGINE D'UNE ÉTUDE

La progressive structuration d'une culture et de connaissances communes sur les addictions

La genèse de l'addictologie en tant que discipline médicale, à la fin des années 1990, et son inscription au sein des politiques publiques françaises se sont accompagnées du déploiement de moyens propices à une meilleure connaissance partagée des usages et des usagers de produits psychotropes.

Au cours des vingt-cinq dernières années (Fortané, 2011), en effet, des postes en addictologie ont été créés en milieu hospitalier¹ et dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) notamment, et la réduction des risques et des dommages (RdRD) a été développée au sein des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) en particulier. Des instances partenariales ont également vu le jour aux échelles nationale et régionale². Elles visent et contribuent à coordonner l'action des différents professionnels intervenant dans les parcours de soins des usagers de drogues et à structurer une culture commune sur les addictions, en développant les échanges de pratiques, les partenariats autour d'actions ou de projets, les sensibilisations et les journées d'étude à destination des professionnels du soin et de la RdRD. Par ailleurs, des organismes visant à observer, collecter et produire des données, se sont saisis des addictions comme objet d'étude. Ainsi, cependant que l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives est créé en 1993³ dans l'objectif de mieux connaître les produits psychotropes et leurs usages, des observatoires plus généralistes en santé publique, tel que l'observatoire régional de santé (ORS) en Pays de Loire, intègrent eux aussi la question des addictions à leurs objets et échelle de recherche⁴.

Malgré ces évolutions majeures du point de vue des pratiques professionnelles au sein du champ médical comme des politiques publiques, durant l'année 2021 plusieurs professionnels de l'addictologie font part à l'agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire des difficultés qu'ils rencontrent pour appréhender finement l'évolution des usages de produits psychotropes illicites des personnes en situation de précarité, mais aussi, plus globalement, pour mettre en place un accompagnement ajusté à ces usagers dans le temps long de leur parcours souvent chaotiques.

Les personnes en situation de précarité, des usagers aux consommations encore mal connues

Plusieurs freins continuent, en effet, de limiter la connaissance des usagers de produits psychotropes en situation de précarité et de leurs usages, et réduisent les capacités d'accompagnement de ces publics par les professionnels des champs sanitaires et sociaux.

La grande précarité constitue, à elle seule, un important obstacle à cette connaissance. Les personnes cumulant des formes de désaffiliations sociales et de pauvreté économique – l'une et l'autre s'alimentant réciproquement – se tiennent généralement à distance des institutions, y compris lorsque celles-ci interviennent dans les champs sanitaires et sociaux. Cet éloignement est renforcé s'agissant des usagers de drogues dont les consommations sont non seulement stigmatisées, mais également illégales, et qui, de fait, peuvent chercher à se soustraire au regard des soignants et des travailleurs sociaux ou, à tout le moins, être tentés de minimiser leurs consommations face à eux (Cadet-Taïrou *et al.*, 2020a).

1. Les équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa) et les services d'addictologie, au sein des services hospitaliers et en ambulatoire, les CSAPA, qu'ils soient ou non rattachés à un centre hospitalier, et les CAARUD.

2. Les fédérations nationale et régionale de l'addictologie ou la structure régionale d'appui et d'expertise (SRAE) addictologie créée en 2016 pour ce qui est des Pays de la Loire.

3. En 1993 et jusqu'en 2022, il porte le nom d'Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

4. Par exemple : ORS Pays de la Loire, 2019.

Par ailleurs, l'addictologie étant une discipline défendant une approche généraliste des phénomènes de dépendance et s'attachant autant aux mécanismes génériques de la dépendance qu'aux substances à son origine, les réseaux d'addictologie sont chargés de travailler sur l'ensemble des addictions, celles aux jeux d'argent comme celles au tabac, à l'alcool ou à l'héroïne, par exemple. Dans ce contexte, selon l'ethnologue Aude Lalande, les addictions aux produits psychotropes illicites qui concernent une minorité de personnes, dont une partie est marginalisée, « ne font pas le poids. Le rapport est de 1 à 100 entre héroïne et alcool, de 1 à 37 entre cocaïne et tabac. Ces proportions les minorisent en toutes choses : recherche épidémiologique, mise à niveau d'un corps d'addictologues formés aux questions majoritaires (alcool, tabac, cannabis) mais beaucoup moins bien aux spécificités de drogues connaissant des régimes de distribution, des traitements symboliques, des modes de consommation, des conséquences somatiques radicalement différents » (Lalande, 2010). Ce qui concourt aussi à leur moindre connaissance.

Enfin, si l'institutionnalisation de l'addictologie a contribué à déplacer des frontières professionnelles entre les domaines médicaux et sociosanitaires, elle ne les a pas effacées complètement. À l'échelle régionale, par exemple, les services d'addictologie des centres hospitaliers (hors CSAPA hospitaliers), tels que les Elsa ou services de cure ou postcure, ne sont jamais représentés au sein des réseaux et fédérations d'addictologie. Le maintien de ces séparations contribue donc au morcellement de la connaissance.

Des connaissances principalement tournées vers la RdRD et l'épidémiologie

La nature des données produites sur les addictions permet, elle aussi, de mieux comprendre que la connaissance de ces usages demeure partielle et parcellaire.

Les organismes régionaux qui décrivent et analysent les problèmes sanitaires le font généralement à partir de données statistiques, ce qui suppose de pouvoir recueillir d'importantes quantités de données sur un nombre important d'individus. Or, s'agissant des addictions, à la faiblesse numérique de la consommation de produits psychotropes illicites s'ajoute la faiblesse des déclarations de consommation – les usagers ayant intégré le caractère illégitime de cette pratique, ils ont tendance à minimiser ces consommations. Le recueil de données et les possibilités de leur exploitation statistique s'en trouvent donc limités (Beck et Peretti-Watel, 2001). En Pays de la Loire, les données sur les usages de drogues illicites, autres que le cannabis, sont généralement trop faibles numériquement pour que l'ORS puisse les traiter et produire de la connaissance fine sur le sujet, permettant, par exemple, de dire quelles sont les caractéristiques des consommateurs de tel ou tel produit ou les spécificités territoriales (ORS Pays de la Loire, 2019). Les effectifs recueillis à l'échelle régionale ne sont pas toujours significatifs statistiquement ; ils le sont moins encore aux échelles infrarégionales (département, ville, etc.). Pour sa part, le dispositif TREND piloté par l'OFDT permet une connaissance plus fine des addictions, de leurs évolutions dans le temps et de leurs spécificités territoriales⁵. Ce dispositif n'est pas décliné en Pays de la Loire. Les CSAPA et les CAARUD sont eux aussi producteurs de données. À travers leurs bilans d'activités, ils rendent notamment compte de l'évolution de la composition de leur file active et du matériel de RdRD distribué qui peut informer des changements d'usages⁶. Mais leurs données sont difficiles à comparer et leur portée limitée.

Enfin, par nature, l'ensemble de ces données statistiques présentent un intérêt limité pour la connaissance qualitative et la compréhension des problématiques liées aux addictions. Elles se focalisent sur l'établissement de prévalence, dans une perspective épidémiologique, mais les modalités de recueil de données (par questionnaire ou fiche précodée) restent peu adaptées pour décrire et analyser les usages⁷, les effets, les causes des addictions et, plus généralement, pour rendre compte du phénomène d'addiction, notamment lorsqu'ils concernent des personnes en situation de précarité.

5. <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/trend/>

6. La compilation et l'analyse de ces bilans d'activité assurées par l'OFDT donnent lieu à des publications disponibles sur son site : <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/recap/>

7. Les questions ouvertes proposées dans les bilans des CAARUD et CSAPA offrent cependant un niveau d'informations qualitatives intéressant.

Les données produites par le centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-addictovigilance (CEIP-A) des Pays de la Loire, le Système d'identification national des toxiques et des substances (SINTES⁸) de l'OFDT ou le dispositif d'analyse régional initié et porté par le CSAPA, le Triangle à Nantes⁹, sont d'un autre ordre. Ces dispositifs analysent la composition des substances psychotropes présentes sur le territoire. Mais ils ne donnent à voir que ce que les consommateurs acceptent ou décident de faire analyser. Ainsi, durant l'année 2021, les produits envoyés en analyse RdRD, utilisant la technique de chromatographie sur couche mince (CCM¹⁰), par l'un des CAARUD de la région étaient principalement des produits de synthèse. Sans rien dire de l'évolution des produits et des usages, ce constat informe sur les caractéristiques des occupants du CAARUD, où les chemsexuels développant une appétence pour la maîtrise des produits qu'ils consomment étaient alors surreprésentés. De fait, les dispositifs d'analyse de produits, qu'ils interviennent dans un objectif de réduction des risques comme la CCM ou de suivi et d'alerte sanitaires comme SINTES, ne sont pas représentatifs de l'offre de produits. Ils ne permettent pas de documenter objectivement l'évolution de la composition des substances circulant sur le territoire des Pays de la Loire.

L'institutionnalisation de l'addictologie a donc permis que se structurent, progressivement, des instances de prise en charge des addictions, de coordination des acteurs de cette prise en charge, d'observation des phénomènes d'addictions et d'analyse des substances psychotropes. Si chacune produit des éléments de connaissance sur les usagers, les usages de drogues ou les drogues elles-mêmes, ces connaissances demeurent souvent partielles et parcellaires, surtout lorsqu'elles concernent les logiques d'usages de drogues illicites de personnes en situation de grande précarité, qui, plus que les autres, passent sous les radars des enquêtes quantitatives et recensements médicaux.

Mieux comprendre, connaître et agir sur le phénomène des addictions en Pays de la Loire

Cette étude vise à capitaliser et à mettre en perspective ces connaissances éparses en les complétant d'analyses qualitatives de manière à produire un état des lieux s'inscrivant dans une double perspective. La première est de rendre compte des usages des produits psychotropes des personnes en situation de grande précarité, du sens que celles-ci leur confèrent et des modalités concrètes de ces usages, en s'appuyant sur leurs récits et en considérant leur expertise d'usage. À ce propos l'enquête se centre sur les usages de produits psychotropes illicites et de médicaments hors cadre thérapeutique. On notera cependant que l'alcool est également consommé en grande qualité par la majorité des personnes étudiées. La seconde perspective est d'analyser le jeu des acteurs susceptibles d'intervenir dans leur parcours sociosanitaire, pour circonscrire les freins (quelle que soit leur nature) qu'ils rencontrent dans l'accompagnement et le suivi de ces usagers, et d'identifier les ressources qu'ils mobilisent pour tenter de les contourner.

Elle se concentre sur trois communautés urbaines de la Région des Pays de la Loire – Angers Loire Métropole, Le Mans Métropole et la communauté d'agglomération de Laval – qui se caractérisent par leur ruralité et la taille moyenne de leur ville principale. Cette étude laisse donc dans l'ombre la Loire-Atlantique, plus souvent étudiée du fait de sa ville centre, ainsi que la Vendée.

Après avoir précisé la méthodologie adoptée, ce rapport rappelle d'abord la diversité des visages et des configurations que recouvrent les personnes en situation de grande précarité, et cherche à décrire les différents usages de produits psychotropes repérés dans les territoires étudiés, en s'attachant à mettre en perspective ces données locales avec les observations réalisées au plan national. Puis, il consacre une partie à chacun des domaines sociaux et sanitaires investigués au cours de l'étude et auxquels les usagers de drogues en situation de grande précarité peuvent avoir recours. Un chapitre est ainsi consacré au recours au matériel de RdRD et analyse la place des CAARUD dans les parcours des usagers de drogues en situation de grande précarité. Le suivant traite de

8. <https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/sintes/>

9. Ce dispositif fonctionne pourtant à l'échelle régionale. Dans chaque CAARUD des Pays de la Loire, des collecteurs ont été formés, qui transmettent au CSAPA le Triangle de Nantes les échantillons de produits que leurs usagers ont souhaité faire analyser, dans une perspective de réduction des risques.

10. Il s'agit d'une technique permettant de détecter une ou plusieurs substances dans un échantillon de façon facile et rapide.

l'entrée dans une démarche de maîtrise de sa consommation et revient sur les fonctionnements des CSAPA. Un autre prend pour objet l'accès aux soins, généralistes et psychiatriques, et interroge de nouveau la nature des offres et la manière dont les usagers de cette étude peuvent, ou non, y avoir accès (objectivement et subjectivement) et sous quelles conditions. La question du logement est traitée dans le dernier chapitre qui, lui aussi, s'intéresse aux offres existantes dans chaque territoire et à leurs conditions d'accès (halte de nuit, hôtel, centre d'hébergement et de réinsertion sociale-CHRS, maison relais, etc.). Enfin, la conclusion cherche à identifier les pistes de travail susceptibles d'améliorer les prises en charge sociosanitaires de ces usagers, sur le long cours.

Dans chacune de ces parties, les fonctionnements internes des différentes structures agissant dans un domaine sont analysés, avant que ne soient décrits leurs liens aux acteurs des autres domaines. Les expériences et représentations des usagers viennent, autant que possible, tout au long de l'analyse, éclairer, compléter ou nuancer les expériences, représentations et connaissances des professionnels.

Par ailleurs, tout au long de ce rapport, dans un souci d'anonymisation, les noms et prénoms des personnes interviewées sont soit modifiés, soit retirés. Seules les données sociales susceptibles d'influer sur les points de vue et pratiques recueillis sont stipulés (ex : âge des usagers de produits psychotropes, fonction des professionnels, etc.).

MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE

Cette partie présente la méthodologie adoptée pour cette étude et revient sur le déroulement de l'enquête. Elle vise à décrire la nature et l'ampleur des matériaux recueillis, de manière à circonscrire le périmètre des analyses réalisées, et à souligner, en creux, les zones d'ombre que cette étude n'a pas permis d'éclairer.

Le choix du qualitatif

Le parti pris de cette étude est de s'appuyer sur une enquête de type qualitatif, menée par entretiens individuels ou collectifs et, lorsque cela a été possible, par observations ponctuelles.

Le choix de cette méthode a été dicté par l'un des objectifs fixés à ce travail, à savoir : contribuer à la connaissance et à la compréhension des usages de produits psychotropes illicites des personnes en situation de grande précarité, en s'appuyant sur leurs connaissances et leurs expériences et en allant à leur rencontre.

Face à des personnes marginalisées et stigmatisées du fait de leur grande précarité et de leurs addictions, pouvant en conséquence être particulièrement défiantes vis-à-vis d'une démarche d'enquête, l'entretien sociologique s'est présenté comme l'outil d'investigation le plus ajusté dès lors que la durée de l'étude ne permettait pas d'envisager une immersion ethnographique au long cours dans les espaces de vie des enquêtés pour observer ces usages. La souplesse de son cadre et le fait qu'il puisse s'apparenter à une discussion, à un échange informel, plutôt qu'à un recueil d'informations (qu'accentue la présence d'un questionnaire), semblaient pouvoir contribuer à réduire la méfiance des interlocuteurs en le distinguant d'un entretien administratif ou médical par exemple. Privilégier l'entretien plutôt que le questionnaire permettait aussi de suivre leurs logiques d'exposition, sans les enfermer dans un déroulement trop cadré et, ce faisant, de leur donner un espace de parole relativement libre et ouvert.

L'enquête qualitative avait aussi vocation à recueillir les connaissances, les pratiques et les expériences des professionnels et des bénévoles susceptibles, par leur action dans les champs sanitaire et social, d'accompagner ces personnes. Ces entretiens devaient alors compléter la connaissance de ces usagers et de leurs usages, mais aussi permettre de repérer les freins qui peuvent s'opposer à leur accompagnement, et les ressources mobilisées pour y faire face.

L'étude qui suit est le fruit de la capitalisation des éléments de connaissance détenus par chacun des enquêtés et de la mise en perspective de leurs pratiques, expériences et représentations.

Les trois volets d'une enquête par entretiens

Le recueil des matériaux de cette étude s'est déroulé sur trois mois, entre mai et juillet 2022, et elle s'est organisée autour de trois volets, qui se sont parfois superposés dans le temps.

Le premier volet était dédié à des acteurs régionaux, repérés en tant que têtes de réseau, ayant une mission de coordination ou d'observation dans les domaines de la santé publique, des addictions et/ou de la grande précarité. Six structures (et 11 personnes) ont été interviewées à cette occasion. Du côté des coordinateurs, la structure régionale d'appui et d'expertise Addictologie (SRAE addictologie), l'Union régionale Pays de la Loire de la Fédération addiction et la cheffe de projet du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des plus démunis de l'ARS ont été entendues. Par ailleurs, du côté des acteurs en charge de l'observation, des représentants de l'ORS, l'équipe en charge du dispositif SINTES, au sein du CHU de Nantes, ainsi que deux salariés de l'association Oppelia le Triangle en charge du dispositif d'analyse de drogue par CCM en région Pays de Loire ont été interviewés.

Ces entretiens revenaient sur la nature de leurs missions et fonctions. Puis, ils interrogeaient leur connaissance des usages des produits psychotropes des personnes en grande précarité dans la région ; les singularités régionales repérées en termes d'usages, de marché et d'offres d'accompagnement ; les écarts et les spécificités se faisant jour au sein de l'espace régional. Ces entretiens ont non seulement permis de mieux comprendre le contexte régional dans lequel l'étude s'inscrit, mais aussi d'identifier les éléments de connaissance et d'analyse déjà partagés, ceux donnant lieu à des interprétations différentes, ainsi que les sujets restant à approfondir.

Le deuxième volet de l'enquête portait sur les professionnels des champs de l'addictologie, du sanitaire et du social dans les trois villes ciblées par l'étude : Laval, Angers et Le Mans. Dans chacune de ces villes, huit à dix services ont été entendus à l'occasion d'un à trois entretiens chacun, menés auprès d'un ou plusieurs professionnels, selon leurs organisations et disponibilités respectives. Dans chaque ville, les CSAPA (4), les CAARUD (3) et les accueils de jour (4), identifiés comme étant en première ligne pour accueillir des personnes en situation de grande précarité et/ou traiter des problématiques liées aux addictions, ont accepté les invitations à participer à l'étude. En leur sein, des professionnels des équipes mobiles intervenant en CHRS, en logements sociaux ou privés et en détention ont été entendus. De plus, le Samu social, qui réalise des maraudes de jour ou de nuit, a également été interviewé dans deux villes, ainsi que des acteurs du logement d'urgence et d'insertion : 1 service de domiciliation, 2 CHRS, un service du 115 et un responsable de logements expérimentaux très bas seuil. Du côté des services sanitaires, la mobilisation a été plus inégale d'une ville à l'autre. Elle a cependant permis d'interviewer un référent départemental de l'addictologie au sein de l'ARS, un centre fédératif de prévention et de dépistage (CFPD), deux équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), un service de la permanence d'accueil aux soins de santé (PASS), un service médical de proximité (SMP). Au total ce sont donc 28 services qui ont participé à ce deuxième volet de l'étude et 69 professionnels qui ont été rencontrés.

Ces entretiens visaient à recueillir leur connaissance et leur perception des nouveaux usages des drogues observées auprès des personnes en situation de grande précarité, des produits utilisés, des modalités concrètes de leur utilisation, des incidences de ces produits et de leurs usages sur leur travail d'accompagnement social et/ou de soins. Chacun était aussi interrogé sur les éléments qui, dans sa pratique professionnelle, étaient perçus comme favorisant et/ou freinant l'accompagnement de ces personnes dans les différents champs étudiés et entre ces champs.

Enfin, le troisième volet de l'enquête se concentrait sur les personnes en situation de grande précarité consommant des produits psychotropes illicites. La durée relativement courte de l'étude a incité à s'appuyer sur les structures accueillant ces usagers pour tenter d'obtenir des contacts, de manière à bénéficier de la relation de confiance déjà tissée entre eux et les professionnels. Plusieurs CAARUD et CSAPA ont offert leur aide. Des professionnels ont ainsi proposé à certains de leurs usagers de participer à l'étude et ont organisé avec eux des créneaux dédiés aux entretiens. D'autres ont accepté d'ouvrir les portes de leur permanence afin de pouvoir échanger avec les personnes in situ et réaliser des entretiens avec celles qui le souhaitaient, au gré de leurs allées et venues. Les entretiens impromptus réalisés dans ce cadre ont souvent été plus courts que les premiers, mais ils ont permis de rencontrer des personnes qui n'auraient peut-être pas été choisies par les services et d'observer, entre les entretiens, les espaces d'accueil, leur fonctionnement et la manière dont les usagers les investissent. Enfin, dans un troisième cas, les enquêtrices sont allées à la rencontre de personnes en grande précarité dans l'espace public, non loin d'un lieu d'accueil de jour. Plusieurs personnes étaient alors présentes, intervenant à tour de rôle, observant les autres et se sachant observées en retour. Cette configuration n'a pas permis de recueillir des parcours de vie aussi précis qu'à l'occasion des entretiens plus formels. Mais elle a facilité la participation de personnes très éloignées des institutions, et le recueil d'informations précises sur les usages et les produits psychotropes : les enquêtés s'interpellant, s'étonnant des réponses de l'un ou de l'autre, se demandant des précisions et se racontant leurs expériences respectives des produits. Au total, 13 usagers en situation de grande précarité ont participé à l'étude. Huit entretiens ont été réalisés au sein de CAARUD et de CSAPA, dans un cadre plus ou moins dédié et formalisé (un bureau ou une salle de matériel de RdRD) et 5 personnes ont été interviewées dans l'espace public.

Lors de ces entretiens, les personnes étaient invitées à raconter non seulement leur consommation de produits psychotropes, leur régularité, la nature des produits, mais aussi la perception des effets de chacun de ces produits, la durée de ces effets, ainsi que leurs parcours et conditions actuelles de vie (logement, santé, suivi social, etc.). En somme, ces entretiens cherchaient à retracer leurs usages et expériences des substances psychotropes et la manière dont ces usages croisaient leur parcours de vie.

Une forte mobilisation pour l'enquête doublée d'attentes à son égard

La réalisation d'un si grand nombre d'entretiens dans un délai de deux mois n'a été possible que grâce à la mobilisation des différentes structures ayant participé à l'étude. Celles-ci ont généralement fait preuve d'une grande réactivité. Elles se sont organisées pour recevoir les enquêtrices dans des délais relativement brefs bien que, comme l'étude le souligne, beaucoup disposent de moyens humains limités et ont donc peu de marges de manœuvre dans l'organisation de leur emploi du temps.

Si cette mobilisation a été facilitée par le courrier adressé aux CAARUD et aux CSAPA par l'ARS et s'explique pour partie par l'obligation de participer qui incombait à ces structures sous tutelle économique de l'ARS, elle n'y est pas réductible. Les professionnels se sont aussi prêtés au jeu de l'enquête dans l'espoir que celle-ci contribue à l'amélioration, et de leur connaissance des évolutions des usages de drogues, pour mieux accompagner les usagers et le travail de RdRD, et de leurs conditions de travail respectives, souvent difficiles et/ou inopérantes dans l'accompagnement des grands précaires usagers de drogues, par manque de moyens et par manque de coordination et d'articulation des moyens existants.

LES USAGERS DE PRODUITS PSYCHOTROPES EN SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ ET LEURS USAGES

Que recouvre la catégorie des usagers de produits psychotropes illicites en situation de grande précarité au sein des trois aires géographiques de l'étude ? Dans quelles conditions sociales et économiques vivent les personnes ainsi désignées ? Quels produits psychotropes consomment-elles ? À quelles occasions, à quels prix, pour quels effets et avec quelles conséquences sanitaires et sociales ? C'est à ces questions que ce chapitre entend apporter des éléments de réponse.

Les propos recueillis au cours de cette étude, auprès des usagers eux-mêmes et des professionnels des champs sanitaire et social, ne suffisent pas à dépeindre un portrait exhaustif des figures et des situations sociales des usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité des zones géographiques de l'étude, ni même de leurs usages. Ils permettent, néanmoins, d'esquisser les lignes de force qui caractérisent ce groupe, ses consommations et ses usages de produits psychotropes, en donnant à entendre le sens que les consommateurs confèrent à ces usages ainsi que les effets qu'ils recherchent dans les différentes substances. Ces propos permettent aussi, à travers leurs voix, d'observer l'évolution des produits psychotropes illicites accessibles dans chacun des territoires de l'étude.

Une précarité aux contours labiles

Il est notable d'abord que le périmètre même de ce que recouvre la grande précarité varie d'un territoire à l'autre et oblige à s'arrêter un instant sur ceux que cette étude désigne. Si le parti pris initial était de se focaliser sur les usagers de produits psychotropes cumulant de faibles ressources et une instabilité économique, des formes de désaffiliations sociales et familiales et une absence de logement stable, les réalités rencontrées au cours de l'étude ont conduit à élargir un peu son périmètre.

Dans une des villes étudiées en effet, l'absence de tension sur le marché du logement semble éviter à la majeure partie des personnes en situation de grande précarité de dormir dehors, sans toutefois contenir les autres effets délétères de leur précarité et de leurs addictions : délitement des liens sociaux, éloignement du soin, surexposition à la morbidité et à la mortalité, etc. Si cette étude porte une attention spécifique aux personnes sans abri, elle ne s'y limite pas. Elle inclut également les usagers de produits psychotropes qui, bien qu'ayant un toit, cumulent des formes d'instabilité économique et de désaffiliations sociales.

L'élargissement de la focale de l'étude permet ainsi d'intégrer les réalités des trois territoires qu'elle cible. Elle offre aussi l'occasion de mieux saisir les différentes situations susceptibles de se succéder au fil du parcours d'un même usager de produits psychotropes. En effet, les personnes qui sont sans abri et dorment dans la rue, en squat ou en caravane peuvent avoir été logées ou hébergées à d'autres moments de leur parcours. Réciproquement, celles qui sont logées, en CHRS, dans le parc social ou dans le parc privé, sont susceptibles, du fait de leurs addictions et de leur précarité, de perdre leur logement à un moment de leur trajectoire, et parfois même de refuser de l'occuper parce qu'elles ne s'y sentent pas bien.

« J'avais une vie comme tout le monde »

Lors des entretiens, une partie des enquêtés rattache la perte de leur logement à un événement soudain ; un accident de la vie sans précédent. Pourtant, chaque fois, l'instabilité de leur situation précède cet accident et celui-ci n'est finalement qu'une étape supplémentaire dans un processus de précarisation et de désaffiliation déjà bien engagé. Le peu de filet protecteur dont ils disposent, que ce soit en termes de liens sociaux ou de moyens économiques, ne permet pas de contenir les effets de ces accidents qui se soldent alors par des passages à la rue.

« J'avais un garage, je payais, je faisais un peu de la brocante, je ramassais des meubles à gauche à droite, je les vendais sur leboncoin, j'avais toujours des sous sur moi, toujours. Après il y a eu le Covid, c'était terminé, il n'y avait plus d'activité, plus grand-chose... Après j'ai laissé le garage, j'ai dormi dans un parking, pendant au moins six ou sept mois. Après les gens qui font les maraudes, ils viennent me voir, ils m'apportent à manger, il me donne une caravane, la caravane je l'ai posée, on me l'a cassée. Après je l'ai déplacée, on me l'a cassée encore, affaires volées. Après je l'ai mise à T. [ville périphérique], mais je ne connais personne là-bas, presque personne, donc j'suis toujours en ville, toujours en ville... » (Homme de 45 ans, consommateur d'alcool et de cannabis, sans logement depuis 2020)

« J'avais un appartement, j'avais une vie comme tout le monde et mon appartement a pris feu et on ne m'a pas relogée... On devait me reloger, c'est une question d'assurance, enfin il y a eu beaucoup de choses... Ce qui fait que l'on ne m'a pas relogée, donc je me suis retrouvée dans la rue. J'ai squatté à droite à gauche, dans les organismes – on les a tous faits. Je n'ai pas pu encore reprendre une vie normale... » (Femme de 50 ans environ, ancienne héroïnomane ayant une addiction aux benzodiazépines, dormant dans la rue au moment de l'entretien)

Les usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité rencontrés et reçus par les CAARUD ou les accueils de jour, qu'ils soient ou non logés, vivent généralement du revenu de solidarité active (RSA), de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) ou de l'allocation adulte handicapé (AAH). L'obtention de l'AAH résulte, pour certains, de la reconnaissance des troubles et des pathologies causés par les addictions. Pour d'autres, le chemin est inverse. L'AAH acte l'existence de troubles somatiques ou psychologiques et ceux-ci peuvent être les points de départ de formes désaffiliation socio-économiques et de mal-être qui ont conduit aux consommations de produits psychotropes dans un objectif d'automédication, pour limiter des souffrances psychiques, puis aux addictions. Parmi les usagers en grande précarité connus des CAARUD et des CSAPA, beaucoup ont un suivi psychiatrique et un traitement régulier, pris sous forme d'injection retard ou de semainier.

Il arrive aussi que certains d'entre eux, en particulier ceux qui dorment dehors mais pas uniquement, débutent des mois sans revenu, faute d'avoir maintenu leurs droits ouverts. Quelques-uns sont placés sous tutelle, pour limiter le surendettement que favorisent la consommation de produits psychotropes et l'incapacité à gérer un budget qui en résulte. Beaucoup ont recours à la mendicité et/ou pratiquent la revente de produits, notamment de leur traitement de substitution aux opioïdes (TSO), pour compléter l'absence ou la faiblesse de leurs ressources, et leur insuffisance pour faire face au coût de leurs consommations de produits psychotropes.

« Ça se vend bien »

Pédro a une quarantaine d'années, il vit du RSA, loge en caravane et consomme des produits psychotropes en tout genre depuis moins de dix ans. Il a commencé un TSO à l'occasion d'un passage en maison d'arrêt, il y a quelques années. Depuis, un médecin lui prescrit un traitement au Subutex® qu'il revend au marché noir.

- Non moi j'ai un traitement de Subutex®. Je le vends. Voilà.

- Délivré chez un médecin ou au CSAPA ?¹¹

- Ouais un médecin, ça fait depuis la prison que j'ai un traitement [...] Non ça se vend bien ; un cachet 5 euros, 250 euros par mois, ça fait un petit billet quoi !

- Et du coup, le Subutex®, tu le vends à des gens qui n'ont pas les moyens d'acheter de l'héro... ?

- Bah à des gens qui n'ont pas de traitement Subutex®, ils en prennent. Ou des gens qui ont un traitement Subutex®, et ils en prennent encore plus que leur traitement. Moi je connais des gens, ils ont 8 boîtes par mois, 16 mg par jour : 16 mg, c'est le maximum, et eux ils dépassent les 16 mg, ils en prennent tout le temps, tout le temps, après tu les vois, ils ont les mains gonflées comme ça¹²...

11. Lorsque les extraits d'entretiens contiennent des échanges entre les enquêtrices et les usagers, les questions des enquêtrices sont typographiées en romain (droit), les verbatim des usagers sont toujours mis en italique.

12. Le syndrome décrit correspond aux « mains de Popeye » provoqué par les injections de Subutex® notamment.

Enfin, précaires parmi les précaires, les personnes immigrées citoyennes de pays extérieurs à l'Union européenne et n'ayant pas de titre de séjour en France, et celles originaires de pays européens qui, à ce titre, ont accès à un titre de séjour mais ne peuvent prétendre à aucune aide économique légale, n'ont aucune ressource légale.

Des usagers aux multiples visages

Rencontrer ces usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité et les professionnels habitués à travailler à leurs côtés rappelle la diversité des visages et des configurations que la catégorie ciblée par cette étude recouvre.

Des hommes majoritaires, des femmes moins nombreuses et moins visibles

Si les hommes sont majoritaires dans les CAARUD¹³ comme dans les accueils de jour et sont les plus visibles dans l'espace public, dans les lieux de manche comme dans les lieux de squat, des femmes en situation de précarité sont néanmoins présentes et engagées dans des pratiques de consommations de produits psychotropes illicites. Au sein des CAARUD visées par l'étude, d'un site à l'autre, la part des hommes varie un peu, oscillant de 78 % à 85 % des usagers. Celle des femmes ne dépasse jamais 22 %¹⁴.

Leur sous-représentation au sein des CAARUD tient au fait, entre autres, qu'elles consomment moins de produits psychotropes que les hommes, ce que leur socialisation genrée respective explique pour partie : les hommes sont davantage incités aux prises de risques et aux excès, comme gage de leur virilité, en particulier au moment de l'adolescence où beaucoup font leurs premières expériences de produits psychotropes. Mais il est probable que ce déséquilibre entre hommes et femmes tienne aussi au fait que les consommations de ces dernières sont davantage dissimulées que celles des hommes. D'une part, les femmes sans logement bénéficient d'une mise à l'abri plus rapide que les hommes, ce qui participe à les rendre moins visibles des acteurs de la veille sociale et de l'addictologie. D'autre part, la stigmatisation associée à l'usage de produits psychotropes est sans doute renforcée pour ces femmes, surtout si elles sont mères, car cet usage contrevient, plus fortement encore que chez les hommes, aux rôles sexués et parentaux attendus d'elles et peut aller jusqu'à remettre en cause la garde de leurs enfants elles bénéficient plus souvent que leurs homologues de sexe masculin. En d'autres termes, les femmes ont peut-être, plus encore que les hommes, intérêt à taire leurs usages de produits psychotropes, ce qui peut aussi contribuer à leur moindre visibilité dans les espaces de réduction des risques.

Des consommations plus cachées

- Les femmes, on reste dans une problématique difficile : la femme, la mère, les responsabilités... Il y a plein d'enjeux. La féminité [...] Souvent les femmes elles consomment seules, parce qu'il ne faut surtout pas se montrer et en plus, quand elles consomment c'est jusqu'au bout, jusqu'à tant qu'elles n'en puissent plus et qu'elles dorment et le lendemain, il faut se faire jolies, repartir... Avec ces obligations-là...

*- Si on prend l'exemple d'une jeune maman, que j'avais reçue sur le CSAPA, sa crainte c'était aussi qu'on fasse un signalement à l'aide sociale à l'enfance. Elle était enceinte et elle avait des enfants en bas âge et sa crainte c'était de venir ici et qu'après on fasse un signalement. À domicile, je pense qu'il y a de ça aussi... »
(Échange entre deux travailleuses sociales, dispositif d'aller vers, CSAPA)*

Des usagers d'âges variés

Les usagers de drogues en situation de grande précarité se caractérisent aussi par leur diversité d'âges. Les personnes interviewées ont entre 37 et 62 ans au moment de l'enquête. Mais l'amplitude d'âge des personnes qu'elles côtoient dans l'espace public et qui, pour partie, sont consommatrices de produits psychotropes, est bien supérieure à la leur. Dans les villes bien desservies par les trains, les professionnels des CAARUD et des accueils de jour notent un rajeunissement des consommateurs qui, dès lors qu'ils sont mineurs, sont réorientés vers la prévention spécialisée

13. Ils représentent 82 % des personnes accueillies en 2019, contre 19 % pour les femmes (Cadet-Tairou *et al.*, 2020b).

14. Rapports d'activité des CAARUD de Laval, Le Mans et Angers pour l'année 2022.

chargée de leur accompagnement. Mais ils rappellent aussi que des usagers de plus de 70 ans vivent encore dehors. Ceux-ci ne sont cependant pas si nombreux. D'une part, la dureté de la vie dehors et la consommation intensive de produits psychotropes réduisent l'espérance de vie. D'autre part, et la crise sanitaire liée au Covid semble avoir joué un rôle d'accélérateur en ce sens, passée la cinquantaine, une partie d'entre eux réduisent leurs consommations et finissent par accéder à des logements d'insertion (pensions, maisons relais, etc.).

Des usagers aux parcours de mobilité souvent contraints

Ces personnes ont par ailleurs des origines géographiques variées et des parcours de mobilité relativement importants, que ce soit à l'échelle internationale ou à l'intérieur du territoire français. Malgré leur précarité qui constitue souvent un frein à la mobilité, parmi les natifs français, beaucoup ont changé de ville à différentes reprises, pour tenter leur chance ailleurs et essayer d'échapper à des poursuites judiciaires ou de s'éloigner de fréquentations devenues pesantes.

« Il y a un moment où il faut changer des liens... »

Le matin de notre rencontre, Valérie, âgée d'une cinquantaine d'années, est accompagnée de deux hommes. L'un d'eux semble être son compagnon ; du moins dorment-ils ensemble, dans la rue, alors que Valérie dispose d'un logement d'insertion. Au moment de notre échange pourtant, elle signifie sa volonté de quitter la ville pour s'éloigner de cet homme.

- *Je ne vais pas rester ici, parce qu'ici, j'ai plus d'attaches, à part mes deux enfants mais qui font leur vie maintenant... Que je sois dans la rue ici ou... Non je vais aller dans le Sud, j'avais mes parents... Donc le Sud c'est ma vie.*

- *Mais quand tu vas partir, ça veut dire que tu coupes...*

- *Tous les liens ici. Mais je vais garder des liens.*

- *Tu es avec ton compagnon ici ?*

- *Oui, mais il arrive un moment où t'as envie de changer de liens, tu vois...* (Elle indique du regard son compagnon) *Il y a un moment où il faut changer des liens...*

Par ailleurs, ces quinze dernières d'années, des immigrés en situation de précarité administrative - demandeurs d'asile déboutés ou en attente de reconnaissance par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), personnes en situation de séjour irrégulier, mineurs non accompagnés (MNA) non hébergés, etc. - ont grossi les rangs des personnes en situation de grande précarité dans les trois villes de l'étude. Mais ceux-ci sont perçus comme peu ou moins concernés que leurs homologues nés en France par les usages de produits psychotropes illicites, que ce soit par les acteurs de l'addictologie ou de la veille sociale.

Les usages de produits psychotropes illicites et de médicaments hors cadre thérapeutique

Dans les trois villes du Mans, d'Angers et de Laval, implantées dans des départements ruraux, l'évolution de l'offre de produits psychotropes semble suivre les évolutions observées ailleurs, même si celles-ci se déclinent plus tardivement à mesure que l'on s'éloigne de l'axe Paris-Nantes.

La cocaïne de plus en plus présente et consommée

Les professionnels de l'addictologie et de l'urgence sociale et les usagers se rejoignent pour constater l'ampleur prise, ces dernières années, par la cocaïne sur le marché local des stupéfiants et par la pratique qui consiste à la baser, c'est-à-dire à adjoindre à la poudre (ou chlorhydrate) du bicarbonate de soude ou de l'ammoniac permettant sa cristallisation en petits cailloux et ainsi la rendre fumable¹⁵. Cette évolution est commune à l'ensemble des territoires métropolitains et a bien

15. Les usagers de drogues mobilisent deux appellations pour désigner le produit obtenu après l'opération de basage de la cocaïne chlorhydrate : le terme de « free base » (ou « base ») est utilisé pour désigner la substance lorsque cette opération est réalisée (le plus souvent avec de l'ammoniaque) par les usagers eux-mêmes. Le terme « crack » est quant à lui utilisé lorsque le produit est déjà vendu basé par des trafiquants, à l'instar du marché du crack du Nord-Est parisien. Les deux termes désignent toutefois un même produit, même si de nombreux usagers l'ignorent.

été mise en évidence par le dispositif TREND depuis le milieu des années 2010¹⁶, mais également par les enquêtes réalisées auprès des usagers de drogues (souvent en situation de précarité) fréquentant les CAARUD et les CSAPA (Cadet-Tairou *et al.*, 2020b ; Palle, 2021). Elle se traduit notamment en termes de distribution de matériel de réduction des risques liés à la consommation au sein des CAARUD où les demandes de pipes à crack augmentent massivement. Dans une note adressée en 2022 à l'ARS des Pays de la Loire, le CAARUD du Mans note un quasi-doublement (de 1 682 à 3 123) du nombre de pipes à crack distribuées entre 2019 et 2021, soit en seulement deux ans, et précise que chaque pipe peut être utilisée plusieurs fois.

La cocaïne est non seulement plus fréquemment consommée, mais elle semble aussi moins chère que par le passé. La gamme de prix dont témoignent les usagers est assez étendue. Elle démarre à 30 euros le gramme et s'élève jusqu'à 80 euros, avec un prix fréquemment énoncé entre 50 et 60 euros¹⁷. D'après les témoignages recueillis, cette variation semble moins dépendre des villes que de la qualité du produit et des périodes d'achat ; la rareté sur le marché contribuant à l'augmentation des prix. De plus, les coûts les plus bas énoncés peuvent être liés à des achats groupés – le prix pouvant diminuer lorsque la quantité achetée est plus importante. Les prix les plus bas peuvent aussi être un peu exagérés par des usagers, comme pour revendiquer leur forte intégration au cercle des consommateurs aguerris, en capacité d'obtenir de bons prix.

Le juste prix de la cocaïne

- *Et le prix de la coke aujourd'hui sur Angers c'est quoi ?*

- *60 euros la coke, 70 euros, 60 sur Angers, ça monte pas plus ; au début c'était à 80, y'a quatre ou cinq ans. Là, on l'a à 60. Là où je vais, je l'ai à 60...*

- *Parce que t'es un bon client ?*

- *Non pas parce que je suis un bon client. Parce que je passe bien et que le prix est le prix quoi.*

- *Et l'héro ?*

- *Bah tu la touches à 20, 30 euros, l'héroïne ça ne vaut rien. Mais de toutes façons c'est même plus l'héroïne d'avant... l'héroïne d'aujourd'hui... Avant ça me faisait piquer du nez, réveiller, piquer du nez, ce que je recherche quoi... Et là elle ne fait plus rien, elle est coupée, elle doit être à 5 % l'héroïne là, que dalle. (Polyconsommateur, environ 45 ans)*

« *Et la coke, c'est entre 40 et 80 le gramme, non basée. Basée c'est un peu plus cher, tu paies 10 balles de plus quand elle est basée. Un demi [gramme] tu paies 40 balles et un demi-coke, c'est 30 balles normalement. Basé c'est plus cher que non basé. Non basé tu paies un demi-gramme 30 euros et basé c'est 40. » (Polyconsommateur, environ 40 ans, Le Mans)*

« *Bah moi je ne la trouve pas très chère, 40, 30 le gramme. Sinon si jamais j'suis à l'arrache, je trouve à 50... » (Polyconsommateur, 37 ans)*

« *On achète pour nous deux [...] Quelqu'un qui est dans le même foyer que moi. Et on fume tous les deux [...] Je mets 50 et lui pareil, il met 50. On a 2,5 grammes. » (Consommateur de cocaïne basée, 51 ans)*

Par ailleurs, si certains enquêtés disent qu'il est possible d'acheter de la cocaïne déjà basée – du crack – sous forme de caillou, à Angers et au Mans, aucun d'entre eux ne dit l'acheter sous cette forme. L'achat comme la vente de cocaïne déjà basée semblent encore assez rares. Les usagers disent préférer baser la cocaïne eux-mêmes pour connaître la composition de ce qu'ils fument et consomment. De plus, aux yeux des enquêtés, les consommateurs de crack – de cocaïne vendue déjà basée – sont considérés comme des « toxicos », c'est-à-dire comme des consommateurs ayant perdu tout contrôle de leur consommation, ce à quoi aucun enquêté n'accepte d'être assimilé¹⁸.

« On veut voir c'que c'est avant de fumer »

« *Pffff, c'est surtout de la free base. Les gros consommateurs comme moi, on fait, nous on fait, on fait nous-mêmes, on veut voir c'que c'est avant de fumer. » (Polyconsommateur, 37 ans)*

16. Voir notamment les dernières publications du dispositif TREND sur ce sujet (Gérome *et al.*, 2019 ; Gérome et Gandilhon, 2020). Pour un retour sur les observations menées par le dispositif TREND depuis vingt ans sur ces questions : Cadet-Tairou *et al.*, 2020a.

17. Cette fourchette de prix courant rejoint les observations menées par le dispositif TREND à l'échelle nationale.

18. Ces enjeux de distinction sociale autour des manières de désigner la cocaïne basée ont été documentés par le dispositif TREND (Cadet-Tairou *et al.*, 2020a).

De l'expérience qu'en ont les usagers, la qualité de la cocaïne semble assez variable. Si certains rejoignent les observations réalisées via les analyses ponctuelles par CCM en Pays de la Loire et via la hausse des teneurs moyennes des saisies depuis le début des années 2010¹⁹, et pensent que la cocaïne est de moins en moins coupée, ce qu'ils associent à une meilleure qualité, d'autres usagers ont l'impression du contraire, comme dans le témoignage ci-dessous.

« Trois pour cent qui est coupé »

« Quand je la base, je vois ce qui me reste dans la cuillère hein. Quand tu la brûles... Quand tu la chauffes, t'enlèves toutes les impuretés²⁰, et tu vois ce qu'il reste. Avant, je me rappelle, quand tu achetais un gramme de cocaïne, il te restait un gramme de cocaïne dans ta cuillère. Que maintenant tu bases, tu brûles, il te reste... ben sur dix, il te reste que sept. La cuillère a trois pour cent qui est coupée. Mais bon... » (Consommateur de cocaïne basée, environ 50 ans)

La variabilité des teneurs des cocaïnes en circulation et la diversité des produits de coupe utilisés, que pourtant certains usagers ont le sentiment de contrôler en basant eux-mêmes, contribuent à augmenter les risques d'effets indésirables et parfois de surdose. Afin de prévenir ces risques, selon les acteurs de la réduction des risques, il est nécessaire de développer l'information en direction des usagers en renforçant les possibilités d'analyse des cocaïnes circulant localement et les conseils d'adaptation des quantités prises. Cela est d'autant plus nécessaire que l'interprétation par les usagers des effets indésirables ressentis est parfois éloignée de la composition réelle du produit lorsqu'une analyse est réalisée. Ainsi, dans l'extrait d'entretien ci-dessous, l'utilisateur est persuadé que les effets indésirables qu'il a ressentis sont liés à l'adultération de la cocaïne par des amphétamines. Si l'hypothèse n'est pas à exclure en l'absence d'analyse, les analyses réalisées par le dispositif SINTES à la suite d'effets indésirables ou inhabituels montrent que ces derniers ne sont pas tant liés à des coupes avec des amphétamines qu'à des teneurs en cocaïne particulièrement élevées²¹

« L'autre fois j'ai mis 0,10 mg, pour commencer, ha je me suis fait une peur frère ! »

- Et comment ça s'achète ? Au gramme ?

- De quoi ? la coke ? Bah au gramme, ou 10 grammes ou comme je faisais à Nantes, quand je vendais, 50 grammes !

- Oui ou plus. Mais est-ce que ça peut se vendre en plus petit, en caillou ? et est-ce que ça circule à Angers ?

- Oui, tu peux acheter ça, ça circule à Angers, mais bon, il y a beaucoup de carottes, mais il y en a qui base d'abord et qui la vendent, mais c'est très rare ça à Angers, ils vendent plutôt de la pure sur Angers, enfin de la pure, de la coke.

- Et elle est bonne ?

- Bah ça dépend des quartiers

- Parce que j'ai cru comprendre qu'elle était forte en ce moment...

- Ha oui elle est forte, l'autre fois je me suis fait peur, normalement je mets 0,20 dans la cuillère ; 0,20 gramme, l'autre fois j'ai mis 0,10 pour commencer, ha je me suis fait une peur frère ! Laisse tomber... Et puis après j'étais là hahhahahhggg, avec la mâchoire (il mime la mâchoire qui descend). Je me suis fait peur. Elle était coupée aux amphétamines... »

19. Voir le chapitre « Cocaïne, une synergie durable entre offre et demande » dans Cadet-Tairou *et al.*, 2020a, ainsi que le dernier bilan annuel du dispositif SINTES qui aborde ce point (Cherki, 2022).

20. C'est en partie une représentation partagée par de nombreux usagers car « le basage ne purifie pas la cocaïne, éventuellement, il la concentre : les produits de coupe présents dans la cocaïne poudre le sont aussi dans le crack. » (Cadet-Tairou *et al.*, 2021).

21. « L'augmentation de la tolérance pour un produit peut faire diminuer petit à petit les effets recherchés liés à la consommation de celui-ci. L'utilisateur interrogera alors la composition d'un produit "classique" car son ressenti s'est transformé au fil du temps. De même, un produit trop dosé provoquera des effets différents des produits habituels, c'est ce type de situation qui mène régulièrement des usagers à suspecter un produit coupé de manière inhabituelle, voire une "arnaque" alors qu'il s'agit par exemple de cocaïne présentant une teneur très élevée ("pure"). » (Detrez, 2021).

Malgré les récits de mise en danger de soi que rapportent des usagers de cocaïne, il est notable que celle-ci n'est pas perçue comme aussi addictive ni aussi dangereuse que l'héroïne. Elle est appréciée pour la montée qu'elle permet, qui accélère les pulsations du cœur, et pour son caractère désinhibant, qui donne un sentiment de puissance et de relatif contrôle, au sens où la montée ne se double pas d'une altération profonde de la perception de la réalité ou de l'environnement. La cocaïne est souvent décrite comme festive, dynamisante. Au moment des entretiens, les enquêtés peuvent tout à la fois raconter combien il est difficile, voire douloureux, d'envisager de consommer sa dernière fume ou sa dernière injection, et affirmer ne pas être dépendants et pouvoir se passer de consommer sans difficulté pendant plusieurs jours. Beaucoup ont le sentiment de maîtriser la dépendance psychologique que génère la cocaïne plus facilement que la dépendance physique à l'héroïne.

« Je suis sain »

- Non. Moi je suis toujours... Non, comme je te dis, je n'ai jamais touché à l'héro de ma vie.

- Comment ça se fait que tu n'as jamais voulu toucher à l'héroïne ?

- J'ai goûté une fois en sniff, j'ai été malade. Ah ça m'a... Non, ça m'a... C'est pas pour moi. C'est pas les occasions qui m'ont manqué hein. Même j'en avais et... jamais, non... Ça ne m'a jamais attiré. Même il y en a, ils la... Je sais qu'à un moment on la fumait, avec l'alu et tout. Mais non. Je suis sain. Je ne me suis jamais shooté. Juste voilà coke. (Consommateur de cocaïne basée, âgé d'une cinquantaine d'années)

Un moindre mal

« C'est ce que je disais, la cocaïne c'est vraiment plus festif, [alors] que l'héroïne on en devient dépendant... c'est vraiment ta moitié, ta façon de vivre : elle est avec toi, elle est en permanence, 24h/24, avec toi. C'est pas pareil, c'est pas pareil, ça n'a rien à voir, c'est pas les mêmes effets, pas les mêmes manques... L'héroïne c'est vraiment très physique et la cocaïne c'est plus dans la tête, alors moi personnellement, y'en a y'en a, y'en a pas y'en a pas. Mais par contre l'héro, c'est pas, on ne peut pas passer outre cette douleur. » (Polyconsommatrice, ancienne consommatrice d'héroïne, 51 ans)

Il faut que les usagers aient déjà une consommation très élevée et ancienne de cocaïne pour qu'ils commencent à percevoir sa nocivité sur leur santé psychologique.

« C'est très pernicieux »

« Non non je ne peux rien dire, le crack ou la free base ou la coke, c'est très pernicieux, parce que ça te permet pas mal de choses, mais ça t'empêche pas mal de choses aussi. Ça t'aide beaucoup à parler... Ha... t'es jeune ! T'en as rien à foutre ! Et puis en même temps bah ton corps il se détruit quoi... Et puis tu deviens dépendant. » (Polyconsommateur de 37 ans et depuis plus de 20 ans)

« C'est ce qu'on dit au début... »

George a 54 ans. Ancien consommateur d'héroïne sous méthadone depuis vingt ans, il a aussi consommé de la cocaïne. Il explique combien la dépendance à la cocaïne est forte. Pour lui, la redescende est aussi brutale que la montée est puissante. Lorsque je lui parle du propos de certains consommateurs qui disent gérer leur consommation, il tempère rapidement, en expliquant qu'ils cherchent à se convaincre ou que ce sont sans doute de nouveaux consommateurs.

« C'est ce qu'on dit au début... Avec la cocaïne, vous passez d'un état d'euphorie, le monde vous appartient, à un état de merde.... Imaginez-vous de vous sentir 1 000 fois mieux pendant un quart d'heure et après... »

Cette perception de la cocaïne comme une drogue moins dangereuse que d'autres (en premier lieu les substances opioïdes) tient sans doute aussi à ses modes de consommation. Si elle est injectée par une partie des usagers, et notamment par les consommateurs ou ex-consommateurs d'héroïne, de nombreux usagers se limitent à la sniffer ou à la fumer, ce qu'ils perçoivent comme moins dangereux que l'injection, en termes d'effets et d'addiction. Pour beaucoup, l'injection demeure perçue comme le geste qui fait basculer du côté de la « vraie » dépendance et de la toxicomanie. Et plus encore s'il s'agit d'injecter de l'héroïne.

Une héroïne moins appréciée, aux effets décevants ?

Malgré la place centrale prise par la cocaïne sur le marché des stupéfiants et dans les consommations des plus précaires, l'héroïne reste présente. Toutefois, certains usagers de cette dernière ont une consommation de plus en plus importante de cocaïne basée ou par injection et passent d'un produit à l'autre, selon le moment et l'envie, voire les mélangent²². L'alternance entre ces deux produits chez des personnes qui étaient auparavant quasi exclusivement consommatrices d'héroïne a également été évoquée.

Si le recul de l'héroïne peut, selon des professionnels des CAARUD, s'expliquer par sa raréfaction sur le marché des stupéfiants durant la période du confinement de 2020, qui a conduit certains usagers à se tourner vers d'autres produits, il résulte aussi, selon les consommateurs entendus, de sa piètre qualité. Au moment de l'étude en effet, l'héroïne dont le prix est particulièrement bas – de 15 à 30 euros le gramme selon les témoignages – est souvent décrite comme étant fortement coupée et de faible teneur, et n'apportant plus les effets escomptés, en termes de détente, d'apaisement et de plénitude. Elle est pourtant encore utilisée par bon nombre de personnes interviewées dans un objectif d'apaisement, que ce soit seule ou combinée à d'autres produits psychotropes, cocaïne en tête, pour en atténuer les effets ou les redescentes.

« C'est de la coke mélangée avec l'héro »

« Bah quand j'ai envie de taper de l'héro, quand j'ai envie de taper de la coke, je prends de la coke. Ou, des fois, je prends les deux. Des fois, je fais des speed ball avec... Bah c'est de la coke mélangée avec l'héro et puis, t'as des effets... En fait, à un moment t'as l'effet de l'héro qui remonte, après quand ça redescend t'as l'effet de la coke... » (Polyconsommateur, environ 50 ans)

Les traitements de substitution aux opioïdes (TSO) et autres molécules médicamenteuses consommés hors protocole thérapeutique

À Angers, Le Mans et Laval, selon les professionnels des CAARUD et les usagers, les traitements aux opioïdes, buprénorphine (Subutex®) et méthadone, occupent une place importante parmi les polyconsommations. Leur relatif bas prix sur le marché noir, par comparaison aux autres produits psychotropes (environ 5 euros le comprimé de Subutex® à Angers selon le témoignage d'un usager revendant son traitement), et le fait que les personnes puissent y avoir accès aisément, sans consultation médicale s'ils connaissent un revendeur, favorisent leur consommation²³.

« Plusieurs fois on m'a proposé des petits bouchons »

En expliquant ne plus vouloir toucher à l'héroïne, ni aux TSO, une femme d'une cinquantaine d'années rencontrée dans l'espace public rappelle combien il est facile d'en trouver dans la rue.

- Tu prends quoi comme médicament ? De la méthadone ?

- Non, et c'est quelque chose que pour rien au monde je n'y retournerai, dans ce monde-là, c'est quelque chose que j'ai tellement galéré pour m'en sortir, et je sais ce que c'est le manque de méthadone et le mal de... Je sais de quoi je parle... et plusieurs fois on m'a proposé des petits bouchons [de méthadone sirop], même pas, parce que c'est... c'est une souffrance que tu ne mesures pas...

De la même manière, les médicaments de la famille des benzodiazépines semblent faciles d'accès et sont utilisés seuls ou en complément de produits psychotropes. Là encore, les usages hors protocole thérapeutique sont nombreux et les doses prises bien supérieures à celles des prescriptions médicales ; les personnes cherchant à compenser leur tolérance de plus en plus grande au produit

22. Ces passages à la cocaïne basée (ou à l'injection) par des personnes initialement consommatrices d'héroïne, parfois stabilisées avec un TSO, sont fréquemment observés par le dispositif TREND depuis le milieu des années 2010.

23. Les usagers de produits psychotropes ayant participé à cette étude ont, pour beaucoup, déjà eu ou continuent d'avoir un TSO, délivré via un CSAPA ou par un médecin libéral. Mais les usages qu'ils font de ces traitements sont variés : si certains disent suivre à la lettre la prescription médicale, quitte à se déplacer plusieurs fois par semaine au CSAPA pour la délivrance dans le cas de la méthadone, d'autres racontent prendre une partie du traitement selon la prescription et en détourner une autre, en se l'injectant par exemple, tandis que de plus rares disent revendre tout ou partie de leur traitement.

et la diminution des effets qui en résulte. Si certains achètent ces médicaments dans la rue, d'autres disent reproduire des ordonnances et acheter le traitement en pharmacie.

« Après tu les fais toi-même les ordonnances... »

- Et toi aujourd'hui c'est des médicaments qui te coûtent combien ?

Rien, rien du tout parce qu'il y a des amis. C'est 2 euros 65... tu vois...

- Mais c'est une prescription médicale...

- Oui il y a des prescriptions... Mais si tu arrives à trouver de la cocaïne ou de l'héroïne dans la rue, les médicaments... Tu rentres dans une pharmacie, eux ils n'y peuvent rien, ils suivent les ordonnances... Voilà

- Et toi tu as des gens qui te suivent médicalement

- Ouais, ouais, tu n'y vas plus après... Tu vas les voir quand... Et puis après tu les fais toi-même les ordonnances, t'arrives à la faire toi-même : tu trouves un ordinateur, une imprimante, c'est très facile à faire... (Femme, consommatrice de benzodiazépine, 51 ans)

La kétamine et le datura : de nouveaux produits perçus comme très dangereux, et inégalement utilisés et appréciés

Certains produits apparaissent moins souvent dans les récits que les enquêtés font de leurs usages, mais suffisamment pour être signalés comme étant des produits accessibles dans les villes étudiées, d'autant qu'ils sont décrits comme particulièrement dangereux par les usagers eux-mêmes. Parmi ces produits reviennent en particulier la kétamine et le datura.

Les usagers qui témoignent consommer régulièrement de la kétamine ou même ponctuellement, sont au nombre de 3 sur les 13 personnes interviewées. Selon eux, la kétamine²⁴ serait plus difficile à trouver que les autres produits déjà cités et se vendrait surtout à l'occasion des free parties. Les usagers rencontrés sont assez partagés sur l'appréciation des effets ressentis du fait de leur intensité : hallucinations, perception tronquée de son corps et de son environnement, sensation de dissociation du corps et de l'esprit qui donne le sentiment de ne plus maîtriser ses membres, de « marcher sur des œufs » ou de « s'enfoncer dans le sol ». Tous semblent, en revanche, s'accorder à trouver les redescentes difficiles. Si le *craving* – ou l'envie d'en reprendre – est jugé moins important qu'avec la cocaïne basée, la redescente est qualifiée de hardcore, c'est-à-dire particulièrement pénible et difficile à supporter. Au plan national le dispositif TREND observe ces dernières années une plus grande présence de la kétamine dans les polyconsommations de drogues de certaines personnes en situation de grande précarité, notamment parmi les plus jeunes d'entre elles ou celles fréquentant les milieux festifs alternatifs comme les free parties (Gérome et Gandilhon, 2020).

La kétamine - « C'est un peu hardcore quand même »

- Moi je trouve toujours tout ce que je veux. Par contre la kétamine c'est vachement dur à trouver : t'en trouves plus en festival ou en teuf... Surtout en technival surtout.

- La kétamine c'est un anesthésiant c'est ça ?

- Ouais c'est un somnifère pour éléphant. Moi ils peuvent plus m'en mettre... vu que je tape de la kétamine, vu que j'en tape bah ça fait plus effet en fait... moi ça me défonce la gueule, donc ça ne m'endort pas et du coup, ils m'endorment autrement [à l'hôpital].

- Et tu peux m'expliquer : ça fait quoi la kétamine ? Si tu essaies de me décrire.

- Bah déjà t'as les jambes qui flanchent, tu marches sur des œufs... moi j'aime bien...

- Et la redescente...

- Moi la redescente ça va. Faut fumer un peu ou taper un peu d'héro, parce que quand t'en tapes beaucoup, c'est un peu hardcore quand même. Ouais t'es surtout énervé avec la kétamine quand tu es en descente...

- C'est un peu comme le crack ?

24. On ne dispose pas d'indication sur son prix sur les territoires investigués pour cette enquête. Les observations menées par le dispositif TREND font état d'un prix courant compris entre 30 et 50 euros, le plus souvent de 40 euros.

- Non ça n'a rien à voir. Le crack t'es speed, avec la kétamine, tu marches à deux à l'heure, t'es au ralenti... Mais la redescende elle est pire que la coke, ouais... Parce que la coke t'as pas trop de redescende encore ça va, c'est raisonnable [...] Ouais, mais sauf que la kétamine t'es pas obligé d'en prendre tout le temps. T'as moins tendance de vouloir retaper tout de suite. (Polyconsommateur, environ 50 ans)

« C'est une drogue dangereuse »

Usager 1- C'est une drogue de cheval la kétamine, ha ouais c'est un truc pour les chevaux... je prends ça une fois, il y a quelques mois, je prends ça et là hooo heureusement que je ne me la suis pas injectée quoi, j'ai pris, ça hey... j'avais l'impression de m'enfoonnerr dannns le sooooll (il mime un ralentissement de la voix), je marchais comme ça.

- T'as pas aimé ?

Usager 1- Non c'est pas que j'ai pas aimé : c'est dangereux.

- Plus que le reste ?

Usager 1- Non, pas plus que le reste ! Mais c'est dangereux en soi quoi, voilà... C'est une drogue dangereuse. Bah c'est un anesthésiant pour cheval quoi !!!

Usager 2 - Pour baleine

Usager 1 - La baleine !!!! Ahahaha... non c'est dangereux quoi !

(à l'adresse du deuxième usager) Et toi tu aimes bien ça ?

Usager 2- Bah non j'ai déjà essayé mais c'est pas mon truc. »

(Polyconsommateurs, âgés d'environ 45 et 40 ans, rencontrés dans l'espace public)

Le datura est aussi cité à plusieurs reprises lors des entretiens, mais un seul des usagers rencontrés dit en avoir consommé. En revanche, selon des professionnels de l'urgence sociale, elle serait notamment consommée par des immigrés en situation de précarité administrative. Le datura est une plante sauvage, qui se trouve en libre accès dans les champs, ce qui en fait un produit non seulement gratuit mais aussi légal²⁵, ce qui explique sans doute que les étrangers en situation de précarité administrative puissent en être consommateurs, alors même qu'ils sont décrits comme étant éloignés des consommations d'héroïne et de cocaïne.

Le datura est, lui aussi, décrit comme un produit dangereux à cause de la puissance de ses effets hallucinogènes.

« La datura, qui te rend narvalo »

Usager 1 - Bah j'ai touché à plein de trucs de dangereux, j'ai touché à la datura, qui te rend narvalo. (À l'adresse d'un autre usager) Ah tu connais ?

Usager 2 - J'ai un copain il est resté perché.

- Vous pouvez m'expliquer ce que c'est ?

Usager 1 - La datura c'est une plante, ça pousse dans les champs, avec une grande fleur blanche, c'est un produit qu'est utilisé en pharmacie, pour diverses choses, mais à côté quand tu prends ça directement, bah ça te rend perché, ça t'envoie là-haut, tu vois des éléphants, t'as le feu dans ton appartement, tu sautes du 6^e étage, parce que tu crois qu'il y a le feu, alors qu'il n'y avait pas le feu quoi... Et puis tu crèves. C'est dangereux. (Polyconsommateurs, environ 40 et 45 ans, rencontrés dans l'espace public)

Cette liste de produits ne vise pas l'exhaustivité. Elle répertorie les produits les plus repérés par les usagers en situation de grande précarité et par les professionnels de l'addictologie et de l'urgence sociale rencontrés à l'occasion de cette étude. Elle insiste aussi sur les produits marqués par des évolutions des usages, du fait de l'amplification de leurs consommations, du changement de leurs

25. Seule la revente en est interdite.

modes de consommation et/ou de leur émergence dans un territoire donné. Aux côtés de ces produits, les usagers interviewés ont aussi, pour la plupart, une importante consommation d'alcool et de cannabis. Et beaucoup disent prendre des acides (LSD) et des ecstasys²⁶ lorsque l'occasion se présente, en particulier en milieu festif.

Les fonctions des polyaddictions

Parmi les treize usagers de drogues en situation de grande précarité entendus au cours de cette étude, douze déclarent de multiples addictions à différents produits psychotropes illicites, qu'ils mélangent pour la plupart à de fortes quantités d'alcool. Ces polyconsommations, où se mêlent alcool, produits illicites divers et usages hors cadre thérapeutique de TSO, se rapprochent de celles constatées au sein des CAARUD des trois territoires où des grands précaires sont accueillis. Dans l'un d'eux, l'équipe note que 99 % des usagers boivent de l'alcool, 95 % fument du cannabis, 65 % prennent des benzodiazépines, 61 % de la cocaïne basée, 50 % des amphétamines, 45 % du crack, 30 % de l'héroïne, 10 % du Subutex®, 10 % du LSD et acides²⁷, etc. Tous ceux rencontrés, à l'exception d'un homme qui ne dit consommer que de l'alcool à très forte dose, ont essayé de multiples produits au cours de leur vie et les motifs de ces usages ont évolué au fil du temps et varient selon les personnes et les moments, selon leurs expériences précédentes et selon l'état du marché.

Des premières fois : pour faire la fête et s'intégrer au groupe de pairs

Presque toutes les personnes interrogées ont commencé à expérimenter des produits psychotropes illicites très jeunes, dans un cadre festif ou au sein de leur groupe de pairs, souvent parce qu'un proche, un ami, un frère ou une sœur, en consommait déjà avant eux et les a initiés. La consommation pouvait alors avoir une dimension festive ; elle permettait surtout une intégration au groupe de pairs.

« Ça a été festif »

« J'ai commencé j'avais 15 ans, j'ai commencé par les drogues dures contrairement... moi j'ai fait l'inverse de... ce qui est peut-être bien parce que maintenant je n'en suis qu'au joint. Mon premier rail c'était de l'héroïne, héroïne et cocaïne, voilà, j'ai commencé par ça. Ça a été festif au départ et après ça devient plus festif. L'héroïne, c'est une drogue qui... On devient dépendant très vite, donc voilà, c'est plus festif après... »
(Femme rencontrée dans la rue, 51 ans, consommatrice de benzodiazépines et de cannabis)

Pour une minorité, la découverte des produits psychotropes a été plus tardive : deux usagers disent être d'abord passés par le deal, pour compléter leurs ressources, avant de devenir consommateurs à leur tour, à force de proximité avec des usagers.

« Je consommais plus que je ne vendais »

« C'était il y a dix ans [...] Comme au début je vendais du shit, voilà j'ai commencé par du shit. Après, j'ai vendu des ecsta [ecstasy], j'ai vendu de la coke, j'ai vendu de l'héro mais je ne touchais pas à l'héro. Et après je suis tombé sur le crack et je suis tombé dedans. Là je suis tombé vraiment dans le crack. Je consommais plus que je ne vendais [...] » (Polyconsommateur, environ 50 ans)

Une fois l'étape de l'expérimentation passée, l'entrée dans la dépendance est parfois vécue comme progressive et résultant d'usages s'intensifiant peu à peu, parfois associée à un traumatisme soudain, que les usagers n'ont pas réussi à surmonter seuls et face auquel les produits psychotropes ont constitué une forme de réponse et, initialement, de soulagement. À cette occasion, des consommations jusqu'alors relativement ponctuelles ont gagné en régularité et en intensité, en changeant les modes d'administration notamment.

26. L'ecstasy est le nom donné à la MDMA lorsqu'elle se présente sous la forme d'un comprimé.

27. Rapport d'activité d'un des CAARUD étudiés, 2021. Ces chiffres font écho à ceux relatifs aux consommations des usagers de drogues reçus dans l'ensemble des CAARUD français compilés par l'enquête ENA-CAARUD. En 2019, l'alcool est consommé quotidiennement par un tiers des personnes fréquentant ces structures, l'usage quotidien de cannabis concerne la moitié d'entre elles. 73 % d'entre elles ont consommé un opioïde dans le mois précédent l'enquête, 69 % de la cocaïne, dont 54 % sous sa forme basée (Cadet-Tairou *et al.*, 2020b).

« Et la came m'a aidé justement à me poser »

« J'ai eu un incendie chez moi, j'ai perdu mon meilleur ami, mes deux chiens. Tout a complètement cramé... Une horreur. Une horreur. Et c'est là où j'ai commencé à boire aussi. Mais avant j'étais... Je fumais des pétards, je fumais des douilles quoi, mais rien de plus [...] J'arrivais plus à dormir. J'étais... bah psychologiquement, ça n'allait pas du tout quoi. Et la came [héroïne] m'a aidé justement à me poser... Même pas à dormir, mais juste à fermer les yeux et à penser à autre chose quoi. Il n'y aurait pas eu cet événement-là... Je ne vais pas dire que je ne serais pas tombée dedans hein, j'en sais rien. Parce qu'il y en a eu d'autres des événements, par la suite, qui ont fait que justement quand j'avais décroché... m'ont fait retomber dedans. Donc bon. Mais oui, c'est suite à un gros choc émotionnel qui a fait que la came, je l'ai détournée en taquet [injection]... » (Femme, polyconsommatrice, 37 ans)

Au moment de cette étude, douze des usagers interviewés consomment, régulièrement et à haute dose, des produits psychotropes illicites depuis au minimum cinq ans et, pour certains, depuis plus de trente années. Leurs usages ne sont plus jamais uniquement festifs. Les récits qu'ils en font témoignent des différentes fonctions que les produits psychotropes prennent dans leur quotidien. Présentées une à une, ces fonctions ne sont pas nécessairement exclusives les unes des autres.

Gérer le manque

Une fois passée la période des premiers usages festifs et intégratifs, une bonne partie des usages quotidiens des enquêtés sont directement liés à une gestion du manque. Tous, ou presque, sont désormais dans l'incapacité de ne pas consommer pendant la journée, sauf à être dans des états de mal-être physique et psychologique profonds.

La fonction de gestion du manque semble particulièrement prégnante s'agissant des consommateurs d'opioïdes et d'alcool. Certains usagers rappellent en effet leur incapacité à se lever sans boire ou, pour les consommateurs d'opioïdes, sans prendre un médicament de substitution, dans un cadre défini par un soignant ou en dehors de ce cadre. « Ah il y a plus d'effet dans rien du tout (rire amer). C'est ça qu'est triste. C'est juste pour ne pas être malade quoi », résume une usagère cumulant de nombreuses addictions aux produits psychotropes, licites et illicites, dont un TSO.

Adoucir les redescentes et les montées trop puissantes

De nombreux produits psychotropes sont aussi utilisés pour gérer les effets d'un premier produit consommé, et en particulier ceux de la cocaïne qu'elle soit sniffée, injectée ou inhalée sous sa forme basée. Ainsi, l'héroïne, les TSO, les benzodiazépines, le cannabis sont consommés pour eux-mêmes, mais aussi pour limiter la brutalité d'un retour à la réalité ou apaiser une montée de cocaïne ressentie comme trop forte et devenant, de ce fait, angoissante. À force de tâtonnements et de descentes difficiles, les usagers semblent prendre l'habitude d'anticiper la redescente de la cocaïne basée, en ayant avec eux tantôt de l'héroïne, tantôt une benzodiazépine.

Techniques de redescente

- Bah la redescente [à la cocaïne] on prend un médicament ou on prend du shit... ou sinon on redescend tranquillement ou pas tranquillement [...] Je prends du shit ou un Tercian, un neuroleptique quoi... Ha c'est vrai que la descente elle est difficile des fois...

- Bah moi j'aime bien un petit sub ou de la came... Une trace d'héro... Le mieux c'est le sub ou le Seresta. (Deux hommes, polyconsommateurs, âgés de 45 et 40 ans et rencontrés dans l'espace public)

« Tenir » dans des conditions de vie marquée par la grande précarité

Pour les personnes en situation de grande précarité et notamment celles qui vivent à la rue, l'usage de produits psychotropes se présente aussi comme une réponse pour faire face à la dureté physique et morale de leurs conditions de vie. Il constitue une forme d'automédication ayant pour fonction de

rendre supportable, d'alléger, même temporairement, le poids des contraintes²⁸ liées à précarité et de faciliter « l'oubli de soi ». Les produits psychotropes aident ainsi à supporter le froid l'hiver et la chaleur l'été, donnent du courage pour se confronter au regard des autres ou pour supporter l'altération de l'image de soi²⁹.

Pour certains usagers ou à certains moments, la consommation de produits psychotropes vise à donner de l'allant, leur permet de donner le change, lors d'interactions avec des personnes extérieures à la grande précarité notamment, lors des activités de mendicité par exemple. Dans ce cas, l'alcool et la cocaïne semblent être privilégiés. Pour d'autres ou à d'autres moments, tenir suppose de contenir et de faire face aux angoisses et, dans ce cas, ce sont plutôt les anxiolytiques et les benzodiazépines qui sont privilégiés. Malgré leurs effets délétères en termes de santé physique et mentale, les produits psychotropes constituent alors d'importantes « béquilles pour tenir ».

« Pour avoir le contact facile »

Un usager raconte avoir besoin de ne pas être à jeun pour faire la manche, constatant que, même lorsqu'elles demandent de l'aide, les personnes sont attendues d'être avenantes et sympathiques, pour susciter l'empathie.

« Moi je bois, je peux boire 10 bières par jour, ça me permet de un peu... relativiser, d'avoir un peu le moral, un peu normal comme tout le monde, un peu joyeux, un peu gai, voilà [...] Nous, on fait la manche, en tout cas moi je fais la manche, mais pour faire la manche, faut avoir au moins deux trois euros dans la poche, pour avoir une bière, pour avoir le contact facile, rigoler avec eux... Parce que faire la manche à jeun c'est très frustrant... S'asseoir par terre, attendre que les gens donnent quelque chose, que si on le fait avec une blague, le sourire, la rigolade, ça passe mieux. »

« Ça m'apaise »

- *Moi c'est le Lexomil, je consomme beaucoup d'autres choses à côté, mais c'est un truc que j'ai pas encore arrêté, que j'ai pas réussi...*

- *Et c'est un médicament qui te fait quoi ?*

- *Qui m'apaise, oui qui m'apaise, mais j'en prends la dose double ou triple, parce que tu sens plus [l'effet]. Tu sens plus... (Femme, âgée d'une cinquantaine d'années, rencontrée dans l'espace public)*

Toucher les limites

Enfin, parmi les usagers rencontrés, quelques-uns, des hommes, semblent dans une forme de recherche perpétuelle de nouveaux effets, plus forts que les précédents, comme s'ils cherchaient à dépasser leurs limites, mais aussi celles des autres usagers. Ils semblent alors revendiquer une forme d'expertise ou de supériorité dans l'expérience et la connaissance des produits psychotropes parmi les usagers qu'ils fréquentent. Parmi les enquêtés, ils sont ceux qui expérimentent non seulement tous les produits psychotropes qui se présentent à eux, mais aussi des dosages plus élevés, quitte à se mettre parfois en danger et « à se faire peur » en risquant la surdose.

« Je cherche à me faire des peurs... aller plus loin »

« Après on se fait des peurs ça arrive aussi, des peurs genre, on dose un peu trop, hop injection et puis t'es en train de trembler, en train de faire... Comment on appelle ça ? Ouais comme un début d'overdose, une syncope, trembler, vibrer... Alors le pire c'est que quand t'es descendu, ça te fait plaisir d'être monté aussi

28. Podcast de l'émission LSD, 4 épisodes sur les processus de l'addiction, France culture, 2022. <https://www.franceculture.fr/emissions/lsd-la-serie-documentaire/les-processus-de-l-addiction>

29. Les investigations menées par le dispositif TREND depuis vingt ans ont ainsi montré que le recours aux substances psychoactives par les populations précaires ne peut être dissocié de leurs conditions de vie. Il en est à la fois une cause et une conséquence. Si ces consommations aggravent souvent les situations sur le plan social (en limitant les possibilités d'insertion professionnelle ou l'accès au logement et aux droits) ou sanitaire (dégradation de l'état de santé, troubles psychiatriques, accès aux soins difficile...), elles aident à supporter la vie « à la rue » et à en apaiser les conséquences physiques et psychiques immédiates ou durables (faim, exposition aux aléas du climat, à l'insécurité et à la violence, épuisement, stress, angoisses, dépression) (Cadet-Tairou *et al.*, 2020a).

haut et d'être descendu... C'est bizarre l'histoire ! Moi j'ai fait des montées, moi je me suis fait peur allez... quatre ou cinq fois. Lui, il se shoote pas il ne peut pas avoir les mêmes... Quand tu l'injectes, c'est plus fort, c'est dangereux, tu te l'injectes dans le bras, ça remonte direct vers le cœur, donc tu te fais des peurs quoi... Tu peux te faire des peurs, si tu mets trop fort... Comme ça en train de trembler pendant une demi-heure... en train de [...] Mais tu te fais des peurs. Et moi j'aime me faire des peurs ! Bah je cherche à me faire des peurs... Aller plus loin. Espérer pas dépasser la limite, mais espérer quand même toucher la limite... Ouais j'en suis là, je suis dangereux avec la cocaïne... » (Homme, 45 ans)

« Mes potes ils me disent "t'es un fou !" »

- ... Mes potes ils me disent "t'es un fou", parce que j'en fais des énormes...
- Et quand tu redescends... ?
- Bah ça va... En fait je m'écroule pendant un quart d'heure. Et au moins j'suis pas là.
- Et après ?
- Bah ça va sauf quand c'est la dernière. Quand tu sais que c'est la dernière, bah là faut que ça soit un feu d'artifice. L'autre jour j'ai failli tomber... (Homme 41 ans)

« Je prends tout, tout ce qui passe... »

- Quand j'ai envie de m'amuser quoi... Ha bah là, je prends tout, tout ce qui passe...
- Et c'est quoi tout ?
- Bah les amphés, la MDMA, du LSD, beaucoup de LSD, de la kétamine... Bah il y a pas mal de choses, y'a tout qui traîne, le ballon là, je sais pas comment ça s'appelle, un gaz dans un ballon qu'on respire... C'est comme le poppers mais en plus long [il s'agit du protoxyde d'azote]... Bah je prends tout.
- Et le lendemain c'est comment ?
- Ha c'est dur... Mon record c'est cinq jours [sans dormir]... » (Homme 37 ans)

AVOIR RECOURS AU CAARUD ET INTÉGRER UNE DÉMARCHE DE RÉDUCTION DES RISQUES

Le recours au matériel de réduction des risques constitue un premier acte de préservation de la santé des usagers de produits psychotropes. Or, c'est généralement par la fréquentation des CAARUD que ceux qui sont en situation de grande précarité s'initient à la réduction des risques et peuvent, le cas échéant, trouver d'autres réponses sociosanitaires.

Ce chapitre rappelle tout d'abord ce que recouvre le dispositif des CAARUD, en insistant sur les aspects qui favorisent et facilitent leur investissement par les usagers de drogues en situation de grande précarité. Puis, il présente l'analyse des facteurs qui, en dépit de ces caractéristiques communes, contribuent à tenir éloignés une partie de ces usagers, ainsi que les actions mises en œuvre par les équipes des CAARUD pour tenter de contenir les effets de cet éloignement en termes de réduction des risques. Ce sont ensuite les évolutions que ces équipes observent auprès de leurs usagers, en termes de consommation, et leurs répercussions sur leur accompagnement à la réduction des risques, qui sont exposées. Enfin, ce chapitre revient sur certains éléments qui semblent limiter le développement de partenariat entre les équipes des CAARUD et les autres acteurs locaux de l'urgence sociale notamment.

Les CAARUD, des lieux d'accueil « bas seuil » adaptés aux usagers en situation de grande précarité

Les CAARUD naissent sous cette appellation en 2005, un an après l'inscription de la réduction des risques dans la loi n°2004-806 en août 2004 relative à la politique de santé publique³⁰. L'État entreprend alors d'encadrer et de préciser les missions de ce dispositif³¹, souvent adossé à des initiatives associatives et militantes préexistantes nées au début des années 1990, notamment en réaction aux dégâts causés par l'épidémie de VIH sur les populations d'usagers de drogues par injection.

L'institutionnalisation des CAARUD contribue alors à leur structuration et à leur développement, à l'harmonisation des pratiques qui y ont cours et à leur intégration au champ médico-social. Leurs missions premières sont l'accueil individuel et collectif des usagers de drogues, l'information et le conseil en termes de réduction des risques liés à l'usage de drogues, le soutien dans l'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle, la mise à disposition de matériel de prévention des infections transmissibles et une veille en matière de marché et d'usages de drogues.

Malgré ce mouvement d'institutionnalisation, les CAARUD demeurent placés à la croisée des chemins des politiques de santé publique et d'aide sociale, ce qui semble les prémunir des logiques de responsabilisation individuelle (et de moralisation) que portent de plus en plus les politiques d'aide sociale (Avanzo, 2017), qui se doublent d'attentes fortes en termes de contreparties individuelles, d'efforts et de progressions, comme des logiques purement médicales qui enjoignent à limiter les risques pour la santé, au premier rang desquels ceux résultant de la consommation de produits psychotropes. En effet, aux lisières des champs sanitaires et sociaux, les CAARUD paraissent comme affranchis d'une partie des contraintes propres à chacun d'eux, ce qui en fait des espaces singuliers, caractérisés par un bas seuil d'exigences à l'égard de leurs usagers, comparativement à l'ensemble des autres structures sanitaires et sociales³².

30. L'article L.3121-4 du Code de santé publique définit la réduction des risques selon ces termes : « La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants. »

31. Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le Code de santé publique.

32 Des travaux s'appuyant sur des enquêtes de plus longue durée que la nôtre, réalisées au sein de plusieurs CAARUD, rappellent que ces seuils de tolérance varient d'une structure à l'autre (Milhet *et al.*, 2022). Ici cependant, la description des CAARUD vise plutôt à caractériser ces structures par comparaison aux autres structures intervenant dans les parcours des usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité.

« Ici, on ne te demande pas de comptes »

Aujourd'hui, quelques différences liées aux histoires des structures qui portent le dispositif, aux parcours des professionnels qui y travaillent, ou encore aux configurations locales (jeu d'acteurs, publics, etc.), distinguent les CAARUD des trois territoires investigués. Certaines équipes vont, par exemple, pousser plus loin que les autres la logique communautaire en organisant des déjeuners entre usagers et en animant un conseil des usagers où se discute le fonctionnement de leur CAARUD. D'autres développent l'accompagnement social, allant jusqu'à proposer aux usagers de conserver sur site leurs documents administratifs les plus importants, ou travaillent la question des partenariats avec des hôtels pour pouvoir faire de la mise à l'abri. D'un site à l'autre cependant, le socle du dispositif est commun. Les usagers se voient proposer un accueil autour d'un café, ainsi que des conseils en termes de réduction des risques et le matériel afférant. Ils ont accès aux douches et aux machines à laver, peuvent être accueillis individuellement pour résoudre des problématiques administratives et être accompagnés, parfois physiquement, vers le soin, vers le logement ou plus rarement vers l'emploi.

Par ailleurs, au-delà des services rendus, c'est « l'esprit » du dispositif qui se retrouve d'un CAARUD à l'autre. Les usagers viennent sans rendez-vous et ont pour seules conditions d'accès le respect des autres usagers et de l'équipe de professionnels, et l'absence de consommation de produits psychotropes illicites dans les murs. Ils peuvent venir en ayant consommé des produits illicites, boire de l'alcool sur place ; les consommations de produits psychotropes aux abords du local sont tolérées et leurs animaux sont acceptés. Aucun jugement n'est porté sur leur consommation. Aucune contrepartie n'est par ailleurs exigée, ni attendue, et leur anonymat est garanti, ce qui est une condition indissociable de leur venue puisque les consommations de produits psychotropes demeurent, pour une large part, punies par la loi. L'accueil bas seuil se lit aussi dans le tutoiement, de mise entre les usagers et les professionnels, ou encore dans la nature et l'organisation des locaux qu'ils occupent, semblables à des lieux de vie partagés, où les personnes entrent et sortent comme bon leur semble et où la présence de canapés souligne l'absence d'obligation de bien se tenir, comme cela peut être le cas dans de nombreux services, ainsi que dans la convivialité du lieu.

Une matinée au CAARUD – juillet 2022

Le CAARUD se trouve à cinq minutes à pied de la gare, sur l'axe principal qui mène au centre-ville. La façade du local ressemble à une devanture de magasin à l'abandon. Passé la porte d'entrée, l'ambiance est tranquille : il est 9 h 30 et 5 personnes sont assises autour d'une table, où des pains au lait sont proposés gratuitement. Elles attendent que les cafetières tout juste allumées terminent de se remplir. Certaines échangent quelques mots, d'autres restent silencieuses. Des travailleurs sociaux sont présents pour les accueillir, mais ils laissent la journée s'installer doucement et les personnes se réveiller à leur rythme. Au pied d'une femme, un chien se repose lui aussi. Après un premier quart d'heure, de nouvelles personnes arrivent, pour boire un café, chercher du matériel, se doucher, faire une lessive ou régler une question administrative. Une quinzaine passera au cours de la matinée, ce qui est deux fois moins que la veille : des jeunes adultes, des quadragénaires habitués du CAARUD et des plus anciens, connus de longue date. Certains font de brefs passages, dont l'objectif premier est l'obtention de matériel de RdRD. C'est notamment le cas d'un jeune Géorgien injecteur de Subutex®, à l'air pressé et au regard fixe, et de quelques jeunes, filles et garçons, arrivés tardivement et qui se dirigent immédiatement vers la salle de matériel avec leurs chiens, attrapent un pain au lait au vol, avant de repartir bruyamment, une bière dans l'autre main. D'autres, au contraire, profitent des locaux jusqu'à leur fermeture, en fin de matinée. Ceux-là viennent autant pour le matériel et les services proposés que pour échanger avec les autres usagers et les travailleurs sociaux.

Un espace à l'abri des jugements

Ces services et l'absence de contrepartie et de jugement qui y sont associés font du CAARUD un espace accessible pour des personnes marginalisées par leur précarité et leurs addictions. Ailleurs, elles se heurtent à des exigences auxquelles elles ne sont pas toujours en capacité de répondre, en termes d'organisation, d'anticipation, de mobilité, ou pour lesquelles elles ne se sentent pas à la hauteur ou à leur place, pour des raisons d'apparences, de savoir-être, d'abstinence, et dont elles sont exclues ou préfèrent s'exclure. Ici, les usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité semblent pouvoir pousser les portes sans craindre d'être jugés et stigmatisés.

Un lieu « pour les toxicos »

Alfredo a 51 ans. Il consomme des produits psychotropes depuis l'âge de 12 ans et explique avoir commencé par la résine de cannabis et l'héroïne, puis la cocaïne, auxquelles il ajoute désormais la kétamine ou encore les ecstasys. Lorsque je lui demande s'il lui arrive d'aller à la halte de jour de sa commune, il explique ne fréquenter que le CAARUD, qui est le seul endroit où il ne se sent pas jugé.

- Bah je n'y vais jamais...

- Bah pourquoi ?

- Parce que ça ne m'intéresse pas... Bah là-bas c'est pour les gens normaux. C'est pas pour les toxicos comme ici. Ici il y a que des toxicos qui viennent, il n'y a pas des gens normaux comme dehors, qui vont dans les foyers et tout ça.

- Et ça change beaucoup de choses ?

- Bah c'est pas pareil ; les gens ils te regardent un peu de travers... C'est pour ça que j'aime pas trop aller dans les foyers comme ça, dans les associations comme ça...

Un espace de repos, d'écoute et d'échanges

Bien que le CAARUD soit initialement repéré pour le matériel de RdRD et que certains ne le fréquentent que ponctuellement et uniquement dans le but de chercher des seringues ou des pipes, au fil du temps, il prend, pour de nombreux usagers en situation de grande précarité, une autre envergure.

Pour certains, il devient un abri et un repère, et s'inscrit dans une routine quotidienne. Des usagers viennent y prendre leur déjeuner et leur douche, chaque fois que cela est possible, trouvant là un sas de repos entre deux passages à la rue. Beaucoup y cherchent aussi un espace d'échanges, où ils se sentent écoutés. Ils viennent discuter avec les autres usagers, mais aussi avec les travailleurs sociaux qu'ils connaissent et qui les connaissent, parfois depuis plusieurs années. Il n'est pas rare lors des entretiens que les usagers insistent sur l'importance des liens tissés avec les travailleurs sociaux, comme si cela permettait de souligner leur normalité, tandis que leurs addictions et leur précarité les placent aux marges, contribuent à leur isolement vis-à-vis des personnes qui ne consomment pas de produits psychotropes et sont plus insérées socialement, et concourent à leur discrédit et à leur stigmatisation.

« C'est la chaleur humaine, parce que je suis seule aussi »

Mado est une femme de 62 ans, usagère du CAARUD depuis quatre ans. Mado était une consommatrice régulière de cocaïne basée à l'ammoniaque, et fumée dans les pipes droites du CAARUD, jusqu'à quelques mois avant l'entretien. Au moment de notre rencontre, elle consomme de la résine de cannabis et occasionnellement de la cocaïne basée. Elle continue pourtant de venir régulièrement boire un café au CAARUD, tôt le matin, pour rompre sa solitude.

« Bah ça fait quatre ans, je consomme, je viens chercher des pipes. Avant je fumais tous les jours parce que je fréquentais quelqu'un, maintenant je fréquente plus, je ne fume plus tous les jours, de temps en temps... Heu je suis une droguée hein... Je connais tous les gens de la rue [...] Je viens au CAARUD parce que j'aime bien, parce qu'on retrouve la chaleur humaine, aussi on a besoin des pipes ils nous les donnent, si on a besoin de quelque chose ils nous aident, ils aident les animaux : non c'est des gens très bien [...] Non, parce que comme je te dis, je viens de temps en temps, parce que je les aime, je bois un café, c'est la chaleur humaine et parce que je suis seule aussi... »

« Pour s'enrichir, pour voir du monde »

Sonia a presque 40 ans et fréquente le CAARUD de sa ville de résidence depuis plus de vingt ans. Elle dit venir dès que possible, deux fois par semaine, pour prendre le matériel dont elle a besoin, mais également pour échanger avec les usagers et les professionnels de la structure.

« Ici c'est beaucoup plus accueillant [que le CSAPA]. Et puis ici, les gens, ils ne viennent pas parce qu'ils ont rendez-vous quoi. Tu vois, au CSAPA, ils y vont parce qu'ils ont rendez-vous avec un infirmier, un psy ou... voilà. Ici les gens ils viennent, bah c'est pour s'enrichir, pour voir du monde, penser à autre chose, discuter de choses et d'autres, faire des papiers, faire ceci, faire cela. »

La relation de confiance tissée au fil des mois et des années avec les professionnels des CAARUD permet ensuite aux usagers d'oser demander ou d'accepter de l'aide pour accéder aux soins, pour rouvrir des droits sociaux, pour réfléchir à la question du logement ou, plus ponctuellement, pour se sortir d'une situation pour laquelle, en dehors du CAARUD, ils ne savent pas vers qui se tourner.

Une urgence au CAARUD – juillet 2022

Le CAARUD est ouvert depuis près de deux heures, lorsque deux hommes d'une quarantaine d'années arrivent avec un chien posé dans une sorte de panier à roulettes. Le maître du chien semble désespéré. Il explique que son chien est en train de mourir et dit ne pas avoir dormi de la nuit. Un copain est venu l'accompagner. Immédiatement, deux travailleurs sociaux accueillent les deux hommes et écoutent attentivement le propriétaire du chien, avant de lui proposer de repasser le lendemain, pour les conduire au rendez-vous pris avec le vétérinaire. Après s'être assuré qu'il est bien au CAARUD qu'il a fréquenté plusieurs années auparavant et dont il ne reconnaît pas les locaux, le deuxième homme en profite pour demander plusieurs pipes à crack.

Des grands précaires restant éloignés des CAARUD ?

Malgré un accueil inconditionnel et cette offre de services ouverte à tous, sans demande de contrepartie, une différence importante distingue les CAARUD d'Angers, du Mans et de Laval. Il s'agit des difficultés, inégales, dont leurs équipes témoignent pour accéder aux personnes en situation de grande précarité ou à une partie d'entre elles. Plusieurs facteurs semblent freiner la venue des grands précaires jusque dans les CAARUD. Certains tiennent à leurs organisations, d'autres relèvent davantage des caractéristiques et situations sociales des usagers eux-mêmes.

L'instabilité des équipes et des organisations comme facteur d'insécurité

Si la souplesse des modalités d'accueil est une condition sine qua non pour que les personnes en situation de grande précarité se tournent vers le CAARUD, elle ne semble pas suffisante. L'instabilité des équipes, le changement des horaires d'ouverture d'une structure et/ou leur déménagement peuvent contribuer à distendre, et parfois même à rompre, les liens tissés entre ces usagers et le dispositif.

Plus encore que d'autres, les personnes en situation de grande précarité semblent avoir besoin de repères et de stabilité, pour avoir recours à un service et accepter de faire confiance à des professionnels, travailleurs sociaux ou soignants. Aussi, le turnover des personnels, le départ de professionnels devenus les figures emblématiques d'une structure et/ou l'arrivée de plus jeunes recrues peuvent, dans certaines villes, expliquer le départ concomitant d'usagers déstabilisés et déçus, voir découragés à l'idée de devoir se raconter à nouveau pour poursuivre le travail parfois engagé pour accéder à des soins dentaires ou refaire une carte vitale par exemple.

De même, des fermetures soudaines ou répétées de structures ou des changements d'horaires, comme cela a eu cours dans certaines villes au moment de la crise sanitaire en 2020-2021, peuvent contribuer à sortir le passage au CAARUD des routines et itinéraires des personnes en situation de grande précarité³³. Toutes ces formes d'instabilité sont insécurisantes et, là où elles ont été exacerbées ces dernières années, elles ont nui à la fréquentation du CAARUD par les plus précaires. Or, les liens qui unissent ces usagers aux professionnels et au lieu semblent plus faciles à défaire qu'à retisser.

La concurrence des publics

La concurrence des publics peut, elle aussi, expliquer l'éloignement des usagers les plus précaires de certains CAARUD.

33. Les conséquences des mesures liées à la crise sanitaire sur le fonctionnement des CAARUD et le quotidien des usagers de drogues en situation de grande précarité ont été documentées par le dispositif TREND (Gérome, 2021).

L'occupation du CAARUD par un type d'usagers peut, en effet, contribuer à en chasser d'autres. Dans la majeure partie des CAARUD, la présence et la visibilité des grands précaires contribuent au retrait des autres consommateurs, plus insérés socio-économiquement, qui refusent d'être assimilés à des publics plus abîmés et stigmatisés qu'eux. Inversement, l'absence des grands précaires facilite la venue d'autres publics plus insérés socio-économiquement, ayant des présentations de soi plus conformes aux normes sociales en vigueur dans la majeure partie des espaces sociaux. Cette présence, si elle a des effets bénéfiques en termes des RdRD auprès de ces usagers, peut aussi participer à l'évolution des normes et des seuils de tolérance au sein du CAARUD et faire que, au fil du temps, les grands précaires n'identifient plus le CAARUD à un lieu qu'ils peuvent investir et où ils peuvent se sentir à leur place. Par exemple, là où les grands précaires sont majoritaires, il n'est pas rare qu'ils profitent de leur passage pour prendre une douche ou laver leur linge. À l'inverse, là où ils sont sous-représentés, ces actes ailleurs anodins gagnent en visibilité et deviennent des marqueurs sociaux stigmatisants. Les personnes en situation de grande précarité semblent alors préférer se tourner vers des accueils de jour, où ils partagent la précarité des autres usagers. Ils perdent alors une raison de se déplacer jusqu'au CAARUD ou, à tout le moins, d'y rester pour échanger sur leurs consommations, prendre du matériel de RdRD, se reposer et, pourquoi pas, régler des problèmes administratifs, sanitaires, etc.

Quoique plus discrètes, d'autres concurrences entre publics sont décrites par les professionnels. Ainsi, la prédominance des consommateurs de crack (ou de cocaïne basée) limiterait, si ce n'est le recours au matériel de RdRD, tout au moins la fréquentation et l'appropriation du CAARUD par les consommateurs d'héroïne qui y trouvaient un espace de repos, où ils pouvaient s'allonger, somnoler et « piquer du nez », et ensuite régler des questions administratives ou de santé. Leur présence est ainsi contrariée par celle des usagers de cocaïne basée, qui, de plus en plus nombreux, occupent l'espace de manière plus bruyante et avec une énergie plus agressive.

Une cohabitation difficile

« Mais c'est un public... comme je te disais tout à l'heure : le crack, l'alcool, ça n'a rien à voir avec l'héroïne, et les deux publics... Voilà, le mec avec l'héroïne, il va venir ici, il va piquer du zen [nez]... Alors que l'alcool et le crack c'est tout le contraire... Donc du coup ça chasse ce public-là. » (Travailleur social, CAARUD)

Ces jeux de substitution entre publics paraissent difficiles à contenir. Mais, comme certains CAARUD réservent des entrées à l'abri des regards aux usagers les plus insérés, il est possible d'imaginer des conditions d'accueil ou des organisations susceptibles de faciliter les cohabitations.

L'éloignement géographique

La distance géographique est un autre facteur susceptible de freiner le recours au CAARUD par une partie des personnes en situation de grande précarité consommatrices de produits psychotropes. Les CAARUD de l'étude, en particulier ceux du Mans et de Laval, sont implantés dans des villes inscrites dans des territoires très ruraux et mal desservis par les transports en commun. Or, les usagers en situation de précarité n'ont généralement pas de véhicule ou pas les moyens de les faire rouler régulièrement, quand la consommation de produits psychotropes limite la capacité à s'organiser et à s'orienter et se solde parfois par des retraits de permis. En d'autres termes, dès lors qu'ils vivent en dehors des villes où se situent les CAARUD ou leurs antennes, les usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité ont peu de probabilités de s'y rendre et d'accéder au matériel de RdRD. Seuls les injecteurs peuvent trouver des kits stériles en pharmacie pour peu que leur pharmacie en délivre et qu'ils osent faire la démarche.

Mais les questions de mobilité ne concernent pas que les personnes vivant en dehors des villes. Elles se posent plus généralement pour toutes les personnes en situation de grande précarité, qui se déplacent avec leurs affaires personnelles – toutes les villes de l'étude ne comptent pas de bagagerie – et parfois avec leurs animaux, et qui ne peuvent donc emprunter les transports en commun, sauf à s'exposer à un contrôle et à une amende. Se déplacer leur demande donc une énergie importante et un temps long qui concurrence celui de la mendicité à laquelle beaucoup d'usagers ont recours pour compléter leurs ressources issues des minima sociaux. Pour ces différentes raisons, le déplacement au CAARUD est souvent repoussé et ce d'autant plus si les

liens avec l'équipe sont faibles ou que le CAARUD n'est plus, aux yeux de ces usagers, qu'un lieu de distribution de matériel. Dans ce cas, la moindre distance peut passer pour insurmontable et la RdRD devenir aléatoire.

L'isolement des personnes logées

Paradoxalement, le fait d'avoir un logement, qui plus est, mais pas uniquement, en dehors des villes étudiées, semble aussi éloigner certains usagers de produits psychotropes du matériel de réduction des risques. En effet, les grands précaires sans domicile régulier sont généralement visibles en journée dans l'espace public et peuvent donc être incités par un pair ou un professionnel de l'urgence sociale à se rendre au CAARUD, où ils trouvent non seulement à s'abriter, mais aussi à bénéficier de distribution de kits stériles ou de jetons permettant d'obtenir ces kits auprès d'un automate d'échange de seringues (ou Totem). Ainsi, si elles ne se déplacent pas sur les espaces dits « de manche » et ne fréquentent pas les personnes sans domicile, les personnes logées, qui peuvent être beaucoup plus isolées que les autres, n'ont pas recours à la réduction des risques par méconnaissance ou bien, parce qu'elles sont dans une période de stabilisation, elles cherchent à s'éloigner des lieux et des personnes liées à leurs addictions, ce qui limite leur accès au matériel de réduction des risques.

L'invisibilité des personnes en situation de précarité administrative

Par ailleurs, les immigrés qui cumulent une forte précarité administrative (droit de séjour le temps de la demande d'asile ou absence de titre de séjour), une pauvreté et une précarité de logement ne fréquentent pas, ou très peu, les CAARUD de l'étude, à l'exception, semble-t-il, de quelques personnes originaires du Caucase.

De l'avis de tous les professionnels entendus, les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne consommeraient moins de produits psychotropes illicites, hors cannabis et datura, que les natifs français. Ceci s'expliquerait par les représentations très négatives des drogues dans les sociétés d'origine de ces immigrés et par le maintien de ces représentations dans les groupes de compatriotes, dont les immigrés craignent d'être exclus s'ils consomment ou affichent leur consommation. Il est possible que cette hypothèse soit vraie, mais deux autres hypothèses paraissent tout aussi probables. Ces nouveaux visages de la grande précarité sont particulièrement vulnérables d'un point de vue administratif et peuvent éviter les CAARUD par crainte d'être interpellés par les forces de l'ordre (même si des accords sont passés entre les CAARUD et les forces de l'ordre) et préférer prendre des risques sanitaires plutôt que de s'exposer à une interpellation pouvant mener à une expulsion ou à une condamnation. Par ailleurs, les pratiques de réduction des risques résultent d'un long travail de sensibilisation qui, pour la majeure partie de ces immigrés, n'avait pas cours dans leur société d'origine, ce qui peut aussi expliquer qu'ils aient moins recours que d'autres, nés et socialisés en France, aux services de RdRD proposés. En d'autres termes, si les immigrés récemment arrivés en France sont peut-être moins consommateurs de produits psychotropes illicites (hors cannabis) que les autres personnes en situation de grande précarité, ceux d'entre eux qui consomment peuvent être assez éloignés des pratiques et des lieux de réduction des risques³⁴.

Des actions et dispositifs pour diffuser le matériel RdRD hors les murs des CAARUD

Ces constats et le périmètre départemental des prérogatives des CAARUD contribuent à la réflexion des équipes sur la prise en compte des freins liés à la mobilité, à l'intérieur des villes centres comme dans les zones plus rurales et périphériques. Plusieurs éléments de réponse sont apportés dans les trois aires métropolitaines visées pour tenter de diffuser le matériel de réduction des risques auprès des personnes qui ne peuvent pas et/ou ne veulent pas se déplacer jusque dans les structures. La nature et la diversité des réponses apportées semblent alors dépendre de la plus ou moins grande fréquentation de chacun des locaux des CAARUD, du temps de travail disponible des travailleurs sociaux pour démarcher des partenaires et développer de nouvelles actions, ainsi que d'équilibres

34. De récents travaux sur l'accompagnement d'usagers de drogues immigrés tendent à nuancer l'hypothèse de certains professionnels entendus lors de cette étude, et montrent qu'eux aussi consomment des produits psychotropes illicites (Bouche-Florin, 2019 ; Pawlik *et al.*, 2019).

réalisés entre le niveau d'accompagnement sociosanitaire des personnes ayant déjà recours au CAARUD et la sensibilisation de publics éloignés du dispositif. Là où les publics sont déjà très nombreux et les permanences pleines, les démarches d'aller vers paraissent plus restreintes.

Faciliter l'échange des seringues

La distribution de seringues stériles constitue un premier élément de réponse pour les usagers. En ville, des Totems sont implantés à Laval, Angers et Le Mans qui permettent aux injecteurs d'échanger leurs seringues usagées contre des seringues stériles ou d'obtenir une seringue stérile en échange de jetons qui peuvent être distribués soit au CAARUD soit par des partenaires. Là où les grands précaires restent les plus éloignés des CAARUD, les équipes se mettent en lien avec les professionnels des accueils de jour ou des bains-douches municipaux pour qu'ils puissent distribuer des jetons auprès des personnes en demande.

Cette multiplication des lieux de distribution semble faciliter le changement plus régulier des seringues par les usagers, en réduisant le coût de leur démarche en termes d'énergie, de temps et d'anticipation.

Se piquer « proprement », pour éviter les dommages sanitaires

Un usager résidant d'un centre-ville, polyconsommateur et préférant l'injection à la voie fumée, raconte mobiliser les différentes possibilités à sa disposition pour bénéficier de matériel stérile, de manière à limiter les risques sanitaires liés à leur réutilisation.

- *Toi, ta cocaïne tu la bases, tu... ?*
- *Je la base, mais plus souvent j'la pique.*
- *Et tu prends tes jetons ici ?*
- *Je viens chercher mes jetons ici, ou des fois je mets mes seringues au Totem, je mets les seringues sales et il me redonne des propres.*
- *Vraiment ? Tu le fais vraiment ? Tu les changes à chaque fois ?*
- *Sinon je les jette dans les canettes, je tords la canette, pour que les gens ne se piquent pas.*
- *Ça veut dire que tu ne te repiques jamais avec une même seringue ?*
- *C'est rare, ça m'est déjà arrivé, mais c'est rare. Parce qu'elle se tord au bout d'un moment.*
- *Comment ça ?*
- *Bah, au microscope, on voit : elle est tordue quoi (son acolyte se met à rire). Si !! On me l'a montré au CAARUD ! La seringue, elle se tord et c'est pour ça qu'après le sang, il ne vient plus, et puis on se rate quoi.*

En complément des Totems, ces dernières années, des pharmacies ont été démarchées par les CAARUD³⁵ pour participer au programme d'échange de seringues avec les pharmacies (PESP).

Créer les conditions de la proximité

« Les PESP, donc les programmes d'échange de seringues avec les pharmacies. Parce qu'on sait que c'est les premiers interlocuteurs, parce qu'en campagne, tu n'as pas forcément le temps d'aller dans une ville pour chercher du matos. Là, tu vas chercher ton kit d'injection à la pharmacie [...] L'idée, c'est qu'on les approvisionne en Stéribox gratuitement, qu'ils remettent gratuitement aux usagers, avec notre plaquette. Et donc comme ça, les pharmacies, si elles ont un bon contact avec l'usager, peuvent vraiment leur parler de nos missions, les inciter à nous appeler, etc. Donc ça, c'est vraiment la deuxième porte d'entrée sur le côté rural. » (Animateur au sein d'un CAARUD)

35. Ainsi, dans un des trois territoires, après une période de démarchage en 2020, le CAARUD a réussi à convaincre une quarantaine de pharmacies (contre sept auparavant) sur l'ensemble du département de s'inscrire dans le programme d'échange de seringues.

Dans certaines villes, ce travail de maillage avec les pharmacies, qui permet aux injecteurs de trouver des solutions à proximité de leur domicile, y compris lorsqu'ils vivent en dehors des grandes villes où se trouvent les Totems, apparaît cependant limité. Les professionnels des CAARUD expliquent que ces difficultés peuvent tenir aux craintes (ou à l'expérience malheureuse) de certains pharmaciens d'être débordés par les comportements des personnes sous emprise de drogues, et aussi parfois à des enjeux de réputation et/ou à des enjeux économiques. Les kits de seringues stériles pouvant être vendues par les officines, au prix conseillé de 1 euro, ils sont parfois vendus bien plus cher (un professionnel évoque le tarif de 7 euros le kit)³⁶.

Réaliser des maraudes dans les villes et se déplacer en périphérie des villes

Les travailleurs sociaux des CAARUD ont aussi pour habitude de réaliser des maraudes en centre-ville, ainsi que dans des secteurs moins centraux, réputés pour être des lieux de mendicité où se retrouvent des personnes en situation de grande précarité. Cette pratique est un peu délaissée là où les permanences sont pleines, tandis qu'elles constituent dans d'autres sites, là où les locaux des CAARUD sont désertés par les personnes en situation de grande précarité, le seul espace de rencontre régulière entre les professionnels du CAARUD et ces usagers.

Là où les professionnels des CAARUD sont assez identifiés par les personnes en situation de grande précarité, ils mènent ces maraudes seuls ou avec des partenaires ayant une entrée sanitaire plus marquée, tels que les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Ces partenariats permettent de faire de la « bobologie » sur place en réalisant quelques pansements ou en désinfectant une plaie, ou à orienter vers le CHU ou la PASS. Ailleurs, là où le lien avec les grands précaires est à renouer, les professionnels des CAARUD s'appuient sur d'autres structures de l'urgence sociale, pour profiter de la connaissance qu'ont leurs partenaires du territoire et des grands précaires afin d'aller à la rencontre des usagers de produits psychotropes.

Selon les sites, les maraudes consistent tantôt à chercher les personnes qui dorment dehors, dans des parkings ou des parcs, tantôt à repérer des personnes logées, mais en situation de précarité qui, bien qu'ayant des addictions, pourraient ne pas connaître le CAARUD ou ne pas oser s'y déplacer. Ces maraudes permettent de distribuer du matériel de réduction des risques et d'aider à l'identification du CAARUD, comme lieu ressource pour les usagers.

Par ailleurs, un travail de déploiement du CAARUD en zone rurale est aussi réalisé pour tenter de se rapprocher de publics qui ne peuvent venir chercher du matériel de RdRD en ville et/ou n'ont pas de pharmacie à proximité. Des permanences sont tenues au sein d'antennes et/ou d'unité mobile.

Aller vers eux

« On est un territoire rural qui est très écarté... En fait, c'est des personnes qui n'ont pas de permis ou se le sont fait sauter, donc pour se déplacer en ville, c'est très compliqué [...] Pour le public rural, c'est vraiment le fait qu'on aille vers eux [...] Grâce à l'unité mobile, on sillonne tout le département. » (Animateur, CAARUD)

Une évolution des consommations complexifiant le travail de réduction des risques

Au sein des trois territoires ayant participé à l'étude, les constats sur l'évolution des consommations se rejoignent. Partout, il est noté que la consommation de cocaïne basée a pris de l'ampleur, concurrençant et souvent supplantant la consommation d'héroïne dont la qualité est jugée de plus en plus mauvaise par les consommateurs³⁷.

36. Du point de vue de la loi, le pharmacien ne peut pas refuser la distribution de ces dispositifs, quel que soit le nombre d'unités demandées (pas de limite de délivrance). Par ailleurs, l'article R. 4235-65 du Code de la santé publique précise : « Lorsque le pharmacien est, en vertu de la réglementation en vigueur, appelé à fixer librement les prix pratiqués dans son officine, il doit y procéder avec tact et mesure. »

37. Ces observations recourent largement les constats établis par le dispositif TREND sur le territoire hexagonal. Voir notamment les dernières publications du dispositif TREND sur ce sujet (Gérome *et al.*, 2019 ; Gérome et Gandilhon, 2020). Pour un retour sur les observations menées par le dispositif TREND depuis vingt ans sur ces questions : Cadet-Tairou *et al.*, 2020a.

« Crack, crack à fond ! »

« Qui prend quoi ? Bah là de toute façon ici, crack, crack à fond ! Beaucoup moins d'injecteurs. Pourtant l'héroïne doit être à même pas 20 euros le gramme, archi coupée, mais ils sont tous au crack, même la coco sniffée ils n'en prennent plus. Ils basent tous à l'ammoniaque, même si on leur dit de baser au bica... Ils ne la rincent pas enfin c'est... Eh bien il faut que ça aille vite et au bica, ça prend un peu plus de temps quoi. » (Éducatrice, CAARUD)

Une héroïne sans effet

Un polyconsommateur d'une quarantaine d'années, ancien héroïnomane dont la préférence s'est reportée sur la cocaïne, explique ne plus trouver d'intérêt à l'héroïne actuellement sur le marché tant elle est coupée.

« Tu la touches à 20, 30 euros l'héroïne : ça ne vaut rien. Mais de toute façon c'est même plus l'héroïne d'avant... L'héroïne d'aujourd'hui... Avant ça me faisait piquer du nez, réveiller, piquer du nez, ce que je recherche quoi... Et là elle ne fait plus rien, elle est coupée, elle doit être à 5 % l'héroïne là, que dalle. »

Cette évolution des produits s'accompagne d'un changement des pratiques de consommation : la cocaïne semblant plus souvent fumée qu'injectée, même si les deux pratiques ne sont pas exclusives l'une de l'autre chez un même usager. Or, selon plusieurs professionnels des CAARUD, ces deux évolutions – de produit et de mode de consommation – se traduiraient par une complexification du travail d'accompagnement des usagers à la réduction des risques.

Tableau des files actives des CAARUD du Mans, de Laval et d'Angers, 2021

Ville et CAARUD	File active sur site + Antennes	Nombre de passages	Nouveaux usagers	Femmes
Le Mans - Monjoie	516	3891	286	75
Laval - Aides	94	1149	73	30
Angers - Alia	277	1221	171	59

Un craving limitant les entretiens de RdRD

Les effets de la cocaïne basée sont identifiés comme constituant un premier frein au travail de RdRD. « La cocaïne est souvent décrite comme un désinhibiteur qui induit des sensations de toute-puissance, d'hyperactivité » (OFDT, 2022). Or, cet effet, s'il est raccourci en durée lorsque la cocaïne est basée, est aussi décuplé en puissance. Lorsque les usagers arrivent au CAARUD sous emprise de cocaïne, qu'ils basent pour la majeure partie d'entre eux, ils sont donc peu disposés psychologiquement à échanger posément ou à recevoir des conseils. La consommation de cocaïne se double aussi, après la montée recherchée, d'une très forte dépendance psychologique au produit et d'une puissante envie de reconsommer (*craving*). Par conséquent, lorsqu'ils viennent au CAARUD dans cette situation, certains usagers sont dans une urgence de consommation : ils n'attendent que d'avoir le matériel pour consommer à proximité ou partir faire la manche pour pouvoir acheter, puis consommer. Là encore, ils sont très peu disposés à écouter, échanger et recevoir des conseils pour limiter les risques liés à leur consommation.

« Il faut que ça aille vite »

Deux salariés d'un CAARUD, ayant plus de dix ans d'ancienneté dans leur structure, constatent le recul des entretiens de RdRD dans leurs pratiques professionnelles, et témoignent de la difficulté qu'ils rencontrent pour avoir des échanges approfondis de RdRD avec des usagers de cocaïne pris par l'urgence de consommer.

- Et puis la réduction des risques, moi je trouve qu'ils ont du mal à prendre. Avant, on avait de vraies discussions réduction des risques : « comment tu consommes ? Qu'est-ce que tu consommes ? » Là, ils viennent chercher des pipes à crack, il faut que ça aille vite, il faut que ça aille vite et les conseils, ils ne les prennent plus, très très peu...

- Mais c'est vrai que les entretiens « réduction des risques » qui duraient hyper longtemps, on enchaînait les entretiens, on en a beaucoup moins. Ils viennent chercher le matériel...

« Direct, j'ai envie d'en prendre »

Les échanges de deux polyconsommateurs rencontrés dans l'espace public confirment l'empressement à reconsommer dans lequel la consommation de cocaïne les place, tandis que l'un l'injecte ou la fume, l'autre la sniffe.

- Et la cocaïne, ça fait quoi, si vous deviez m'expliquer... ?

Usager 1 - Bah ça dépend comment tu la prends. Moi je la prends en seringue, ça monte là-haut, mon cœur bababababa, et je suis perché quoi, je suis pendant... Je sais pas deux trois minutes quoi, ça dure pas longtemps, c'est éphémère...

Usager 2 - Et puis le problème c'est que t'as toujours envie d'en reprendre. Moi ça me fait ça. Moi je prends une paille [une ligne de cocaïne chlorhydrate], direct j'ai envie d'en prendre une autre quoi.

Usager 1 - Bah ouais c'est gourmandise, c'est gourmandise, c'est comme un péché de gourmandise quoi [...]

- Et ça veut dire que t'es hyper pressé d'en reprendre ?

Usager 1 - Ouais voilà, pressé d'en reprendre

Usager 2 - Bah ouais. Bah quand tu bases, au bout d'un moment tu fais que ça quoi !

Usager 1 - Baser, lui il parle de base... Moi j'ai basé [la cocaïne], mais après moi je suis pas là à chercher des cailloux. Regarde ! Il y a des gens qui basent, c'est psychologique, ils basent, après ils cherchent des cailloux par terre, tu sais, comme s'ils avaient fait tomber des trucs de la pipe...³⁸

Usager 2 - Il y en a toujours par terre...

Usager 1 - Alors des miettes de pain, après ils mettent des miettes de pain, ils fument les miettes de pain, c'est psychologique...

Il est notable, par ailleurs, que la faible capacité à « se poser » des consommateurs de cocaïne est renforcée par leur importante consommation d'alcool – et notamment par leur consommation de bières vendues à l'unité. En effet, selon les personnes interrogées, à la différence de l'héroïne, les effets de la cocaïne se marient très bien avec ceux de l'alcool, et se renforcent mutuellement.

Ce constat questionne les professionnels sur la temporalité la plus ajustée pour réaliser les échanges sur la RdRD et tenter de convaincre les consommateurs de cocaïne basée de mettre des filtres dans leurs pipes notamment, de changer régulièrement d'embout et de ne pas partager ce dernier ou encore de préférer le bicarbonate de soude à l'ammoniaque pour préparer leur cocaïne basée.

Fumer plutôt qu'injecter

Le fait que la cocaïne soit le plus souvent basée, plutôt qu'injectée, est aussi perçu comme pouvant expliquer le désintérêt d'une partie des usagers du CAARUD pour les entretiens autour de l'accompagnement des risques.

Tout se passe comme si l'acte de fumer n'était pas identifié comme aussi risqué pour la santé que l'injection, qui a bénéficié d'une forte visibilité au moment de l'épidémie du VIH et qui a été un des actes (avec l'utilisation de préservatif) autour desquels s'est structurée (et diffusée jusqu'au grand public) la réduction des risques. De plus, l'injection est associée à un geste médical requérant une certaine technicité pour savoir où et comment se piquer, qui peut donner une forme de légitimité aux conseils prodigués par les professionnels du CAARUD. Les usagers de drogues par injection sont d'ailleurs parfois très en demande de conseils ne serait-ce que pour continuer la pratique en préservant autant que faire se peut leur capital veineux. A contrario, il est probable que l'acte de fumer soit perçu comme nécessitant moins de compétences techniques et n'impliquant donc pas de recevoir des conseils³⁹.

38. Ce comportement, appelé « faire la poule » par certains usagers et professionnels, est caractéristique des effets de la cocaïne basée.

39. Les usagers savent que le produit et ses effets sont dangereux, mais ici c'est la perception de l'acte de fumer qui est questionné.

La demande de pipes à crack montre néanmoins que certains fumeurs de cocaïne basée ont eux aussi intégré l'intérêt de changer de matériel régulièrement, ce qui est sans doute facilité par le caractère pratique et discret des pipes à crack distribuées par comparaison avec les pipes fabriquées artisanalement ou encore par le confort que permet leur filtre, qui limite le risque de brûlure au moment de fumer. Mais cela ne semble pas se doubler d'attentes de conseils plus précis ni d'une grande adhésion à ceux qui sont néanmoins délivrés.

Des entretiens de réduction des risques à repenser ?

- Puis si tu veux, sur une seringue, c'est vrai que c'est plus facile à expliquer... Il faut la mettre dans une veine, même au niveau hygiène tout ça... Donc le mec en face il va facilement écouter, même au niveau hygiène et tout ça... Bah ça paraît beaucoup plus logique que de fumer une pipe... de lui expliquer qu'il ne faut pas passer sa pipe à son pote, alors que gamins on se passait les joints... Sauf que là ils peuvent se brûler, ils peuvent avoir du sang ici, donc s'ils se passent la pipe. Mais les crackers, quand tu leur expliques... « oui, oui je sais, je sais... »

- Et puis il y en a un (geste d'injection) qui est très médical... On n'est pas du tout sur les mêmes pratiques, tu vas plus facilement sensibiliser sur une pratique qui est purement médicale, que sur une pratique que... la clope, ou... Ça fait des années qu'on se passe les joints et donc tu n'auras pas le même impact et peut-être que le fait que le changement de public, fait que l'impact est moins... Et puis la réduction des risques sur l'alcool c'est très compliqué, et le fait que même ceux qui [consomment du] crack, consomment de l'alcool, on est dans la difficulté de faire de la réduction des risques... (Échange entre un travailleur social et une infirmière, salariés d'un CAARUD)

Il est notable à ce sujet que la réduction des risques semble davantage porter ses fruits quand elle concerne les risques périphériques de la consommation qui paraissent très élevés (contamination au VIH ou VHC, etc.) ou aux risques de ne plus pouvoir consommer (ex. : ne plus trouver de veines pour s'injecter), que lorsqu'ils concernent la nature même du produit, surtout s'ils se doublent d'un autre risque (supposé) pour les usagers : perdre du produit, avoir une moins bonne montée, etc. Ainsi, les conseils donnés pour privilégier le bicarbonate de soude plutôt que l'ammoniaque pour baser la cocaïne paraissent trouver un écho relatif chez les consommateurs. Beaucoup préfèrent ne pas risquer de perdre leur produit (le mélange avec le bicarbonate étant perçu comme plus technique et augmentant ce risque) et/ou de réduire l'effet de la montée (qui est décrit comme plus forte avec l'ammoniaque) que de limiter la détérioration progressive et future de leur santé qu'accentuerait l'ammoniaque⁴⁰.

« Le bica c'est plus chiant »

Un usager d'un CSAPA, suivi depuis une vingtaine d'années et polyconsommateur, raconte préférer l'ammoniaque, parce que c'est plus simple d'utilisation et que le basage prend moins de temps qu'avec le bicarbonate dont, de surcroît, il n'aime pas le goût.

- Donc tu la bases à quoi ?

- À l'ammo... ou au bica... mais souvent à l'ammo...

- Et la différence, tu peux m'expliquer ?

- Parce que le bica c'est plus chiant en fait... en fait, le bica faut mettre l'eau, faut mettre le bica, pile poil la dose qu'il faut de bica. C'est salé, c'est ahgggg, bah la fume ça sent trop le bica, faut savoir le faire en fait. Et avec l'ammoniaque c'est beaucoup plus simple, tu mets ta coke, tu chauffes, tu mets n'importe quel ammo [n'importe quelle dose], boum t'enlèves ton ammo, hop tu fumes. C'est beaucoup plus simple !

40. Ces observations correspondent à celles du dispositif TREND dont les observations restituent les résistances de nombreux usagers de cocaïne basée pour substituer le bicarbonate de soude à l'ammoniaque. Ces derniers jugent plus délicat et plus long le basage au bicarbonate plutôt qu'à l'ammoniaque et ont du mal à envisager cette pratique, notamment lorsque le basage a lieu dans l'espace public où il faut préparer le produit le plus rapidement et le plus efficacement possible (Gérome et Gandilhon, 2020).

« Faut pas se rater »

Deux usagers échangent sur leur pratique de basage. L'un d'eux dit préférer le bicarbonate de soude, l'autre dit préférer l'ammoniaque, qui lui semble plus simple et moins risquée en termes de perte de produit.

- Bah moi je sais pas faire au bica

- Bah c'est un tiers deux tiers, mais faut pas s'rater par contre, sinon tu perds tout, tu perds tout !

- Bah j'préfère pas essayer.

« À l'ammoniaque, t'as que de la vraie coke après »

Pour un autre usager régulier d'un CAARUD, le basage à l'ammoniaque garantit une cocaïne plus pure⁴¹, meilleure au goût et plus efficace en termes d'effet.

« Moi je préfère la baser à l'ammoniaque. Au bica j'aime pas le goût, bah c'est un goût de médicament à moitié, un peu, on a l'impression... Enfin j'ai l'impression. Mais je préfère à l'ammoniaque, je sais que c'est plus dangereux, mais je préfère quand même, parce que quand tu bases à l'ammoniaque, t'as que de la vraie coke après, alors qu'avec le bica, t'as toujours un peu de coupe qui reste dedans, moi je préfère à l'ammoniaque, elle est plus propre comme ça. Et elle est meilleure aussi. »

Des partenariats nombreux, mais se heurtant à différents freins

À l'échelle de leur ville, et plus largement dans les aires métropolitaines couvertes par l'étude, les CAARUD semblent être des structures bien identifiées, tant par les usagers de produits psychotropes, qui se transmettent l'information, que par les professionnels des champs sanitaire et social, qui peuvent y orienter leurs usagers. De nombreuses orientations réciproques de publics ont ainsi cours entre les acteurs d'un même territoire. Partout, les CAARUD semblent aussi travailler en bonne intelligence avec les autres acteurs de la prévention et de la réduction des risques, comme AIDES ou le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), avec lesquels ils peuvent organiser des temps dédiés au test rapide d'orientation diagnostic (TROD⁴²), en particulier pour dépister les hépatites B et C. Ils savent aussi pouvoir orienter leurs usagers vers la PASS des centres hospitaliers, vers la prévention spécialisée, lorsque les mineurs franchissent la porte de leurs locaux, ou encore vers le SAS, pour la domiciliation, et le 115 pour la mise à l'abri, etc.

Pourtant, sur certains territoires, plusieurs freins sont identifiés comme limitant ou empêchant le travail partenarial. Certains relèvent des difficultés que rencontrent les CAARUD eux-mêmes pour orienter leurs usagers vers du droit commun (dans les domaines du logement, de la santé et de la psychiatrie) – on y reviendra. D'autres, abordés ici, touchent plus directement aux capacités des professionnels du CAARUD à travailler avec d'autres acteurs de l'urgence sociale, du fait de leurs prérogatives et/ou des principes professionnels qu'ils défendent.

Les contours de la RdRD en question ?

Au sujet de la réduction des risques, des divergences ou des indéterminations se font jour entre les CAARUD et certains acteurs intervenant auprès des personnes en situation de grande précarité. Elles portent sur des équilibres à réaliser pour contribuer à la réduction des risques auprès des consommateurs éloignés des CAARUD. Certains acteurs de la veille sociale estiment qu'ils devraient être des relais des CAARUD dans la distribution de matériel auprès des publics qu'ils croisent à l'occasion de leurs maraudes et dont ils savent qu'ils ne se déplacent pas au CAARUD et constatent, à leur état de santé (abcès, etc.), qu'ils ne se procurent pas suffisamment, ou pas assez régulièrement,

41. On rappelle ici (cf. note 20) que « le basage ne purifie pas la cocaïne, éventuellement, il la concentre : les produits de coupe présents dans la cocaïne poudre le sont aussi dans le crack. » (Cadet-Tairou *et al.*, 2021).

42. Les TROD sont des dépistages rapides. Ils permettent de repérer des infections à l'aide d'une piqûre dans le doigt et d'avoir un résultat en une demi-heure environ.

de nouvelles seringues. Mais des professionnels du CAARUD perçoivent cette distribution comme étant une entrave à la venue de ces personnes jusqu'au sein de leurs locaux et comme limitant la portée du travail d'accompagnement vers la réduction des risques qui relève de leurs prérogatives et pour lequel ils sont formés. En l'état, là où cette question se pose, ils refusent de donner des kits stériles aux acteurs de l'urgence sociale qui les achètent pour les distribuer gratuitement.

En d'autres termes, chacun agit ici au nom du même principe de réduction des risques, mais l'absence de consensus sur la définition de ce que recouvre ce terme, ou plus justement de ses contours (où commence la RdRD et où se termine-telle ?) nuit ici au travail partenarial qui est une des conditions du chaînage des actions menées auprès des usagers de produits de psychotropes en situation de grande précarité.

Un anonymat limitant le travail collectif autour de situation singulière ?

Un autre élément semble pouvoir freiner l'articulation des actions du CAARUD avec les autres travailleurs sociaux en lien avec les personnes en situation de grande précarité. Si l'ensemble des travailleurs sociaux sont tenus au respect de la confidentialité des usagers qu'ils suivent, dans le cas des CAARUD, la confidentialité est poussée plus loin, puisque les personnes ne sont pas tenues de donner leur identité aux travailleurs sociaux qui les accueillent. Beaucoup se choisissent un surnom au moment de remplir la fiche de présence qui permet aux structures de connaître et rendre compte de leur fréquentation et de leur file active. Cette particularité est parfois présentée comme limitant les possibilités de partager et d'articuler les actions et la connaissance du CAARUD avec celle des autres acteurs de l'urgence sociale d'un territoire. Par exemple, dans une des trois villes de l'étude, les réunions de veille sociale se déroulent en l'absence du CAARUD. Cette absence n'empêche évidemment pas les partenariats bilatéraux entre structures, mais elle limite les regards croisés de l'ensemble des structures sur une même situation jugée complexe, ce qui est regretté par certains des acteurs de l'urgence sociale.

AVOIR RECOURS AU CSAPA ET S'ENGAGER DANS UN PREMIER NIVEAU DE TRAVAIL SUR LES ADDICTIONS

La rencontre des usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité avec les CSAPA n'est pas aussi évidente qu'avec les CAARUD et ne porte pas les mêmes objectifs. Au sein des territoires enquêtés, franchir la porte d'un CSAPA suppose de reconnaître une ou plusieurs addictions et d'avoir le projet de travailler dessus. Pour les usagers en situation de grande précarité rencontrés lors de cette étude, cette décision est rarement la leur et si la majeure partie d'entre eux ont eu à faire à un CSAPA au cours de leur vie, une minorité y est venue de son plein gré et continue à y être au moment de l'étude.

Pour la plupart, la rencontre avec le CSAPA s'est faite dans le cadre d'une orientation judiciaire ou à l'occasion d'un séjour en détention consécutif à une infraction associée aux produits psychotropes – conduite en état d'ivresse, vol, deal, violence – qui s'est soldée par une obligation de soins. « C'est une obligation, sinon je n'irais pas ! », rappelle un usager interrogé sur les motifs de sa venue au CSAPA, dont le témoignage fait écho aux constats des professionnels des CSAPA⁴³. Pour d'autres usagers, dont les addictions remontent à l'adolescence, c'est l'intervention d'un adulte de leur entourage – le plus souvent un parent, parfois aussi un médecin généraliste – qui est à l'origine de leur arrivée au CSAPA.

Parmi l'ensemble de ces usagers captifs, certains continuent de venir au CSAPA une fois l'obligation terminée, dans le cadre de la délivrance de leur traitement de substitution aux opiacés (TSO), tandis que d'autres mettent fin au suivi dès l'obligation terminée sans nécessairement renoncer au traitement, que ce soit pour se soulager ou pour le revendre.

« Je n'allais vraiment pas bien »

Martin est un homme âgé d'une quarantaine d'années, ayant de multiples addictions. Il est actuellement hébergé chez un tiers, contre un peu de cocaïne. Il est suivi au CSAPA depuis plus de vingt ans. Ce sont ses parents qui, dans un premier temps, l'ont conduit au CSAPA, tandis qu'il est encore mineur et consomme beaucoup d'héroïne. Il débute alors un TSO.

Depuis, il vient chercher sa méthadone plusieurs fois par semaine. Il explique préférer la prendre sur site, ce qui constitue un repère auquel il semble ne pas vouloir renoncer, par crainte de perturber son équilibre, déjà précaire. Venir au CSAPA le rassure.

« Et j'ai accepté de venir, mais je n'allais vraiment pas bien. Et j'ai arrêté l'héroïne avec la méthadone. L'héroïne j'ai arrêté. Oui, on m'en donne tout le temps [de la méthadone] depuis très longtemps. Si... j'ai repris de temps en temps [l'héroïne] mais exceptionnellement [...] Moi je la prends ici [la méthadone], j'ai toujours demandé à venir ici, c'est moi qui ne veux pas arrêter ; j'ai peur de faire de la connerie avec, j'ai peur de plus avoir... J'ai peur de plus avoir cette assurance ! Je sais que je viens ici, j'ai ma métha, bon bah voilà ça me rassure quoi... »

Il arrive aussi que, pour une raison ou une autre, parce qu'elles sentent que leur situation n'est plus tenable et/ou parce qu'elles ont quelque chose à perdre (un emploi, un logement, la garde d'un enfant, etc.), des personnes décident d'elles-mêmes de se tourner vers le CSAPA. Mais cette situation semble assez rare chez les personnes en situation de très grande précarité, qui n'ont que rarement un logement stable, n'ont pas d'emploi et dont les liens familiaux sont, bien souvent, rompus.

« Alors j'ai été sous méthadone enceinte »

Nathalie a une cinquantaine d'années et dort dans la rue, faute de se sentir chez elle dans le logement d'insertion qu'elle a obtenu il y a peu et qu'elle doit partager avec une autre femme et ses enfants. Plus jeune, elle a été très dépendante à l'héroïne et c'est au moment de sa première grossesse qu'elle a commencé son premier TSO, alors qu'elle était en détention.

43. De nombreux consommateurs de produits psychotropes se tournent vers la médecine de ville pour aborder le sujet de leurs addictions et, parfois, démarrer un TSO. Mais le périmètre de cette étude ne permet pas d'en rendre compte.

- Et comment tu as fait pour t'en sortir ?

- Mes enfants, mes enfants, alors j'ai été sous méthadone enceinte de mon premier enfant, mais à l'époque j'étais sous Néo-codion®, et ça c'est pareil, c'est un dérivé de morphine... Et on m'a mise sous méthadone pour arrêter le Néo-codion®.

- Et toi quand tu as pris la méthadone, tu n'es pas allée chercher d'autres produits...

- Non, non... j'ai mes enfants qui m'ont plus que motivée, donc j'ai arrêté. Mon fils a été sevré à la naissance, parce qu'il a été sous méthadone. C'est [proche] de la morphine quand même, mais ça ne pose pas de problème.

La décision de se tourner vers un CSAPA semble plus rare encore chez les consommateurs de cocaïne en situation de grande précarité et n'ayant pas d'addictions aux opiacés, qui savent qu'ils ne trouveront pas au CSAPA de contrepartie immédiate à l'effort consenti pour débiter un travail sur leurs addictions ou, plus justement, qu'il n'existe pas de réponse médicamenteuse pour soulager les souffrances psychologiques que peut entraîner une baisse de leur consommation.

« Vous nous aidez pas du tout pour la coke ! »

Un usager d'un CSAPA, polyconsommateur et sous TSO depuis plusieurs années, profite de l'entretien pour rappeler cette absence de réponse médicamenteuse pour la cocaïne, dont il souligne la fréquence des usages dans sa ville de résidence.

« Et là j'suis là pour ça aussi, parce qu'il n'y a pas de traitement pour la coke ! Vous n'avez rien pour la coke ! Vous nous aidez pas du tout pour la coke ! Rien du tout, rien du tout ! Il n'y a rien du tout, rien du tout... Il n'y a plus rien pour la coke... Ou il n'y a jamais eu, je ne sais pas, il faut demander... Il n'y a jamais rien eu pour la coke : alors que moi je me drogue à la coke depuis toujours et ici, ici [ce qui circule] c'est la coke ! Il n'y a pas photo. »

En somme, peu de personnes en situation de très grande précarité se tournent spontanément vers les CSAPA. Et lorsque cela arrive, les CSAPA ne sont pas toujours en mesure de répondre au caractère soudain, urgent et souvent volatile de la demande.

Afin d'identifier les éléments qui favorisent ou freinent l'entrée, puis le maintien, dans une démarche de contrôle de leurs addictions des usagers en situation de grande précarité, cette partie du rapport analyse les fonctionnements des CSAPA. Elle rappelle d'abord la diversité des configurations et fonctionnements des CSAPA de l'étude, que ce soit du point de vue des seuils d'exigence attendue des usagers ou de la mise en œuvre de l'accompagnement aux pratiques de réduction des risques auxquelles les professionnels des CSAPA sont désormais tenus. Puis, elle analyse les actions développées pour tenter, malgré les freins identifiés, d'accompagner davantage d'usagers en situation de grande précarité. Enfin, dans un dernier temps, elle revient sur les difficultés organisationnelles et contextuelles que rencontrent aujourd'hui les CSAPA et qui limitent leur capacité à accueillir plus et plus rapidement de nouveaux usagers, notamment dans le cadre d'un TSO.

Le bas seuil à l'épreuve des organisations et des cultures professionnelles

Dans les quatre CSAPA que comptent Le Mans⁴⁴, Laval et Angers, les professionnels présentent spontanément leur structure comme ayant un cadre souple, ajusté à chacun, précisant qu'il faudrait qu'un usager manque un nombre important de rendez-vous pour perdre sa place dans leur file active ou encore que l'abstinence ne constitue pas une condition indispensable à leur accompagnement, ni même à la délivrance d'un TSO. Partout, le temps de la séparation entre la réduction des risques destinée aux consommateurs, d'une part, et l'accès aux soins destinés aux seuls abstinents, d'autre part, semble révolu. Tous les professionnels, travailleurs sociaux, psychologues et soignants cherchent à s'ajuster aux situations individuelles, à leur complexité et à leur singularité⁴⁵, ce que la légalisation des TSO au cours des années 1990 et la reconnaissance juridique de la RdRD en 2004, puis le rapprochement des centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en 2006 semblent avoir amplement favorisé (Abgrall et Milhet, 2019).

44. La ville du Mans compte deux CSAPA.

45. Ces analyses rejoignent celles faites par l'OFDT à l'échelle nationale et à l'appui d'un matériau d'enquête plus conséquent, sur les pratiques professionnelles des intervenants en addictologie (Milhet *et al.*, 2022).

« C'est pas dichotomique »

« C'est pas dichotomique. Il n'y a pas ceux qui sont au CAARUD et puis ceux qui sont au CSAPA, qui ont complètement géré leur problème au niveau de leur consommation. » (Médecin, CSAPA)

« On s'adapte aux publics qu'on accompagne »

« On est cool, on s'adapte aux publics qu'on accompagne. On sait bien aussi que de toutes façons la précarité ou l'addiction, déjà l'addiction, ça implique des difficultés à suivre les rendez-vous, la régularité, les repères, après, avec les moyens qu'on a, quelqu'un qui loupe un rendez-vous, on lui propose un rendez-vous quand ça sera possible... Mais il faut vraiment qu'ils en loupent beaucoup pour que... » (Infirmier, CSAPA)

Ainsi, dans l'ensemble des structures investiguées, les professionnels cherchent d'abord à apporter un « soutien au temps présent » (Abgrall et Milhet, 2019) et sont attentifs à maintenir le lien avec les personnes qui franchissent le seuil de leur structure. Pourtant, des différences distinguent les CSAPA de l'étude, qui semblent avoir des incidences sur la place que peuvent, ou non, y chercher et y trouver les usagers en situation de grande précarité et sur la place qui leur est faite.

Des organisations et des locaux « exigeants »

C'est la nature même des locaux et leur implantation qui, dans un premier temps, peuvent freiner la venue des personnes en situation de grande précarité.

Ainsi, l'implantation de certains CSAPA en périphérie des centres-villes limite la venue des personnes en situation de précarité. Tandis que les plus insérées, qui se déplacent en voiture ou en transport en commun, peuvent trouver un intérêt à cet excentrement, en termes de confidentialité vis-à-vis des autres consommateurs ou de leurs dealers notamment, cet éloignement limite la venue des plus précaires qui se déplacent à pied, surtout s'ils ont des animaux dont la présence n'est pas acceptée dans les bus et les tramways, et dont les déplacements quotidiens semblent particulièrement réduits. Se déplacer jusque dans ces CSAPA leur demande donc un effort coûteux et parfois difficile à organiser.

Cela suppose aussi, en plus de la distance à parcourir, de se souvenir du rendez-vous et de s'organiser pour arriver à l'heure, puisque les quatre CSAPA ayant participé à l'étude fonctionnent principalement, voire exclusivement, sur rendez-vous. Dans chacun, une permanence est ouverte toutes les semaines pour accueillir les personnes qui souhaitent se renseigner au sujet de leurs addictions. Mais, par la suite, les rencontres sont généralement programmées. Et, si l'un des CSAPA libère un infirmier chaque matin pour recevoir des personnes déjà suivies en cas d'urgence, cette organisation n'est pas communiquée et l'objectif n'est pas de devenir un lieu ouvert, comme peut l'être le CAARUD. Or, le fonctionnement par rendez-vous, qui peut sembler bénin pour la majeure partie des personnes tant il est institué dans la société, constitue une véritable épreuve pour celles qui ont des addictions, qui plus est lorsqu'elles sont en situation de grande précarité et qu'elles sont sans domicile. Les addictions interfèrent sur le rapport au temps et limitent la capacité à tenir des engagements, et la grande précarité expose à une incertitude permanente qui réduit drastiquement la possibilité d'anticiper, de se projeter et d'organiser son temps.

Par ailleurs, l'organisation des locaux et le plus ou moins grand formalisme du premier accueil sont des éléments qui peuvent contribuer à ce que les personnes en situation de grande précarité diffèrent leur entrée au CSAPA et/ou abandonnent leurs rendez-vous. Plus les locaux sont neufs, grands, épurés, plus ils revêtent un caractère formel et institutionnel (administratif ou médical), plus les personnes en situation de grande précarité sont rendues visibles par contraste, par leur vêtement et leur allure, et peuvent ne pas se sentir à leur place.

La violence symbolique des locaux

« Notre accueil, globalement, est assez sanitaire, assez officiel. Je veux dire juste au niveau architectural, enfin je ne sais pas comment vous l'avez vécu en arrivant, en ouvrant la porte, mais le couloir, ça c'est le hall, enfin c'est la salle d'attente. Donc ça n'est pas forcément quelque chose de... enfin en tout cas, à mon sens, de très accueillant si on vient un peu avec des freins et qu'on n'est pas très serein dans les structures officielles... » (Infirmier CSAPA)

Sur ce point, les CSAPA de l'étude se distinguent les uns des autres. Tandis que, dans certains sites, les patients peuvent s'asseoir dans les locaux, qu'ils sont tutoyés et que le lien avec les professionnels ne semble pas très différent de celui observé au sein des CAARUD, ailleurs, les CSAPA s'apparentent plutôt à des cabinets médicaux, où une distance plus grande semble recherchée ou, pour le moins, de mise entre les professionnels et les patients. Cette distance résulte le plus souvent d'habitudes professionnelles incorporées et non nécessairement conscientes. Mais elles peuvent aussi traduire la volonté de faire en sorte que les CSAPA ne deviennent pas des lieux trop accueillants, susceptibles de favoriser l'attroupement de patients consommateurs de produits psychotropes en grande précarité, par crainte de débordements que les professionnels n'ont pas les moyens ou ne se sentent pas en capacité de prévenir ou de contenir. Ainsi, au sein d'un des CSAPA de l'étude, l'installation d'un banc aux abords de la structure a été longuement discutée avant d'être acceptée, certains soignants craignant qu'ils ne deviennent un espace de squat.

« Si t'as pas rendez-vous, t'as rien à foutre au CSAPA »

Margot consomme des produits psychotropes illicites depuis une quinzaine d'années. Elle explique ne se rendre au CSAPA que pour ses ordonnances de TSO, tandis qu'elle fréquente le CAARUD régulièrement.

« Le CSAPA c'est plus médical. Si t'as pas rendez-vous, comme je te dis, avec un médecin ou un infirmier, bah t'as rien à foutre au CSAPA quoi ! »

Un espace accueillant

Le CSAPA se situe dans une petite rue, à l'abri des regards. Avant l'ouverture du portail, quatre hommes d'âge différent attendent : l'un s'est allongé à l'ombre au pied d'un immeuble, un autre, plus jeune, fume un joint et boit une bière, un troisième, qui semble avoir plus de 50 ans, peine à tenir debout et le dernier, dont les dents trahissent les addictions, a du mal à tenir en place. À l'approche de 14 h, ils se rapprochent du portail, échangent quelques mots, se « checkent », puis le CSAPA ouvre ses portes. L'accueil est chaleureux. Les personnes sont appelées par leur prénom, se tutoient, des bouteilles d'eau leur sont offertes. Un usager en situation de grande précarité et polyconsommateur rappelle l'importance de cet accueil pour qu'il se sente bien.

« Heureusement que c'est comme ça, sinon, je ne pourrais pas. Si c'était comme tu dis médical... tac tac tac, j'aimerais pas. »

Des déclinaisons variées de la RdRD

Au-delà des configurations spatiales et des organisations, c'est plus fondamentalement l'approche et la conception de la réduction des risques qui distinguent les CSAPA⁴⁶ entre eux, et peut expliquer que certains accueillent davantage de personnes en situation de très grande précarité que les autres⁴⁷.

Une première différence s'observe à l'échelle des traitements de substitution aux opiacés. D'une part, la nature des traitements privilégiés et prescrits par les médecins varie⁴⁸. D'autre part, tous les CSAPA ne délivrent pas de TSO sur site. Seuls deux CSAPA sur les quatre ayant participé à l'étude ont une pratique régulière de délivrance de TSO dans leurs locaux, et acceptent même de poursuivre la délivrance pour des patients traités de longue date et passés à la méthadone gélule, s'ils en expriment le besoin. Ailleurs, les patients viennent au CSAPA pour obtenir leurs ordonnances, à l'occasion de rendez-vous avec un médecin (ou parfois un infirmier), puis obtiennent leur traitement en pharmacie. Ils peuvent également être reçus par un travailleur social ou un infirmier pour aborder d'autres sujets, ou venir à des ateliers collectifs. Mais ces rencontres se déroulent sur des temps séparés des rendez-vous liés au TSO, ce qui oblige les patients à exprimer une nouvelle demande et à revenir dans les locaux.

46. Des différences se font jour jusqu'au sein des équipes d'un même CSAPA, mais l'étude ne permet pas de pousser la démonstration à ce niveau.

47. Il s'agit moins ici de comparer la part de ces usagers au sein des files actives, que la qualité et la fréquence du lien avec les usagers en situation de grande précarité.

48. Tandis que la méthadone, que la grande majorité des usagers semblent préférer à la buprénorphine, est la plus prescrite dans les CSAPA du Mans et celui d'Angers, la buprénorphine est davantage prescrite au sein du CSAPA hospitalier de Laval.

Tableau des files actives et des modalités de délivrance des TSO au sein des 4 CSAPA intégrés à l'étude⁴⁹

CSAPA	File active	Effectifs hommes/femmes	Effectif des usagers en logement précaire (dont sans logement)	Nombre de patients sous TSO	Nombre de patients venant prendre leur TSO sur site	Nombre de kits d'injection distribués
Le Mans - Monjoie	1 080 patients, dont 455 nouveaux	893/187	149 (dont 27) sur 1 020 renseignés	134	55	466 + 1 433 seringues à l'unité
Le Mans - Molière	1 419 patients, dont 547 nouveaux	1 109/309 (renseignés)	154 (dont 22) sur 1 289 renseignés	93	0	15
Angers - Alia	3 666 patients, dont 1 478 nouveaux	2 796/739 (renseignés)	430 (dont 55) sur 2 761 renseignés	357	254	325
Laval - CSAPA hospitalier	1 945 patients, dont 534 nouveaux	1 496/459	500 (dont 19) sur 1 933 renseignés	266	17	287

Les différentes déclinaisons de l'obligation qui incombe aux CSAPA de participer à l'objectif de réduction des risques via la prescription de TSO ne sont pas sans incidences sur les relations tissées entre les équipes et les patients, en particulier les plus précaires. La délivrance des TSO sur site, souvent réalisée par un binôme composé d'un soignant et d'un travailleur social, semble favoriser la relation de confiance entre les professionnels et ces patients.

« Je n'arrive pas à me lever le matin »

Martin est polyconsommateur de drogues licites et illicites depuis plus de vingt ans et est suivi par le CSAPA de sa ville depuis plusieurs années. Il explique combien se lever le matin et respecter les horaires des différents rendez-vous est difficile, à l'exception des rendez-vous de délivrance de la méthadone qu'il ne peut, physiquement, se permettre de manquer.

- Mais en fait mon problème c'est que je n'arrive pas à me lever le matin.
- Donc tu ne viens pas aux rendez-vous ?
- Si, les entretiens méthadone...
- Mais sur les autres, tu n'y arrives pas ?
- M'ouais.

La délivrance de TSO sur site associe d'abord le CSAPA à un espace de soulagement, qui favorise sa fréquentation même des personnes les plus difficiles à faire venir. Elle permet aussi aux usagers de rencontrer régulièrement d'autres interlocuteurs que les médecins, qui disposent généralement de peu de temps et sont donc tenus de se centrer principalement sur le soin (dosage, effets, etc.). La délivrance du TSO devient alors un espace-temps où peut être abordé tout un ensemble de problématiques périphériques à la consommation de produits psychotropes ou qui lui sont directement liées, sans que les patients aient à en formuler la demande ou à revenir à un autre rendez-vous.

La délivrance de TSO sur site, parce qu'elle oblige à des rencontres régulières, participe aussi à diminuer les craintes et la méfiance réciproques des personnes prises en charge et des professionnels. Elle semble aussi contribuer à abaisser les seuils de tolérance des professionnels vis-à-vis des patients, en termes de tenue, de présentation de soi, de bruits, et paraît se doubler d'une meilleure connaissance de ces usagers et d'une plus grande reconnaissance de leur expertise d'usage. En effet, nombreuses sont les personnes qui ont consommé des TSO hors protocole thérapeutique avant leur venue au CSAPA et qui connaissent les dosages qui limitent leurs souffrances. Ici, les tests urinaires qui précèdent la délivrance d'un traitement sont davantage présentés comme des supports et des prétextes à échanger que comme des bases d'ajustement de la dose de TSO prescrite ou délivrée. Cette régularité du lien et la confiance qu'elle favorise permettent aussi aux usagers d'être plus transparents sur leurs consommations et leurs besoins. L'ensemble de ces éléments semble contribuer à rendre moins haute la marche qui sépare les patients en situation de grande précarité de l'accès au CSAPA et à favoriser la continuité du soin.

49. Ces données sont extraites des rapports d'activité des trois CAARUD des territoires étudiés, pour l'année 2022.

Les approches différenciées qu'ont les CSAPA de la réduction des risques se traduisent aussi dans la manière dont est considéré, dans chaque structure, le matériel de RdRD visant à limiter les infections, les brûlures et les abcès ou encore la contamination des usagers injecteurs ou fumeurs de produits psychoactifs ou de médicaments, tels que les TSO. L'obligation, relativement récente, faite aux CSAPA de participer à la réduction des risques associés aux consommations de produits psychotropes illicites, via la distribution de matériel tel que les pipes à crack ou les seringues, trouve un écho inégal auprès des équipes. Tandis que, dans certaines équipes, la distribution de matériel est fréquente, ce qui semble notamment éviter à certains usagers de se rendre dans les CAARUD parce qu'ils savent qu'ils peuvent demander et trouver le matériel de RdRD dont ils ont besoin au sein du CSAPA, elle est ailleurs presque exceptionnelle.

Cette inégale distribution de matériel recouvre, plus fondamentalement, des perceptions différenciées de la RdRD. Au cours des entretiens, si tous les professionnels entendus défendent le principe de la RdRD, la question des limites de ce qu'elle doit recouvrir pour être à sa juste place est régulièrement posée. Tandis que certains professionnels défendent l'idée que toute personne qui cherche à prémunir sa santé devrait avoir sa place au CSAPA et être accompagnée même si elle poursuit sa consommation et n'affiche pas de désir d'abstinence, pour d'autres, le CSAPA ne doit pas être « un espace de gestion du manque », quand le fait même de distribuer du matériel (pipes, kits stériles, etc.) reste difficile pour une partie des professionnels. Certains se sentent incompetents et craignent de donner de mauvais conseils ou de mettre les personnes en danger, d'autres perçoivent une partie des actes de réduction des risques comme des formes d'incitation ou, pour le moins, comme étant contraires à l'objectif de soins qu'ils se fixent.

Les témoignages suivants, recueillis auprès de trois professionnels exerçant dans trois CSAPA différents, montrent la diversité des points de vue des professionnels au sujet de la RdRD. Ils rappellent aussi combien l'accompagnement à la réduction des risques au sein des CSAPA bouscule les cultures professionnelles, en particulier de ceux qui ont un ancrage médical, allant jusqu'à remettre en cause des conceptions du soin qu'ils tenaient jusqu'alors pour acquises et qui sont profondément intériorisées.

« Moi ça me faisait peur »

« Il y a cette crainte de tout collègue, c'est : "Bah je ne connais pas, je ne suis pas à l'aise, je ne sais pas comment se servir..." Bah effectivement... On n'est pas des experts, on n'est pas du CAARUD, mais après dès lors qu'ils nous demandent, on peut aussi dire aux usagers... Dès lors qu'ils nous demandent, c'est qu'ils connaissent. Moi j'ai tendance à dire que, s'il y a un doute, "moi je ne peux pas vous renseigner, aller vers le CAARUD" et si je sais, je sais, si je ne sais pas, je demande aux usagers... Par exemple "chasser le dragon", bah "chasser le dragon"... moi ça me faisait peur. Je me disais, je donne des feuilles d'alu, je ne sais pas trop comment on fait... J'ai eu la chance après de voir un peu comment on fait... Il faut qu'on puisse présenter aux collègues pour qu'ils se saisissent de cette question. » (Éducatrice, CSAPA)

« Les "caarudiens", comme on dit : ils ont tout à fait leur place ici ! »

« En tant qu'ancien, j'ai le cul encore entre deux chaises. Moi ça ne me pose aucun problème d'accueillir les usagers du CAARUD, les "caarudiens", comme on dit : ils ont tout à fait leur place ici. À partir du moment où quelqu'un est dans la RdRD, pour moi, c'est une forme de soin. Ils ont leur place ici ! » (Éducateur CSAPA, ancien professionnel des CSST toxicomanie)

« J'ai des limites à faire certaines choses »

« Moi, en tant qu'infirmier, je peux le dire, j'ai des limites à faire certaines choses qu'ils peuvent proposer au CAARUD dans la réduction des risques à tout prix [...] Par exemple : au-delà de l'ordonnance, idéologiquement, il est important de donner de la méthadone à la personne pour réduire les risques et éviter les overdoses. Ça c'est le principe de départ. Moi j'ai cette idée que c'est important ça, mais pas à tout prix en fait. C'est-à-dire que la méthadone reste un médicament, avec des risques, un risque légal vraiment, et qu'on se doit, je crois, d'amener de l'information, de l'accompagnement, pour éviter ces risques-là. Et que oui, c'est important qu'il n'y ait pas d'overdose. Mais, en même temps, la méthadone à tout prix peut amener d'autres risques. Ça c'est ma vision sanitaire en fait [...] Est-ce qu'on est capable de dire au patient qui vient, qui demande ça : "ah non, on ne va pas pouvoir faire comme ça, mais voilà comment on va pouvoir faire", "ah ok ça ne te convient pas, bah écoute on va discuter ensemble". Est-ce qu'on est capable de dire

ça ? Ou est-ce qu'on se dit "bon ok, on lui donne et puis on verra après". Enfin, quelles limites on donne aux personnes en fait qu'on reçoit ? Et donc on peut avoir l'idée qu'il ne faut pas mettre de limites parce que c'est un public qui ne va jamais revenir, qui est comme ça... Et moi j'ai cette idée qu'il faut mettre des limites, parce qu'on est dans un monde avec des limites et que si ces gens-là veulent continuer à vivre dans ce monde-là, qui est difficile, il faut qu'on puisse continuer à les accueillir, mais en leur amenant l'idée qu'il y a un peu de limites dans ce monde-là. » (Infirmier, CSAPA)

Sur ce sujet, et au risque de simplifier une réalité complexe où les pratiques des différents professionnels sont souvent hybrides (Abgrall et Milhet, 2019), tout porte à croire que la composition des équipes et leur filiation professionnelle, à prédominance médicale ou sociale et éducative, que redouble l'origine institutionnelle de chacun des CSAPA, centrée sur l'alcoolisme (avec une approche plus médicale) ou sur la toxicomanie, sont déterminantes. La prédominance des ancrages éducatif et social au sein des équipes semble se traduire par une approche plus favorable à la venue des grands précaires, en particulier sans domicile, parce que les exigences de présentation de soi y paraissent moins élevées qu'ailleurs et que les professionnels semblent davantage aguerris et convaincus des apports de la réduction des risques, quelles qu'en soient les modalités. Ils placent le maintien des liens avec les patients comme la première urgence, convaincus que ces derniers iront chercher ailleurs ce qu'ils ne trouveront pas dans le cadre balisé du CSAPA, ce qui nuira plus sûrement à leur santé et les éloignera de la démarche de soins.

Cette distinction entre structures et professionnels selon leur ancrage plutôt médical ou plutôt social tend à s'estomper et leurs pratiques respectives à s'hybrider. Mais les différences qui persistent néanmoins, en particulier sur la perception de la RdRD, rappelle le travail de sensibilisation et de formation au long cours que suppose la modification des grilles de lecture historiques qui opposaient la RdRD et l'abstinence comme horizon du soin, et faire admettre des pratiques adossées aux grilles de lecture désormais défendues par le législateur.

Des structures acculées, retardant encore l'accès au CSAPA des grands précaires polyconsommateurs

Par-delà les différences observées, en termes d'organisation et de modalités de mise en œuvre dans l'accompagnement des usagers de produits psychotropes, qui relèvent de choix de structure et d'organisation, les quatre CSAPA de l'étude, qui se situent dans des villes moyennes inscrites dans des départements ruraux, se confrontent à des difficultés communes. Tous se heurtent à la pénurie de soignants dans le domaine de l'addictologie et au manque de relais de soignants acceptant de prescrire des TSO au sein de la médecine de ville. Cet état de fait concourt à rendre l'accès à un premier rendez-vous médical au sein des CSAPA particulièrement long et rehausse encore la marche qui sépare les grands précaires du soin.

Dans chaque CSAPA, un premier rendez-vous avec un infirmier ou un travailleur social est rapidement proposé lorsqu'une demande de soins est formulée, que ce soit par une personne venue sur une permanence pour se renseigner ou que ce soit par le truchement d'un partenaire, du CAARUD ou de l'urgence sociale notamment. Il en va différemment de la première rencontre avec un médecin, seul professionnel en position et en droit de prescrire un TSO, qui est, bien souvent, la première demande des personnes en situation de grande précarité ayant des polyaddictions et la condition sine qua non de leur inscription dans une démarche de soins. Là, les délais sont généralement de plusieurs mois⁵⁰.

Au moment de l'étude, la pénurie de médecins addictologues et de relais en médecine de ville est telle, en particulier dans les villes ne comptant pas de centre universitaire hospitalier, que les CSAPA se voient dans l'obligation de créer des listes d'attente des personnes en demande de soins, surtout pour celles qui n'entrent pas dans les catégories prioritaires liées aux obligations de soins et à la continuité des soins (entre deux CSAPA ou en sortie de détention). Il en résulte des délais d'attente particulièrement longs pour les nouvelles demandes, qui contribuent à l'incompréhension et à l'agacement des travailleurs sociaux de l'urgence sociale qui accompagnent parfois les personnes

50. Cette situation n'est pas propre au territoire investigué dans cette enquête, elle concerne d'autres secteurs géographiques métropolitains et a été documentée par le dispositif TREND (Gérome, 2021).

en situation de grande précarité et sont les premiers auditeurs du désir qu'elles expriment de se sortir de leurs addictions. Pour eux, la volonté de travailler sur les consommations de produits psychotropes demande un tel effort et un tel engagement psychologique à ces usagers en situation de grande précarité et se confronte à tant d'obstacles et à tant d'offres concurrentielles susceptibles d'apaiser les maux liés au manque (en premier lieu l'achat des traitements dans la rue), que la réponse devrait être écourtée et facilitée.

« Ils se sont retrouvés en pénurie de médecins »

« Avant on orientait énormément [vers le CSAPA], le problème c'est qu'ils se sont retrouvés en pénurie de médecins et du coup, tout ce qui est méthadone et tout, ils ont trouvé, quoi. Nous on a plein de gens, ça fait quatre ou cinq ans, ils sont en métha de rue quoi, et ils ne sont pas en panne de métha et ils l'achètent dans la rue... et c'est pas cher. Sauf en fin de mois, là, où les prix augmentent quand ils n'ont plus une tune... »
(Travailleur social CAARUD)

Au sein des CSAPA déjà, des accommodements aux bonnes pratiques édictées par la haute autorité de santé ont cours, pour tenter de réduire ces délais et rendre le service opérant. Bien souvent, les médecins écourtent les rendez-vous, passant de la demi-heure prescrite à un quart d'heure. Ils voient moins souvent les usagers, acceptant de ne leur délivrer en main propre qu'une ordonnance sur deux et déléguant aux infirmiers le soin de rencontrer les usagers lors des autres rendez-vous. Ailleurs, une dérogation est trouvée pour qu'un étudiant proche de devenir médecin en addictologie puisse occuper, pour la fin de ses études, le poste resté vacant d'un addictologue diplômé. Mais ces pas de côté ne suffisent pas à répondre à l'ensemble des demandes. Par ailleurs, ils contribuent au découragement des médecins, ayant le sentiment de devenir des gratte-papiers, et à l'inquiétude des cadres sur le devenir et la pérennité de leur structure en particulier et de l'addictologie en général. Ces tensions dans l'exercice de leur métier concourent, à n'en pas douter, à rendre le secteur peu attractif pour de futurs soignants.

Un travail hors les murs, de plus en plus porté par les CSAPA

Les CSAPA offrant des cadres de soins parfois exigeants pour les polyconsommateurs en situation de grande précarité et le manque de médecins en addictologie et de médecins de ville acceptant de prescrire des TSO concourent à diminuer les chances des grands précaires de s'engager dans un travail sur leurs addictions. Les professionnels des CSAPA travaillent de plus en plus hors les murs de leur institution, pour aller vers des usagers n'ayant pas fait la démarche de venir à eux et/ou pour sensibiliser à l'addictologie des professionnels d'autres champs, de manière à faciliter l'acceptation et la compréhension des addictions et améliorer les parcours des usagers de drogues dans et entre ces différents champs.

Les modalités de ce travail varient un peu d'un territoire à l'autre. Mais des antennes des CSAPA ont été ouvertes dans des territoires ruraux, proposant des services similaires aux CSAPA centraux. Partout, des professionnels interviennent en milieu carcéral pour assurer l'accompagnement des détenus sur le volet des addictions et sur le volet social, et pour essayer d'accompagner la sortie de détention. Les professionnels des CSAPA travaillent à la sensibilisation d'autres professionnels susceptibles d'intervenir dans le parcours des usagers visés, que ce soit les acteurs du logement d'urgence ou d'insertion ou du maintien de l'ordre par exemple. De plus, depuis quelques années, dans un des départements de l'étude, un CSAPA travaille en lien avec des bailleurs publics et privés afin de prévenir les expulsions en intervenant au domicile des ménages qui l'acceptent, pour aborder la question de leurs addictions et d'autres dimensions de la vie sociale que ces addictions déstabilisent (vie familiale, gestion du budget, santé, etc.).

Les deux parties suivantes qui concernent, pour l'une, l'accès aux soins somatiques et psychiatriques et, pour l'autre, l'accès et le maintien dans le logement, s'arrêteront sur les freins auxquels s'opposent les CSAPA dans leur rôle pivot pour les personnes ayant des addictions et engagées dans une démarche de soins.

ACCÉDER AUX SOINS SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES

La preuve n'est plus à faire des effets délétères de la pauvreté et de la grande précarité sociale sur la santé physique et mentale des personnes qui y sont confrontées. Le manque de ressources que mesure la pauvreté (Damon, 2016 ; Loisy, 2000) et l'instabilité des ancrages socio-économiques à laquelle renvoie la grande précarité accentuent les risques de morbidité et de mortalité précoces. Ils s'incarnent dans les corps (carences alimentaires, cholestérol, diabète, problèmes dentaires et oculaires, maladies bénignes aggravées) et les esprits (anxiété, troubles du sommeil, nervosité ou dépression, troubles psychiatriques, etc.). L'usage intensif de produits psychotropes auquel la précarité surexpose est un facteur supplémentaire de détérioration de la santé, que ce soit sur le plan somatique ou psychologique.

Les treize usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité entendus au cours de cette étude ne font pas exception. Les méfaits des produits psychotropes et de la précarité se lisent sur leur corps et leur visage : beaucoup font plus âgés qu'ils ne le sont ; deux femmes portent un dentier quand les hommes ont les dents noircies ou manquantes ; plusieurs ont des abcès autour des mains et au creux des bras, certains n'ont plus de système veineux apparent ; deux disent avoir une hépatite B, un autre un problème cardiaque ; plusieurs suivent un traitement psychiatrique quand d'autres se soignent aux anxiolytiques ; un autre a le genou soutenu par une attelle après avoir fait une mauvaise chute dans un squat.

Dans chacun des territoires étudiés, le constat est le même. Si les problèmes de santé des usagers des CAARUD, des CSAPA et de l'urgence sociale sont nombreux, les freins qui s'opposent à leur accès aux soins somatiques et psychiatriques le sont tout autant. Cette partie cherche à répertorier et à analyser ces freins – ou les principaux d'entre eux. Après avoir rappelé l'état de désert médical dans lequel se trouvent certains territoires étudiés, elle montre comment le manque de soignants participe à creuser les inégalités sociales d'accès aux soins. Puis, elle regarde tour à tour du côté des usagers et du côté de l'organisation de l'offre de soins pour analyser ce qui, de part et d'autre, freine l'accès et/ou la continuité des soins des usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité.

Une pénurie de soignants renforçant les inégalités d'accès aux soins

Parler de l'accès aux soins suppose de rappeler la situation de l'offre de soins dans les territoires étudiés et de souligner l'état de désert médical dans lequel se trouvent, en particulier, les aires métropolitaines du Mans et de Laval – celle d'Angers bénéficiant de la présence du centre hospitalier universitaire où des soignants sont formés. Ailleurs, médecins généralistes et spécialistes de tous types, dont les psychiatres et les addictologues, manquent à l'appel et la pénurie de soignants⁵¹ rend l'accès aux soins difficile pour l'ensemble de la population. Trouver un médecin généraliste au moment du départ à la retraite de son ancien médecin ou en arrivant dans ces territoires est une véritable épreuve, quand réussir à décrocher un rendez-vous avec un spécialiste l'est plus encore.

Un accès aux soins complexifié pour les patients en général et les plus précaires en particulier

Lorsque l'offre de soins se raréfie et se tend, les conditions pour y accéder se durcissent en même temps que les inégalités sociales d'accès aux soins se creusent. Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous s'allongent, tandis que trouver un soignant suppose une importante mobilisation et de nombreuses démarches.

51. Cette pénurie de main-d'œuvre, qui concerne particulièrement les professions médicales (médecins et infirmiers) dans le secteur de l'addictologie, n'est pas propre aux trois agglomérations étudiées. Elle caractérise plus largement de nombreux territoires français et a fait l'objet d'une alerte de la part de la Fédération addiction (<https://www.federationaddiction.fr/les-metiers-de-l-humain-enfin-revalorises/>) ainsi que d'une tribune dans le journal *Le Monde* de la part d'acteurs associatifs (https://www.lemonde.fr/idees/article/2022/02/09/crise-des-metiers-sociaux-les-associations-de-solidarite-lancent-un-cri-d-alarme_6112961_3232.html).

« C'est un désert médical, c'est catastrophique »

« La Sarthe actuellement est dépourvue de... C'est un désert médical, mais c'est catastrophique... Quand je dis que c'est catastrophique, et nous on est quand même sur des usagers qui ont des besoins sur le plan médical et dentaire et c'est compliqué, parce que quand je dis que c'est compliqué, moi actuellement je n'ai pas un dentiste qui prend... C'est que, l'autre fois, j'ai dû faire vingt, trente dentistes, tous m'ont dit "nous ne prenons pas de nouveaux patients" et en plus, nous, souvent, ce ne sont pas des soins dentaires qu'il faut, c'est de la réparation totale, donc ça veut dire qu'il faudrait qu'ils aillent voir un stomato... en stomato c'est pareil, il n'y a pas de place. » (Infirmière, CSAPA)

Accéder aux soins nécessite en effet de mobiliser tout un ensemble de compétences et de dispositions sociales telles que la persistance, l'anticipation, la constance et la clarté de la demande, l'organisation et la rationalisation du temps qui font généralement défaut aux personnes en situation de grande précarité, a fortiori lorsqu'ils consomment des produits psychotropes.

Leur demande de soins est le plus souvent soudaine et appelle une réponse immédiate. C'est au moment où il y a une urgence, où la douleur est trop forte et qu'ils sont empêchés de vivre leur routine habituelle qu'elle s'exprime. Il arrive aussi qu'un événement extérieur, le décès d'un proche, l'appel téléphonique d'un enfant, le décès d'un compagnon de route, puissent faire émerger l'envie de se soigner, sur la question des addictions en particulier, ou qu'un échange avec un travailleur social soit l'occasion d'exprimer l'envie de consulter, pour telle ou telle raison. Mais alors, leur demande est généralement éphémère et insuffisamment solide pour surmonter les différents obstacles qui, dans ces territoires, doivent l'être pour accéder aux soins, et qui, pour eux, sont souvent renforcés par le fait de devoir préalablement retrouver leurs papiers, ouvrir leurs droits sociaux, en actualisant leur carte vitale ou en ouvrant des droits CMU par exemple, puis se déplacer.

« Faut arrêter de penser qu'on va les faire attendre... »

« Nous, on a un public qu'est en dehors des protocoles, donc si on n'améliore pas ça, la preuve... Tu vois un usager venir, il nous dit "bah moi je veux vraiment faire quelque chose, j'ai envie" : il faut sauter dessus ! On va appeler, le rendez-vous est dans six mois, pfff... Dans six mois bah on l'a perdu... À un moment il faut être logique, tous ces protocoles... Il faut qu'on change là-dessus. Avec ce public-là, il faut arrêter de penser qu'on va les faire attendre... Si on les fait attendre six mois... Déjà, même pour quelqu'un qui est dans la demande de soins, qui n'a pas de problème de précarité ça va être compliqué, et pour nos publics, qui vont être sollicités sans arrêt, qu'est-ce que tu veux... ? » (Infirmière)

Enfin, lorsque, épaulés par un travailleur social, les usagers de produits psychotropes en grande précarité (et plus généralement les personnes en situation de grande précarité) réussissent à obtenir un rendez-vous, il n'est pas rare qu'ils ne l'honorent pas, ne se déplacent pas ou arrivent en retard.

Des demandes de soins soudaines et éphémères

« À la fois ils sont demandeurs et à la fois la demande, elle n'est pas du tout... "je veux aller voir le médecin" et le lendemain, ils n'en parlent plus du tout... Ça c'est une des difficultés... Mais ça n'est pas que pour nos publics, c'est pour la population générale. Mais pour nos publics c'est problématique... Et puis c'est un public qui est un peu dans l'urgence... quand ils sont demandeurs, il faudrait le faire... Mais on ne peut pas honorer forcément leur demande... » (Infirmière)

Or, au moment où les patients « se bousculent » pour rencontrer un soignant, même les soignants qui acceptent de travailler bénévolement dans des services médicaux de proximité, situés dans ou en dehors des centres hospitaliers, et créés pour compenser le manque d'offres de soins, sont exigeants sur la tenue d'un rendez-vous ou le respect d'un horaire. Tout se passe comme si, à leurs yeux, la raréfaction de l'offre contribuait à rendre plus intolérable encore le non-respect des rendez-vous obtenus. Il n'est pas rare alors de voir des patients rayés des listes de certaines structures de soins ou de chez certains spécialistes dès le premier ou deuxième rendez-vous manqué. Et aucune structure médicale ne propose de permanences d'accueil sans rendez-vous, à l'exception des urgences et de la PASS.

« On a fliqué »

« Alors on a fliqué. Là encore on a été obligés de fliquer. Alors ce que j'appelle fliquer c'est : deux rendez-vous non honorés, non annulés, "on ne vous voit pas, c'est fini !" donc on les avertit, on leur dit "au

deuxième rendez-vous, si vous nous faites encore le coup, inutile de nous rappeler”. Premier rendez-vous non honoré, non annulé, terminé. “Ce n’est pas la peine de venir nous voir, vous n’avez pas respecté votre premier rendez-vous, vous ne venez pas, on ne vous prendra pas”, pour des gens qui prennent un premier rendez-vous... » (Médecin généraliste)

De mauvais patients et de mauvais malades ?

La pénurie de soignants et le déséquilibre entre l’offre et la demande de soins qu’elle crée placent aussi les soignants en position de choisir leurs patients. Or, sauf à être dans une démarche militante, beaucoup préfèrent ne pas avoir à se confronter à des patients susceptibles de ne pas honorer leurs rendez-vous, de ne pas suivre les traitements prescrits, de ne pas être transparents sur leurs consommations et usages ou, parfois, de faire preuve d’agressivité ; des patients qui, en d’autres termes, ne répondent pas aux normes et aux savoir-être attendus d’eux et vont demander aux praticiens une implication et du temps supérieurs à ce qu’ils donnent aux autres, pour des résultats jugés plus incertains.

« Être emmerdés par des gens qui viennent leur demander plein de trucs et qui vont leur pourrir leur consultation »

« La gratuité favorise certainement l’accès aux soins... Mais l’accès aux soins ce n’est pas que ça. C’est déjà la présence de soignants. Comment vous voulez soigner si vous n’avez pas de soignants ? Ça, on a oublié peut-être un peu ça. Et puis deuxièmement, ces gens en précarité, ils n’ont pas besoin de dépenser de l’argent, tout est gratuit, au moins pour ce qui est de la médecine conventionnée et de l’hôpital. Et pourtant ils ne se soignent pas. Pourtant, c’est eux qui sortent du système de soin. Alors, on a eu tendance à dire : “Ah bah oui, mais c’est parce que les médecins c’est des salauds, ils ne veulent pas voir les CMU”, à mon avis, ce qui est faux. Ce qu’ils ne veulent pas, c’est être emmerdés par des gens qui viennent leur demander plein de trucs et qui vont leur pourrir leur consultation. Je pense que c’est ça. C’est qu’ils vont les mettre dans des situations où ils vont y passer un temps fou, avec des histoires de papiers, des histoires de... voilà. Et je pense que c’est ça. Et en fait, les gens précaires, quand ils vont commencer à demander des soins, en général, ça va y aller quoi. On va avoir de la pathologie, ils n’auront pas fait la prévention, donc on va avoir des trucs qui vont être... Et puis beaucoup de troubles psychiatriques, comme on l’a dit... Donc ça va demander du temps. Et puis on voit bien qu’on ne va pas pouvoir mener nos consultations de la même façon. À l’issue de la consultation, quel message on va pouvoir faire passer ? Quel traitement on va pouvoir faire accepter ? Voilà, c’est pas toujours évident hein. » (Médecin généraliste)

Les réticences à recevoir les usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité tiennent donc, pour partie, aux réserves, à l’incompréhension et/ou aux craintes que suscitent leurs comportements. Dans une des villes étudiées, elles se traduisent, par exemple, par l’ouverture d’une maison de santé stipulant, sur ses murs extérieurs, qu’elle ne propose pas de suivi de TSO.

Selon plusieurs professionnels de l’addictologie enquêtés, ces réserves révèlent aussi les représentations qui sont associées au phénomène de l’addiction. L’addiction demeure, parfois encore, considérée comme résultant d’un manque de volonté plus que comme une réelle maladie, pleinement subie. Les usagers de produits psychotropes suscitent donc une moindre empathie que les autres malades et sont souvent réduits à leurs addictions, tous leurs autres problèmes de santé passant pour subsidiaires, ce qui peut également les tenir éloigner du soin.

Une maladie honteuse

« Les représentations de ces maladies je dirais “honteuses” [pour ces médecins] c’est une maladie mais dont on serait responsable.... Ça reste très très ancré... C’est pas les bons malades : ils ont bien voulu s’y coller... Alors que non... Donc il y a tout ça : c’est vraiment très stigmatisé. » (Médecin addictologue)

Les résistances que les professionnels de santé opposent à la prise en charge des usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité sont donc de différentes natures. Quoi qu’il en soit, le fait qu’une majorité de soignants refusent, directement ou indirectement, de suivre ces patients, rend la tâche difficile à ceux qui acceptent de les recevoir et acceptent, notamment, de prescrire des TSO. Rapidement identifiés par les usagers comme par les travailleurs sociaux qui les accompagnent, ces soignants font l’objet de demandes et de sollicitations répétées, au risque d’une saturation et d’un désengagement progressif.

Des usagers réticents face aux soins

L'éloignement du soin d'une partie des usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité est renforcé par leur culture somatique (Boltanski, 1971) et leurs propres résistances à se faire soigner.

Des corps poussés jusqu'à la rupture

Au cours des entretiens, les usagers rencontrés n'hésitent pas à faire part des problèmes de santé qu'ils ont, quitte à en faire la preuve par le corps, soulevant leur tee-shirt pour exposer une balafre, relevant leur pantalon à hauteur de mollet pour montrer qu'ils n'ont plus accès à leur système veineux ou singeant un large sourire pour dévoiler des dents ravagées. Mais la conscience d'avoir des problèmes de santé ne se double que rarement du sentiment d'être malades et, plus rarement encore, de celui d'avoir besoin de soins. Souvent, lorsqu'il leur est demandé s'ils envisagent de consulter un soignant, ils écartent cette possibilité d'un revers de main, au prétexte que les choses vont se réguler par elles-mêmes, ou minorent la gravité de leur état de santé.

Cette distance à leurs propres maux s'explique à la fois par leurs conditions de vie particulièrement difficiles, qui nécessitent, pour tenir, de ne pas trop s'écouter. Elle tient également à leurs usages des produits psychotropes qui rendent fréquents, et donc banals à leurs yeux, certaines infections et certains problèmes de santé et qui, par ailleurs, leur permettent de réguler et d'atténuer leurs douleurs, tant physiques que psychiques, par l'automédication.

« Ça se soigne tout seul ! »

- Et là quand tu as des plaies comme celles-là, ils te soignent ?
- Non, ça se soigne tout seul ! Et puis je ne suis jamais comme ça [bras nus], je suis toujours avec mon pull et tout...
- Oui mais elles sont quand même là...
- Oui, mais ils ne voient pas. Et j'sens rien, ça ne me fait rien !
- ... Et tu n'as jamais fait d'overdose ou...
- Si ! beaucoup. Je fais des crises comme dit ma copine. Je tombe et je me mets à... (il mime des convulsions). Mais là j'en fais moins en ce moment... C'est des crises d'épilepsie. J'en ai parlé du coup ici...
- Et du coup tu vas au CHU quand c'est comme ça ? Aux urgences ?
- Non ! Surtout pas ! Parce que sinon j'y reste toute la journée... Ha là c'est mort... Non moi je vais voir ma paye et je me redéfonce (rires) le mieux c'est ça ! (Usager, 37 ans, polyconsommateur)

Tout se passe donc comme si leur corps ne devenait un objet digne d'attention qu'au moment où il se rompt et ne leur permet plus d'être autonomes dans leur vie quotidienne. Ce rapport au corps distant et utilitariste limite donc leur recours non seulement aux consultations médicales préventives, qui permettent de déceler un problème de santé avant qu'il ne devienne trop grave, mais aussi à de nombreuses consultations à visée curative, pour soigner des maladies ou des problèmes de santé au moment où ils sont encore bénins.

Des hospitalisations redoutées et retardées

Les entretiens menés auprès de ces usagers soulignent aussi leurs craintes des services hospitaliers, où ils semblent souvent réduits à leurs addictions et interpellés à ce sujet, quel que soit le motif de leur venue. Ainsi, ils évitent le recours aux urgences parce qu'ils savent qu'en exposant leurs addictions, un passage aux urgences peut se solder par une hospitalisation. Or, l'idée de l'hospitalisation, même de courte durée, leur est insupportable. À leurs yeux, dans tous les cas, l'hospitalisation est un enfermement, une privation de liberté. Elle signe l'arrêt ponctuel des consommations et les menace d'une douleur qui, pour eux, est bien pire que celles que provoquent leurs autres maux. Pour ceux qui ont des animaux, elle se traduit de surcroît par une inquiétude sur la prise en charge de ces derniers pendant leur absence.

« Faut vraiment être en train de crever »

« Ce n'est pas dans les usages d'aller à l'hôpital, faut vraiment être en train de crever ; c'est des papiers, des questions, des dossiers... Et c'est aussi le risque d'être hospitalisé, quand on est alcoolique... » (Travailleur social, accueil de jour)

« Ils iront aux urgences en dernier recours »

- Ce ne sont pas des gens qui vont aller chercher... Ils ne vont pas aller voir des médecins traitants.

- Ils iront aux urgences en dernier recours

- Là, tu n'as pas vu Jérémie ? Il a des abcès plein les bras, plein les mains : il en a un comme ça sur les mains... Parce que voilà, pas de matos propre, donc il a repris de vieilles aiguilles, et peut-être des produits de merde aussi, un gros mélange des deux, et il est dans un état [...] Donc, je lui ai demandé s'il avait quelque chose pour nettoyer... Donc on lui propose de se présenter aux urgences, mais en fait il a tellement l'habitude que...

- En fait, ils n'y vont que si ça devient problématique. Là, j'en ai quatre en tête qui y sont allés à la queue leu leu parce qu'ils avaient une infection sanguine, parce qu'ils se sont partagés [leur seringue] Nous on oriente, mais parce que de notre regard à nous c'est... [grave] Mais eux, dans leurs consommations, ils se connaissent, ils savent. Mais ils vont finir par y aller...

- Et puis ils ont aussi ce souci-là, les gars, ils ont des chiens, donc s'il y a hospitalisation, il y a aussi la crainte pour le chien : qu'est-ce qu'il va devenir ? Qui prend mon chien ? (Deux travailleurs sociaux réalisant des maraudes)

Des freins culturels et organisationnels du côté de l'offre de soins

Les difficultés d'accès aux soins des usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité trouvent donc diverses origines, dont font partie la pénurie de soignants et les réserves d'une partie d'entre eux à l'égard de patients peu conformes à leurs attentes, ainsi que les résistances des usagers eux-mêmes. Cependant, ce n'est pas seulement dans l'accès aux soins que ces usagers sont exposés à des freins plus importants que d'autres, mais également dans la continuité des soins et des prises en charge. Sur ce point, plusieurs éléments semblent s'opposer à la coordination de leur parcours de soins, qui s'ajoutent à leurs propres difficultés à honorer un rendez-vous, à respecter des horaires ou à suivre un traitement.

L'absence de « chef d'orchestre » pour coordonner des parcours de soin décousus

Les usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité ont, pour beaucoup, en commun de ne pas avoir de médecins traitants. Cela s'explique par leur éloignement du soin, mais aussi, pour certains, par leur mobilité qui les oblige, à chaque changement de ville, à rechercher un nouveau médecin traitant. Or, dans le système de soins français, le médecin traitant est le « chef d'orchestre » du parcours de soins. Il oriente vers les autres acteurs du soin et est tenu informé en retour des interventions médicales, somatiques ou psychiatriques, et des hospitalisations de leurs patients. C'est à ces médecins traitants que sont adressés les courriers en sortie d'hospitalisation ou suite à une intervention médicale quelconque.

En l'absence de médecin traitant, personne n'a la vision d'ensemble des problèmes de santé déjà dépistés et/ou traités, sauf à ce que le patient lui-même recense ces actes, ce que les usagers de drogues en situation de grande précarité ne font pas. Aucun autre soignant que le médecin traitant n'est averti non plus de l'hospitalisation ou de la sortie d'hospitalisation d'un de ses patients si le patient ne pense pas, de lui-même, à indiquer le nom de l'un d'entre eux. Dans cette configuration, les hospitalisations des usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité, en particulier celles qui sont réalisées dans l'urgence, peuvent se doubler de ruptures de soins, pendant et après l'hospitalisation. Des soignants en addictologie ou en psychiatrie peuvent noter qu'un patient n'honore plus ses rendez-vous, sans avoir les moyens de savoir pourquoi ni pouvoir proposer de

continuité des soins en lien avec l'hôpital. De la même manière, il n'est pas rare que les grands précaires quittent les urgences sans qu'aucun soignant extérieur n'en soit informé, pas même les services qui les suivaient en amont de l'hospitalisation en addictologie ou en psychiatrie.

Cette absence de centralisation des informations et de vision globale du parcours des patients nuit donc à la continuité des soins. Elle peut aussi se traduire par la répétition de certains actes et se solde aussi, pour les patients, par l'obligation de se raconter une fois de plus, à chaque nouveau rendez-vous, ce qui participe encore à accroître leurs réserves à se faire soigner.

L'addictologie et la psychiatrie ou la difficile conciliation de deux spécialités et de deux maux

Dans les trois territoires étudiés, un autre frein est repéré dans le parcours de soins de ces patients. Il se niche dans la difficile articulation entre l'addictologie, d'une part, et la psychiatrie, d'autre part. Tandis que les soignants et les travailleurs sociaux reconnaissent que les usagers de drogues en situation de grande précarité cumulent souvent des addictions et des pathologies psychiatriques, dans la pratique, des résistances s'opposent à ce qu'un même usager soit suivi sur ces deux dimensions.

La définition concurrentielle de l'origine des troubles

« Ce n'est pas pour rien qu'on parle de comorbidité... Non ce n'est pas forcément facile de savoir ce qui est arrivé en premier, si on devait réagir comme ça, parce que finalement c'est un tableau œcuménique qui fait qu'il y a de la précarité, il y a de la psychiatrie, il y a de l'addiction et, du coup, tout ça va ensemble... » (Psychologue, CSAPA)

« Tout se mélange, c'est l'œuf ou la poule... Le souci c'est qu'il y a des interconnexions et le souci, ça va être de savoir si le produit est là pour répondre à des problématiques psy, ce sont des personnes avec un trouble anxieux et donc l'alcool va être là pour apaiser l'anxiété. Tout en sachant que, quand il n'y a plus d'alcool, ça crée de l'anxiété et donc là c'est le serpent qui se mord la queue, on ne sait plus trop qui était là en premier. » (Éducatrice, CSAPA)

Le niveau de saturation des services d'addictologie et de psychiatrie dans les territoires étudiés contribue amplement à expliquer ce constat. Dans la mesure où les places sont rares, les patients déjà suivis dans une spécialité ne sont pas identifiés comme prioritaires pour l'autre. La tension entre la demande et l'offre de soins limite alors la possibilité d'une double prise en charge, mais elle semble n'expliquer que partiellement cette difficulté d'une prise en charge conjointe. En effet, les addictions semblent aussi considérées par les psychiatres comme des freins à l'exercice de leur métier. Elles fausseraient la lisibilité et l'interprétation des troubles et empêcheraient d'établir un diagnostic psychiatrique fiable et, par la suite, de mettre en place un suivi et un traitement ajustés et opérants. L'intrication des troubles psychiatriques et des addictions (que les premiers soient préalables aux secondes ou produits par elles) limite donc les prises en charge des usagers des CSAPA en psychiatrie ambulatoire. Ainsi, il est arrivé que des patients ayant obtenu et honoré un rendez-vous en CMP, après un délai d'attente qui partout est estimé à environ six mois pour un premier rendez-vous médical, ont été renvoyés vers le CSAPA au moment où le médecin apprenait qu'ils y étaient déjà suivis en addictologie.

De leur côté, les usagers peuvent aussi opposer des résistances au fait de consulter un psychologue ou un psychiatre, non seulement pour éviter d'avoir à raconter une fois de plus leur histoire, que ce soit aux travailleurs sociaux qui se succèdent dans leur parcours ou aux soignants, mais aussi pour échapper à une nouvelle étiquette stigmatisante et discréditante. La psychiatrie étant, pour beaucoup, associée au traitement de la folie.

« C'est le double frein »

« Disons que c'est assez régulièrement que dans mon espace de soins, je suis en difficulté pour orienter des patients vers la psychiatrie. Parce qu'il y a déjà le frein de la personne, accepter d'avoir des soins psychiatriques, donc il faut que la personne soit prête, disponible... Ça, ça a toujours été... Et en plus il faut que ça s'accorde à un dispositif, à un système de santé qui n'est pas opérant. Et c'est là où c'est difficile. C'est le double frein, et institutionnel et de la personne. » (Psychologue)

Des hospitalisations en psychiatrie et en addictologie soumises à une obligation de stabilisation sociale

Pour ces usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité, l'accès aux espaces de cure, de sevrage ou aux maisons de repos ou, en d'autres termes, l'accès à toutes les formes d'hospitalisation complète en addictologie comme en psychiatrie, est lui aussi difficile. Ici les freins auxquels se heurtent ces usagers tiennent moins à leurs addictions qu'à leur grande précarité.

En addictologie comme en psychiatrie, envoyer un patient en cure, en sevrage ou en maison de repos suppose de s'assurer qu'il aura des conditions opportunes au moment de sortir, de manière à éviter les rechutes et à limiter les actes médicaux voués à l'échec. « Prendre quelqu'un trois mois en soins et le remettre à la rue c'est compliqué, donc quelques fois le préalable c'est qu'il y ait de l'hébergement », résume un médecin addictologue. Bien souvent, il faut donc que les personnes aient obtenu un logement et soient donc déjà dans une forme de stabilisation sociale, pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge globale en institution (cure de sevrage, hospitalisation, etc.) – condition que beaucoup de grands précaires ne remplissent pas et qui parfois est elle-même conditionnée, pour les usagers de produits psychotropes, au fait d'avoir engagé un travail préalable sur leurs addictions⁵².

Des dispositifs non adaptés aux grands précaires

« Pour entrer [en cure], il faut un logement à la sortie quand même, donc nos publics c'est difficile de les accompagner vers ça... Et sachant qu'en plus, durant l'année il y a des vacances, donc les gens doivent sortir. Donc les gens doivent retourner chez eux, d'où l'intérêt d'avoir un chez-soi, pour pouvoir aller en cure... Ouais y'a pas grand-chose pour les précaires, ce n'est pas prévu pour... » (Éducateur réalisant des maraudes)

La difficulté des CSAPA pour orienter leurs patients vers des hospitalisations, y compris en addictologie, tient aussi, selon certains soignants, aux différentes cultures professionnelles ayant cours en CSAPA et dans les autres services de soins. L'approche pluridisciplinaire de l'addictologie et la pénurie de médecins se doublerait, dans les CSAPA, d'une organisation relativement horizontale et d'une faible segmentation et division du travail entre professionnels, là où les autres services de soins seraient plus hiérarchisés et auraient une organisation plus pyramidale. Ces différences de culture professionnelle semblent parfois limiter les capacités des services à échanger et à travailler ensemble. Ainsi, des professionnels de CSAPA notent que dans certains services de soins, un courrier signé d'un infirmier n'a aucun poids et ne donne pas même lieu à une réponse, alors que les médecins des CSAPA font défaut et que, dans ce contexte, il n'est pas rare que les infirmiers soient chargés d'adresser un courrier à un médecin d'un autre service.

Par ailleurs, les quelques rares usagers interviewés ayant réalisé des cures de sevrage parce qu'ils bénéficiaient alors d'un logement notent le sentiment qu'ils ont eu d'une absence d'accompagnement suffisant en sortie de cure.

« Tu retrouves tout ton milieu et tu t'en bouffes les doigts »

« Mais les cures c'est horrible. Tu t'amuses et tout, t'es trop bien pendant la cure, tu ressors, on te laisse comme si t'étais une merde en fait, c'est exactement pareil en fait... Tu retrouves tout ton milieu et tu t'en bouffes les doigts parce que tu te remets dedans, et tu te vois faire et tu comprends ce que tu fais. Alors moi, je vais plus en cure... J'ai été pas mal de fois. » (Usager CSAPA)

Des dispositifs d'aller vers et de bas seuil, comme portes d'entrée du soin

Outre le manque de soignants et les résistances que les usagers opposent eux-mêmes aux soins, qui l'un et l'autre sont loin d'être négligeables, l'observation de l'offre de soins dans les trois territoires étudiés souligne deux difficultés majeures dans le parcours de soins des usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité : le haut seuil d'exigences pour accéder aux soins

52. Ces difficultés ont été observées sur d'autres territoires par le dispositif TREND (Gérome, 2021).

et, une fois les soins engagés, le manque de vision d'ensemble et de coordination des parcours de santé de ces patients, malgré le travail engagé dans chacun des services.

Au Mans, à Laval et à Angers, pourtant, plusieurs services tentent de compenser ces difficultés et cherchent à accueillir et suivre les personnes très éloignées de l'offre de soins.

Les PASS, des services sanitaires bas seuil

C'est au sein des PASS, dans les centres hospitaliers ou dans les services sociaux où elles tiennent parfois des permanences, que les conditions d'accès aux soins sont les moins exigeantes.

L'accueil y est inconditionnel et accessible avec ou sans rendez-vous. De plus, le personnel est habitué à recevoir des personnes en situation de précarité et éloignées du soin, qui n'ont parfois pas vu de soignant depuis longtemps et qui peuvent être inquiètes de consulter ou être trop déboussolées pour répondre aux exigences des autres services de soins. Pour les accueillir, les professionnels adoptent et revendiquent des postures d'écoute et d'empathie qui ne se retrouvent pas au sein des autres services sanitaires, où les patients se succèdent rapidement, en particulier là où les soignants manquent, et où l'écoute se centre et se focalise sur un problème de santé circonscrit. Dans les consultations PASS, l'approche des patients est globale, de sorte que les personnes sont invitées à dire ce dont elles ont besoin et à tisser des liens entre leurs différents maux ou entre leurs différentes problématiques, sociales et sanitaires.

Par la suite, les PASS ayant une position pivot, à l'articulation du sanitaire et du social, ses professionnels ayant une bonne connaissance des acteurs de ces deux champs peuvent orienter vers des services hospitaliers, faire du suivi de sortie d'hospitalisation, orienter vers des acteurs de l'addictologie, et aussi tisser des liens avec des acteurs de l'urgence sociale, de la santé sexuelle, orienter vers des associations de prévention, d'écoute ou vers des travailleurs sociaux du département, par exemple.

- La force aussi de la PASS, c'est qu'on a un regard global. On n'arrive pas avec une étiquette de spécialité : addicto ou psychiatrie. On arrive vraiment avec un œil global. Donc en fait on fait un point général sur la personne, et ça permet d'avoir un lien de confiance. Et c'est intéressant aussi, parce que nous on peut faire des petits soins : prendre une tension, faire une prise de sang, faire un pansement [...] C'est rassurant pour la personne. Parce que quelquefois ils ont un petit truc qui les embête, on regarde, « ne vous inquiétez pas », on donne des petits conseils. Et finalement, ça les remet en confiance aussi par rapport au système de soins. Et parfois, ça nous arrive de passer un coup de téléphone auprès des professionnels, en leur disant : « bah attention, c'est quelqu'un qui n'a pas vu de professionnels de santé depuis un petit moment ». Donc ça permet d'être aussi entre guillemets moins rude, parce qu'on est quand même dans un système de santé où les consultations vont très vite. Donc il faut aussi qu'on les prépare les gens à cette vitesse de consultation. Ce n'est pas simple.

- Et puis voir la personne autrement que par son problème d'alcool ou de drogue aussi... (Deux infirmières)

Cependant, l'objectif des PASS est aussi d'ouvrir ou de rouvrir des droits sociaux pour pouvoir orienter vers le droit commun, de sorte que les usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité peuvent ne plus y avoir accès une fois ces droits rouverts ou refuser d'y avoir recours pour éviter un nouvel accompagnement social.

Des dispositifs mobiles pour réduire la distance au soin

À ce jour, les dispositifs de soins mobiles, somatiques et psychiatriques⁵³, qui existent dans les trois villes de l'étude et se déplacent dans les lieux investis par les personnes en situation de grande précarité – accueil de jour, CAARUD, CHRS – paraissent les mieux placés pour avoir une vision, si ce n'est globale, pour le moins la plus continue qui soit du parcours de soins des usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité, avec ou sans CMU ou sécurité sociale.

53. Il peut s'agir des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) mobiles ou des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP).

Les professionnels de ces dispositifs suivent les personnes là où elles se trouvent, passant des lieux de l'urgence sociale aux centres hospitaliers. À force de présence dans les différents lieux de vie des personnes en situation de grande précarité, ils deviennent des figures référentes, gagnent progressivement la confiance de ces usagers/patients et parviennent à recueillir leurs besoins de manière à les orienter vers tel ou tel autre partenaire du territoire. Leur positionnement singulier – ce sont des acteurs du sanitaire travaillant dans des espaces habituellement dédiés au social – leur permet aussi de tisser des passerelles entre les services sanitaires et les services sociaux, en allant jusqu'à accompagner les usagers, d'un service à l'autre, en partageant avec les professionnels les informations que les patients acceptent de dire et en évitant ainsi aux personnes suivies d'avoir à se raconter à chaque nouvel interlocuteur.

« Éviter d'être une rupture supplémentaire »

« Dans le parcours de soins de l'usager, avec ce contexte de grande précarité sociale, définir une ligne de soins, c'est pas facile et ça ne marche pas... Ça ne peut pas être ça... C'est l'usager qui va donner le tempo. Nous [notre rôle], c'est pouvoir être là le plus possible, tout au long du parcours [...] En tout cas moi, je pense que dans nos missions c'est d'accompagner vers le droit commun, et surtout d'être là dans le temps, de pouvoir travailler avec tous les partenaires et que cela tienne dans le temps [...] On accompagne des personnes qui ont des parcours de vie jalonnés par la rupture. Le postulat de départ pour proposer du soin, c'est d'éviter d'être une rupture supplémentaire [...] Comment on est suffisamment nombreux pour dégager des temps pour pouvoir se connaître, parce qu'il n'y a que comme ça qu'on peut être au plus près de ce public, parce que sinon ça n'est pas possible. Et c'est un peu le constat qu'on fait depuis quinze ans qu'on existe, c'est de voir qu'avec nos partenaires qui nous accueillent au quotidien, on a appris à se connaître, on partage une temporalité, on partage un vocabulaire ; on sait où on peut attendre l'autre et on sait où il ne peut pas être. » (Psychologue, EMPP)

Il est notable aussi que les passages réguliers de ces professionnels du soin dans des services autres que le leur, où ils échangent avec les professionnels des champs sanitaire et social, favorisent l'interconnaissance entre intervenants. Celle-ci facilite la reconnaissance réciproque du rôle de chacun, le tuilage lorsque l'usager passe d'un service à l'autre et l'articulation des interventions des différents services mobilisés, là où l'éloignement et le manque de temps partagé entre professionnels nourrissent des formes de concurrences et d'incompréhension entre services, qui se soldent par une absence de communication, ainsi que par la discontinuité des actions et du suivi des patients/usagers.

ACCÉDER À UN LOGEMENT

La tension sur le marché du logement semble moins vive à Laval qu'à Angers ou Le Mans, de sorte que les conditions de vie des usagers de drogues en situation de grande précarité diffèrent quelque peu d'une ville à l'autre. D'après les professionnels de l'urgence sociale interviewés⁵⁴, peu de personnes dorment dehors à Laval, alors qu'au Mans et à Angers, où le marché du logement est plus tendu, les personnes dites sans-abri sont plus nombreuses et dorment en squat ou dans l'espace public, sous les porches des magasins et dans les parkings souterrains, ou encore dans des caravanes, le long des berges de la Loire ou des voies ferrées⁵⁵. Par ailleurs, dans ces trois villes, aux côtés de ces grands précaires se comptent de nombreuses autres personnes mal logées, au sens où leurs conditions de logement ne sont pas saines et/ou pas stables. Certaines sont hébergées chez des tiers, dans des logements en suroccupation, d'autres vivent dans le parc privé dégradé.

Or, parmi les nombreux facteurs de fragilisation de la santé des usagers de drogues en situation de grande précarité, le logement est un élément central. Ne pas disposer d'un endroit calme, sain, assez chauffé l'hiver et protégé de la chaleur l'été, pour se reposer, favorise les infections respiratoires et pulmonaires, les problèmes de peau, ainsi que les troubles du sommeil⁵⁶. L'absence de logement et l'incertitude quotidienne à laquelle elle soumet les individus contribuent à augmenter l'anxiété, le stress et à limiter, la nuit venue, la possibilité d'un sommeil réparateur. Chaque jour⁵⁷, les personnes sans logement sont tenues d'appeler le 115 sans garantie d'être mises à l'abri⁵⁸ (Gardella, 2016) ou doivent chercher un endroit où dormir dans un squat ou dans l'espace public. Cette incertitude répétée participe donc à la détérioration de leur santé mentale. À cela s'ajoute l'impossibilité de cuisiner dans laquelle se trouvent une partie des personnes sans abri et celles logées à l'hôtel ou en halte de nuit, et qui se traduit par des formes de malnutrition dont les incidences sur la santé ne sont plus à prouver (Anses, 2017) (carences, diabète, tension, cholestérol, etc.). Cette incertitude et cette intranquillité permanentes contribuent enfin à un recours plus massif aux produits psychotropes de toutes sortes, dont les effets sont délétères tant pour la santé physique que mentale. Les personnes mal logées et plus encore celles qui ne sont pas logées sont donc, plus que les autres, exposées à la morbidité et à la mortalité.

La problématique du logement est donc indissociable de celle de leur santé. Or, l'accès et le maintien dans le logement des usagers de produits psychotropes en grande précarité semblent constituer de véritables défis et se heurter à de multiples freins, cependant que l'accès à certaines prises en charge médicales, et notamment à certains lieux de sevrage, suppose d'être logé. La boucle de l'exclusion des usagers de drogues en situation de grande précarité menace alors d'être bouclée.

Cette partie présente les différents types d'hébergements et de logements existants et au sein desquels les usagers enquêtés peuvent être ou ont pu être orientés au cours de leur vie, en essayant de rendre compte, pour chacun, des éléments qui du côté des bailleurs, comme du côté des usagers, peuvent faire frein à l'accueil et/ou à la stabilisation.

54. Plusieurs articles de presse nuancent un peu les propos des personnes interviewées. Selon les propos d'un journaliste qui s'était tourné vers l'association en charge de la halte de nuit, Laval compterait tout de même une vingtaine de personnes sans abri.

55. Dans le cadre d'un récent recensement associatif, environ 80 personnes ont été identifiées dans la ville du Mans comme vivant en abris de fortune ou dans l'espace public.

56. L'évaluation de la mobilisation du dispositif RHI-THIRORI – dispositif de lutte contre le logement insalubre – par les collectivités locales et l'analyse de ses effets sur les ménages relogés dans ce cadre, ont permis de prendre la mesure des effets sanitaires du mal-logement pour les personnes, en particulier sur les maladies respiratoires et de peau, les troubles du sommeil, la malnutrition et le stress (GERS *et al.*, 2017).

57. Dans une des villes de l'étude, le responsable du 115 a réussi à obtenir que les places soient gardées par les mêmes personnes pendant quelques jours. Les appels au 115 n'ont donc plus lieu que deux fois par semaine.

58. <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/angers-49000/angers-les-sans-abri-alertent-sur-les-faillies-la-halte-de-nuit-et-leurs-conditions-de-vie-6582662>

Les mises à l'abri ponctuelles

Les hébergements d'urgence, qui offrent une mise à l'abri ponctuelle, collectifs ou plus rarement individuels, sont les premiers auxquels les usagers de drogues en situation de grande précarité peuvent prétendre, parce qu'ils sont gratuits et ouverts aux plus exclus, sans contrepartie administrative notamment.

De l'hébergement d'urgence sous tension

Parmi eux, les haltes de nuit offrent le plus grand nombre de places, sans toutefois suffire à couvrir les demandes, en particulier à Angers et au Mans.

Or, parmi les candidats à la halte de nuit, les usagers de produits psychotropes ne sont pas nécessairement ceux que les travailleurs sociaux en charge du 115 hébergent en priorité. Certains craignent que la présence trop nombreuse de ces usagers, parfois très bien identifiés localement, complexifie la gestion de ces hébergements collectifs, accueillant indistinctement des hommes, des femmes et des enfants et qui, paradoxalement, sont placés sous la responsabilité de gardiens, sans formation au travail social. Si le principe d'un accueil inconditionnel demeure défendu, dans la pratique, l'enjeu de stabilité semble limiter les chances des usagers de produits psychotropes qui le demanderaient d'obtenir une place.

« L'idée c'est de ne pas mettre à mal le collectif non plus »

« Ils savent qu'ils ne peuvent pas avoir consommé avant d'aller à l'hébergement d'urgence, donc les personnes qui ont des troubles d'addicto, ils restent plus au niveau de la rue... Après il y en a quand même qui ont des troubles d'addiction mais c'est vrai que... l'idée c'est de ne pas mettre à mal le collectif non plus, les personnes sont au courant... Normalement c'est des accueils inconditionnels, mais vu qu'il y a des enfants sur place... On est vigilant. » (Travailleur social, dispositif 115)

Dans ces situations de tension, trouver une place nécessite aussi, pour les personnes sans logement fixe, d'appeler le 115 et de le faire assez tôt le matin. Or, à elle seule, cette condition est identifiée comme un frein pour les usagers de produits psychotropes qui, plus que les autres personnes sans logement, peinent à s'organiser pour téléphoner dans les temps.

Se réveiller pour appeler, une première difficulté

« Et c'est vrai que le fait qu'il faille appeler à 8 h, il y en a beaucoup qui ne se réveillent pas... » (Travailleur social)

Cette difficulté semble d'ailleurs accrue depuis une quinzaine d'années, depuis que les étrangers en situation de précarité administrative⁵⁹ grossissent les rangs des usagers des dispositifs de l'urgence sociale en région Pays de la Loire. Étant moins consommateurs de produits psychotropes que les personnes ayant un long parcours de vie à la rue, ils se réveillent plus tôt et s'organisent mieux, de sorte qu'ils parviennent à obtenir des places en halte de nuit ou des rendez-vous médicaux en accueil de jour, là où les usagers de produits psychotropes se réveillent et arrivent trop tard ou renoncent à ces services. Plusieurs professionnels rapportent que cette mise en concurrence involontaire des publics contribue à alimenter des formes de jalousie teintée de racisme.

« Le public de rue se sent lésé »

« Le public de rue se sent lésé en fait... ils disent "oui quand on va à la halte, là on s'occupe plus des migrants que de nous". Je dis "ne dites pas ça !" "Bah si, il n'y en a que pour les migrants !" Ce que je peux comprendre parce que la halte de jour, ça fait pas longtemps qu'ils font ce système... Eux ils disent que non, qu'ils prennent tous les publics, mais c'est vrai que quand ils arrivent dès le matin pour faire les rendez-vous,

59. Plusieurs articles de presse corroborent ces témoignages. <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/laval-53000/laval-la-halte-de-nuit-a-un-modele-qui-ne-fonctionne-pas-6997053>

bah il y a quinze migrants qui sont en train de faire la queue... Ils sont plus organisés et puis ils sont à côté. Alors qu'eux qui dorment à la rue, forcément ils ont bu, ils ont pris leur produit, ils ont du mal à émerger, bah ils arrivent "bah oui l'accueil de jour est déjà fermé", bah oui c'est déjà fermé, mais ils ont du mal à voir tout le monde. Des fois ça génère du racisme... C'est compliqué. » (Travailleur social, accueil de jour)

Choisir son entourage et son environnement quitte à dormir dehors

Le retrait des usagers de drogues en situation de grande précarité des haltes de nuit ne tient pas qu'à des éléments relatifs au fonctionnement du système d'hébergement. Plusieurs enquêtés dormant dans l'espace public au moment de l'étude admettent ne pas même chercher à joindre le 115 et refusent catégoriquement de dormir en halte de nuit. Ils lui préfèrent les squats ou la rue.

« Elles s'autoexcluent »

« Il y en a qui y vont, mais ils n'aiment pas. Il y a une ou deux personnes qui vont y aller. Ou trois. Et puis le reste... Bah déjà c'est interdit à l'alcool et quand ils arrivent, t'es en état d'ébriété, ils ne te prennent pas... Ces personnes savent déjà les règles... donc elles s'autoexcluent... Exactement ça... "Ha bah non je n'y vais pas..." Bah déjà, ils consomment énormément, il suffit qu'ils rentrent dedans, une fois que tu rentres à 19 h, tu ressors que le lendemain, il suffit qu'il y ait le manque qui se ressent bah... Ils ne peuvent pas gérer de l'intérieur. » (Travailleur social accueil de jour)

Pour ceux dont l'absence de logement est récente, retarder le recours à la halte de nuit peut sans doute être interprété comme une façon de refuser la condition de sans-abri et le discrédit associé à cette étiquette. Mais pour ceux qui n'ont plus de logement depuis plusieurs mois ou depuis plusieurs années, d'autres explications s'imposent. D'une part, ne plus se soumettre aux appels matinaux peut être une façon d'éviter de s'exposer au refus et, finalement, de regagner un peu de contrôle sur le déroulement de leur journée. D'autre part, les haltes de nuit passent pour des espaces peu accueillants, surtout pour les femmes seules, et contraignants. Plusieurs enquêtés disent combien ils s'y sentent opprimés, par l'organisation, la promiscuité et les interdits. En effet, dans ces hébergements d'urgence aux aménagements sommaires, l'alcool et les autres produits psychotropes sont interdits. Les couchages sont organisés en dortoirs et obligent à dormir avec des inconnus. Les heures du lever, de la douche et du déjeuner sont encadrées.

Certains usagers de produits psychotropes vont alors jusqu'à comparer ces lieux à des lieux de détention où ils ont le sentiment de perdre le peu de libertés qui leur restent, et notamment celles de consommer ce que bon leur semble et de choisir les personnes qu'ils fréquentent (amis, conjoint ou conjointe), sans contreparties suffisantes, ni en termes de qualité de sommeil, ni en termes de sécurité.

« Tu dors mieux dehors ! »

- Vous appelez le 115 ?

- Non, non, non ! Ha j'y suis allé trois fois, non, non, à la halte de nuit... J'ai dormi trois fois, mais ça m'a suffi ! Les autres, ils étaient là à 4 h du matin, ils allument la lumière et tout, en train de faire [il mime la prière] ; il y en a un qui fumait sa clope toute la nuit, toutes les quinze minutes il ouvrait la porte, il claquait la porte [...] Je te dis parce qu'avec les autres, en fait, tu dors mieux dehors... Tu ne peux pas dormir en fait ; c'est pas un sommeil récupérateur... (Homme âgé de 35 ans environ, dormant en squat)

« De grands dortoirs, c'est glauque, c'est super glauque »

- Non, non, je n'y vais plus, alors ça c'est un truc le 115 aussi, c'est quelque chose, pour une femme c'est pas... J'ai l'impression d'être dans un camp de concentration, mais vraiment, vraiment... Partout, j'ai fait aussi... J'en ai fait une aussi à Bordeaux, et t'as l'impression d'être dans des camps de concentration, parce que déjà c'est de grands dortoirs, c'est glauque, c'est super glauque [...]

- Tu te sens plus en sécurité dehors ?

- Oui, parfois oui. On se cache mais tu es plus en sécurité... Quand tu rentres dans un dortoir, ou tu as que des containers [préfabriqués], et t'as que des hommes, c'est un monde d'hommes... Il n'y a pas beaucoup de femmes... Faut vivre cachée. (Femme dormant dans l'espace public, avec son compagnon)

Des hébergements sociaux, sans travailleurs sociaux

Certains CAARUD et certains acteurs de l'urgence sociale ont aussi développé des partenariats avec des hôteliers pour que ceux-ci acceptent de leur louer des chambres mises à disposition de leurs usagers, pour une nuit ou quelques jours. Mais là aussi, les places sont rares et leur accès sélectif. Ces chambres sont utilisées pour mettre à l'abri les plus fragiles : des personnes malades, des femmes sur le point d'accoucher ou particulièrement fatiguées, etc. Et, là encore, les exigences sont considérées élevées pour les usagers de drogues en situation de grande précarité qui n'ont pas le droit d'inviter dans leur chambre, d'emmener leurs animaux, ni de consommer de produits psychotropes sur place.

Enfin, dans les aires métropolitaines de Laval, Angers et Le Mans, des accueils ruraux et périurbains sont mis à disposition de personnes en situation de grande précarité. Ces hébergements sont individuels et durent plusieurs jours. Mais leur gestion étant laissée aux mains de bénévoles souvent âgés, les professionnels du 115 se disent attentifs à ne pas y orienter des personnes ayant trop d'addictions et/ou trop de problèmes comportementaux liés à ces addictions, pour éviter de mettre les bénévoles en difficulté.

« On filtre beaucoup »

« C'est vrai que sur les accueils, on filtre beaucoup, parce que ce sont des bénévoles, souvent âgés, et ils ont énormément de mal à répondre, quand les personnes sont alcoolisées, même pas beaucoup, ils ne savent pas comment réagir. » (Travailleur social, 115)

« On fait quand même très attention à qui on oriente »

« Donc nous, on a à orienter vers ces locaux-là, qui sont tenus par des équipes de bénévoles, donc là on fait quand même très attention à qui on oriente... On oriente un public qui est plutôt routard, qui ne vient pas en ville, qui ne vient pas sur la restauration sociale ou la halte de nuit... C'est un public qui est plutôt vieillissant. Et puis on fait gaffe parce qu'on a des équipes de bénévoles qui sont vieillissantes, donc si il y en a un qui tousse un peu plus fort que d'habitude, ça peut faire des esclandres... Mais il peut y en avoir qui picolent un peu... On est plutôt... C'est un public vieillissant, donc on est plutôt sur des SDF un peu classiques, si je peux parler comme ça... » (Travailleur social, responsable 115)

Tous les hébergements d'urgence qui constituent une première solution de mise à l'abri et de repos demeurent donc difficiles d'accès et peu attractives pour les usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité. De façon paradoxale, ces hébergements qui devraient accueillir les personnes les plus exclues et donc celles qui connaissent les situations de précarité les plus fortes sont aussi ceux qui fonctionnent avec les professionnels les moins formés et les moins outillés pour travailler auprès de ces publics et qui, de fait, sont les plus exigeants en termes d'abstinence et de réglementations.

Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), des espaces en évolution

Le passage en CHRS en foyer collectif ou en logements diffus comme en maison relais constitue souvent une étape dans le parcours résidentiel des personnes en situation de grande précarité avant l'accès à un logement autonome. Y accéder suppose néanmoins de faire l'objet d'un accompagnement social et que le travailleur social en charge de cet accompagnement émette un avis positif. Or, si les usagers de drogues en situation de grande précarité rencontrent de nombreux travailleurs sociaux, au CAARUD, en accueil de jour, à la PASS, au CCAS ou au département, selon qu'ils ont besoin d'être domiciliés ou perçoivent une allocation RSA ou AAH, beaucoup n'ont pas d'accompagnement continu et stabilisé. De plus, les places en CHRS étant rares, les travailleurs sociaux sont tentés de favoriser les candidats les plus susceptibles de se conformer aux règles communes et d'utiliser le temps passé dans ces hébergements pour stabiliser leur situation, ce qui reporte le plus souvent leur choix sur des personnes ayant au minima entamé un travail sur leurs addictions. Cette vigilance peut être exacerbée dans des villes petites ou de taille moyenne, comme Laval, Le Mans et Angers, où de « mauvaises » orientations répétées peuvent mettre à mal le travail partenarial entre acteurs de l'accompagnement social et acteurs du logement d'insertion.

La spécificité des petits territoires

« La difficulté sur un territoire comme le nôtre, c'est que si on n'est pas transparent avec nos partenaires, ils ne nous font plus confiance. Si on est trop transparent, ils risquent d'avoir peur et de retirer leurs billes... »
(Responsable de service en addictologie)

De leur côté, les gestionnaires de ces logements, ont aussi des réserves vis-à-vis des usagers de produits psychotropes, qui sont perçus comme plus difficiles à gérer que les autres et comme menaçant les équilibres collectifs.

Des CHRS en mouvement

Depuis quelques années, cependant, les CSAPA mènent des sensibilisations en direction des travailleurs sociaux salariés de ces structures et des actions d'aller vers dans les CHRS de manière à faire évoluer les représentations et soutenir les travailleurs sociaux sur site. Certains professionnels de CSAPA tiennent des permanences sur place, où les résidents peuvent se rendre pour échanger sur leurs addictions, d'autres privilégient une présence plus informelle lors de repas ou de temps collectifs, de manière à tisser d'abord une relation de confiance susceptible d'aider les personnes à s'engager dans une démarche de soins. Ces sensibilisations et ces démarches d'aller vers contribuent, de l'avis de tous, à entrouvrir la porte aux usagers de produits psychotropes identifiés comme tels et à faire évoluer les représentations des équipes éducatives des structures d'hébergement sur les produits psychotropes et leurs usagers. Généralement, la consommation d'alcool est désormais tolérée, à condition qu'elle ne se traduise pas par des comportements mettant à mal le collectif.

« Ça commence à évoluer »

« On n'a pas beaucoup de places, c'est sur listes d'attente. Mais sur les addictions, ça commence à évoluer, les CHRS commencent à mettre des choses en place pour ces personnes-là, parce qu'on a réussi l'année dernière, à faire entrer un monsieur qui avait une addiction à l'alcool et d'autres choses, mais moi je ne sais pas... À la rue depuis plus de dix ans, il est entré en CHRS, à côté des éducateurs, il est seul... Et donc ils ont bloqué une place pour cette personne-là, avec des allers-retours à la rue-CHRS, pour ne pas créer d'incompréhension avec les autres habitants, pour qu'il puisse se faire à sa nouvelle vie et bien ça marche très bien, ça marche plutôt bien... Plusieurs CHRS ont tenté... » (Éducatrice, 115)

Des réserves vis-à-vis des usages et des usagers de produits psychotropes demeurent néanmoins. Par exemple, il semble encore impensable d'apporter du matériel de RdRD sur site. Par ailleurs, dans un CHRS, l'inspection des sacs à l'entrée du foyer ou celle des chambres des résidents à l'occasion du ménage ont été réinstituées en réponse à des pratiques d'alcoolisation de plus en plus fréquentes. L'exclusion ou la diminution notable des usages de produits psychotropes visées par ces pratiques sont alors perçues et justifiées comme facilitant la vie collective sur site et la stabilisation des situations individuelles.

« On regarde simplement s'ils n'introduisent pas d'alcool, conformément au règlement de fonctionnement »

« On a eu des soucis d'introduction d'alcool dans l'enceinte du foyer. Et donc désormais on leur demande de nous montrer leur sac et on regarde ce qu'il y a dedans. Alors, on n'est pas habilités à fouiller, on n'a pas vocation... On n'est pas la police une fois de plus, mais on regarde simplement s'ils n'introduisent pas d'alcool, conformément au règlement de fonctionnement. Le jeudi, ma collègue, la maîtresse de maison, fait le tour des chambres aussi, n'est pas habilitée à fouiller, mais peut regarder si l'armoire est bien rangée. À cette occasion, elle peut constater ou non la présence d'alcool ou autre. Il nous est arrivé aussi, puisqu'il y a eu des consommations sur site hein... de faire des contrôles dans les chambres. Mais, une fois de plus, l'idée c'est pas de fouiller, c'est, voilà, on regarde... » (Travailleur social)

La problématique des animaux

Par ailleurs, à l'exception d'une récente expérimentation mancelle, les animaux ne sont pas acceptés. Dans le cadre de cette expérimentation, des logements collectifs et individuels sont dédiés aux plus précaires et les usages de produits psychotropes dans les espaces privés et collectifs sont tolérés. Le recul sur cette expérience reste faible pour en tirer des conclusions. Accéder à un dispositif d'hébergement ou à un logement d'insertion suppose alors, pour les personnes en situation de grande précarité qui ont un animal, d'être assez solides pour se séparer de ce qui, souvent, constitue un de leurs importants repères affectifs.

« Ils refusent de se séparer de leur animal, et de fait, nous, on ne leur donne pas accès au CHRS »

« C'est très cliché peut-être ce que je vais dire, mais très souvent ils ont des chiens. Et nous, on n'a pas d'hébergement avec animaux. Mais alors, ça reste très cliché, je suis désolé, mais c'est vrai généralement ils sont accompagnés de chien. Alors, quand ils font la démarche, quand on voit les anciens toxicos que nous avons ici, ils ont accepté de laisser leur chien, soit en garde à des amis, soit à la SPA. Mais ceux qui... On comprend qu'un animal peut être très aidant dans cette situation d'errance, de besoin affectif et autre... Ils refusent de se séparer de leur animal, et de fait, nous, on ne leur donne pas accès au CHRS. » (Chef de service CHRS)

La volonté des usagers de conserver leurs espaces de sociabilité et de reconnaissance

Pour les usagers de drogues en situation de grande précarité rencontrés lors de cette étude et ayant fait l'expérience d'hébergements collectifs de type foyer, d'autres éléments semblent difficiles à supporter. De nouveau, le fait de n'être pas seul ou, plus justement, de ne pas pouvoir choisir les personnes avec lesquelles ils partagent leur logement est vécu comme difficile. Plusieurs disent ne pas le supporter, d'autant que ces cohabitations imposées se doublent, le plus souvent, de l'interdiction d'inviter leurs proches, y compris, pour ceux qui sont en couple, leur compagnon ou leur compagne. Pour les usagers de drogues en situation de grande précarité qu'une large partie de la société exclut, la séparation du groupe de pairs au sein duquel ils ont tissé des affinités et sont connus et reconnus est une rupture de trop et un obstacle majeur à l'acceptation des hébergements, des logements d'insertion et au maintien dans ces dispositifs.

Ainsi, une des femmes rencontrées préfère dormir dehors auprès de son compagnon plutôt que d'occuper le logement d'insertion qu'elle a obtenu et qu'elle doit partager avec une mère de famille immigrée et ses enfants, dont elle ne partage pas la langue. D'autres acceptent les logements, mais en contournent les règles en conviant leurs amis, au risque de l'exclusion.

Des expériences de logement peu concluantes

« Non je suis sociable, mais je n'aime pas être en promiscuité : on m'a proposé des apparts en cohabitation, ha j'ai dit non ; on nous propose que de la merde ! De la cohabitation, des trucs où t'as pas le droit d'inviter des gens... Donne-moi un appart normal ! Bah non. Ça fait cinq ans que j'ai fait une demande HLM... Après ils veulent que je bosse... Bah il faut que j'aie un appart pour bosser. Faut que je puisse me doucher le soir pour être propre. Faut que je puisse charger mon téléphone pour me réveiller le matin ! Ha bah c'est tout ça, mais eux, ils ne comprennent pas. » (Usager, logé dans une caravane qu'il partage avec un autre usager)

- Et toi tu n'as pas été logée ?

- Non enfin... si j'ai été logée, c'est un appartement où on te loue les chambres, t'es avec plusieurs personnes, donc tu vois, à 50 piges, quand t'arrives à 50, t'as envie d'être toute seule, t'as pas envie d'être dépendant de quelqu'un... T'as envie de faire ta vie.

- Et là ici, c'est comment ?

- Bah là, c'est les bains-douches, là c'est un lieu de rencontres, on connaît tout le monde, ça nous permet de tenir...

- Tu ne te sens pas en insécurité ici ?

- Non, non parce qu'on se connaît tous et je me sens plus en sécurité, je t'assure, l'un veille sur l'autre.

- *Malgré ces histoires de drogues, malgré les redescentes... ?*

- *Malgré tout ça. Ils pourront être défoncés mais ils sont à côté de toi, il t'arrivera rien et voilà, tu vois ; super protecteurs...* (Usagère, dormant dans la rue, malgré son logement d'insertion en colocation)

Des bailleurs sociaux et privés parfois impliqués

Si les problématiques d'addiction sont particulièrement fortes pour les personnes sans logement, elles ne se cantonnent pas à ces publics. Plus à l'abri des regards, des personnes logées dans des logements de droit commun peuvent, elles aussi, avoir d'importants usages de produits psychotropes susceptibles de fragiliser leurs liens sociaux et de participer à renforcer leur précarisation. C'est pour tenter d'accompagner ces locataires, tout en limitant les troubles qu'ils peuvent causer pour leur voisinage que, dans une ville de l'étude, certains bailleurs sociaux se sont tournés vers les CSAPA. Un partenariat a alors été tissé entre le CSAPA et ces bailleurs sociaux, puis avec certains CHRS.

Il se traduit par la mise en place d'une équipe mobile qui intervient, en soutien du bailleur, au domicile des personnes identifiées comme ayant un problème d'addiction, suspecté du fait de problèmes de voisinage répétés ou d'impayés récurrents. Un premier rendez-vous tripartite entre elles, leur bailleur et le CSAPA est tout d'abord organisé. Puis, si la personne l'accepte, le CSAPA propose de revenir chez elles, sur rendez-vous, pour travailler sur ses addictions et, plus globalement, sur leurs situations sociales.

Ces formes nouvelles d'intervention permettent de repérer des configurations où les usages de produits psychotropes sont problématiques pour les personnes et de prévenir les expulsions locatives de manière à éviter que ces locataires ne viennent grossir les rangs des personnes sans abri.

ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

Fondée sur une enquête qualitative menée dans trois communautés d'agglomérations implantées au sein de territoires ruraux (les agglomérations mancelle, angevine et lavalloise) des Pays de la Loire, cette étude documente les évolutions des usages des produits psychotropes des personnes en situation de grande précarité qui y vivent, ainsi que sur leurs modalités de prise en charge sociosanitaire et sur les freins auxquels ces personnes se heurtent.

L'objet de cette conclusion est de rendre compte des principales observations réalisées et de proposer des pistes de travail susceptibles d'améliorer l'accompagnement sociosanitaire des usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité.

Une évolution des consommations et usages de produits psychotropes fragilisant les professionnels de la RdRD

S'agissant des consommations, on observe la place de plus en plus importante occupée par la cocaïne, principalement basée et dans une moindre mesure en injection chez les personnes en situation de grande précarité. Elles transforment elles-mêmes la cocaïne achetée sous forme de poudre (chlorhydrate) en cocaïne basée, plutôt que de l'acheter déjà basée (sous forme de crack), bien que cette possibilité semble parfois s'offrir à elles, au Mans et à Angers pour le moins. La part prise par la cocaïne basée dans les consommations s'explique pour partie par la baisse de son prix de vente oscillant entre 30 et 80 euros le gramme, par le *craving* – c'est-à-dire la forte dépendance psychologique – qui résulte de sa consommation régulière, et par la moindre satisfaction apportée par une héroïne dont les usagers soulignent la qualité médiocre. La consommation d'héroïne semble, pour sa part, moins importante qu'il y a quelques années dans les centres-villes du Mans, de Laval et d'Angers, mais demeure prégnante dans certaines communes rurales et populaires des aires géographiques de l'étude.

On note par ailleurs l'importance de la consommation, hors protocole médical, de benzodiazépines et de médicaments de substitution aux opioïdes : méthadone (sous forme de gélule et de sirop) et Subutex®, ingérés ou injectés, que ce soit seul ou pour atténuer une montée ou amortir la redescende de la cocaïne ou d'un autre stimulant. Ces consommations s'accompagnent le plus souvent de consommations d'alcool et de résine de cannabis. De façon plus marginale, certains usagers consomment aussi du datura et de la kétamine et, de façon plus rare et dans un contexte festif, de l'ecstasy (MDMA sous forme de cachet).

Les évolutions observées dans ces trois aires géographiques rejoignent, à quelques exceptions près, celles qui l'ont été plus tôt et/ou à plus grande échelle, dans les grandes agglomérations de l'Hexagone telles que Paris, Lyon, Marseille ou même Nantes, plus à proximité des zones de transit des produits psychotropes et concentrant davantage d'usagers de drogues marginalisés. Cependant, dans les trois localités étudiées, les consommations de produits psychotropes illicites demeurent plus cachées que dans les grands centres urbains et l'espace public. S'il est investi par les usagers de drogues en situation de grande précarité pour « faire la manche », il ne présente pas de « scène ouverte⁶⁰ » d'usages de drogues. La moindre densité de population ajoutée à la moindre tension sur le marché du logement l'explique pour partie : de nombreux usagers trouvent des espaces où consommer à l'abri des regards (logements, squats, caravanes, etc.).

Repenser les entretiens de réduction des risques ?

L'importance prise par la cocaïne basée, souvent couplée avec de fortes consommations d'alcool, semble avoir des répercussions sur le travail d'accompagnement des usagers vers les pratiques et le matériel de réduction des risques.

60. Cette expression renvoie aux usages de drogues illicites, type héroïne ou cocaïne, visibles dans l'espace public.

Tout se passe comme si les effets de la cocaïne basée, à partir du moment de la montée qui donne un sentiment de toute-puissance, jusqu'à celui de la redescende qui place les usagers dans une urgence à reconsommer, limitaient leur capacité d'écoute et d'interactions avec les professionnels et exacerbaient la violence et les conflits (entre usagers et entre usagers et intervenants). De plus, l'inhalation, qui concerne une partie des consommateurs de cocaïne, semble perçue comme moins technique et moins dangereuse que l'injection, ce qui limite encore l'écho rencontré par la RdRD auprès de ces usagers, alors que les injecteurs peuvent être en demande de conseils, ne serait-ce que pour préserver leur capital veineux. Dans ce contexte, les échanges autour des consommations et la réduction des risques se raréfient et s'appauvrissent, et les professionnels des CAARUD ont une connaissance moins fine des nouveaux usages et des réponses à apporter en termes de réduction des risques.

Ce constat invite à réfléchir à de nouveaux moyens et à des ajustements des temporalités pour interpeller les usagers afin de les sensibiliser et de les accompagner aux pratiques de RdRD. Sur ce point, plusieurs pistes semblent pouvoir être travaillées de concert :

- Développer l'analyse de produit comme une porte d'entrée à l'échange ? Celle-ci s'appuie sur la composition des produits qui intéresse nombre d'usagers, souvent curieux de savoir si leur produit est coupé et avec quoi, et permet aux professionnels une meilleure connaissance des usages et consommations.
- Organiser des espaces-temps de travail entre les professionnels des CAARUD et des usagers pour réfléchir à de nouvelles modalités d'approche de la RdRD et mettre en commun les actions existantes ?
- Communiquer plus et/ou différemment sur les risques sanitaires et sociaux encourus par les fumeurs de cocaïne (par exemple en organisant des séances d'information et de sensibilisation, des groupes de parole et des ateliers spécifiques) ?
- Organiser des sessions/ateliers d'accompagnement au basage et à l'injection de cocaïne ?

Élargir la gamme de matériel de RdRD distribué en dehors des CAARUD ?

L'évolution des consommations se double, semble-t-il, d'une évolution des usages. En effet, une partie des consommateurs, de cocaïne en particulier, disent éviter l'injection et lui préférer l'inhalation. Or, en dehors des CAARUD, la majeure partie du matériel distribué est dédié aux injecteurs, que ce soit via les pharmacies ou les automates d'échanges de seringues (Totems).

Ainsi, les consommateurs de cocaïne basée qui ne fréquentent pas les CAARUD, ni ne croisent leurs professionnels à l'occasion de maraudes, n'ont pas accès au matériel de RdRD, qu'ils vivent dans les grandes villes de leur département ou en zone rurale. Ce constat plaide en faveur d'un élargissement de la gamme du matériel mis à disposition des usagers de produits psychotropes, en dehors des CAARUD, non seulement à court terme pour limiter les risques sanitaires liés à leur consommation, mais aussi à plus long terme, pour encourager leur venue en CAARUD. Celle-ci peut, en effet, être motivée par l'habitude de consommer avec tel ou tel matériel expérimenté via les Totems, et constituer une porte d'entrée pour accéder à d'autres droits.

S'agissant des injecteurs, le travail partenarial avec les pharmacies est très inégal selon les territoires et gagnerait, lui aussi, à être développé partout pour permettre aux usagers qui ne vivent pas dans les villes moyennes de leur département de changer régulièrement de seringue, sans attendre de se déplacer jusqu'à un CAARUD ou un Totem.

Une pénurie de soignants augmentant les prérequis pour accéder aux soins et l'éloignement des usagers de drogues en situation de grande précarité

De son côté, l'analyse des parcours sociosanitaires de ces usagers de drogues agit comme un miroir grossissant des inégalités d'accès aux soins, mais aussi de l'état dans lequel se trouve le champ sanitaire dans les territoires étudiés.

À l'heure où le manque de soignants (généralistes ou spécialistes) est criant et où les places dans les institutions offrant une prise en charge globale sont rares, les conditions d'accès aux soins se durcissent et les probabilités des usagers de drogues en situation de grande précarité d'y accéder s'amenuisent – jusque dans les services d'addictologie ambulatoire désormais ouverts à l'ensemble des addictions. Non seulement ils ne disposent pas des ressources sociales devenues indispensables à l'obtention d'un rendez-vous médical (anticipation, organisation, ponctualité, stabilité, persévérance et volontarisme), mais, de plus, ils se confrontent à des formes de priorisation, voire de discriminations, de la part de certains professionnels qui peuvent craindre de ne pas savoir gérer leurs comportements et/ou sont tentés de privilégier des patients plus susceptibles de se conformer à leurs prescriptions et de s'engager dans une alliance thérapeutique ayant des chances d'aboutir.

Revoir à la baisse les exigences et les prérequis pour accéder aux soins ?

Soumis aux mêmes règles que les autres patients, les usagers de drogues en situation de grande précarité en sont donc les grands perdants, d'autant qu'eux-mêmes ont tendance à se tenir à distance des institutions, du fait de leur culture somatique, de leur crainte d'être contrôlés ou de devoir rendre des comptes sur leurs consommations, et du sentiment qu'ils ont de ne pas être à leur place dans les services de santé, tant le caractère institutionnel et aseptisé de ces espaces les rend visibles par contraste.

Ces constats appellent différents types de perspectives qui ne sont pas exclusifs les uns des autres, et ne prétendent pas à l'exhaustivité :

- Penser et développer une offre de soins organisée autour de permanences, plutôt que de rendez-vous ?
- Développer le travail de sensibilisation et/ou de formation sur les addictions et la réduction des risques auprès des professionnels du soin pour déconstruire les préjugés qui y sont associés et aider à lever les freins du côté des soignants ?
- Conserver/développer des espaces accueillants (salle d'accueil, café, etc.), notamment dans les CSAPA, où le caractère par trop médical ou administratif du lieu, peut freiner l'adhésion des usagers de drogues en situation de grande précarité ?
- Penser l'implantation des services tels que les CSAPA et CAARUD à proximité des espaces de vie des grands précaires, dans les centres-villes ?

Développer l'aller vers, en s'appuyant sur l'expertise des services l'ayant expérimenté

En dehors des situations d'urgence, c'est souvent lorsque les soignants se déplacent dans les espaces de vie de ces grands précaires, et se rapprochent des travailleurs sociaux, en les accompagnant en maraudes, en travaillant au sein des CAARUD, en tenant des permanences ou en étant présents dans les hébergements d'urgence et d'insertion ou dans les accueils de jour, que les usagers de drogues en situation de grande précarité acceptent, progressivement et à mesure que la relation de confiance se tisse, d'entrer dans une démarche de soins. Ces dispositifs favorisent également le partage d'une culture commune et une confiance réciproque entre professionnels. Ils facilitent alors la transmission d'informations et la continuité des parcours sociosanitaires des personnes.

Ce constat plaide en faveur du développement de l'aller vers, déjà expérimenté par les salariés des CAARUD, de certains CSAPA et des EMPP sous différentes formes, et qui pourrait être élargi à d'autres professionnels du soin en s'appuyant sur les expériences réalisées. Ce développement suppose, en parallèle, de pouvoir rassurer les professionnels, du social (de l'hébergement notamment) et du soin, sur les addictions et sur ce que recouvre la réduction des risques pour éviter de les mettre en difficulté.

Des parcours sans « chef d'orchestre »

Pour les usagers de produits psychotropes en situation de grande précarité, une autre difficulté tient au caractère décousu de leur parcours sociosanitaire. Ils peinent non seulement plus que les autres à accéder aux soins et au logement, mais aussi à s'y maintenir.

Leur parcours sociosanitaire est, à l'image de leur trajectoire de vie, souvent ponctué de ruptures, de redites et de répétitions, ce qui est renforcé par le fait qu'aucun professionnel ne semble avoir la vision globale de leur parcours. Ainsi, la majeure partie d'entre eux n'ont pas de médecins traitants susceptibles de jouer un rôle de pivot, d'informer les autres soignants et d'être tenus informés par eux des interventions, hospitalisations, etc. Il en va de même du côté du social. Si ces usagers de drogues en situation de grande précarité croisent de nombreux travailleurs sociaux, ceux-ci ne sont pas informés des démarches amorcées ailleurs, des demandes déjà faites, etc. Enfin l'articulation entre ces deux domaines pêche également, surtout là où il n'y a pas d'habitude de travail partagé.

Mailler et chaîner les interventions pour favoriser la stabilité des accompagnements et des parcours sociosanitaires ?

Ces constats appellent à réfléchir aux modalités de chaînage des actions des différents professionnels et aux manières de travailler le croisement des regards sur un même parcours. Pour l'heure, certains dispositifs autour de situations complexes existent. Mais ils réunissent tantôt des soignants, tantôt des travailleurs sociaux, rarement les deux. Très peu de dispositifs sont transversaux et permettent de réunir des services de soins hospitaliers, non hospitaliers (CSAPA, CAARUD), et des services sociaux, surtout au moment où le manque de personnel et de moyens affecte chacun d'eux.

Des publics restant dans l'ombre

Cette étude rend compte des difficultés qui entravent la prise en charge sociosanitaire des usagers de drogues en situation de grande précarité, en pointant les récurrences d'une personne à l'autre et en insistant sur les éléments les plus partagés. Mais il importe de rappeler que certains usagers demeurent moins visibles ici que d'autres : les femmes, les immigrés (notamment ceux en situation de précarité administrative) et les mineurs (qui ne sont pas suivis en CAARUD notamment).

Veiller aux invisibles parmi les invisibles

Cette moindre visibilité tient, pour partie, au fait qu'ils sont minoritaires parmi les usagers visés par cette étude. Mais elle semble aussi s'expliquer par la plus grande dissimulation de leurs consommations de produits psychotropes, qui les tient à distance des institutions et les éloigne du soin, mais également par le fait que l'accueil au sein de ces institutions ne leur est pas adapté. Ce constat incite à développer une vigilance spécifique sur ces publics et à réfléchir à des modalités d'accueil adapté.

BIBLIOGRAPHIE

Liens accessibles au 08/03/2023

Abgrall E., Milhet M. (2019) [Les pratiques professionnelles dans le champ des addictions. Paradigmes et déterminants explorés par les sciences sociales. Note 2019-03.](#) Paris, OFDT, 17 p.

Anses (2017) [Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 \(INCA 3\). Avis de l'Anses. Rapport d'expertise collective.](#) Maisons-Alfort, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, 566 p.

Avanzo S. (2017) [Aide sociale et contrepartie : analyse sous l'angle de la vulnérabilité.](#) *Les Politiques Sociales*, n° 1-2, p. 68-80.

Beck F., Peretti-Watel P. (2001) [Les usages de drogues illicites déclarés par les adolescents selon le mode de collecte.](#) *Population*, Vol. 56, n° 6, p. 963-986.

Boltanski L. (1971) [Les usages sociaux du corps.](#) *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, n° 1, p. 205-233.

Bouche-Florin L. (2019) [L'addiction chez les mineurs non accompagnés : comment passer du produit au récit.](#) *Psychotropes*, Vol. 25, n° 1, p. 25-45.

Cadet-Tairou A., Gandilhon M., Gérome C., Martinez M., Milhet M., Detrez V., Adès J.-E. (2020a) [1999-2019 : Les mutations des usages et de l'offre de drogues en France vues au travers du dispositif TREND de l'OFDT.](#) Paris, OFDT, coll. Théma TREND, 72 p.

Cadet-Tairou A., Janssen E., Guilbaud F. (2020b) [Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019.](#) *Tendances*, OFDT, n° 142, 4 p.

Cadet-Tairou A., Pfau G., Detrez V. (2021) [Crack en Ile-de-France. Le produit vendu et la transaction entre vendeur et usager.](#) *Note 2021-04.* Paris, OFDT, 30 p.

Cherki S. (2022) [Le Point SINTES n° 8.](#) Paris, OFDT, 15 p.

Damon J. (2016) [Pauvreté et précarité en chiffres.](#) Observatoire des inégalités.

Detrez V. (2021) [Le Point SINTES n° 7.](#) Paris, OFDT, 16 p.

Fortané N. (2011) Genèse d'un problème public : les « addictions ». D'un concept médical à une catégorie d'action publique ou la transformation des *drug policies* contemporaines. Université Lyon 2, Thèse de science politique.

Gardella E. (2016) [Temporalités des services d'aide et des sans-abri dans la relation d'urgence sociale. Une étude du fractionnement social.](#) *Sociologie*, Vol. 7, n° 3, p. 243-260.

Gérome C., Cadet-Tairou A., Gandilhon M., Milhet M., Detrez V., Martinez M. (2019) [Usagers, marchés et substances : évolution récentes \(2018-2019\).](#) *Tendances*, OFDT, n° 136, 8 p.

Gérome C., Gandilhon M. (2020) [Substances psychoactives, usagers et marchés : tendances récentes \(2019-2020\).](#) *Tendances*, OFDT, n° 141, 8 p.

Gérome C. (2021) [Usages et usagers de drogues en contexte de crise sanitaire.](#) *Tendances*, OFDT, n° 147, 8 p.

GERS, CFGéo, Médiéco (2017) Évaluation des effets des opérations de relogement consécutives à la résorption de l'habitat insalubre (RHI-THIRORI) sur les trajectoires résidentielles, sociales et la santé des ménages. Paris, Agence nationale de l'habitat (ANAH).

Lalande A. (2010) [L'addictologie, pour quoi faire ?](#) *Vacarme*, n° 51, p. 70-73.

Loisy C. (2000) [Pauvreté, précarité, exclusions. Définitions et concepts. In : Pauvreté, précarité et exclusion : état des lieux. Cahier n° 1](#), Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (Dir.), coll. Les travaux de l'Observatoire, p. 23-50.

Milhet M., Protais C., Díaz Gómez C., Guilbaud F. (2022) [Les pratiques professionnelles dans le champ de l'addictologie](#). *Tendances*, OFDT, n° 150, 8 p.

OFDT (2022) [Cocaïne et crack](#).

ORS Pays de la Loire (2019) [Drogues illicites dans les Pays de la Loire. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017](#). Nantes, Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, 16 p.

Palle C. (2021) [Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2019 et évolution sur la période 2015-2019](#). *Tendances*, OFDT, n° 146, 6 p.

Pawlik C., Smirnova O., Patroucheva O. (2019) [Accompagnement des usagers de drogues russophones : migration, addiction, approche thérapeutique](#). *Psychotropes*, Vol. 25, n° 1, p. 9-23.



Observatoire français des drogues et des tendances addictives

69 rue de Varenne 75007 Paris

Tél : 01 41 62 77 16

e-mail : ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

N° ISBN : 979-10-92728-69-9

Crédits photo : © iMAGINE (Adobe Stock)