

Regard sur la file active et la durée de prise en charge par nos services

Un noyau « dur et historique »

Certaines personnes sont suivies par notre équipe depuis plus de 7 ans.

Elles représentent 15 % de la file active actuelle.

Ce groupe de 37 personnes, âgées de 35 à 40 ans, constitue ce que l'on pourrait appeler le « noyau dur ou historique » de notre population.

Pour la plupart, très marginalisées lorsque nous les avons rencontrées, généralement sur leur quartier, voire, à la demande de leur famille pour plusieurs d'entre elles, ces personnes présentent

une problématique psychiatrique non traitée ou difficilement traitée par les services psychiatriques, du fait d'un refus d'orientation, pour 14 d'entre elles,

une dépendance maintenue à diverses substances (héroïne, cocaïne, alcool, médicaments) et souvent de façon "polytoxicomaniaque", pour 21 d'entre elles.

Un traitement de substitution a été tenté pour 19 personnes :

Méthadone	pour 12
Subutex®	pour 4
Skénan® ou Moscontin®	pour 3

6 personnes en bénéficient avec succès (soit moins de 30 %, ce qui est un taux bien inférieur aux chiffres concernant l'ensemble de notre population).

3 personnes de ce groupe ont été, depuis plusieurs années, **en attente de régularisation de séjour** sur le territoire français. Elles se trouvaient sans aucun droit ni ressource, 2 le sont encore.

Enfin, **22 d'entre elles présentent aujourd'hui un état de santé très précaire.**

Pour la plupart des personnes de ce groupe, un travail important a été réalisé avec l'entourage afin de maintenir au maximum un ancrage relationnel.

18 ont été hébergées ou aidées financièrement en 1998.

Nous avons réalisé pour elles de très nombreuses orientations avec échecs souvent répétés, en hôpital, maison de repos ou autre lieu de vie.

Nous observons que 19 de ces personnes pourraient relever d'un hôpital de jour. Elles peuvent se présenter à nos services, de 3 à 8 fois par semaine, ce qui peut représenter jusqu'à 10 ou 15 heures dans nos locaux. Elles peuvent aussi téléphoner jusqu'à plusieurs fois par jour ou nécessiter plusieurs visites hebdomadaires sur leur lieu de vie et bien souvent en soirée et week-end.

Ces visites ont souvent pour objectif tout autant l'accompagnement de la personne elle-même que de son entourage qui constitue pour nous une ressource à préserver.

De nombreuses rencontres sont ainsi réalisées avec les hôteliers, avec la famille.

Alors, effectivement, différentes questions se posent

- **Peut-on, face à ces publics, définir ce que devraient être les limites d'un temps de prise en charge ?**

Cela est très difficile. Des relais institutionnels ont toujours été, et sont encore très activement recherchés en ce sens.

S'ils peuvent heureusement répondre aux besoins d'une grande partie de notre population, ils ne sont que rarement et ponctuellement opérationnels pour cette minorité « lourde ».

- **Mais peut-on traiter autrement que dans la globalité et re-dispacher sur différentes réponses institutionnelles des problématiques aussi lourdes et complexes ?**

L'expérience nous a souvent prouvé que cela était difficile et peu concluant et nous en avons dégagé certaines convictions si bien traduites par ces quelques mots du Docteur Rocco Canosa, président italien de Psychiatrie Démocratique :

« L'abandon des populations est aussi le fruit de la séparation des compétences et du cloisonnement institutionnel ».

C'est toujours dans une volonté d'adéquation à la complexité des problèmes liés aux drogues que nos services d'accueil élaborent leurs réponses. Cela implique le recours quasiment systématique à toutes les ressources existantes, mais également la nécessité d'en impulser de nouvelles et de participer à la construction d'outils mieux adaptés.

C'est en ce sens que pour ce « noyau dur », nous avons tenté différents axes de travail et notamment la mise en place d'ateliers (théâtre - sophrologie - dessin - informatique - tarots) animés par des bénévoles.

Nous avons tenté d'en intégrer plusieurs (13 exactement) au stage de sensibilisation-redynamisation organisé avec l'association Faire. Car, si nous sommes convaincus qu'il faut éviter le cloisonnement des réponses et privilégier une approche globale, nous sommes également soucieux d'éviter, tant que faire se peut, de devenir les seuls interlocuteurs de ce public.

Nous nous efforçons donc, comme nous le pouvons, de construire et reconstruire du lien social et de reproduire du sens, et nous observons au sein de ce groupe, l'émergence de liens, de régulations, d'auto-régulations.

Parfois aussi, ceux qui vont mieux nous aident à soutenir ceux qui vont plus mal et pour lesquels les traitements de substitution, les trithérapies sont arrivés trop tard. Mais néanmoins, pour 20 d'entre eux, nous constatons que la situation s'est plus ou moins stabilisée ou évolue favorablement sur le plan du logement, des relations familiales et plus rarement de perspectives d'insertion.

Ce phénomène de chronicisation ne s'est reproduit avec la population connue depuis 1992 que pour 7 ou 8 personnes.

En conclusion, il est vrai que si cette population ne représente que 15 % de notre file active, elle mobilise au moins 30 % de notre disponibilité et certains jours bien plus, mais nous avons également, dans le cadre de conventions avec les communes de Créteil et Maisons-Alfort, toujours fait le choix de stratégies ancrées localement. Cela a impliqué et implique encore une grande proximité de nos services à la population suivie et à son entourage et en particulier à la population n'ayant pas accès aux dispositifs de soin ou d'insertion existants. Nous sommes ainsi conduits à intervenir, à la demande de tiers (autres travailleurs sociaux, parents, voisins, bailleurs....), pour un public que nous ne connaissons pas encore ou pour un public que nous connaissons déjà et, en particulier, pour ce « noyau dur ».

Il nous arrive souvent également d'intervenir à notre propre initiative lorsque nous sommes sans nouvelle de certains et craignons qu'une situation ne s'aggrave.

Nous préférons retenir, le temps qu'il le faudra, la population suivie plutôt que de la savoir, errant au gré de dérapages et re-dérapages non contrôlés et non suivis, sinon épisodiquement par différents services non concertés.

Il s'agit là de stratégies héritées de nos partenaires du sud et en particulier des réseaux italiens d'alternative à la psychiatrisation et peu courantes dans le modèle de soins français. Elles ont souvent été questionnées par ce même modèle, du fait de leur dimension interventionniste face à la motivation du sujet.

Après 15 années d'expérience, nos convictions sont cependant établies. Cette approche de type communautaire est souvent vérifiée comme étant pertinente dans les situations les plus lourdes et les plus critiques. Elle permet une meilleure socialisation des problèmes rencontrés et l'émergence de réponses nouvelles par la mise en complémentarité de compétences spécialisées ou non, professionnelles ou non.

Ainsi la mobilisation de familles en très grande difficulté a conduit à la constitution de réseaux d'entraide ouverts à des familles en moins grande difficulté. Ainsi la mise en place d'ateliers évoquant ceux des hôpitaux de jour s'est imaginée face à l'inertie et aux risques de chronicisation de certains usagers. Mais elle nous a conduit à imaginer un module de formation et d'aide à l'insertion où se sont inscrits ces usagers « chroniques » mais également des usagers en moins grande difficulté et engageant aujourd'hui des parcours d'insertion professionnelle.

Ces schémas sont à considérer en relation à l'évolution des réponses que nous pouvons proposer

Si en 1993, nous en étions encore à un travail portant essentiellement sur

- un accompagnement très lourd de personnes dépendantes et malades dont malheureusement nombreuses sont décédées aujourd'hui,
- ou encore un travail de quartier visant à maintenir ou engager le contact avec des usagers réticents à tout projet de soins,
- un accompagnement intensif de familles en grande difficulté et le soutien de réseaux d'entraide,
- l'établissement laborieux d'un partenariat pouvant améliorer l'adaptation des réponses aux besoins des usagers (en terme de soins, d'hébergement....),

notre file active n'était que de 109 personnes.

En 1999,

- les traitements de substitution que nous pouvons nous-même proposer,
- le suivi très organisé des démarches administratives (domiciliation RMI, gestion AMG, permanence CPAM),
- le partenariat institutionnalisé avec différents services hospitaliers,
- ainsi que l'apparition des trithérapies

facilitent à la fois :

- la vie des usagers, de leur entourage,
- mais aussi l'élargissement d'un partenariat,
- et ainsi, en effet, et de plus en plus, l'accès d'usagers de plus en plus nombreux, à des réponses diversifiées (logement, formation...) mais nous sommes encore loin de crier victoire quant à l'inscription de la spécificité toxicomanie dans le champ du droit commun.

Certaines caractéristiques de la population ont considérablement évolué.