



ASSUETUDES ET EXCLUSION SOCIALE : COMMENT BRISER LA SPIRALE INFERNALE ?

La toxicomanie, le tabac, l'alcool ne sont pas l'apanage du pauvre ! L'usage de drogues psychotropes touche toutes les catégories sociales. Cependant, les personnes en situation de précarité - et donc de détresse morale - souffrent de conduites addictives plus marquées et entretiennent avec ces drogues un rapport complexe. La méthodologie de traitement au sein de cette population, et plus particulièrement la prévention des risques, sont donc tout à fait spécifiques et constituent un défi à part entière pour les autorités et les associations qui travaillent dans ce domaine. En Belgique, malgré des efforts importants pour mettre en place une politique cohérente, la multiplicité d'acteurs interagissant dans ce domaine complique la mise en place de structures adéquates.

Selon le psychologue Baptiste Cohen¹, « la toxicomanie n'a pas une cause simple qu'il suffirait de traiter pour voir disparaître ses effets. Il ne suffit pas d'en parler, de l'interdire, de faire du sport ou d'être bien élevé pour en être protégé. Malheureusement ni la police, ni les travailleurs sociaux, ni les médecins ne peuvent régler seuls le problème de la toxicomanie »².

1

Le problème de la relation entre les assuétudes et la pauvreté est infiniment complexe, en ce sens qu'il y a probablement autant de manières de l'aborder que d'individus qui souffrent de ces maux. Les assuétudes constituent de fait un élément important de la précarité (l'usage abusif de drogue ou d'alcool conduit souvent à la perte des liens sociaux de l'individu) et l'exclusion sociale aggrave souvent l'usage abusif de psychotropes (les individus considèrent qu'ils n'ont plus rien à perdre). Il est cependant souvent difficile d'établir le vrai lien de cause à effet : les conduites addictives peuvent être la cause et/ou la conséquence de l'exclusion, mais aussi une simple conséquence ou, plus rarement, la simple cause...

Alors certes, et heureusement, « tous les exclus ne sont pas toxicomanes et tous les toxicomanes ne sont pas exclus »³, mais une grande majorité de personnes en situation précaire souffre plus âprement d'assuétudes. Cela n'est pas vraiment surprenant. Le problème des addictions, comme le résume très bien Baptiste Cohen, est déjà extrêmement difficile à traiter de par la nature humaine qui « a cette capacité extraordinaire à transformer en drogue tout ce qui lui procure du plaisir ou apaise ses tensions, que ce soit le vin, le tabac, le cannabis mais aussi la télévision, l'ordinateur, le travail, la religion ».

Loin d'une consommation occasionnelle et « hédoniste » de substances psychoactives, les personnes en situation de précarité ont recours à certains psychotropes

¹ Directeur du Service d'accueil téléphonique Drogue, alcool, tabac info service (Paris, France)

² <http://www.revueobservatoire.be/parutions/51-52/CohenD5152.htm>

³ Voir interview de Françoise Haessens, directrice de l'AMA, dans le JT de Télé Bruxelles 8/10/08 (VERIFIER)

Vivre Ensemble Education - décembre 2008

rue du Gouvernement provisoire 32 -1000 Bruxelles

02 227 66 80 courriel : vivre-ensemble@entraide.be . Site : www.vivre-ensemble.be

pour anesthésier des sentiments profonds d'impuissance, d'échec et d'incompétence⁴. Ces drogues (au sens large du terme), sont perçues comme unique source de plaisir dans un quotidien misérable, bien qu'elles alimentent en réalité un état dépressif et un mal de vivre parfois déjà profondément ancrés. Certaines de ces substances leur servent par ailleurs à soulager la douleur, à calmer les angoisses, favoriser le sommeil, réduire les sensations de froid ou de faim, donnant ainsi la sensation qu'il s'agit bien là du moyen le plus « efficace » (du moins à court terme) d'oublier ou de se donner du courage dans des situations difficiles... Comme l'a résumé avec justesse le Dr Jacques Hassin⁵ : "L'alcool à la rue, c'est le médicament de l'exclusion. Vous feriez la manche, vous, sans être bourrés ?"⁶

Difficile, dans une telle perspective, de moraliser sur les méfaits de ces substances pour la santé. L'espoir fait vivre mais lorsqu'on n'en a plus, finalement, où est le problème à se tuer à petit feu ? Et c'est bien là que réside toute la difficulté à traiter la question. Cette impression de réconfort est toute relative. Outre les effets dévastateurs sur la santé d'une consommation abusive de psychotropes (cardiaques, neurologiques, vasculaires ...), ces substances agissent sur le fonctionnement du système nerveux, altèrent les pensées, les perceptions, l'humeur, la motricité et surtout le comportement de la personne. L'agressivité ou le ressassement d'idées noires qu'elles peuvent révéler ne contribuent bien souvent qu'à aggraver la situation (bagarres, expulsions de maisons d'accueil, conflits avec les travailleurs sociaux, problèmes avec la police ...). Sans compter le lot de problèmes de santé entraînés par les mauvaises conditions d'hygiène, les blessures et/ou les maladies non soignées.

L'attitude « fataliste » développée par ces personnes fait en sorte qu'elles n'ont peu ou plus de motivations pour gérer des problèmes de santé dans une enveloppe corporelle qu'elles rejettent, soit parce que celle-ci les dégoûte, qu'elles en ont honte, où tout simplement parce qu'elles la négligent. Leur santé apparaît comme le dernier de leurs (nombreux) soucis. Les problèmes s'enchaînent et se cumulent jusqu'à un cercle vicieux dont il est extrêmement difficile de sortir.

Ce rapport entretenu avec les substances addictives place les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé devant des situations inextricables. Comment responsabiliser ces personnes en matière de santé et surtout comment gérer des comportements qui deviennent de plus en plus ingérables ? Tout problème entraîné par des assuétudes nécessite un suivi thérapeutique inscrit dans la durée ; or, la population visée est beaucoup trop instable. Les travailleurs sociaux qui travaillent dans l'urgence sont bien souvent dépassés par des problématiques qui ne relèvent pas ou plus de leur domaine ou de leurs compétences. En 2001, « Diogènes »⁷ publiait dans un article intitulé « La rue : miroir de nos dysfonctionnements » : « A ce type de problème, il n'y a que deux solutions : soit offrir soupes populaires et lits d'urgence pour se donner bonne conscience et éviter d'avoir des morts... soit

⁴ Centre communautaire d'intervention en dépendance, Québec, Canada
<http://www.etape.qc.ca/chroniques/toxico.htm>

⁵ directeur scientifique de l'Observatoire du SAMU social de Paris et responsable de la consultation médico-sociale du Centre d'hébergement et d'accueil des personnes sans abri de Nanterre (CHAPSA)

⁶ (http://www.pistes.fr/swaps/17_157.htm) .

⁷ Asbl qui effectue un travail de rue avec les personnes sans abri.

identifier ces failles dans le filet de protection sociale et entreprendre les modifications législatives qui s'imposent »⁸.

Un axe politique : la réduction des risques

Un type d'action privilégié : le travail de rue

Heureusement, ces dernières années, et même si le mouvement a été tardif, l'attention particulière portée par les pouvoirs publics et le secteur de la santé à vouloir traiter des assuétudes comme d'une question prioritaire à tous les niveaux de la société, a été relativement bénéfique au secteur social. Tout le monde s'accorde à dire que la seule réponse possible se trouve dans des services sociaux ouverts et créatifs, avec des travailleurs de première ligne qui acceptent de dépasser les limites de leur spécialisation pour s'adapter aux réalités complexes des gens qu'ils rencontrent. Si ce n'est pas possible, il est essentiel qu'ils soient tout au moins en mesure de rediriger ces personnes vers les services compétents, dans un système simplifié qui ne décourage pas l'utilisateur d'aller frapper à d'autres portes. C'est une démarche qui s'inscrit dans la durée (ici, plus question de travailler dans l'urgence) et qui demande une réflexion profonde, issue d'une volonté commune, à la fois politique et associative. Elle induit une méthodologie efficace qui réclame des acteurs sociaux plus d'énergie, de moyens, de formation, de personnel qualifié et, dans l'idéal, la création de plus d'organismes spécialisés dans ce domaine spécifique.

En termes de traitement des assuétudes, et plus particulièrement de la drogue, une politique s'est peu à peu imposée d'elle-même presque partout en Europe: celle de la réduction des risques (RdR). L'épidémie du SIDA dans les années 80, puis la Déclaration des Villes européennes pour une politique en matière de drogue de 1998 ont introduit la notion de RDR comme un axe prioritaire vis-à-vis des usagers actifs et la Déclaration stipule que la répression doit s'orienter plutôt vers les producteurs de drogue que vers les usagers.

PRIVILEGIER UNE POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES (RdR)

Les risques liés à l'usage de produits psychoactifs (alcool, héroïne, cannabis, drogues de synthèse,...) ne manquent pas. Sanitaires d'abord avec les dépendances, infections et autres intoxications, ils sont aussi psychologiques, sociaux et juridiques. La "réduction des risques" (RdR) englobe les stratégies visant à prévenir et limiter les conséquences néfastes de la consommation pour la santé. Les objectifs de la réduction des risques ne sont pas subordonnés à ceux de l'abstinence, de la répression de la criminalité ou de la réduction des nuisances sociales liées à l'usage de drogues».

(...) En plus de sauver des vies en limitant le nombre d'overdoses, d'accidents de la route..., ces dispositifs permettent une diminution de l'exclusion dont sont victimes les usagers de drogues.

(extrait du Dossier d'information et de sensibilisation de février 2008 – Plateforme de réduction des risques – signé par Modus Vivendi asbl, FEDITO (wallonne et bruxelloise), Centre d'Action Laïque (CAL), Liaison antiprohibitionniste, Ligue des Droits de l'Homme,...)⁹

⁸ Webzine de l'asbl Diogènes « la rue, miroir de nos dysfonctionnements »

(http://www.webzinemaker.com/admi/m6/page.php3?num_web=42627&rubr=3&id=288602)

⁹ http://www.feditobxl.be/publications_secteur.php

Malgré de nombreuses polémiques sur cette politique, il faut reconnaître qu'arriver en effet à une consommation zéro, surtout avec ce type de population, relève de l'utopie d'autant que pour Ludovic Henrard, de la FEDITO Bruxelles, « Il est impossible de réduire toute la richesse d'une personne à son assuétude sans l'atteindre dans sa dignité humaine et aggraver le rejet dont elle est déjà souvent la victime »¹⁰. En effet, considérant le type de public visé, cela serait plutôt malvenu. Par contre, limiter les risques en protégeant les individus d'un processus qu'on ne saurait empêcher, ne serait-ce qu'en contrôlant un tant soit peu cette consommation, de façon à ce qu'elle se fasse dans les meilleures conditions, peut encore permettre de limiter les dégâts causés par ce problème, voire sauver des vies.

Pour mener à bien cette politique, il est tout à fait essentiel de travailler sur plusieurs niveaux. et, outre des structures « traditionnelles » d'accueil qui doivent s'adapter et la mise en place de plus de comptoirs d'échange de seringues par exemple, ce sont les travailleurs de rue qui sont les plus aptes à effectuer un véritable travail de fond dans ce domaine.

Quand social et santé s'en mêlent...

Les structures et outils ne manquent pas pour traiter du problème des conduites addictives, notamment dans le domaine de la santé¹¹.

4

C'est au niveau des structures sociales d'accueil que le plus gros effort d'information, de formation et d'adaptation reste à fournir puisque c'est vers elles que se tournent en premier recours les individus en difficulté. Celles-ci doivent être à même d'assurer une prise en charge minimale ou de rediriger les usagers vers les bonnes adresses dans le cadre de leur objectif de réinsertion sociale progressive.

Les travailleurs de rue devraient également jouer un rôle de plus en plus prépondérant dans ce domaine. Puisque la population visée n'est pas ou peu demandeuse de soins, c'est à sa rencontre qu'il faut aller pour la sensibiliser « en douceur » à ses problèmes de santé et l'inciter à faire la démarche de s'en préoccuper. Il faut du temps pour établir une vraie relation de confiance, mais lorsque celle-ci est finalement établie, les tabous, la honte, le dégoût ou la négligence de leur état de santé peuvent enfin être levés et des traitements envisagés.

Dans ce domaine, le travail de l'asbl DUNE est notable puisqu'il s'agit de la seule équipe de travailleurs de rue à Bruxelles qui se consacre spécifiquement aux problèmes de drogues. Il s'agit là de l'unique institution placée exactement à la

¹⁰ Présentation du secteur Toxicomanie lors de la semaine de l'AMA consacrée aux assuétudes

¹¹ Dans le domaine de la toxicomanie, outre les travailleurs de terrain « généralistes » comme les infirmières de rue, les centres médicaux ou les actions d'organisations comme Médecins du monde ou la Croix rouge, toutes les structures d'accueil spécifiquement consacrées à ce problème sont répertoriées sur le site de la Fédération d'institutions pour toxicomanes (FEDITO). <http://www.feditobxl.be/im.php>

Vivre Ensemble Education - décembre 2008

rue du Gouvernement provisoire 32 -1000 Bruxelles

02 227 66 80 courriel : vivre-ensemble@entraide.be . Site : www.vivre-ensemble.be

croisée des deux secteurs, gérant à la fois les problèmes sociaux (par le travail d'approche des usagers sur le terrain) et les problèmes de « bobologie »¹² en tous genres liés à la consommation de drogues. Les demandes de soins les plus courantes gérées par l'association sur les lieux de vie des usagers (en rue, dans les squats) sont des inflammations (veines...) et des infections en tous genres (plaies), des entorses, des œdèmes, des hématomes, des mycoses, des ulcères, de l'eczéma, et autres maux de gorge. L'équipe de DUNE est très limitée en effectifs puisqu'elle est simplement composée de deux gestionnaires, quatre travailleurs sociaux et deux infirmiers, mais elle favorise énormément le travail en réseau et collabore par exemple déjà régulièrement (une fois par semaine) avec la Maison d'accueil La Rive pour venir à la rencontre des exclus qui y résident et tenter de faire sauter les tabous liés à leur consommation de drogue.

Les initiatives de ce genre dans le domaine de la toxicomanie sont sans aucun doute les plus efficaces, mais sont néanmoins encore trop rares et doivent être fortement encouragées.

Il faut cependant reconnaître que le besoin de renforcer la collaboration entre les secteurs du social et de la santé s'impose peu à peu comme une évidence et le processus a été accéléré par une enquête réalisée en 2006-2007 par la CTB-ODB¹³. Dans ses conclusions, celle-ci préconisait que soient mis en place plus de lieux d'échanges et de réflexion pour les travailleurs de première ligne non spécialisés en toxicomanies. La 8^e édition de la semaine du Secteur bruxellois de l'aide aux sans-abri¹⁴ était d'ailleurs consacrée à ce thème. Elle a permis aux acteurs de terrain des deux secteurs – social et santé (assuétudes) - de se rencontrer. L'objectif était d'apprendre à mieux se connaître, comprendre les difficultés des uns et des autres et chercher ensemble des solutions pour améliorer l'accueil des personnes concernées. La réflexion au sein du secteur associatif est donc fort heureusement bel et bien engagée et plutôt encourageante.

5

De la bonne volonté des pouvoirs publics

Les pouvoirs publics ont également un rôle essentiel à jouer en soutien d'un secteur associatif qui se mobilise et qui a besoin de moyens supplémentaires. Certes, la multiplicité d'acteurs - par ailleurs spécifique à la politique belge - favorise pas la cohésion nécessaire à une action efficace, quand elle ne crée pas de la confusion.

Alors que les enjeux sont croisés et devraient être traités comme tels, toutes les initiatives de politiques publiques en Belgique sont prises par les ministères concernés (Santé et Action sociale) sans concertation véritable. Il existe par ailleurs une vaste panoplie d'outils au niveau des Régions et des Communautés. A Bruxelles, certains subsides sont versés par la Cocom, d'autres par la Cocof, ce qui crée des clivages au sein d'un secteur associatif, qui s'efforce pourtant de renforcer les collaborations dans la mesure des moyens qui lui sont donnés.

¹² L'asbl utilise cette notion de « bobologie » en ce sens que les individus ne distinguent même plus « la petite égratignure propre et bien refermée à désinfecter de l'abcès enflammé et volumineux, la personne les présente souvent sur le même pied d'égalité sans réelle notion dans l'échelle de gravité » - <http://dune-asbl.be/pdf/Soins%20infirmiers%20en%20rue.pdf>

¹³ (Concertation Toxicomanies Bruxelles)

¹⁴ organisée par l'AMA du 6 au 10 octobre 2008 <http://www.ama.be/projets/la-semaine-du-secteur-bruxellois-de-laide-aux-sans-abri>

Il existe néanmoins une véritable prise de conscience des enjeux de ce problème et une volonté certaine à s'y attaquer. Au niveau de la Santé, la problématique des assuétudes est déjà prise très au sérieux puisque, rien qu'à Bruxelles, elle n'intéresse pas moins de six entités fédérées, des Plans stratégiques, les Fonds assuétudes, les réseaux fédéraux, sans compter les projets européens et sociaux.

Au niveau de la politique sociale de la Région, par exemple, les plans de cohésion sociale, qui remplaceront dès 2009 les plans de prévention et de proximité (PPP) créés en 2003, placent également au cœur de leurs objectifs la lutte contre toutes les formes de précarité, de pauvreté, et d'insécurité ainsi qu'entre autres et non des moindres, l'insertion socioprofessionnelle, l'accès à un logement décent, l'accès à la santé et le traitement des assuétudes.

Mais le projet le plus récent entrepris par les pouvoirs publics émane de la Cocof qui, en novembre 2008, s'est lancée dans le projet de grande réorganisation du secteur des sans-abri où le problème des assuétudes sera sans aucun doute mieux intégré. Aussi a-t-elle demandé à toutes les associations et maisons d'accueil travaillant dans le secteur social, telles que l'AMA, Jamais sans Toit, ou encore La Strada, de recenser de manière plus précise qui se trouve dans la rue. Cet état des lieux collectif devrait s'avérer extrêmement utile, notamment pour déterminer si tous les besoins sont rencontrés dans ce domaine.

Quelles conclusions ?

Force est de constater que ces dix dernières années, des progrès importants ont été réalisés pour tenter de cerner ce problème difficile et d'y apporter des solutions. Des structures sont mises en place, certes imparfaites, mais toujours pour l'instant soucieuses de se remettre en question pour améliorer les services fournis. Le secteur associatif en particulier, en sortant de son champ de « spécialisation », ou en créant des structures spécifiquement dédiées à ce problème, se mobilise comme il peut. Un certain nombre de mesures s'avèrent néanmoins nécessaires.

Un renforcement encore plus poussé de la collaboration entre les deux secteurs (social et santé) par des partenariats sur le plan associatif est absolument essentiel. Il permettrait de renforcer l'efficacité des actions entreprises par les uns et les autres mais également d'engendrer des économies d'échelle, de mettre à plat les représentations de chacun, de dissiper des malentendus et de créer la cohérence transversale nécessaire¹⁵.

Il va de soi que dans le secteur social, la création de réseaux avec le secteur de la santé nécessite plus de moyens financiers, structurels, et plus de personnel formé et polyvalent.

De même, il est absolument essentiel de clarifier le parcours institutionnel et de le modaliser. Souvent, les personnes précarisées ou à la marge ne sont déjà pas demandeuses de soins. Lorsqu'elles le sont ou pourraient l'être, il leur est encore trop difficile de savoir à quelle porte frapper (et pour l'heure, ça l'est tout autant pour les travailleurs sociaux qui doivent les réorienter). Considérant l'instabilité du public visé,

¹⁵ Voir à ce propos l'édito de Colette Leclercq dans la revue observatoire sur la prévention des assuétudes (<http://www.revueobservatoire.be/parutions/51-52/dossier.htm>)

il est nécessaire d'améliorer la communication entre services publics et de partager les informations selon des critères déterminés en commun pour assurer, dans la mesure du possible, un SUIVI de dossier (inexistant pour le moment). Lorsqu'un individu baisse les bras et « disparaît » momentanément du réseau social, il faut tout recommencer lorsqu'il réapparaît. C'est un travail sans fin pour les associations.

L'absence de statistiques dans ce domaine est par ailleurs préjudiciable. Comment s'attaquer de manière efficace à un phénomène dont on ne connaît pas l'ampleur ?

En matière de gestion de l'opinion publique, il est important de changer les perceptions : pour l'heure, il est encore trop facile d'étiqueter ces hommes et ces femmes d' « alcooliques », de « camés » ou de « vagabonds » sans considérer d'abord l'être humain dans sa globalité et son histoire. Cette mauvaise perception stigmatise l'exclusion. Il est donc important de mettre en place des campagnes de communication (pouvoirs publics) pour résoudre ce problème.

Enfin, sur le plan méthodologique, la stratégie de Réduction des risques semble être la meilleure solution pour faire face à court terme à des situations qui se présentent souvent dans l'urgence pour les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé. Mais est-ce vraiment la seule approche possible ? Doit-on vraiment tout miser sur une réduction des risques sans chercher de solutions pour prévenir et limiter l'usage de psychotropes à long terme ?

Isabelle Arcis
Vivre Ensemble Education