

70^e RENCONTRE DU CRIPS ÎLE-DE-FRANCE

Contentons
nous
de faire
réfléchir
n'essayons pas
de convaincre
Georges Braque

PRÉCARITÉS, PRISES DE RISQUE ET ACCÈS AUX SOINS

ANTONIO UGIDOS
DIRECTEUR, CRIPS ÎLE-DE-FRANCE

Définir la précarité comme le fait Joseph Wresinski, fondateur d'ATD Quart Monde, comme « l'absence de sécurité qu'ont les personnes à assurer leurs besoins élémentaires, ou de jouir de leurs droits fondamentaux » permet d'observer qu'il y a plusieurs types d'insécurité, liés à l'emploi, aux ressources, au logement, à l'accès aux soins, à la citoyenneté. Ces insécurités peuvent se cumuler, interagir ou s'amplifier les unes les autres. En 1988, la Haute autorité de santé (HAS) a estimé que la précarité touchait un quart des personnes vivant en France soit entre 12 et 15 millions de personnes. Elle ne concerne donc pas uniquement les personnes marginalisées, les exclus ou ceux vivant dans une extrême pauvreté.

Aujourd'hui, c'est à travers le regard croisé de chercheurs, d'épidémiologistes, de médecins, de sociologues, que cette rencontre va tenter d'appréhender cette question et voir les conséquences que la précarité peut avoir en termes de prises de risque, d'accès aux soins et de prévention.

DANIELLE MESSENGER
JOURNALISTE, FRANCE INTER

Dans la préface d'un document sur les recommandations d'organisation des permanences d'accès aux soins de santé (Pass), Annie Podeur, actuelle directrice de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) rappelait que faire face aux inégalités de santé qui touchent particulièrement les personnes démunies, est une priorité de santé publique et que tous les patients ont droit à des soins de qualité et à la prévention. Toutes ces personnes, que la précarité rend vulnérables, rencontrent des difficultés à se faire soigner, pour de multiples raisons. C'est toute une population qui ne doit pas être laissée en dehors des soins.



CENTRE RÉGIONAL
DE RESSOURCES
D'INFORMATION ET
DE PRÉVENTION
SUR LE VIH/SIDA,
LES IST, LES HÉPATITES,
L'ÉDUCATION À LA VIE
AFFECTIVE ET SEXUELLE,
LES DROGUES,
LES DÉPENDANCES ET
LES CONDUITES À RISQUE
CHEZ LES JEUNES

Tour
Maine-Montparnasse
BP53 /
75755 Paris cedex 15
tél **01 56 80 33 33**
fax **01 56 80 33 00**
www.lecrips-idf.net
info@lecrips.net

ouvert au public
du **lundi** au **vendredi**
de **13h** à **19h**

Un sondage effectué par la Croix-Rouge dont les résultats ont été diffusés ce matin, indique que depuis l'application des franchises médicales, un Français sur quatre avait renoncé à un soin et un sur deux pensait que ses enfants avaient plus de risques que lui-même de connaître un jour la pauvreté.

Nous allons aborder directement le chapitre « Précarité et IVG » par quelques données épidémiologiques avec Caroline Moreau.

PRÉCARITÉ ET IVG

CAROLINE MOREAU,

**ÉPIDÉMIOLOGISTE, INSTITUT NATIONAL
DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE
(INSERM) U 822**

On constate un intérêt partagé par les acteurs de terrain et par les chercheurs pour réfléchir sur les mécanismes par lesquels les conditions de vie des personnes peuvent générer des problèmes de santé particuliers et surtout, comment réduire les inégalités sociales de santé qui se creusent en France. Le thème « Précarité et IVG » y est peu développé, la plupart des travaux datent des années 1990, avant les modifications de la loi sur l'accès et la pratique de l'IVG de 2001. Ce thème sous-tend un double questionnement. D'abord, qui a recours à l'IVG, quels sont les déterminants sociaux de ce recours ? Ensuite, quelles sont les conditions d'accès et de prises en charge de ces femmes, existe-t-il des disparités sociales pour les femmes en situation de précarité ?

En France, on compte 200 000 interventions pratiquées chaque année avec un taux d'incidence stable depuis le milieu des années 1980. Ce sont 40 % des femmes qui auront recours à l'IVG au cours de leur vie, quels que soient le milieu social et l'âge.

Les sources d'information disponibles sur le recours à l'IVG aujourd'hui sont d'abord les systèmes de surveillance avec les bulletins de déclaration obligatoire remplis par les médecins ainsi que les statistiques hospitalières qui permettent de dénombrer le nombre annuel d'IVG. Il y a aussi les enquêtes en population générale comme l'enquête Cohorte sur la contraception (Cocon) sur les pratiques contraceptives et l'IVG en France réalisée entre 2000 à 2004. Les enquêtes multicentriques comme celle réalisée sur les obstacles à l'utilisation de la contraception d'urgence parmi les femmes qui recourent à l'IVG en 2001 constituent toutefois une source d'information très riche. Enfin, il existe aussi l'enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) réalisée en 2007 sur un échantillon représentatif de 11 000 femmes ayant recours à l'IVG en France, ce large échantillon permettant d'étudier des populations spécifiques (mineurs, population migrante...).

Si l'IVG est une expérience qui concerne toutes les femmes quel que soit leur milieu social, il existe des situations telles que celles des IVG répétées (deux ou trois IVG rapprochées dans le temps), qui représentent un marqueur de précarité sociale et affective. Les analyses issues des différentes enquêtes (bulletins statistiques et enquêtes *ad hoc* quantitatives et qualitatives) révèlent des situations relationnelles instables (célibat ou insécurité affective), une histoire familiale défavorable (manque affectif, maltraitance), des situations d'insécurité sociale avec une première grossesse avant 20 ans, un fort taux de chômage (femme et/ou conjoint). L'IVG peut apparaître alors comme une démarche pour tenter d'échapper à la précarité (impossibilité d'élever un enfant dans des conditions matérielles favorables). Il existe aussi probablement un groupe social encore plus défavorisé qui n'a pas la possibilité de faire cette démarche. Concernant les conditions d'accès à l'IVG, l'enquête Cocon révèle un accès direct dans deux tiers des cas, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'interlocuteur intermédiaire entre le premier professionnel contacté pour une démarche d'IVG et le centre qui va réaliser l'IVG, avec un délai moyen de prise en charge de 2,4 semaines et des IVG réalisées précocement à 7,3 semaines d'aménorrhée. On constate toutefois des conditions hétérogènes selon les caractéristiques sociales des femmes à travers le choix du premier interlocuteur. Soit les femmes ont un suivi régulier avec un gynécologue, lequel est associé à des filières de prise en charge qui sont plus rapides, soit les femmes sont suivies par/ou consultent un généraliste, lequel est associé à des parcours de soins plus souvent indirects. Ces différences de parcours sont d'autant plus importantes que les professionnels de santé ne pallient pas à l'absence d'information des femmes.

Concernant la prise en charge contraceptive au moment de l'IVG, quelles sont les différentes trajectoires en termes de contraception pré et post IVG ? Quatre trajectoires rendent compte de 86 % des parcours. Un certain nombre de femmes ont une trajectoire contraceptive toujours médicalisée (utilisation de la pilule ou du stérilet), d'autres se démedicalisent au moment de l'IVG, certaines sont non médicalisées jusqu'à l'IVG puis se « remédicalisent » ensuite, et enfin, une femme sur cinq a une contraception qui n'est jamais médicalisée ni avant ni après l'IVG. Si nous comparons les caractéristiques socio-reproductives des femmes en fonction de leur trajectoire, celles dont la trajectoire n'est jamais médicalisée présentent un profil social défavorisé, sans diplôme, sans mutuelle et sans visite médicale post IVG souvent liés à une distance sociale par rapport au monde médical. Il y a donc peu de données pour le moment sur le thème « Précarité et IVG » mais c'est un sujet de recherche en développement notamment grâce à une enquête nationale en cours qui porte sur un large échantillon de femmes. Il existe d'autres contextes de l'IVG qui placent les femmes en situation de précarité.

C'est le cas notamment des mineures victimes d'une stigmatisation sociale et jusqu'à récemment de restrictions législatives.

PRÉCARITÉ ET IVG : L'EXPÉRIENCE DE MÉDECINS DU MONDE

MARIE-DOMINIQUE PAUTI

MÉDECIN, MÉDECINS DU MONDE (MDM)

La Mission France de Médecins du Monde comporte 120 programmes, est présente dans 28 villes avec 22 centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso), et 84 actions mobiles dont le but est d'aller au-devant des patients qui ne viennent pas dans les centres (sans domicile fixe (SDF), personnes en situation de prostitution, patients Roms...). Pour chaque venue au Caso, un dossier social et un dossier médical sont remplis à l'issue de la consultation, dans lequel sont notés le motif de la consultation exprimé par le patient et les résultats du médecin. Nous utilisons la classification internationale des soins primaires, et toutes les consultations sont codées. Nous colligeons ensuite nos données au niveau national ce qui nous permet de témoigner des conditions sociales dans lesquelles vivent nos patients, qui pour la plupart n'ont pas ouvert leurs droits à la Couverture maladie universelle (CMU) ou à l'Aide médicale de l'État (AME), alors qu'ils y ont droit. À partir de ces données, nous pouvons dégager en 2007 une féminisation qui se confirme. Parmi les 16 690 patients reçus en 2007 dans les Caso, 45 % sont des femmes. Sur les 8 000 femmes venues consulter, 91 % sont d'origine étrangère (Afrique subsaharienne, Union européenne, Maghreb). Leur moyenne d'âge est de 34,3 ans et parmi elles, 60 % ont déjà un ou plusieurs enfants. La plupart vivent dans une précarité et une vulnérabilité terribles à tous les niveaux. Une vulnérabilité administrative d'abord puisque la moitié de ces femmes sont en situation irrégulière avec ce que cela comporte comme peur de se déplacer et des arrestations, surtout dans le contexte politique actuel. Plus de la moitié d'entre elles (52 %) vivent dans des logements précaires ou dans la rue, qu'elles aient ou non des enfants et 32 % de ces femmes vivent seules avec ou sans enfants. Moins de 3 % ont un travail stable et toutes vivent au-dessous du seuil de pauvreté.

En ce qui concerne l'accès aux soins, un quart n'a aucune couverture théorique car n'a pas de critère de stabilité de résidence ou de passage en France (visa de tourisme). 75 % des femmes venant consulter dans un Caso ont des droits potentiels, mais par manque d'information, 81 % d'entre elles n'ont aucun droit ouvert.

N'ayant pas accès au système de droit commun, elles viennent donc consulter chez nous. En parallèle de la consultation médicale, la consultation sociale va permettre l'ouverture des droits, pour réorienter les femmes vers un système de droit commun car MDM n'a pas pour but de suivre les patientes mais de les réorienter.

En 2007, 60 femmes sont venues dans nos centres pour une demande d'IVG, dont 55 % au Caso de Saint-Denis. Cela correspond à moins de 1 % des femmes en âge de procréer reçues en 2007 à MDM. Leur moyenne d'âge est de 26 ans, et 95 % sont étrangères. Les patientes roumaines sont les plus représentées (41 %) et les trois quarts d'entre elles ont été reçues au Caso de Saint-Denis.

JEANINE ROCHEFORT

MÉDECIN RESPONSABLE,

CASO MDM DE SAINT-DENIS

Il y a deux volets à la mission Banlieue de Saint-Denis : le Caso de Saint-Denis et la Mission Roms qui va sur le terrain pour rencontrer les patients. À Saint-Denis, toutes les précarités sont amplifiées. En 2007, 44 % de la population du Caso provenaient de l'Union européenne, dont 43 % de Roumanie. Les demandes d'IVG au Caso de Saint-Denis concernent 33 patientes, allant de 15 à 39 ans avec une moyenne d'âge de 26 ans. Comme nous avons une forte patientèle roumaine et subsaharienne, un focus sur ces deux populations va être présenté. Le taux d'incidence de l'IVG est de 2 % alors qu'il est de 1,45 % sur l'ensemble de la population française et de 1,92 % en Île-de-France (données de 2006). Il n'est donc pas si élevé. La Mission Roms/Tsiganes a une action périnatalité (soit 60 sorties périnatalité sur les camps en 2007) qui donne notamment lieu à des entretiens individuels dédiés aux femmes (moyenne d'âge de 22 ans). Une centaine d'entretiens individuels ont ainsi été menés à l'issue desquels 16 femmes ont été orientées pour une demande d'IVG, 36 vers une contraception et 30 femmes enceintes ont été orientées vers la protection maternelle et infantile (PMI) ou la maternité. Quelques données collectées : seules 10 % des femmes utilisent un moyen de contraception, au demeurant, on peut noter que 30 % ont demandé à être orientées vers une contraception. L'âge moyen de la première grossesse est de 17 ans et seules 8,3 % des femmes enceintes sont suivies. D'ailleurs, et c'est un fait notable, parfois, certaines ne viennent consulter que lors de la rupture de la poche des eaux. 43,3 % d'entre elles avaient déjà avorté avec quatre grossesses en moyenne. Nous constatons donc une parité déjà élevée lors d'une demande d'IVG, demande plus rare chez les nullipares. L'accès aux soins est rendu difficile par de multiples obstacles : difficultés pour l'ouverture des droits à une couverture maladie : nécessité de la preuve de la présence en France depuis plus de trois mois et justification de domiciliation. Le Caso a une habilitation pour établir cette domi-

ciliation désormais facilitée puisqu'il suffit de déclarer une adresse postale, des problèmes liés à la langue. L'accueil au niveau des structures de santé des femmes roumaines est rendu difficile à cause de la langue (des structures de santé sans interprètes). Nous devons donc souvent faire un accompagnement physique avec interprète pour qu'elles soient admises. Enfin, la multiplication des expulsions, les pressions policières anéantissent tous les suivis établis, d'où une instabilité sociale peu propice à une démarche préventive.

En tout état de cause, l'IVG est un échec de la contraception dont nous allons évoquer les déterminants. D'abord historique concernant la Roumanie, puisque la contraception était interdite durant la période communiste. L'histoire de la contraception date de vingt ans, ce qui est peu à l'échelle d'une société. Il y a toute une éducation auprès des femmes roumaines pour leur faire comprendre que la contraception est un droit. Les représentations du corps jouent aussi un rôle déterminant. La partie supérieure du corps est noble alors que la partie inférieure est tabou, ce qui rend tout discours sur la reproduction avec les femmes Roms difficile. Contrairement à la population africaine, la notion du VIH ou des IST ne les effleure pas, d'où la non-utilisation du préservatif. Il leur est impossible de suivre une contraception orale, elles n'ont pas de repères temporels car elles sont dans une urgence de survie. Nous rencontrons un frein important à l'utilisation de l'anneau vaginal, mais une adhésion au stérilet et à l'implant. Le seul problème est que l'implant provoque des aménorrhées, ce qui est mal vécu pour une femme qui vit dans l'angoisse d'une nouvelle grossesse. Le poids psychologique est souvent tel qu'elle demande le retrait de l'implant. La précarité se répercute aussi au niveau technique puisque ces patientes ne peuvent relever de l'IVG médicale (contraintes, suivi) et sont donc systématiquement orientées sur la technique par aspiration.

Les impacts de la précarité sur la contraception sont donc nombreux. Peu de connaissances, des difficultés d'accès et un choix limité des méthodes contraceptives. Pour finir, quelle que soit la condition socio-économique, le choix de la pratique d'un avortement reste un choix négatif fait dans la souffrance.

QUESTIONS DE LA SALLE

DANIELLE MESSAGER — Elles auraient donc plus fréquemment recours à l'IVG si le parcours était plus facile ?

MARIE-DOMINIQUE PAUTI — C'est même vrai du parcours au sens premier du terme. Ces femmes sont désorientées. Nous avons eu le cas d'une femme Rrom voulant se rendre à l'hôpital pour une IVG. Elle attend à l'arrêt du bus, mais celui-ci ne s'arrête pas : « Il ne s'arrête jamais quand il n'y a que nous ». La patiente est arri-

vée en retard à son rendez-vous. Nous avons saisi la Halde et avons maintenant une médiation avec la RATP. C'est une démonstration de la stigmatisation dont elles sont victimes au quotidien. Sans compter que les services hésitent ensuite à donner des rendez-vous sous prétexte qu'elles ne viennent pas.

CATHERINE DUPRAT, ASSISTANTE SOCIALE, DDASS DE L'ESSONNE — Sur notre département, nous constatons une recrudescence depuis deux ans des accouchements sous X de femmes non suivies pendant leur grossesse, conséquence aussi d'un non-recours à l'IVG.

JEANINE ROCHEFORT — Ne faut-il pas informer les femmes de cette possibilité plutôt qu'elles accouchent dans la nature ? Sur ce sujet, il y a des problèmes éthiques et sociaux à aborder.

DANIELLE MESSAGER

Jean Maisondieu, vous allez décrire ce que vous nommez le syndrome d'exclusion. Les troubles présentés par les exclus, qui ne sont pas des maladies mentales mais un repli, une inhibition derrière lesquels les personnes se protègent et se coupent davantage de la société.

LA PSYCHIATRIE FACE À CE QUE L'ON APPELLE LA PRÉCARITÉ

JEAN MAISONDIEU

PSYCHIATRE

Le terme précarité est un alibi, le symptôme d'une société malade et maltraitante. Ce que cache cette précarité, c'est l'exclusion qui est illégitime en démocratie. La loi du 1^{er} décembre 1988 instituant le Revenu minimum d'insertion (RMI) disait dans son préambule : « La lutte contre l'exclusion est une priorité nationale » et il était précisé que toute personne dont l'état de santé ne lui permettait pas de travailler, avait droit à une allocation lui permettant d'avoir des moyens convenables d'existence. Sortir de l'exclusion qui génère la précarité (et réciproquement) est donc un droit. Le mot précarité vient du latin *precarus* qui signifie « obtenu par la prière ». On voit la dérive... En tant qu'inclus vous faites partie de cette société, et vous êtes confrontés à des exclus, relation qui est à haut risque pathogène. Le psychiatre doit essayer de donner du sens à cette exclusion tant au niveau individuel qu'interindividuel, même si la psychiatrie évolue vers une médicalisation excessive et oublie sa mission première : chercher du sens à des comportements. Les auteurs du *Diagnostic and Statistical*

Manual of Mental Disorders (DSM-IV) considèrent d'ailleurs qu'il n'y a pas lieu de faire de différences entre les maladies somatiques et les troubles psychiques, ce qui est une absurdité surtout en matière d'exclusion.

Il y a d'un côté « prendre soin », c'est le travail des structures sociales, de l'autre « donner du sens », soigner, ce qui n'exclut pas de soigner une maladie mentale s'il y en a une, en plus de la souffrance psychique liée à l'exclusion. 80 % des urgences psychiatriques dans les grandes métropoles ne sont pas de la psychiatrie d'urgence, mais des détresses psychosociales. Les gens viennent nous voir car la vie n'a plus de sens pour eux.

La caractéristique majeure de l'exclusion c'est de ne pas trouver une place, sa place, dans la société. Plus concrètement, je n'ai pas de place dans la réalité car mon camp a été déplacé ou que je vis dans la rue. Mais je peux ne pas avoir de place aussi parce que je ne sais pas où me mettre, parce que je suis complexé, je perds mes moyens. Et si j'ai un manque d'aisance sur le plan matériel, comment pourrais-je avoir de l'aisance sur le plan psychique (et réciproquement) ? On est dans la problématique de reconnaissance ou non de l'exclu comme un sujet à part entière, comme un autre. Comme le disait Vladimir Jankélévitch : « L'autre est un autre que moi parce qu'il est relativement le même, parce qu'il est à la fois semblable et différent. » L'équilibre, c'est pouvoir être à la fois semblable et différent ce qui est paradoxal... sauf à se référer à la notion de fraternité qui permet de dépasser le paradoxe.

L'ensemble des pathologies mentales traditionnelles sont des pathologies de la liberté (« c'est plus fort que moi » dit par exemple le névrosé qui ne peut s'empêcher de se laver beaucoup trop souvent les mains par peur excessive des microbes). Alors que les pathologies de l'exclusion sont des pathologies liées au déni du lien de fraternité. Ce lien insécable qui s'impose à nous et qui fonde notre reconnaissance les uns aux autres en tant que membres de la famille humaine. Pour aliéner mon semblable, ne pas m'en occuper, je peux simplement considérer qu'il n'est que différent de moi et nier ma ressemblance avec lui, ce qui en fait un tout autre. Bref, un exclu. C'est le fond du problème. Quand l'autre me déplaît, me dégoûte et que je ne veux pas être comme lui, il suffit de faire en sorte qu'il ne me ressemble pas. Puisque je ne peux pas le tuer réellement car c'est répréhensible, je peux le tuer symboliquement en faisant comme s'il n'avait rien de commun avec moi. Ce qui conduit à la précarité est en réalité une exclusion symbolique de l'autre, mi-consciente mi-inconsciente. Une tentation de détruire l'autre qui nous dérange par rapport à la représentation que l'on a de nous-mêmes. Je vais dénier ma ressemblance avec lui car il me fait honte et du même coup je le renie comme semblable en humanité. À chaque fois que je vais à la rencontre de l'autre pour l'aider, avec des intentions consciemment excellentes, il suffit que je l'assigne à sa différence pour qu'il ne soit plus semblable et alors il devient un tout

autre et je peux m'en occuper sans difficulté sans me rendre compte que je le méprise, mais lui le ressent. Il a honte et il perd un peu plus ses moyens. Quand on veut aider les gens, on dispose de l'instrument d'aide qui est notre technicité, celui-là est neutre. De l'autre côté il y a notre contre-transfert qui fait que, pour rien au monde je ne voudrais être comme l'exclu et il nous faut nous appuyer sur notre savoir-faire pour lutter contre notre tentation de rejeter l'autre.

Je tiens à souligner combien la pathologie de l'exclusion est une pathologie de la honte : ce sentiment pénible d'humiliation, de rabaissement dans le regard de l'autre. Apprendre à respecter cet autre qui me dégoûte, c'est difficile. Au lieu de cela, je lui donne ma pitié qui ne peut que l'aliéner et le maintenir en exclusion puisqu'il faut alors qu'il soit pitoyable pour que je m'intéresse à lui. L'autre qui est dans l'exclusion est dans la désespérance parce que sa situation est tragique et non dans la dépression qui est une maladie. Bien sûr, on peut être et dans la désespérance et dans la dépression mais il ne faut pas les confondre. La dépression se soigne avec des médicaments, la désespérance en prenant soin de l'exclu et en améliorant le contexte dans lequel il se débat. Dernier point : si je n'ai pas une place où me mettre comment voulez-vous que je trouve ma place « je ne sais pas où me mettre », « j'ai honte, j'ai faim », « je n'intéresse personne ». Alors, pour me protéger de tout ça je ne trouve qu'une chose à faire c'est de ne pas y penser, et de faire comme si je ne ressentais rien, que je me moquais de ma souffrance, quitte à prendre des drogues ou de l'alcool pour mieux y parvenir. C'est là le symptôme majeur, l'inhibition affectivo-cognitive associée éventuellement à des conduites addictives et qui renforce l'exclusion jusqu'à ce que, éventuellement, mort s'en suive. On le sait bien, 95 % des SDF meurent dans la rue malgré l'ensemble des soins et du dévouement. Les pathologies de la honte sont des pathologies de la relation et dans la relation d'aide, le respect de l'autre doit être authentique afin que l'autre puisse s'identifier à moi et moi à lui enfin que nous puissions nous parler.

QUESTIONS DE LA SALLE

CLAUDE MARTY, PSYCHIATRE, CASO DE PARIS — Pour revenir sur le syndrome d'inhibition affectif, l'expression de la souffrance psychique de la population migrante que nous prenons en charge au Caso de Paris est d'ordre psychosomatique. C'est le langage du corps. C'est seulement quand le généraliste voit autre chose derrière (traits persécutifs, antécédents dans leur pays d'origine) que l'on rentre dans le domaine de la pathologie mentale. Et cette souffrance psychique, il faut la décoder à travers le symptôme proposé. À propos de l'auto-exclusion, nous avons une tendance moralisatrice. Il faut tâcher de comprendre ce qui maintient la personne dans cette dynamique d'échec.

JEAN MAISONDIEU — Le champ de cette pathologie est différent de la pathologie mentale traditionnelle en ce sens qu'elle est interactive. Ici, les deux partenaires de la relation établissent une relation pathologique. Il y a vraiment une démarche spécifique qui doit être en corrélation entre ceux qui s'occupent de prendre soin et ceux qui s'occupent de soigner. Faire en sorte que ceux qui s'occupent de ces personnes ne pensent pas qu'ils font le bien, mais qu'ils se contentent d'essayer de réparer des injustices.

DANIELLE MESSENGER — Chad Chenouga, vous allez nous dire un mot sur votre dernier film, *Ah, si j'étais riche*, pour lequel vous avez travaillé avec les personnes qui se retrouvent au centre d'accueil et de soins hospitaliers (Cash) de Nanterre.

CHAD CHENOUGA, RÉALISATEUR — Je travaille au Cash depuis sept ans et dirige un atelier de lecture au centre d'hébergement et d'accueil des personnes sans abri (Chapsa). Ces ateliers ont d'abord été filmés puis accompagnés de témoignages des participants. J'ai essayé de ne pas être dans la compassion. Et ce qui a été étonnant pour ce premier film appelé *Cash*, c'est que les gens se sont livrés, alors que nous nous connaissions peu. Nous avons réitéré cela, toujours autour de cette question de l'exclusion, en recueillant leur avis sur l'actualité française et internationale, *people* ou politique, un point de l'actualité pendant une semaine. Le parti pris était de ne pas parler de ses misères. Nous avons diffusé ces films sur internet et nous avons eu 400 000 visiteurs en quelques jours.

MICHÈLE CHANG, RESPONSABLE CULTURELLE AU CASH DE NANTERRE — Cette action se fait dans le cadre du programme national « Culture à l'hôpital » qui a donné lieu à une convention interministérielle culture/santé en 1999. Ce programme repose sur un partenariat entre un hôpital et un équipement culturel de proximité. En France, 180 hôpitaux font partie du programme. Notre partenaire actuel est le théâtre des Amandiers. Le travail avec Chad a commencé en 2004. Il y a un autre atelier animé par Philippe Grain, qui travaille sur des pièces de la saison des Amandiers et qui permet des rencontres avec les comédiens, un travail approfondi sur une pièce, la mise en espace, la présentation du travail au théâtre ou dans d'autres lieux à Nanterre ou à Paris. Je fais aussi partie de la commission Culture de la Fédération hospitalière de France où ceux qui siègent reconnaissent que l'art est un adjuvant au soin, qu'il a un effet cathartique qui modifie la relation soignant/soigné et ouvre un espace personnel dans lequel les ressources des personnes peuvent alors se manifester. C'est un champ de recherche à explorer. Peut-être pourra-t-on envisager à l'avenir que cela puisse être corrélatif avec un accompagnement social ou psychologique.

FEMMES SDF ET FORMES DE PRISES DE RISQUES SEXUELS : UNE ENQUÊTE QUALITATIVE

ANNE LAPORTE

DIRECTRICE, OBSERVATOIRE DU SAMU SOCIAL DE PARIS

Retenue par des engagements de dernière minute, Anne Laporte nous indique que son intervention est consultable en version pdf sur le site : www.samusocial-75.fr, rubrique L'Observatoire puis Actualité / Santé des femmes.

DANIELLE MESSENGER

Nous allons nous arrêter sur le programme du Bus méthadone avec Elisabeth Avril. Sa méthodologie d'approche, ses objectifs, en sachant que MdM n'est pas dans la recherche d'abstinence mais dans une visée de réduction des risques et d'accompagnement.

PRÉSENTATION DES DONNÉES DU BUS MÉTHADONE DE MDM

ELISABETH AVRIL

DIRECTRICE MÉDICALE GAÏA PARIS, CSST BUS MÉTHADONE ET CENTRE D'ACCOMPAGNEMENT À LA RÉDUCTION DES RISQUES CHEZ LES USAGERS DE DROGUES (CAARUD)

Je vais présenter une étude réalisée par Sandra Nahon du Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances (Cirdd) d'Île-de-France en collaboration avec le Crips Île-de-France sur les données du Bus méthadone, basée sur les données déclaratives des usagers de drogues (UD) entre 1999 et 2005. Cette étude permet de dégager les caractéristiques sociodémographiques, les consommations et les prises de risque de ces personnes. Le Bus méthadone est un centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) créé en 1998 par des professionnels de terrain qui travaillaient sur le programme d'échange de seringues au sein de MdM. Le Bus avait au départ un statut expérimental. Il est devenu un établissement médico-social en 2003. En 2006, nous avons quitté MdM et créé l'association Gaïa Paris. L'association gère deux établissements médico-sociaux dont ce Bus et un programme mobile Caarud. Le Bus

propose un programme à seuil adapté ou dit « bas seuil », anonyme et gratuit, destiné majoritairement aux UD dépendants aux opiacées. Depuis 2006, le programme répond à d'autres addictions notamment au crack, à la cocaïne, et évidemment à l'alcool. Il pourrait devenir un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) en 2009.

Les objectifs principaux du Bus sont les suivants : rentrer en contact avec les usagers ayant peu ou pas de relation avec des structures de prise en charge existantes ou étant en rupture de soins ; améliorer l'accès à la substitution à la méthadone et par là, réduire les risques liés aux pratiques toxicomanes et notamment à l'injection ; améliorer l'accès aux structures de soins et de prise en charge ; améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes. Nous avons aussi développé des objectifs secondaires qui sont de permettre aux usagers le désirant, d'entamer ou de poursuivre un parcours de soins concernant leur toxicomanie et de permettre l'accès à du matériel de consommation stérile (matériel à injection, pipe à crack). Concernant le soin, il s'agit de proposer un dépistage des hépatites et du VIH et d'améliorer l'accès aux traitements de ces pathologies.

Comment fonctionne concrètement le programme ? L'inclusion des usagers se fait au détour d'un entretien médico-social suivi d'un test urinaire minute. L'utilisateur se voit ensuite remettre une carte avec photo et numéro d'inclusion lui permettant l'accès au Bus et à la délivrance de méthadone ou de buprénorphine. Le Bus fonctionne sans rendez-vous, 7 jours sur 7, toute l'année, sur trois sites différents du nord-est parisien, avec 100 passages par jour en moyenne. L'équipe est pluridisciplinaire et travaille en étroite collaboration avec le Caarud.

De 1999 à 2005, l'enquête a été menée grâce aux questionnaires d'admission de 1 774 personnes puis comparée à l'enquête Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (Recap) qui porte sur les caractéristiques des patients accueillis dans les CSST d'Île-de-France et dans les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

La majorité des usagers vient par la bouche à oreille, a un âge moyen de 32,5 ans. Il y a plus de jeunes que dans les autres CSST parisiens, plus d'hommes et 30 % viennent de banlieue. La majorité des patients inclus au programme a un niveau d'études peu élevé, est célibataire et est caractérisée par une instabilité du logement très marquée (15,3 % sont SDF et 30,5 % vivent dans un logement instable). Au niveau de la nationalité, 40,9 % sont étrangers, sans droit ni titre. Au niveau de la protection sociale, 35,1 % des hommes et 23,4 % des femmes n'ont pas de droits ouverts à la sécurité sociale. Au sujet des prises de risque, les usagers du Bus sont souvent polyconsommateurs avec les opiacées en tête. Parmi les produits consommés occasionnellement, la cocaïne représente 34 % des usages. À noter qu'il y a une sous-estimation de l'alcool et du cannabis dans ces données. Les pratiques à risque liées à

l'injection persistent à des taux non négligeables. Malgré le développement de l'accessibilité du matériel stérile d'injection, des pratiques telles que le partage et la réutilisation du matériel restent très répandues et pré-occupantes, plus particulièrement chez les femmes. Sur le suivi médical antérieur, 60,6 % ont eu un contact avec un centre spécialisé, donc la plupart connaissent ces réseaux. Pour le suivi, nous avons défini qu'il fallait au moins trois mois de consultation, et nous arrivons à 47 % l'ayant obtenu, souvent via un généraliste. 30 % ont déjà fait un sevrage. Beaucoup ont déjà fait un test de dépistage du VIH (87 %), 7,3 % des inclus se déclaraient infectés par le VIH et 28,8 % par le VHC. Quand on sait par l'enquête Coquelicot que 60 % des UD sont contaminés par le VHC, il y a donc confusion dans ces données déclaratives. Enfin, 14 % déclarent spontanément une activité de trafic, 10 % prostitutionnelle et 20 % de vol. 40 % ont été incarcérés au moins une fois dans leur vie. 30 % des usagers déclarent des antécédents psychiatriques.

En conclusion, la population des usagers du Bus est marquée par une précarité protéiforme à la fois sociale, économique et sanitaire. En comparaison avec les autres CSST, la population des usagers du Bus s'avère plus précaire sur divers points. Une proportion de SDF plus élevée, un niveau d'études moins élevé, une situation sanitaire plus défavorisée, une pratique de l'injection intraveineuse et des antécédents d'incarcération plus fréquents. Cette précarité accentuée du public accueilli par la structure « à bas seuil d'exigence » qu'est le Bus méthadone est en adéquation avec le public cible initialement visé par ce dispositif. Cependant, une partie de la file active ne rentre pas dans les critères de grande précarité. À côté de cette population coexiste une population plus insérée composée d'un groupe d'usagers beaucoup moins marqué par la précarité et les pratiques à risque. Le recours au Bus de ces derniers questionne donc les modalités d'accès et le fonctionnement des CSST « classiques ».

PRÉCARITÉ ET PRISES DE RISQUE CHEZ LES USAGERS DE DROGUES

MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE

SOCIOLOGUE, INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE (INVS)

Je vais vous présenter les données relatives à la précarité, issues de l'enquête 2004-2007 sur l'hépatite C, le VIH et les pratiques à risque chez les consommateurs de drogues (Coquelicot), menée par l'InVS en collaboration avec l'Institut national d'études démographiques

(Ined), et le Centre de recherches psychotropes, santé mentale, société Cesames, et financé par l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS).

Il est compliqué de parler de dépendance ou de toxicomanie, en général, car ces pratiques concernent une grande variété d'individus, de situations sociales et de rapports aux produits consommés. L'enquête Coquelicot étudie une population spécifique qui se situe dans une problématique de « dépendance » et se reconnaît majoritairement dans une identité « toxicomane ». C'est une population qui a recours au dispositif spécialisé. En France, l'usage de drogues constitue une pratique illégale et concerne une population stigmatisée, souvent marquée par la précarité. Ce qui induit une forte vulnérabilité par rapport aux risques infectieux (VIH et VHC). Le dispositif de l'enquête est composé de deux volets, les enquêtes épidémiologiques transversales complémentées par un volet socio-anthropologique. Concernant la description sociodémographique de la population, les trois quarts sont des hommes avec un âge moyen de 35,2 ans, 65 sont sans emploi, 8 % ont un niveau d'études inférieur ou égal au primaire, 55 % vivent seuls. La situation vis-à-vis du logement constitue un indicateur important en termes de précarité sociale. Au moment de l'étude, 55 % des usagers sont sans logement stable. À 16 ans, 22 % ne vivaient plus chez leurs parents ou dans leur famille. Depuis l'âge de 18 ans, les trois quarts ont dormi dans la rue au moins une fois, en raison d'une absence de domicile personnel. Nous voyons à travers ces données sociodémographiques que la population des UD prise en charge est marquée par une extrême précarité sociale. Ces résultats sont d'autant plus préoccupants que la population étudiée ne fréquente pas uniquement les Caarud mais également le dispositif haut-seuil ou un généraliste. Au sujet des pratiques à risque, elles sont élevées au cours du dernier mois puisque 13 % ont partagé leur seringue, 38 % ont partagé le petit matériel (cuiller, coton), 74 % ont réutilisé leur seringue, 81 % ont partagé la pipe à crack et 25 % ont partagé la paille de snif.

Un focus sur les usagers les plus précaires : 27 % des UD sont dans une situation de grande précarité économique (vivent dans un squat et/ou exclusivement de dons). Ce sont en majorité des hommes vivant sur Paris, qui ont un faible niveau scolaire et parfois des antécédents d'incarcération. Ils déclarent plus de problèmes psychologiques dans les six derniers mois et sont moins souvent suivis pour leur VHC. Ils sont plus souvent consommateurs de crack et injecteurs de cocaïne et partagent fréquemment la pipe à crack.

En analyse multivariée, la précarité vis-à-vis du logement est un facteur indépendamment associé au fait d'être contaminé par le VHC. Une des hypothèses de cette association est la suivante : la précarité soumet l'usager de drogues à la dépendance aux autres pour l'obtention du produit et rend plus complexe la gestion des circonstances de consommation. Elle renforce donc

l'exposition au risque de partage du matériel de consommation. Mais, il convient également de signaler que la précarité peut également être une conséquence de la maladie VHC. L'enquête Coquelicot met en œuvre un volet socio-anthropologique, complémentaire au volet épidémiologique. Ce volet qualitatif met en évidence que les trajectoires de vie des UD sont chaotiques dès l'enfance et ne favorisent pas les trajectoires linéaires en termes d'insertion. Un cumul de souffrances psychiques et sociales peut engendrer la construction d'une image de soi dévalorisée et renforcer chez certains usagers le sentiment d'enlèvement dans une spirale de l'échec. La fragilité des supports sociaux auxquels se raccrocher (ruptures familiales, faible bagage scolaire, réseau social souvent restreint au monde de la marginalité) ne favorise pas les dynamiques d'insertion. Nous constatons néanmoins une reconstruction de nouvelles formes de sociabilité dans le monde de la précarité, surtout chez les plus jeunes usagers avec l'adoption de stratégies d'adaptation et de justification, c'est-à-dire une mise en avant de l'usage de drogues et de la marginalité comme choix de vie. Chez les usagers plus âgés, on peut noter une aspiration progressive à un mode de vie presque caricatural autour d'une forme de « normativité » sociale exacerbée autour de la triade « famille, emploi, maison ». Quelques groupes d'usagers de drogues sont particulièrement exposés aux risques et tout particulièrement par la précarité économique, ce sont les consommateurs de crack. 80 % n'ont pas d'emploi (vs 58 % des non-consommateurs), 81 % sont sans logement stable (vs 44 %), 79 % ont un antécédent d'incarcération (vs 53 %), 81 % ont partagé la pipe à crack, 64 % ont partagé le petit matériel (cuiller, coton) (vs 36 %) et 81 % ont réutilisé leur seringue (vs 69 %).

Les femmes usagères de drogues fréquentant les dispositifs spécialisés constituent une population marquée par la précarité économique, sociale et relationnelle. De manière exacerbée, des ruptures de vie scandent les trajectoires des femmes dans l'enfance, l'adolescence et à l'âge adulte. Ceci se caractérise par une autonomisation précoce vis-à-vis de la sphère familiale en lien avec des événements traumatisants (violences, abus sexuels). Les trajectoires des femmes UD sont marquées par une forte précarité sociale et relationnelle avec peu d'autonomie financière, et une dépendance au conjoint pour les plus soumises. Les pratiques de partage du matériel liées à la consommation de drogues chez les femmes se déroulent le plus souvent au sein du couple. La dépendance vis-à-vis du conjoint pour l'approvisionnement en drogues est une des explications. Cette dépendance expose les femmes au risque de partage du matériel d'injection. Autre élément important qui symbolise la précarité des femmes UD, c'est l'importance du partage du filtre (26 % vs 4 % chez les hommes). Les femmes sont réduites à récupérer les filtres abandonnés par les autres usagers pour consom-

mer de manière économique des résidus de produits. Les données Coquelicot autour de la précarité chez les UD sont confortées par la littérature internationale (travaux ethnographiques de Philippe Bourgois sur les consommateurs de crack) et par les données récentes de l'enquête nationale (ENa)-Caarud-Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) réalisée en 2006 auprès des usagers des dispositifs bas-seuil. Dans cette dernière enquête, 77 % des UD sont dans une situation de précarité « modérée » ou « importante ».

Pour conclure, la précarité constitue une dimension essentielle à prendre en compte dans la compréhension et la prévention des pratiques à risque chez les UD. La précarité a un impact sur l'autonomie de l'usager face aux circonstances de consommation de drogues. Elle ne doit, toutefois, pas être utilisée pour renforcer la stigmatisation de la population UD. Les prises de risque ne sont pas restreintes aux populations d'UD précaires. Et si les UD les plus « visibles » sont en situation précaire vis-à-vis des ressources économiques et sociales, ce type de précarité ne concerne pas l'ensemble des UD.

QUESTIONS DE LA SALLE

JOSÉ GUÉRIN, INTERNE EN SANTÉ PUBLIQUE — N'y a-t-il pas eu un glissement de la lutte contre l'exclusion à une aide d'urgence aux exclus ? Et ce faisant, certaines ONG ne sont-elles pas passées du champ politique au champ plus compassionnel ? N'est-ce pas un mode de légitimation de l'exclusion dans la société ?

MICHEL JOUBERT — Les acteurs participent à changer, à un niveau micro-social, les paramètres de l'exclusion. Il y a certes un risque qu'ils soient instrumentalisés dans un sens gestionnaire, de maintien de la paix sociale. N'empêche, ils travaillent à reconstruire des rapports sociaux, et donc des capacités de résistance, et c'est le fondement de toute possibilité de mobilisation contre l'exclusion.

ANTONIO UGIDOS — La réduction des risques est avant tout une pratique existentielle. En 1988, les UD mourraient. La réduction des risques a permis de favoriser un accès aux soins, une dignité, une citoyenneté. La naissance de l'Association auto-support des usagers de drogues (Asud), c'est la reconnaissance d'une existence.

DANIELLE MESSAGER — Quel est le matériel spécifique de réduction des risques pour les consommateurs de crack ?

MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE — L'enquête Coquelicot a mis en exergue une population fortement touchée par le VHC avec comme pratique à risque la plus répandue, le partage de la pipe à crack. Le fait de chauffer une pipe

en verre et de manipuler un cutter peut occasionner des blessures aux mains et des lésions à la bouche. Un projet de réduction des risques est à l'étude et envisage de créer des outils spécifiques comme une pipe en pyrex, un cutter moins coupant et un filtre déjà prêt. Au Canada, ce tube en pyrex est déjà distribué et financé par les autorités publiques locales, et il a fait la preuve de son efficacité. L'objectif pour nous serait de mettre en place un essai d'intervention sur un an, avec un « avant » et un « après ». En découleront des décisions politiques qui ne sont plus de notre ressort avec le risque de rencontrer des difficultés pour faire financer l'outil, contrairement à la recherche. Si l'outil est validé, nous espérons que les pouvoirs publics suivront et qu'à l'instar des seringues, ces outils spécifiques pourront être diffusés massivement aux consommateurs. L'autre intérêt de cet outil est qu'il puisse avoir un impact sur le lien social qui pourra être créé avec les usagers de crack afin qu'ils prennent en compte leur santé d'une manière plus globale.

DANIELLE MESSAGER

Je me tourne vers vous Gilles Pialoux, chef de service à l'Hôpital Tenon, spécialiste du sida, afin de comprendre comment la nouvelle gouvernance des services hospitaliers se répercute sur les personnes « non rentables ».

PRÉCARITÉS, T2A, NOUVELLE GOUVERNANCE ET PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SÉROPOSITIFS

GILLES PIALOUX

CHEF DE SERVICE, HÔPITAL TENON

La France est plutôt « bon élève mondial », la part des dépenses de santé en % du produit intérieur brut (PIB) place le pays en tête de liste sauf pour la part des budgets alloués à la santé publique et à la prévention dont le niveau reste bas. La prise en charge du VIH ou des addictions se fait à une forte majorité à l'intérieur de l'hôpital (91,3 %) alors même que pour des pathologies cardiaques interventionnelles, la part du public est de 43,2 %. Les patients usagers infectés par le VIH ou le VHC sont donc fortement touchés par la problématique posée par la réforme de l'hôpital.

Le VIH a été traité de manière spécifique et particulière avec la mise en place de structures spécialisées ce qui

apparaît peu dans les autres pathologies. Il y a eu pendant longtemps des crédits fléchés, des postes dédiés (praticien hospitalier, technicien d'études cliniques...) et la recherche clinique était omniprésente.

Les objectifs 2012 de la réforme sont d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, d'accroître l'efficacité de la prise en charge, de mieux utiliser les ressources et de garantir l'accès aux soins. Pour les atteindre, le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) a été mis en place selon une répartition géographique et la certification. Point central de la réforme qui concerne tous les patients, la tarification à l'activité (T2A). Autre point très politique : un alignement tarifaire public/privé d'ici 2012.

Avant les modifications tarifaires, le budget était global et dispatché en fonction des pathologies, hormis pour les crédits fléchés. Les ressources allouées étaient reconduites d'année en année. Avec la T2A, l'hôpital se trouve confronté à une tarification à l'acte qui s'assimile, non pas à une tarification à l'activité, mais à la recette. En effet, plus une pathologie est simple, plus elle est facile à comptabiliser, à tarifier, et donc rentable. Il existe un logiciel informatique qui groupe les patients dans un groupe homogène de malades (GHM) auquel correspond un groupe homogène de séjour (GHS). Lorsqu'une personne est hospitalisée, tant de jours sont prévus en fonction de sa pathologie. Un exemple caricatural de cette tarification est la mort comme complication d'une maladie. Si un patient décède avant minuit le GHS correspond à 800 euros. S'il meurt dans les 48 heures à 8 400 euros. S'il décède au bout de 15 jours, à 8 400 euros également !

Avec *Transcriptases*¹, nous avons d'abord lutté pour l'exceptionnalisme du VIH puis pour moins d'exceptionnalisme qui peut s'avérer être un obstacle, notamment en termes de prévention ou de dépistage. Cependant, la lutte contre le VIH et le VHC, avec la précarité qui y est souvent associée, nécessite une vision « exceptionnaliste » de l'hospitalisation. À titre d'exemple, un patient hospitalisé après une ablation de la prostate va rester deux jours et demi à l'hôpital (durée moyenne de séjour) pour un acte codifié qui va rapporter des recettes. Lorsqu'il s'agit d'un patient VIH qui n'a pas l'AME ou la CMU, la durée de son hospitalisation sera plus longue, sa pathologie générera peu d'actes et donc peu de recettes. Dans le cas du VIH, il est aussi plus difficile de faire des GHS étant donné que cette pathologie est complexe, où le non-médical pèse lourd. Or, la classification actuelle ne tient pas compte de cette complexité. Autre particularité, la non-programmation des complications du VIH. Il faut savoir qu'une hospitalisation programmée coûte 60 % moins cher qu'une hospitalisation non programmée. Nous sommes donc dans une logique où les précaires ont tendance à retourner vers le système de soins hospitaliers alors même qu'il y a à l'hôpital une logique qui tend à opposer patients « rentables » et « non rentables ». À cela

s'ajoute un système dans lequel le personnel est redistribué en fonction de sa « rentabilité ». Une infirmière, même volontaire pour cela, ne sera pas dédiée au VIH mais à un pôle avec de nombreux effets pervers, comme la moins bonne qualité des soins. Les pôles eux-mêmes sont réorientés vers des activités « rentables » de type médecine interventionnelle.

Le rapport Yeni 2008 concernant les recommandations sur l'organisation des soins et le VIH dans un chapitre coordonné par Willy Rozenbaum et François Bourdillon propose de réaliser :

- plusieurs études spécifiques notamment sur le coût hospitalier pour les patients infectés par le VIH afin de s'assurer de la pertinence des calculs de l'étude nationale des coûts,
- une étude de la fréquence et des causes de séjours extrêmes supérieurs à un mois afin de mieux en comprendre les déterminants,
- une enquête nationale transversale pour mieux cerner l'adéquation entre l'offre et la demande de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Enfin, le rapport préconise de définir une tarification pour les consultations complexes ou pluridisciplinaires qui ne relèvent pas de l'hôpital de jour, de faire reconnaître la spécificité technique et économique des services de suite du VIH, de créer une offre de soins fléchés VIH au sein des unités de soins de longue durée (USLD) et de faire un état des lieux du fonctionnement des appartements thérapeutiques. La ministre de la Santé Roselyne Bachelot-Narquin s'est exprimée sur ces points car un projet de loi Hôpital, patient, santé et territoire est actuellement en discussion sur le nouveau système d'organisation des GHM dite V11 qui devrait valoriser la prise en charge de la précarité à l'hôpital.

Je reste néanmoins inquiet de cette confrontation public/privé, rentable/non rentable, et sur le glissement de l'hôpital public vers « l'hôpital entreprise » focalisé sur les recettes.

QUESTIONS DE LA SALLE

JOSÉ GUÉRIN, INTERNE EN SANTÉ PUBLIQUE — Dans ce projet de loi Hôpital, patients, santé et territoire, ils transforment l'obligation de moyens en une obligation de résultats, ce qui n'est pas bon signe pour la précarité.

GILLES PIALOUX — C'est même plus compliqué que cela. Un praticien hospitalier sera en partie payé avec une proportion non négligeable sur le remplissage, c'est-à-dire l'obligation de remplir un contrat d'objectifs et de moyens. Cela va devenir de plus en plus compliqué pour l'hôpital de soigner les précaires.

DANIELLE MESSAGER

Michel Joubert, vous êtes professeur de sociologie à Paris VIII et chercheur au CNRS. Votre intervention va justement porter sur les paramètres sociaux et psychosociaux qui rendent difficile l'accès aux soins.

PRÉCARISATION, RISQUE ET SANTÉ

MICHEL JOUBERT

**PROFESSEUR DE SOCIOLOGIE,
UNIVERSITÉ PARIS VIII**

Nous avons organisé, dans le cadre de l'Inserm, un colloque en 2001 ayant débouché sur la publication d'un ouvrage qui portait sur les liens entre précarisation, risque et santé ². Précarisation, plutôt que précarité, car il nous semblait important de ne pas enfermer des personnes – quelles que soient leurs difficultés – dans une catégorisation conduisant à les qualifier une fois pour toutes, à les réduire à l'état de difficulté dans lequel elles pouvaient se trouver à un moment donné. En abordant ces interactions sous l'angle des processus, il devenait possible de penser des actions sur les facteurs conduisant à infléchir les trajectoires et à produire les difficultés ou les prises de risque. Les questions d'accès à la prévention, aux soins et à la réduction des risques peuvent, dans cette problématique, être rapportées à la condition sociale des publics, leur style de vie, les épreuves traversées, le contexte, mais aussi tout un ensemble de facteurs qui s'inscrivaient dans la durée, dans les trajectoires. La question de l'accès peut être démontée en plusieurs parties. Ce n'est pas un système monolithique (accès/non accès) où il suffirait de pousser une porte. Pour entrer et avancer dans le processus que supposent la plupart des logiques de prévention, de réduction des risques et de soins, il est nécessaire, pour ceux qui ne sont pas des habitués (clients, usagers entraînés) et qui sont vulnérables, de procéder à des négociations et à des ajustements qui leur permettront de trouver leur place et de redevenir acteurs.

Les rapports sociaux particuliers qui s'engagent alors (au guichet, dans la rue, en face à face) dépassent le registre de la relation de service, en ce qu'ils supposent un minimum d'échanges et de confiance. En leur absence, l'entrée peut devenir très vite problématique et différée. Cela est particulièrement vrai des populations dont les pratiques, les comportements, le style de vie sont incriminés ou font l'objet de jugements moraux négatifs. La rencontre et l'accrochage nécessaires quand les personnes ne sont pas en demande, conduisent à co-construire les conditions d'accès ou de recours. Beaucoup de personnes n'utilisent que les circuits de l'urgence ou les conditions contraintes pour accéder à

certaines prestations, le plus souvent quand leur situation est devenue insupportable. Les intervenants de proximité (équipes mobiles, intervenants de rue, espaces bas-seuil) en absence de demandes doivent trouver ou construire des supports communs (supports de partage) avec les personnes pour développer la relation d'aide, qu'il s'agisse de prévention, de réduction des risques ou de soins.

La réduction des risques s'est construite sur ce type de méthodologie : un acteur qui travaille de manière suivie avec les usagers, a besoin d'un espace et de supports sociaux spécifiques pour engager la rencontre (un espace moral dans un contexte extérieur répressif : confiance et respect, le support des seringues ou d'autres matériels). Pour la prévention, ces conditions ont longtemps été considérées comme réduites à la réception et l'intégration d'informations relatives aux risques. En fait, seuls les publics déjà « cultivés », ayant intégré la problématique de la prévention, étaient en mesure de profiter de ces actions. Pour réduire ces écarts source de disqualification et de stigmatisation, il est nécessaire de prendre en compte la temporalité et les dispositions des personnes en difficulté.

Pour ceux qui ne peuvent se projeter dans une logique de gestion à moyen terme (à la base de nombreux protocoles de soins), les intervenants sont conduits à modifier les paramètres de l'accès en prenant en compte leurs logiques sociales, c'est-à-dire leur style de vie, leurs urgences, leurs résistances. Ces éléments ne sont généralement pas pris en compte dans les indicateurs comptables d'activité (nombre de seringues, de contacts) alors qu'ils se trouvent à la base de la relation, de l'efficacité de l'acte d'échange. Cela vaut pour la relation de soins (compliance, intégration du protocole) comme pour l'action sociale, où l'éloignement avec certains publics a nécessité de faire évoluer les manières de travailler, de ne pas attendre la demande, mais de créer les conditions de la rencontre, en recherchant ce qui pourrait faire sens pour eux. Au-delà de la problématique de la relation de service, nous avons donc des registres dans le domaine des soins et de la réduction des risques, où pour assurer des accès, il est nécessaire de travailler sur le mode de l'alliance (construction de significations et d'expériences partagées). Il y a ici un enjeu de connaissance et de compréhension, pour que les professionnels soient mieux outillés pour aborder ces processus. Un enjeu aussi de dépassement du pragmatisme pour faire ressortir des enseignements partageables et transférables et faire évoluer le droit commun de certains dispositifs.

DANIELLE MESSAGER

Nous allons clore cette journée avec vers vous Étienne Grosdidier. Vous êtes médecin alcoologue à l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP) et au service d'aide médicale urgente (Samu) social. Grâce à ce double regard de prise en charge, vous allez nous proposer un retour d'expérience basé sur les conditions nécessaires à la prise en charge du problème de l'alcool. Prise en charge qui vient se heurter à certains freins chez la personne en situation de précarité. Parce qu'on ne peut pas isoler le problème de l'alcool du problème social.

ALCOOL ET GRANDE EXCLUSION : UNE IMPASSE ?

ÉTIENNE GROSDIDIER

MÉDECIN ALCOOLOGUE, SAMU SOCIAL DE PARIS, UNITÉ FONCTIONNELLE D'ALCOOLOGIE DE L'HEGP

L'objectif ici est de faire un retour d'expérience, à la fois sur l'activité du Samu social auprès des personnes précaires en ce qui concerne les problèmes d'alcool, mais aussi sur l'activité de l'unité fonctionnelle d'alcoologie à l'HEGP. Le but étant de voir quelles sont les possibilités pour prendre en charge cette population en grande précarité qui présente un mésusage de l'alcool et une forte dépendance à ce produit. Contrairement aux addictologues, les alcoologues n'ont pas vraiment de technique de réduction des risques et évidemment pas de substitution.

Je commencerai par un état des lieux sur la grande précarité. Nous ne connaissons pas le nombre de SDF en France. Nous savons juste qu'ils sont concentrés dans les grandes métropoles. Ils seraient entre 50 000 selon les pouvoirs publics et 200 000 selon ATD Quart-Monde. C'est un sujet qui intéresse. Pour preuve, le Samu social et d'autres organisations ont répondu à un appel d'offres récent de la préfecture de police de Paris qui cherche à recenser cette population. Le but est franc et clair, il s'agit d'identifier les personnes susceptibles de provoquer des troubles de l'ordre public.

En ce qui concerne l'épidémiologie du mésusage de l'alcool dans la population générale, nous avons aussi peu de chiffres que pour la précarité et la corrélation entre précarité et alcoolisme n'est pas toujours avérée. Nous pouvons essentiellement nous baser sur la pyramide de Skinner selon laquelle, en population générale, sur 100 personnes consommatrices régulières d'alcool, on compte, selon les normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM), 5 % de dépendants, 20 % de consom-

mateurs à problème ou consommateurs excessifs, 60 % de consommateurs sans risque et 10 % d'abstinents. Si nous focalisons sur la population précaire, des études récentes montrent que le mésusage et la consommation d'alcool sont plus importants chez les chômeurs que chez les personnes qui travaillent ou qui sont retraitées. Nos structures accueillent des consommateurs excessifs ou des sujets dépendants dans des proportions stupéfiantes. Ceci est inexplicable étant donné la physiopathologie de la dépendance. Quand nous interrogeons les patients, les motifs d'alcoolisation sont différents de ceux trouvés dans la population générale. Ce qui voudrait dire que l'outil conventionnel de psychothérapie motivationnelle ou de thérapie cognitive et comportementale (TCC) est inadapté à cette population. Une autre chose importante à ne pas perdre de vue, ce sont les conséquences de la consommation chronique d'alcool à des doses importantes. Il s'agit de conséquences somatiques mais aussi neuropsychiques (troubles des fonctions exécutives). Il y a des pathologies plus graves comme le syndrome de Korsakoff ou des démences alcooliques qui sont multifactorielles. Les caractéristiques de ces pathologies passent souvent inaperçues. Le sujet peut être considéré comme non motivé.

Qu'est-ce qui fait que le mésusage de l'alcool est plus sévère que dans la population générale ? D'abord l'intensité, l'ancienneté de la consommation d'alcool et l'association aux carences, au tabac et à d'autres toxines. Ensuite, les fréquences de co-morbidités à risque neurologique qui sont mal prises en charge comme le diabète. Le stress permanent, la diminution des stimuli cognitifs et culturels, l'isolement social et psychoaffectif, sont aussi des facteurs aggravants. En ce qui concerne certains outils essentiels tels que les bilans neuropsychologiques ou les rééducations cognitives, ils sont difficiles à mettre en œuvre dans le secteur non libéral et ne sont pas remboursés. Un autre facteur aggravant est le fatalisme des patients eux-mêmes et surtout de l'entourage, qui considèrent le mésusage de l'alcool comme inéluctable chez les patients à la rue. Enfin, il y a la sur-exclusion : des patients exclus des structures institutionnelles (post-cure) ou non (dispositifs expérimentaux comme les familles d'accueil) faute d'assurance d'un logement en aval.

Ce qui va également gêner la prise en charge c'est l'ignorance du handicap de ces patients. Les troubles sont souvent ignorés et sont interprétés comme de la mauvaise volonté, de l'abandon, du mépris. L'ultra mobilité géographique et l'absence de repères dans le temps compliquent le suivi rapproché ainsi que l'absence d'étayage familial ou amical, pourtant indispensable chez les patients alcoolodépendants présentant des troubles neuropsychiques ou neurologiques sévères. Chez les patients en grande précarité, cet étayage ne peut être apporté que par l'équipe médicale ou socio-éducative, il est forcément discontinu et très insuffisant. Les associations peuvent aussi jouer un rôle important pour quelques patients.

Au final, les patients en grande précarité semblent présenter des troubles cognitifs et/ou neurologiques liés à l'alcool, plus fréquents et sévères que chez les patients socialisés. Vont s'ajouter à cela des facteurs aggravants qui compliquent la prise en charge. Dans ce contexte, l'apprentissage de nouvelles fonctions est extrêmement difficile, la réinsertion professionnelle pleine est quasi illusoire. Les thérapeutiques classiques d'aide au sevrage et à son maintien sont le plus souvent inopérantes (psychothérapies motivationnelles, TCC).

Que peut-on alors proposer comme outils de prise en charge ? Les mêmes que pour tout le monde. Le préalable étant la consultation d'alcoologie spécialisée, multidisciplinaire, avec un rôle prépondérant de l'assistante sociale. Un travail motivationnel, la coordination des projets médicaux et sociaux. Il existe aussi des consultations d'alcoologie avancées mais je n'ai pas d'évaluation sur ces pratiques. Le sevrage ambulatoire est déconseillé, la cure simple ou le sevrage complexe isolé est un échec assuré. Le seul outil qui nous reste est la post-cure, après une cure simple ou un sevrage complexe, sous certaines conditions : qu'il y ait d'abord un travail alcoologique et social afin d'effectuer un bilan préalable des troubles cognitifs. En présence de troubles patents, il faut organiser une rééducation cognitive. Ces deux étapes sont quasiment irréalisables pour un public en grande précarité. Il va falloir motiver le patient, trouver une cure dont le mode de fonctionnement soit adapté et qui va accepter ce patient à risque. Tout retour à la rue ou en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) après un sevrage est un échec programmé. Sortir un patient grand précaire de l'alcool implique de pratiquer une prise en charge à visée curative complexe, forcément multidisciplinaire. Un projet alcoologique durable chez les grands exclus ne peut se concevoir que couplé à un projet social qui sera déterminant. Ces deux projets sont intriqués et leur coordination est complexe. Cette mise en place demande du temps, un suivi préalable du patient en consultation spécialisée. Il y a des circuits à mettre en place, une refonte des techniques habituelles notamment en ce qui concerne les modalités de la consultation chez ces patients et une formation du personnel. Enfin, il ne faut pas négliger les associations d'anciens buveurs. Beaucoup ont une expertise et une approche pertinente de ces patients. Les bénévoles sont souvent très disponibles pour accompagner, aider dans les démarches sociales, soutenir. Certaines de ces associations disposent de structures post-cure avec de très longs séjours incorporant des programmes spécifiques de réinsertion par le travail et destinés au public précaire comme Vie Libre à Lille. Mais ces associations se sentent, hélas, de plus en plus impuissantes.

QUESTIONS DE LA SALLE

MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE — Pour avoir travaillé sur les mouvements associatifs chez les toxicomanes et narcotiques anonymes, ce qui marche c'est la disponibilité totale, le système de parrainage et d'identification.

CATHERINE BROUSSELLE — Une remarque sur la non-hospitalisation en préalable. Il est difficile de faire une évaluation quand la personne vient toujours alcoolisée en ambulatoire et chez qui on ne peut faire la part des troubles sous-jacents car l'alcool est trop prégnant. C'est souvent après un mois d'hospitalisation sans alcool qu'il est possible de faire une évaluation cognitive, réduire le déficit nutritionnel et enfin avoir un entretien motivationnel correct.

ÉTIENNE GROSDIDIER — C'est compliqué à obtenir. Prenons l'exemple de l'hospitalisation d'un patient très précaire durant trois semaines. On fait le bilan, mais si rien ne s'enchaîne derrière avec un projet social, une post-cure, cela signifie que le patient va retourner à la rue et reboire. Tout combiner est d'une complexité monstrueuse. Il est déjà difficile de les garder un mois et de toute façon la durée maximale d'une cure est de onze jours.

ANTONIO UGIDOS

On a vu durant cette journée la complexité du phénomène, les inter-relations, les causalités ou non causalités, les imbrications des différentes vulnérabilités. Un des enseignements de cette rencontre est la nécessité de continuer à mener des stratégies de maintien du lien avec les personnes en situation de précarité, ce lien passant par la reconnaissance de l'autre comme différent mais semblable.

1 - Revue éditée par l'association Pistes en partenariat avec le Crips

2 - M. Joubert, V. Ringa, P. Chauvin, F. Facy, *Précarisation, risque et santé*, Ed. Inserm, 2001

Caroline Prat
Bénédicte Astier
Isabelle Baldisser
Antonio Ugidos

ISSN 1242-1693



*Recueil statistique relatif à la pauvreté et la précarité en Île-de-France
au 31 décembre 2007, Mission d'information sur la pauvreté
et l'exclusion sociale en Île-de-France (Mipes)*

CRIPS