

Le journal d'OPPELIA

ACTUALITÉS NATIONALES - RETOURS SUR EVENEMENTS - ACTUS DU SECTEUR
PLAIDOYER & PRISES DE POSITIONS - RETOUR D'EXPERIENCE - S'INFORMER, SE DÉTENDRE, SORTIR...

Éditorial

En cette fin d'année, nous souhaitons revenir sur l'année 2024, une année marquée par des défis et des mobilisations collectives qui ont démontré la force et la résilience d'Oppelia. Mais la catastrophe majeure qui frappe Mayotte s'est imposée comme une nouvelle priorité qu'il était difficile d'anticiper. Sur place, la situation dépasse désormais la crise, elle nécessite vigilance, solidarité et action collective. Ce territoire, déjà fragilisé, est confronté à une dégradation sans précédent, menaçant directement des milliers de vies humaines.

Notre équipe de la POPAM à Mayotte agit dans un contexte de dénuement extrême, où chaque intervention est une bataille contre le désespoir, la violence et les injustices systémiques. Il nous est difficile de trouver des mots qui traduisent pleinement la gravité de la situation et l'urgence d'agir. Nous leurs dédions cet édito, et partageons ainsi toute la solidarité dont vous avez pu témoigner ces derniers jours.

2024 fut une année de crise politique et économique, mettant en lumière les tensions qui traversent l'ensemble de nos métiers et nos missions :

- Les exigences administratives et les injonctions politiques, bien qu'incontournables, peuvent nous éloigner des personnes que nous accompagnons et du sens que nous souhaitons mettre à notre quotidien, allant jusqu'au risque de définancer nos missions, au profit des luttes contre l'immigration et le narcotrafic, devenues semble-t-il les nouvelles priorités.
- La surcharge de travail et les manques de moyens qui nous sont alloués affectent directement la qualité de nos interventions et le bien-être des équipes.
- Les dynamiques de violences et de dominations, visibles ou invisibles, peuvent s'infiltrer dans nos pratiques ou nos environnements professionnels.

Grâce à l'engagement de chacun, les actions autour de l'allers, la coopération avec les usagers, et la transformation de la violence se sont poursuivies, témoignant de notre capacité à innover et à répondre aux enjeux complexes de notre époque.

2025 sera donc l'occasion de poursuivre la réflexion sur la place de notre association et sur ses orientations stratégiques :

- Soutenir nos équipes locales, qui sont en première ligne, en renforçant les moyens et le soutien opérationnel nécessaires.
- Maintenir l'attention sur les populations vulnérables, sans jamais perdre de vue l'objectif de préserver la santé, la dignité et l'espoir.
- Cultiver une cohésion entre nos structures, pour qu'Oppelia reste cette mosaïque forte de sa diversité, mais orientée vers un cap commun.

La santé, la solidarité et l'addictologie, qui définissent notre identité, sont les repères qui continueront de guider nos actions. 2025 sera une année exigeante, mais aussi une année de responsabilités partagées. Grâce à la force de notre collectif, nous continuerons à bâtir des réponses qui honorent nos missions et répondent à l'urgence des situations que nous affrontons.

*Jordane CAPEL, Directrice des Ressources Humaines
Corinne DEFRANCE, directrice du développement
Karine LE BRET, Directrice générale adjointe
Naïra MELIAVA, Directrice générale
Jean-Pierre COUTERON, Président*

Lancement d'une formation en ligne sur la Réduction des Risques

Aux côtés des associations AIDES, ASUD et de l'organisme de formation OC&F, Oppelia présente un tout nouveau MOOC (Massive open online course) dédié à la Réduction des Risques (RdR). Produit grâce au soutien du Fonds de lutte Contre les Addictions issu de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie, cette formation en ligne permettra d'aborder la RdR au travers de six différents prismes. Voici d'ailleurs comment se compose le MOOC sur la réduction des risques :

1. Histoire et définition de la RdR
2. Les drogues et leurs usages
3. La RdR : Une démarche de promotion de la santé
4. La RdR : Une démarche communautaire en santé
5. RdR et contextes spécifiques
6. La RdR aujourd'hui et demain

La Réduction des Risques est aujourd'hui centrale pour construire une autre conception des drogues et de leurs consommations. Une conception qui ne soit plus basée sur la faute, la culpabilisation et la stigmatisation des usagers et usagères, mais sur l'éducation, l'accompagnement, la reconnaissance des savoirs des personnes concernées entre prises de risques et plaisirs.

C'est justement l'ambition de cette formation qui présentera également la RdR comme une démarche de promotion de la santé ainsi qu'une démarche communautaire en santé.

En 2025, nous aurons le plaisir de vous proposer 3 sessions de cette formation en ligne dont la première aura lieu le 28 janvier.

Pour accéder au lien d'inscription, flashez ce QRCode



La RDR, toute une histoire

Réduire les risques liés à l'usage des drogues, c'est donner la priorité à la santé des usager.es. C'est la moindre des choses direz-vous... et pourtant, la Réduction des Risques (RDR) n'a été inscrite dans la politique de santé publique en France que timidement et tardivement après que la pandémie du SIDA ait ouvert la brèche, à la fin des années 80. Pour comprendre la RDR, il est nécessaire d'explorer son histoire très récente et au cœur des enjeux actuels des politiques des drogues.

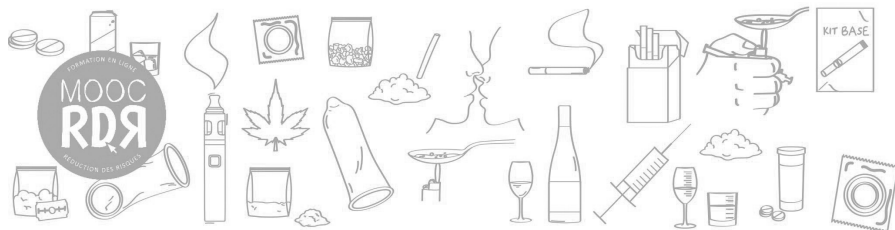
Il faut d'abord rappeler que le «modèle français de lutte contre la drogue», a été fondé sur l'emblématique loi de 1970 dont la mesure centrale, toujours en vigueur aujourd'hui, définit l'usage des stupéfiants comme un délit passible de prison et criminalise toute participation à leur trafic. Sans un mot sur la prévention ni sur les soins, elle a profondément ancré dans les esprits l'assimilation de l'usage des stupéfiants à une faute morale envers la société, à une délinquance qui doit être réprimée.

Elle produit une stigmatisation généralisée envers «les drogués», légitime leur harcèlement par la police, les incarcérations massives, la remise en cause de leurs droits. C'est dans ce climat de défiance et d'exclusion, obligeant les consommateurs à des pratiques clandestines à hauts risques, que le VIH apparaît. L'État et sa politique se trouvent soudainement confrontés non seulement à leur impuissance face à la décimation des «toxicomanes», mais plus encore aux conséquences délétères de cette politique sur les contaminations et la forte mortalité par overdoses. Devant les multiples drames, malgré la peur et l'inconnu, des groupes d'usagers, de médecins, de militants, sont entrés en résistance. Aux marges de la loi ils ont renoué le lien et la coopération avec

les usagers, ouvert des espaces d'accueil, conçu des outils et créé des pratiques alternatives : des bus d'échange de seringues, des «boutiques», des kits d'injection, des prescriptions de médicaments pouvant se substituer à l'héroïne, l'auto-support, etc. s'inspirant des politiques de «Harm Reduction» de pays voisins (Pays-Bas, Grande Bretagne, Suisse notamment). Ces derniers ont démontré l'efficacité des actions basées sur l'identification des risques pris par les usagers et les aides concrètes pour qu'ils puissent les réduire. Les résultats ne se font pas attendre, les contaminations diminuent fortement, les overdoses aussi. La RDR investit toutes les scènes de consommation, invente l'aller vers, l'intervention en milieu festif, l'analyse de produits, etc.

Ces avancées vont aboutir, en 2004 et 2016, à l'inscription de la RDR dans la loi de santé. La réduction des risques semble s'imposer et de nouveaux services se développent, tels les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues (CAARUD). Elle commence à s'élargir aux drogues licites comme l'alcool et le tabac impliquées plus que toute autre dans la mortalité précoce et les dommages sanitaires et sociaux. Deux salles de consommation à moindre risque sont même ouvertes... Pour autant, la pénalisation de l'usage reste le pilier central de la politique française et la RDR, porteuse d'une autre logique, celle de l'accompagnement et de socialisation des usages, qui n'est acceptée qu'à la marge à travers des compromis fragiles. Toutes les créations de nouveaux services de RDR n'ont d'ailleurs été acceptées qu'après de longs combats, sous condition d'une expérimentation et «en dérogation» de la loi de 70. Dans ce contexte, la «guerre à la drogue» et l'obscurantisme rejaillissent à la moindre occasion, l'opinion publique est maintenue dans la confusion et l'ignorance. Le combat pour la RDR est loin d'être terminé.

Georges LACHAZE, association ASUD & Alain MOREL, association Oppelia



Retour sur le Séminaire d'Oppelia «Transformer La Violence» au Théâtre Lepic

3 jours après la Journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes, notre association tenait son séminaire annuel «Transformer la Violence».

Aux côtés d'Alhy LELEU, doctorant en philosophie et Naira MELIAVA directrice générale d'Oppelia, nous avons tout d'abord évoqué le sujet de la thèse d'Alhy LELEU : les raisons de la mise au ban par la société des personnes usagères de crack. Quatre prismes ou quatre phénomènes d'exclusion sont ainsi identifiés par le chercheur : Classe, racisme, toxicophobie, psychophobie.

Mais d'une manière plus générale, ces temps d'échanges ont permis de s'attarder et de remettre en question des aspects qui traversent nos professions de manière systémique : l'héritage de la psychanalyse, l'héritage colonialiste et post-colonialiste, la médicalisation à outrance de l'addictologie, les violences institutionnelles que peuvent répercuter nos propres établissements médico-sociaux et sanitaires auprès des personnes accompagnées...

Après cette riche matinée, le public présent a eu la chance d'assister à l'exceptionnelle pièce moliérisée d'Eva RAMI «Va Aimer» qui faisait particulièrement écho aux échanges du matin :

Intervention d'Alhy LELEU



«Personne n'aime voir un oiseau enfermé, mais est-il si simple d'ouvrir sa cage ? » À travers cette question pourtant simple, l'autrice et comédienne Eva RAMI s'intéresse aux relations complexes de domination, de non-consentement et d'enfermement qui peuvent se mettre en place en amour.» merci à Thibault DE VIVIES d'avoir animé les riches échanges avec Eva sur l'importance de la fiction dans nos pratiques !

Un grand merci à Eva RAMI et aux équipes du théâtre Lepic pour avoir réussi le pari de déployer cette pièce pour notre séminaire !!

J.A.

Poème

Dans le cadre de notre séminaire, Mélissa, personne accompagnée par Oppelia Charonne, a lu sur scène un de ses poèmes. Merci à elle pour ce poignant récit.

Le monde est fou

A 4 ans tu te réveilles dans une maison remplie de sang

A 10 ans on te dit « Tu es une pute comme ta maman »

A 17 ans, tu es abusée sexuellement par un parent

A 20 ans, tu existes un peu trop fort, ton amant te casse les os, les dents

Un moindre geste un peu virulent, te fige en cet enfant de 4 ans

Le monde est fou

Par les substances elle comble ses carences et s'écrit des romances

Le corps anesthésié par sa poudre d'or elle subvient à ses finances

Quelques séjours en prison s'avèrent être une chance

Dans l'écoute bienveillante elle trouve sa délivrance

Ses maux se sont métamorphosés en mots de résilience

Eperdument en quête d'amour elle a échappé à la violence

Mélissa

Légaliser le cannabis ? Oui mais comment ?

Tel était le sujet de la dernière web-conférence d'Oppelia qui s'est tenue le 21 novembre dernier et qui fut animée par Alain MOREL médecin-psychiatre et Josselin AUBRÉE chargé de plaider. Ensemble, ils ont évoqué le cadre prohibitionniste français qui sévit depuis 1970. Grâce aux divers exemples de légalisation qui fleurissent un peu partout dans le monde, ils ont ouvert le débat et présenté des modèles qui pourraient, un jour, servir d'exemple pour notre pays. Ainsi, ils ont échangé avec Frank ZOBEL et Martine BAUDIN qui déploient en ce moment des essais pilotes de légalisation du cannabis dans les villes de Lausanne et Genève en Suisse.

Olivier BERTRAND, médecin addictologue en charge des questions de santé

pour l'association NORML France est quant à lui revenu sur les enjeux de prévention et de santé publique en lien avec une hypothétique légalisation du cannabis en France.

Par ailleurs, plusieurs extraits d'une interview avec Jean-Sébastien FALLU, professeur de psycho-éducation à l'Université de Montréal ont permis de faire le bilan sur les 5 ans de la légalisation du cannabis au Canada.

Cette web-conférence, diffusée en direct sur YouTube (une première pour notre association) a connu quelques problèmes techniques lors de son lancement mais a tout de même permis de développer davantage d'interactivité avec les internautes qui ont facile-

ment pu facilement poser leurs questions aux intervenants. Vous pourrez retrouver cette web-conférence en intégralité sur notre chaîne YouTube.

Rendez-vous en février pour notre prochain live qui sera dédié aux psychotraumas. Nous vous indiquerons la date à venir via notre site internet et notre page LinkedIn.

J.A.



Retour sur la 2^{ème} édition du Fest'Oppelia



Fresque des festivaliers

« Il est impossible de mettre en place un réel accompagnement sans l'implication expérientielle et concrète des personnes accompagnées... »

Cette année, la Commission Nationale des Usagers s'est installée aux Voiles du Grand Large, dans le département du Rhône.

Le site des «Voiles du Grand Large»



Pour visionner la vidéo du Fest'Oppelia, flashez ce QRCode



Animateurs et participants

Avec la complicité d'Oppelia Aria, la Commission a organisé 3 jours de rencontres, de débats, de travail et de festivités !

Très attachée aux valeurs d'horizontalité et de partage du savoir expérientiel, notre association est fière d'organiser un tel moment de rencontres entre usagers, bénévoles et professionnels dans un contexte qui fait tomber les barrières.

Les langues se délient quand on offre une écoute attentive et sincère à une parole libre et honnête... Quels sont vos besoins, quels sont vos problèmes, quelles sont vos pistes d'améliorations, quelles sont vos expériences ? C'est lors de moment comme le Fest'Oppelia que l'on peut obtenir des réponses à ces questions.

Donner la parole à ceux que la société veut réduire au silence, c'est une action qui devient aujourd'hui essentielle.

J.A.

On a tous UN INCROYABLE talent aux ACT

Polyglotte, joueur de percussions brésiennes, chanteuse, expert des bolas... Tel est le mince aperçu des talents des résidents et salariés des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) d'Oppelia Thylac 74 à ANNECY. Le temps d'une soirée festive façon jeu télévisé, ces talents, qui s'apparentent pour certains à un don, se sont révélés tout en humour et légèreté, non sans une certaine logique thérapeutique.

Les candidats et le Jury



« Ce n'est pas moi qui ai eu l'idée en fait, c'est Sami, un collègue infirmier. » C'est ainsi qu'Amélie, conseillère en économie sociale et familiale pour Oppelia Thylac 74 rend à César ce qui est à César lorsqu'on lui demande qui a eu l'idée d'organiser une session Incroyable Talent avec les résidents et les salariés des ACT. « En fait, c'est tout simple, en se remémorant l'émission un jour, il s'est dit qu'il y avait sûrement des talents cachés parmi les résidents mais aussi parmi ses collègues ». Et il ne se trompait pas...

Aussitôt l'idée germée dans l'esprit de Sami, celle-ci se concrétise. L'équipe des ACT s'occupe alors de l'organisation. Peu de moyens mais la créativité fait aussi partie de leurs talents. Avec enceintes, feutres, tapis rouge, un peu de décoration et quelques médailles glanées ici et là, ils arrivent à transformer les locaux en véritable scène de jeu télévisé, les caméras en moins forcément. Et qui dit jeu télé dit présentateur. C'est Ilir, l'un des résidents qui s'y colle bénévolement, il fut le Nikos ALLIAGAS de la soirée comme il le dit lui-même. Ce jeudi 3 octobre il aura vu défiler des dizaines de talents. Entre un résident polyglotte capable de parler 5 langues, une professionnelle de l'aérobic, un joueur de percussions du Brésil, une experte du tricot, un autre qui sait se tordre les doigts dans tous les sens, des bolas qui virevoltent, la scène des ACT aura brillé de mille feux de talents particulièrement éclectiques.

Tino l'un des résidents en lice et qui est accompagné depuis 2 ans aux ACT nous présente son œuvre de land-art version miniature « Aurore Boréale ». On y retrouve de la pierre, du lichen, de la mousse. Harmonieuse et apaisante, rappelant montagnes, forêts et mousses, l'œuvre sera accrochée dans les locaux des ACT.

Mais pour tout Incroyable Talent qui se respecte, il faut un gagnant. Ou plutôt une gagnante ! Et il semblerait que celle-ci ait fait l'unanimité. Comme nous l'indique Sylvain, résident aux ACT et membre du jury ce soir-là :



« Sa voix était super maîtrisée, elle vivait la chanson. C'était comme une évidence. » La gagnante, Marie, elle aussi résidente, est venue nous narrer sa performance : « En fait, j'ai chanté le morceau *Pisser Debout* de GIEDRÉ ». Sûrement que la célèbre artiste et ex-chroniqueuse de France Inter aurait apprécié l'interprétation de Marie. Si Marie est repartie avec le privilège d'être la grande gagnante, tous les participants et participantes sont naturellement repartis avec une médaille autour du cou.

Comme nous l'indique Amélie, l'idée, en plus de créer un temps convivial, c'était de développer un projet s'inscrivant dans la transversalité et qui abolit les frontières entre résidents et salariés. Ce jeu aura permis à toutes ces personnes de se dévoiler aux yeux des autres, sous un aspect différent, de donner une image de soi plus favorable, d'améliorer la confiance en soi. Cette soirée s'inscrit d'ailleurs dans les valeurs de notre association, de faire avec les personnes accompagnées et pas juste pour les personnes accompagnées. Elle s'inscrit également dans la logique du Fest'Oppelia mais dans un cadre plus petit et restreint, permettant à certains talents de se dévoiler plus facilement peut-être, dans un cadre plus rassurant car moins intimidant. Désormais On attend impatiemment la saison 2. Amélie - porte parole de l'équipe - nous prévient : « on reviendra avec le Golden Buzzer cette fois-ci ! »

A Annecy, on retrouve deux services ACT dont un « Hors Les Murs ». Les ACT sont des tremplins vers un logement autonome et une situation plus stable. Ils accueillent toutes les personnes en situation de précarité et porteuses d'une maladie chronique nécessitant une coordination médico-psycho-sociale. A ANNECY, ville où la pression immobilière se fait particulièrement ressentir, ces appartements peuvent permettre d'accueillir des personnes seules jusqu'à des familles avec quatre enfants. Oppelia Thylac - 74 propose 23 Appartements de Coordination Thérapeutique et 10 places « Hors Les Murs »

- ACT : Un service d'Appartements de Coordination Thérapeutique héberge à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale à ANNECY et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.
- Un service ACT « Hors Les Murs » accompagne dans leurs lieux de vie (CHRS, hébergement urgence, squat, CADA...) des personnes en grande précarité, affectées par une maladie chronique qui nécessitent une coordination médico psycho sociale.

Le Centre de Santé Richerand continuera à assurer ses missions de santé publique !

L'association Oppelia, engagée depuis plus de 40 ans dans l'accompagnement des publics précaires et vulnérables, se voit confier la gestion du Centre de Santé Richerand, situé dans le 10^e arrondissement de Paris.

Le centre de santé, constitué en coopérative depuis 2019, a connu ces deux dernières années des difficultés économiques allant jusqu'à mettre en péril la continuité de ses activités liées au modèle économique fragile des centres de santé.

Depuis juin 2024, le centre de santé ne pouvant assurer seul sa survie, une procédure de redressement judiciaire s'est ouverte avec pour objectif de trouver un repreneur.

En 2023, le centre de santé a réalisé 54 000 consultations et à ce jour l'équipe de soins primaires accompagne 10 000 patients en médecine générale dont 6 200 en qualité de médecin traitant. Répondant à son engagement de service public, le centre de santé propose une offre de soins primaires et spécialisés, sans dépassement d'honoraire et sans avance de frais, indispensable aux populations les plus vulnérables.

Dans le contexte actuel de raréfaction de la ressource médicale et de difficulté d'accès aux soins, il était donc impératif de préserver cet accès universel sur le territoire.

Une mobilisation collective au service de la santé pour tous

A la suite d'un appel à l'aide lancé par l'équipe salariée du centre de santé, puis sollicitée en juin par la mairie de Paris, Oppelia a répondu à cet enjeu crucial avec détermination. Durant tout l'été, le Conseil d'administration et la Direction générale ont élaboré un projet solide, respectueux de l'histoire du Centre de santé Richerand, et fidèle aux valeurs de l'association : garantir un accès aux soins sans discrimination et lutter contre la financiarisation de la santé.

La reprise s'est appuyée sur une collaboration étroite avec les acteurs institutionnels, notamment l'AP-HP, la mairie de Paris et l'ARS, pour définir un modèle innovant en décloisonnant les soins de ville, l'expertise hospitalière et l'accompagnement médico-social nécessaires à la bonne santé de tous.

Un projet structurant en faveur d'un accompagnement global des personnes

La gouvernance du Centre de Santé

Richerand sera assurée par une nouvelle entité, Oppelia-Richerand (association loi 1901), créée spécifiquement pour cette mission.



Cette structure permettra de :

- Renforcer l'offre de soins de proximité et le lien Ville-Hôpital, en partenariat avec les hôpitaux de l'APHP : Saint-Louis et Lariboisière – Fernand-Widal.
- Garantir une prise en soins holistique pour les usagers du centre de santé en créant une nouvelle alliance entre les structures sanitaires et médico-sociales.

Une vision partagée pour l'avenir

Ce projet incarne la force du collectif et la capacité à s'adapter aux enjeux sociaux et sanitaires, tout en restant fidèle à des valeurs fondatrices : solidarité, inclusion et engagement pour la santé pour tous.

Julie BOITARD
Naira MELIAVA
Jeanne VILLENEUVE



Accueil du centre de santé RICHERAND

Parution du livre blanc sur les surdoses

Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en France, environ 12 millions de personnes consomment des antalgiques en France, 177 000 consomment un Traitement de Substitution aux Opiacés et 200 000 sont consommateurs d'opioïdes illicites. Le nombre de décès et d'hospitalisations liés à des surdoses d'opioïdes quant à lui ne cesse d'augmenter, qu'il s'agisse d'opioïdes de synthèse ou d'opioïdes prescrits. Malgré des recommandations explicites et des rapports clairs et précis, la prévention de ces surdoses tout comme la diffusion du médicament antidote, la naloxone, ne progressent pas.

La pratique d'évaluation du risque de surdose d'opioïdes reste peu développée. La naloxone, un antidote pourtant simple à administrer et sans risque, reste difficile à se procurer.

Pour ces raisons, les professionnels du traitement de la douleur et de l'addictologie ainsi que les associations de patients se sont mobilisés pour rédiger ce livre blanc et demander l'application de 12 mesures pour action.

Mesure 1

Faire évoluer les RCP des médicaments opioïdes et le paramétrage des logiciels de prescription et de délivrance pour y intégrer les deux recommandations HAS pour tous les opioïdes :

- 1 - nécessité d'évaluation du risque lié aux opioïdes,
- 2 - prescription de naloxone chez les patients à risque de surdose.

Mesure 2

Mentionner le risque de surdose, la conduite à tenir et l'existence d'un antidote sur les notices et boîtes de médicaments opioïdes, conformément aux recommandations de la HAS.

Mesure 3

Attribuer de manière pérenne les crédits nécessaires à l'achat de la naloxone à toutes les structures qui en distribuent en fonction des besoins de leur file active, justifiés par les indicateurs appropriés dans leur rapport d'activité.

Mesure 4

Établir des modalités réglementaires spécifiques à la naloxone permettant l'approvisionnement, le financement, la conservation, la délivrance, l'administration pour tous les acteurs de proximité pouvant être amenés à distribuer de la naloxone en l'absence de médecin ou de pharmacien.

Mesure 5

Intégrer dans les modules de formation initiale et continue pour les médecins (DPC/EPP) et les pharmaciens les recommandations de la HAS sur l'usage d'antalgiques opioïdes : (1) repérage des risques de surdose d'opioïdes et (2) prise en charge des surdoses incluant la prescription de naloxone.

Mesure 6

Renforcer la diffusion des recommandations de la HAS en matière de gestion des risques de surdoses d'opioïdes

par tout média permanent auprès des médecins et des pharmaciens.

Mesure 7

Modéliser l'accompagnement en pharmacie des patients traités par antalgique de palier II et III incluant :

- 1 - une information et une évaluation sur le risque de surdose,
- 2 - une information sur la naloxone et
- 3 - une recommandation de prescrire et/ou délivrer la naloxone chez les patients à risque.

Mesure 8

Imposer et financer 1 boîte de naloxone en stock dans toutes les pharmacies de ville. Permettre l'implantation de distributeurs automatiques de naloxone. Subventionner les kits de naloxone pour permettre un accès gratuit ou à coût symbolique.

Mesure 9

Systématiser le repérage des usagers d'opioïdes, la proposition et la remise de l'antidote par tous les intervenants des structures médicosociales. Mettre en place des formations et le suivi des prescriptions, des délivrances et de l'utilisation de la naloxone.

Mesure 10

Former le personnel pénitentiaire et sensibiliser les détenus et co-cellulaires au risque de surdose et à l'administration de naloxone. Mettre la naloxone à leur disposition durant la détention et lors de la sortie d'incarcération.

Mesure 11

Faire appliquer le cadre légal imposant l'accès aux outils de RdR pour les personnes détenues.

Mesure 12

Assurer l'information du grand public par tous les médias pertinents sur :

- Le risque de surdose d'opioïdes (produits, situations et personnes concernées)
- L'usage de la naloxone, ses bénéfices et l'absence de risques associés
- Les moyens de se procurer de la naloxone facilement.

Fabienne EDET



Kit Naloxone - Crédit photo The University of Winnipeg

Pour accéder au livre blanc, flashez ce QRCode



A Nantes, Oppelia 44 se mobilise pour éliminer l'hépatite C

Alors que l'Organisation Mondiale pour la Santé a fixé pour objectif l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite C pour 2030 et que l'on enregistre une forte baisse de sa prévalence en France, une population spécifique reste sujette à développer cette maladie, il s'agit des personnes usagères de drogues par voie intraveineuse.

A Nantes, notre équipe d'Oppelia 44 a mis sur pied un programme pour aller à la rencontre de ces publics, prévenir, tester et traiter la maladie. Nous avons voulu en savoir plus avec Gurvan LE BOURHIS, Chargé de projets Accompagnement des pratiques de consommations à moindre risque pour cette structure.

L'hépatite C c'est quoi exactement ?

Commençons par rappeler la distinction entre le virus et la maladie. L'hépatite C est une maladie infectieuse du foie provoquée par un virus appelé « VHC ». Or, ce virus est transmissible par voie sanguine. L'usage de drogues par voie intraveineuse, et plus particulièrement le partage de matériel contaminé, est à l'heure actuelle le principal mode de transmission du virus en France selon l'Assurance Maladie et le ECDC (European Center for Disease Prevention and Control).

Le virus peut naturellement être éliminé chez 25 à 30% des personnes contaminées, les 70% restantes développent quant à elles une hépatite C dite chronique : dépistée, elle sera l'objet d'un traitement aboutissant à la guérison dans 95% des cas ; non dépistée, elle causera de sérieux dommages au foie. Pour faire simple, disons que le virus VHC va faire travailler le foie de façon excessive jusqu'à ce que se développe une fibrose. Les cellules du foie vont alors mourir et ne plus remplir leurs missions. Les formes les plus graves d'hépatite C peuvent entraîner des œdèmes au niveau des membres inférieurs du foie, toucher de plus amples parties de l'organe voire le foie en entier, c'est alors ce qu'on appelle une cirrhose, maladie nécessitant une prise en charge bien plus lourde que celle de l'hépatite. La cirrhose peut à son tour dégénérer, créer de plus graves dommages et causer un cancer du foie. En traitant rapidement les personnes atteintes de l'hépatite C, il en résultera beaucoup moins de prises en charge hospitalière, moins de greffes du foie...

Une forte prévalence à Nantes

Les différentes études de prévalence du virus indiquent que l'hépatite C

est en net recul au sein de la population française (estimation de 232 000 personnes atteintes par une hépatite C chronique en 2004, contre 133 000 en 2016). Par ailleurs, « seulement » 0,84% de l'ensemble de la population a été en contact avec l'hépatite C. Pourtant, les personnes usagères de drogues par voie intraveineuse restent des populations particulièrement vulnérables face à cette maladie, notamment du fait de pratiques d'injections à risques, de conditions de vie précaires et d'un moindre accès aux services de soins.

De plus, il existe de fortes disparités d'une métropole à l'autre, souvent du fait de pratiques d'injections plus marquées dans certains territoires. En 2011, l'enquête ANRS-Coquelicot menée par l'Inserm auprès des usagers de drogues fréquentant les structures de réduction des risques sur 7 territoires (Paris, Marseille, Lille, Strasbourg, Bordeaux, Val de Marne, Seine et Marne), a permis d'estimer que 44% des publics liés à l'étude avaient été testés positifs à la présence d'anticorps anti-VHC : « La prévalence était plus élevée à Marseille (56 %) et en Seine-Saint-Denis (52 %) qu'à Bordeaux (24 %) ou à Lille (28 %). »*

Les personnes usagères de la ville de Nantes n'ont pas participé à l'étude de 2011, mais Gurvan LE BOURHIS, Chargé de projets Accompagnement des pratiques de consommations à moindre risque pour Oppelia 44 à Nantes indique que : « Au vu des questionnaires, échanges informels et dépistages qu'on proposait dans nos structures CAARUD-CSAPA, il apparaissait que les personnes avaient une prévalence bien plus importante à Nantes que dans d'autres villes. On se disait bien qu'on avait affaire à une prévalence de l'hépatite C particulièrement forte à Nantes où les personnes consomment par voie injectable plus que dans d'autres villes. » Les équipes d'Oppelia 44 ont alors pris les choses

en main pour faire reculer drastiquement la prévalence du virus VHC.

« Test and Treat » : le programme anti hépatite C

C'est ainsi que les équipes d'Oppelia 44 à Nantes ont développé un programme inspiré d'expérimentations déjà à l'œuvre dans d'autres villes en France. Il s'agit de « Test and Treat » qui permet en une seule journée de dépister et de traiter. Le choix de réaliser ces deux aspects pratiques en une seule journée est lié au fait que les publics accompagnés par les équipes médico-sociales et sanitaires restent très volatiles. Il vaut mieux tout faire en une fois plutôt que d'échelonner au risque de perdre les personnes.

Le dépistage

Gurvan LE BOURHIS nous explique comment fonctionne ce programme en commençant par le dépistage : « On propose un dépistage aux personnes fréquentant nos CAARUD et CSAPA, dans les murs mais aussi en aller-vers via les maraudes, les squats, les centres d'hébergement... Le dépistage est très simple et très rapide, il n'est pas nécessaire d'être médecin pour le pratiquer d'ailleurs. 99% des dépistages TROD (Tests rapides d'orientation diagnostiques) sont réalisés par des infirmiers, éducateurs, psychologues... mais pas par des médecins. Il suffit de prélever une goutte de sang au bout du doigt et en quelques minutes une bandelette vient nous confirmer le résultat. S'il est positif, c'est-à-dire s'il révèle la présence d'anticorps anti-VHC, on met en route un deuxième niveau d'analyses grâce à une machine Gen XPert®, la Rolls-Royce du TROD. Elle indique alors en 1 heure (toujours via une goutte de sang) si le virus a déjà été combattu et éliminé par le corps ou pas. Si le virus

n'a pas été éliminé naturellement, on débute le traitement » Ainsi, sur les 272 personnes rencontrées par Oppelia 44 pour un dépistage depuis deux ans, aucune n'était porteuse du VIH ou de l'hépatite B. Par contre, 92 avaient été en contact avec le VHC. Au final, 54 tests par Genexpert ont révélé la présence du virus VHC. Toutes étaient des personnes précaires, fréquentant parfois un CSAPA ou un CAARUD et toutes avaient développé des pratiques d'injection de drogues parfois associées à des consommations d'alcool, de cocaïne et de crack (à noter que l'hépatite C peut aussi se transmettre par le snif et par inhalation).

Le traitement

Depuis quelques années, le traitement contre l'hépatite C n'est plus l'apanage des hépatologues, les médecins généralistes pouvant réaliser le traitement de A à Z jusqu'à guérison. Au total, 42 personnes ont été prise en charge médicalement, seulement 6 ont été traitées par des spécialistes et 36 par des médecins généralistes. Au sein d'Oppelia 44, les médecins du CSAPA et du CAARUD sont ainsi habilités à délivrer le traitement contre l'hépatite C et reçoivent des personnes usagères dans ce cadre. Le traitement, qui permet une guérison dans 95% des cas, est peu intrusif pour la personne usagère mais doit être suivi scrupuleusement pour éradiquer la maladie. Il s'agit d'un médicament (constitué d'un combiné de molécules de la famille des antiviraux) à ingérer quotidiennement durant 2 à 3 mois... Le caractère rigoureux des traitements incite le personnel médico-social et sanitaire à suivre de près les personnes usagères pour s'assurer de la bonne prise des médicaments. D'autant que ces derniers sont particulièrement onéreux et que s'ils ne sont pas bien suivis, autant tout recommencer... Ainsi, une machine Gen XPert coûte à elle seule 30.000€, le traitement contre l'hépatite C coûte quant à lui 25.000€ par personne. Mais cela

reste moins cher que de traiter une cirrhose à l'hôpital ou un cancer du foie.

Un programme qui nécessiterait plus de moyens humains et financiers

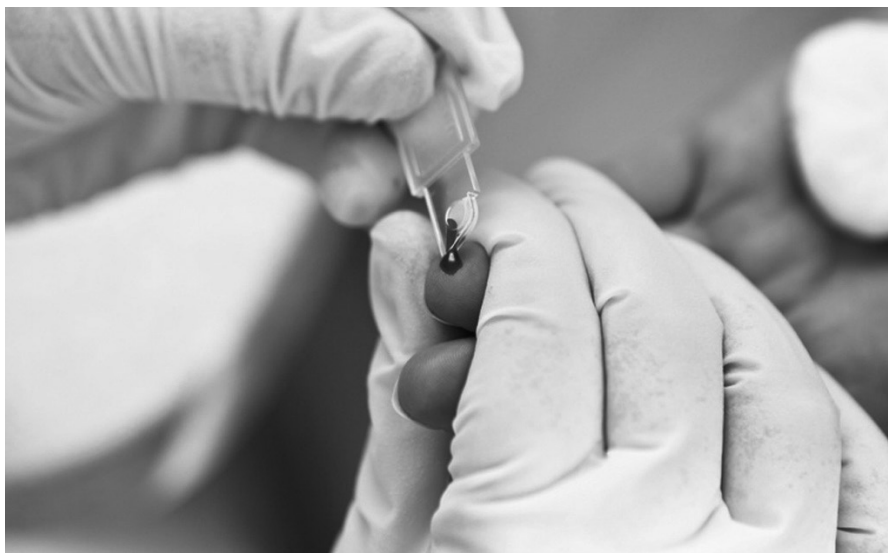
Si les équipes du CAARUD et du CSAPA d'Oppelia 44 sont à l'œuvre pour ce programme Test and Treat, seuls les infirmiers sont habilités à manier la machine Genexpert au cœur du programme. Or, L'ARS finance les TROD, première étape dans le programme, mais il n'y a aucun financement ni pour la poste d'infirmier, ni pour l'achat de la machine Genexpert. Gurvan LE BOURHIS nous indique à ce sujet qu'Oppelia 44 fait appel à l'association Nantes Objectif Zéro. Celle-ci a pour objectif de tendre vers une éradication de l'hépatite C à Nantes. Pour cela, elle se met en lien avec des laboratoires pharmaceutiques afin d'obtenir des dons et ainsi louer le Genexpert. Malheureusement, le financement arrive bientôt à terme il est fort possible qu'il ne soit pas reconduit l'année prochaine. Si on nous finançait un poste d'infirmier dédié à la prévention, au dépistage et au traitement de l'hépatite C, il faut bien se rendre compte que ce serait bien plus efficace en termes de santé publique et que cela coûterait bien moins chers que des traitements

lourds contre l'hépatite C et les maladies lourdes que celle-ci peut engendrer. D'autant que parfois, on en vient à traiter des personnes qui se recontaminent... Si elles se recontaminent, c'est bien parce que quelqu'un leur a retransmis le virus et que celui-ci circule toujours. »

Et toujours pas de Haltes Soins Addictions

Toujours dans une optique du « mieux vaut prévenir que guérir », l'équation est simple : mieux vaut valoriser les projets déjà existants et mutualiser des machines entre CSAPA et CAARUD sur des territoires fortement touchés par la prévalence d'hépatite C. D'autant que de nombreuses villes attendent avec impatience l'ouverture d'une Halte Soins Addictions (nouvelle appellation des salles de consommation à moindre risque). Rappelons à ce sujet que l'évaluation COSINUS (2021) de l'Inserm a permis de prouver l'efficacité de ces dispositifs de réduction des risques afin de diminuer la prévalence de l'hépatite C auprès des personnes usagères de drogues. Dernièrement, un rapport des inspections des affaires sociales (IGAS) et de l'administration (IGA) vient de plaider non seulement pour leur maintien mais aussi pour l'ouverture de nouvelles HSA.

J.A.



Prélèvement d'une goutte de sang lors de la réalisation d'un TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) .

* NDLR : La nouvelle enquête Coquelicot pour l'année 2022 devrait prochainement établir une baisse de la prévalence du virus pour ces publics.

Entretien avec Ruth DREIFUSS, ancienne présidente de la Confédération suisse et pionnière d'une autre politique des drogues

Dans le cadre des 60 ans du GREA (Groupement Romand d'Etudes des Addictions), nous avons eu la chance de nous entretenir avec Ruth DREIFUSS. Celle qui fut Présidente de la Confédération suisse - équivalent de cheffe du gouvernement - en 1999 a participé au développement du modèle des 4 Piliers dans son pays afin de réduire les conséquences négatives des consommations de drogues.

De 2016 à 2020, elle fut également présidente de la Global Commission on Drug Policy. Grâce à ses membres, souvent d'anciens dirigeants politiques ayant constaté l'échec de la guerre à la drogue, cette commission œuvre depuis 2011 pour faire évoluer les différentes politiques nationales et internationales partout dans le monde.

Ce n'est pas peu dire que Mme DREIFUSS s'y connaît en matière de politiques de santé publique et de politique des drogues... Nous avons profité de sa présence à Lausanne pour revenir sur sa vision de la politique des 4 piliers* ainsi que du rôle des associations pour une réforme des politiques répressives en matière de drogues.

INTERVIEW

Qu'est-ce qui fait que la politique des 4 Piliers fut bien accueilli et intégré en Suisse ?

D'un point de vue historique et sanitaire, il faut se replonger dans la crise des années 80, avec la montée du sida, les injections d'héroïne, la prostitution, les scènes ouvertes de consommation... En Suisse, cette crise a accouché d'un consensus du secteur médico-social et de la police pour agir, d'autant que le phénomène était visible de tous. Il était alors question de dissoudre les scènes ouvertes qui fleurissaient un peu partout mais de ne pas perdre de vue les usagers de cette scène.

Cela a commencé par instaurer la visibilité des travailleurs du médico-social, développer le contact, les aspects presque humanitaires en fait. Tout ça il a fallu le poursuivre afin de permettre à ces publics de se réinsérer. Finalement, on a réussi ce pari de ne pas plonger les gens dans la marginalité et c'est là l'origine de la politique des 4 Piliers : prévention, réduction des risques, traitement et répression.

Prévention

Si l'on doit revenir sur chacun des piliers, à mon sens, le plus important c'est la prévention. C'est le plus important mais finalement, après plusieurs dizaines d'années de travaux en ce sens, on ne sait toujours pas vraiment comment on doit la faire cette prévention. Celle-ci regroupe tant de champs d'intervention, aussi nombreux que disparates : Information précoce, santé mentale des plus jeunes, enjeux psychiatriques... C'est ce qui la rend aussi

complexe que passionnante.

Réduction des Risques

Vient ensuite la Réduction des Risques qui intervient afin que la consommation n'aggrave pas les problèmes que ces personnes ont déjà. Là on peut le dire, en Suisse, on a tâtonné... On a été aspiré par des associations, des travailleurs sociaux, par plein de projets... Et puis finalement on ouvre la première Salle de Consommation à Moindres Risques d'Europe, c'était en 1986 à Berne. J'en suis particulièrement fière. Par la suite, quand j'ai pris mes fonctions de Présidente de la Confédération suisse en 1999, l'échange de seringues était déjà devenu légal mais cette première étape n'était qu'un marche-pied vers de nouvelles avancées majeures pour la Réduction des Risques, c'est ce que nous avons fait avec le développement de l'analyse de produits, du déploiement des kits de naloxone... une batterie efficace et la plus complète

possible en termes de RdR.

Traitement

Le 3^{ème} pilier c'est le traitement, là où il y a eu la plus grande guerre idéologique et notamment autour de l'abstinence, corrélée à des dogmes autour de la notion de bon ou mauvais consommateur, autant dire, de bon ou mauvais citoyen...

La Suisse avait déjà une longue expérience de la méthadone lors de sa prise de fonction. Mais on a passé un nouveau cap avec le développement de nombreux essais cliniques. L'un des plus marquants reste l'essai clinique qui a permis de passer de la méthadone, parfois mal supportée par les patients, à la diamporphine, qu'on utilise désormais comme traitement de substitutions en Suisse. Cet essai a intégré 1.200 usagers et suite aux résultats positifs obtenus, notamment concernant la baisse des différentes contaminations (VIH, VHC), il s'est imposé en

De gauche à droite : Jean-Pierre COUTERON - Président d'OPPELIA, Ruth DREIFUSS et Naïra MELIAVA, Directrice générale d'OPPELIA



tant que mesure thérapeutique et a été inscrit dans la loi sur les stupéfiants lors de la révision de 2011.

Répression et exécution de la loi

Il y a en Suisse, une certaine fierté partagée par une majeure partie de la population quand on évoque la politique des quatre piliers. La priorité absolue désormais, c'est que l'on continue à décriminaliser les consommateurs et ça passe par une dépénalisation totale de la consommation.

C'est d'ailleurs ce que je retiens de mon expérience en lien avec la politique des drogues : une politique qui se limite uniquement à la RdR et à ses expériences novatrices tout en maintenant la prohibition, c'est une politique paradoxale. J'ai passé mon temps à voyager dans tout le pays à dire : « Je sais que c'est un paradoxe, il est nécessaire de dépénaliser la consommation et ses actes préparatoires mais je vous demande d'accepter cette contradiction car elle sauve des vies. » Désormais cette contradiction doit être surmontée.

La politique des 4 Piliers est-elle complète ? En manque-t-il à votre avis ?

Oui il en manque. On pourrait imaginer un pilier dédié à la régulation des marchés, ou bien à la reconnaissance de l'utilité médicale de beaucoup de drogues actuelles. Mais ce qui manque surtout, c'est une politique sociale qui intègre les problématiques de logements d'urgence, de petits boulots et de boulots stables... Au regard de la montée des consommations de crack et du profil de ces consommateurs, cette politique doit être renforcée.

Des associations telles que la nôtre peuvent-elles avoir un impact sur les réformes de santé publique ?

Concernant la santé publique en lien avec la politique des drogues, à mon sens il y a deux catégories d'acteurs qui sont particulièrement légitimes pour réformer en profondeur les pratiques du secteur. Il y a tout d'abord les villes.

N'oublions pas que de nombreux progrès en matière de réduction des risques ont vu le jour grâce à l'implication des élus à un niveau municipal contre les gardiens du dogme au niveau national. Les acteurs municipaux connaissent bien leurs populations, ils doivent montrer qu'ils ont des marges de manœuvre, c'est leur responsabilité face aux citoyens. En Suisse par exemple, c'est épatant tout ce qui a été fait grâce à l'implication des pouvoirs publics locaux. Je pense notamment au développement des Drop-in (équivalent de nos Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et des mesures sociales qui allaient avec. Les autres acteurs qui sont tout aussi légitimes dans leurs pratiques pour réformer la politique des drogues, ce sont les associations en contact direct avec les usagers de drogues. Grâce au savoir-faire et à l'implication de leurs praticiens, maîtres de rue, du personnel médico-social dans son ensemble en fait, ils peuvent revêtir une posture militante. C'était le cas notamment des professeurs de médecine qui distribuaient des seringues contre l'avis des institutions nationales en pleine crise du VIH. Ces professionnels sont légitimes pour convaincre la population. En se regroupant, les associations peuvent davantage faire respecter leurs voix et se faire entendre à un échelon national. C'est justement le rôle de la Global Commission on Drug Policy que d'obtenir des entrées auprès des autorités un peu partout dans le monde et mettre en contact ONG et décideurs publics. La politique, et particulièrement la politique à un échelon national, doit quant à elle se faire le relais et la protection de ces initiatives.

Propos recueillis par Josselin AUBRÉE

* NDLR : (Prévention, Réduction des Risques, Traitement, Répression)

Actualités Francophones

A Morges, près de Lausanne (Suisse), les 14 et 15 novembre 2024, les fédérations francophones de notre secteur en addictologie se sont réunies pour deux événements majeurs : Le 4^{ème} Sommet International des Fédérations Francophones, «Visibles/invisibles : les usages de drogues au croisement des regards» suivi des 60 ans du Groupement Romand d'Etudes des Addictions (GREA).

C'est dans ce cadre que notre association est intervenue, aux côtés de la Fédération Addiction et des fédérations belges, luxembourgeoises, suisses et québécoises. Ainsi, Naira MELIAVA, directrice générale d'Oppelia, a eu l'opportunité d'intervenir au sein de la table ronde : «Parler de consommation personnelle ou pas ?» et a présenté la conférence « Psychotraumatismes et addiction : quelles résiliences ? »

C'est également dans ce cadre que Catherine DELORME, nouvellement élue présidente de la Fédération Addiction, a présenté le Manifeste de Lausanne. Ecrit pour l'occasion, ce manifeste se veut un « plaidoyer commun pour une refonte profonde des politiques liées aux drogues, dans une approche inclusive et progressiste. »

J.A.

GREA

GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS



Flashez ce QR code
pour découvrir
le Manifeste
de Lausanne

Pour le maintien de l'AME en France

Depuis plus d'un an, l'Aide Médicale d'Etat est de nouveau dans le collimateur du Sénat et des gouvernements qui se succèdent. Or, plusieurs personnes accompagnées par notre association bénéficient - ou peuvent bénéficier - de ce dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière d'accéder à un système de soins sans contribution préalable.

Avant de se pencher sur la manière dont Oppelia fait face à ces soubresauts politiques, il est important de se focaliser sur l'AME en tant que tel. D'où vient ce dispositif, quel est son objectif et pourquoi est-il décrié par une partie de nos élus ?

Quelques repères historiques

Créée en 2000 à l'initiative du gouvernement de Lionel Jospin et de ses ministres Bernard KOUCHNER et Martine AUBRY, l'Aide Médicale d'Etat (AME) n'a depuis cessé d'être remise en cause par les groupes politiques, principalement de droite et d'extrême-droite, que ceux-ci soient dans l'opposition ou au pouvoir. Mais il n'a pas fallu attendre 2000 et Lionel JOSPIN pour que la France vienne en aide aux personnes étrangères malades sur son territoire, qu'elles soient en situation régulière ou non d'ailleurs. D'autres dispositifs plus anciens s'inscrivaient déjà dans cette politique et tradition humaniste française. Ainsi on peut lire sur le site internet du Musée de l'Histoire et de l'Immigration que : « En France, ces dispositifs se mettent en place avec l'aide médicale gratuite dès 1893 et se poursuivent jusqu'aux dispositifs de la protection universelle maladie, des soins urgents ou la procédure dite étranger malade. C'est dans ce cadre national que s'inscrit l'AME et désormais dans celui de l'Union européenne par la Charte des droits fondamentaux (art.1 et art.35) ».

Puisqu'on parle d'histoire et de tradition (une valeur chère aux yeux de celles et ceux qui souhaitent démanteler l'AME), le Musée de l'histoire et de l'Immigration rajoute au sujet de l'AME que celle-ci s'inscrit dans une triple tradition : « Humanitaire d'abord, elle participe de la prise en charge par le système de santé des plus fragiles. Comme composante de la santé publique, l'AME vise aussi à prévenir les risques sanitaires et à protéger l'ensemble de la collectivité de maladies contagieuses. Juridique enfin, le droit à la santé garantit l'accès aux soins de chacun, quels que soient son origine et son statut. »

Qui peut prétendre à l'AME ?

Avant d'évoquer la remise en cause de

l'AME, il est nécessaire de s'intéresser aux conditions d'attribution de ce dispositif et à quels besoins il entend répondre.

L'AME est attribuée aux personnes étrangères en situation irrégulière. Mais celles-ci doivent remplir plusieurs conditions de résidences et de ressources. Concernant la résidence, elle doit être de 3 mois au minimum et dans le même temps il ne faut pas disposer d'un titre de séjour depuis plus de 3 mois. Le dispositif est également lié à un plafond de ressources : 809 € par mois pour une personne, 1214 € pour un couple. Par ailleurs, l'AME est accordée pour 1 an et le renouvellement doit être demandé chaque année. Un seul territoire français fait exception à la règle, il s'agit de Mayotte où l'AME n'est pas applicable, malgré la demande du Défenseur des Droits à ce sujet en 2020.

Les personnes qui ont droit à l'AME peuvent bénéficier de la prise en charge complète de leurs soins sans avance d'aucun frais, à quelques exceptions près : cures thermales, PMA, médicaments à faible service médical, médicaments princeps dès lors qu'existe un générique...

En 2022, 411 000 personnes étaient bénéficiaires de l'AME. Rapporté aux 67 millions de français, cela représente 0,6% des bénéficiaires de l'Assurance Maladie. En termes de coût, toujours pour l'année 2022, environ 1,2 milliard d'euro a été dépensé pour l'AME. Rapporté aux dépenses de l'Assurance-maladie pour cette même année (247,1 milliards d'euros), l'AME représente seulement 0,47 % du budget.

Pourquoi l'AME cristallise-t-elle autant de tensions ?

Depuis sa mise en place en 2000, l'AME a souvent été chahutée sur les bancs du Sénat et de l'Assemblée nationale. Souvent, ce sont des personnalités et groupes politiques issues de la droite et de l'extrême-droite qui souhaitent en restreindre l'accès voire même, à ce

que l'on retire ce dispositif de l'arsenal de la santé publique. Mais pourquoi ? En se penchant sur certains articles de presse des décennies 2000 et 2010 ainsi que sur des vidéos de l'Institut National de l'Audiovisuel, on se rend compte que les arguments avancés depuis plus de 20 ans n'ont pas pris une ride. Il s'agit principalement des coûts engendrés, des potentielles fraudes mais aussi de la symbolique sociale. Ainsi, un article du quotidien Le Monde datant d'octobre 2012 faisait déjà mention de ces arguments utilisés par plusieurs députés. A Droite, Christian JACOB, Claude GOASGUEN et Dominique TIAN dénonçaient l'explosion des coûts liés à ce dispositif. On peut aussi y lire que les députés FN Marion MARÉCHAL-LE PEN et Gilbert COLLARD en demandaient la suppression pure et simple. Le député UMP Jean-François COPÉ demandait lui aussi la suppression de l'AME à l'exception des situations d'urgence. Or, ce dernier argument est souvent repris ces derniers mois : remplacer l'AME par une « Aide Médicale d'Urgence ». Par ailleurs, on entend souvent dire que l'AME attirerait les étrangers en situation irrégulière, qu'elle provoquerait un « appel d'air migratoire ». C'est l'un des arguments évoqués par Bruno RETAILLAU en 2023 alors qu'il était chef de file de la Droite au Sénat et pas encore ministre de l'Intérieur.

Un dispositif pourtant jugé utile par l'ensemble des rapports...

S'il est indéniable que les coûts liés à l'AME ainsi que le nombre de personnes bénéficiaires de ce dispositif ont largement augmenté en 24 ans, il est inconcevable d'en faire porter le chapeau à l'AME elle-même. La supprimer ne participera ni à résoudre des problèmes migratoires ni à résoudre des problèmes budgétaires. En effet, ce dispositif a déjà prouvé son efficacité par le passé et le récent rapport rendu fin 2023 par Claude EVIN et Patrick STEFANINI (respectivement ex



ministre PS et ex-préfet et directeur de campagne de François FILLON) va aussi dans ce sens.

Comme l'indique ce rapport : « L'accélération de l'accroissement du nombre de bénéficiaires de l'AME sur les dernières années est donc une réalité. Comme ce nombre est directement la conséquence de l'augmentation du nombre d'étrangers en situation irrégulière, tout laisse à penser qu'elle va se poursuivre en 2024 ». Ce même rapport rappelle que « L'AME est un dispositif globalement maîtrisé mis sous pression par l'augmentation récente du nombre de ses bénéficiaires et que « L'augmentation du coût du dispositif est la conséquence directe de celle du nombre de bénéficiaires ».

Néanmoins, l'AME n'est pas un appel d'air à cette immigration. Une étude menée en 2019 auprès de plus de 1.000 bénéficiaires de l'AME indiquait d'ailleurs que parmi celles-ci, seulement 9,5% arrivaient en France pour des raisons de santé. Elles partaient du principe que le système de santé français était bon, mais sans avoir connaissance de l'AME ou d'une quelconque gratuité des soins. Le rapport Evin-Stefanini le rappelle également en ces termes : « L'AME n'appa-

raît pas comme un facteur d'attractivité pour les candidats à l'immigration, mais elle contribue au maintien en situation de clandestinité d'étrangers dont elle est parfois le seul droit. »

Par ailleurs, le rapport Evin-Stefanini rappelle que l'AME n'est finalement pas si coûteuse au vu de son efficacité sanitaire. Evoquant son potentiel remplacé par une Aide Médicale d'Urgence, le rapport met en garde toute tentative en ce sens, évoquant des conséquences négatives sur la santé des personnes, sur la sollicitation des établissements hospitaliers déjà fragilisés qu'il faut impérativement préserver. De plus, le remplacement de l'AME en serait pas synonyme de perspective de gains budgétaires.

Mais aussi par les ONG et le personnel médico-social

Deux tribunes majeures se sont récemment portées garantes de l'AME et de son utilité publique. La première est le fruit d'un collectif de 3.000 soignants : « Nous demandons le maintien de l'AME pour la prise en charge des soins des personnes étrangères. » Il y est ain-

si rappelé les conditions de vie difficile des personnes bénéficiaires de l'AME les exposant à « des problèmes de santé physique, psychique, maladies chroniques, transmissibles ou contagieuses mais aussi des suivis natals insuffisants et des risques accrus de décès maternels. Limiter leur accès aux soins aurait pour conséquence directe d'entraîner une dégradation de leur état de santé, mais aussi plus globalement celui de la population toute entière. En témoigne l'exemple malheureux de l'Espagne : « la restriction de l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière votée en 2012 y a entraîné une augmentation de l'incidence des maladies infectieuses ainsi qu'une surmortalité. Cette réforme a finalement été abrogée en 2018. ».

Une autre tribune signée par les 36 ONG - dont la Fédération des Acteurs de la Solidarité à laquelle Oppelia appartient - propose quant à elle ceci : « La seule mesure acceptable est l'instauration d'une carte vitale pour les usagers de l'AME, unique solution consensuelle et réaliste pour favoriser l'accès aux soins des plus précaires, alléger le travail administratif des soignants et de l'Assurance maladie et renforcer notre santé publique. »

J.A.

Sources :

- <https://www.ina.fr/ina-eclair-actu/aide-medicale-etat-histoire-etrangers-situation-irreguliere-loi-immigration>
- https://www.lemonde.fr/sante/article/2012/10/10/l-aide-medicale-d-etat-un-dispositif-discute-a-gauche-comme-a-droite_1772414_1651302.html
- https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ame-decembre-2023.pdf
- https://www.lemonde.fr/idees/article/2023/11/02/l-appel-de-3-000-soignants-nous-demandons-le-maintien-de-l-aide-medicale-d-etat-pour-la-prise-en-charge-des-soins-des-personnes-etrangeres_6197818_3232.html
- <https://www.irdes.fr/recherche/2019/qes-245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.html>
- https://www.francetvinfo.fr/vrai-ou-fake/vrai-ou-faux-l-aide-medicale-d-etat-attire-t-elle-les-etrangers_6252576.html

L'AME à l'épreuve du terrain : Enquête auprès des équipes d'Oppelia

Comme indiqué dans le précédent article, l'Aide Médicale d'Etat joue actuellement sa survie à un moment où celle-ci n'a jamais enregistrée autant de bénéficiaires et où de nombreux salariés et bénévoles issus du secteur médico-social font part d'une précarisation et d'un acharnement des services de l'Etat auprès des publics les plus fragilisés. Du côté d'Oppelia, nous avons voulu en savoir plus quant à la place prise par l'AME dans le travail auprès des personnes accompagnées par l'ensemble de nos équipes.

L'Île-de-France particulièrement concernée

En novembre dernier, Oppelia a lancé un sondage auprès de ces équipes pour connaître le nombre de personnes relevant de l'AME et suivies par ses équipes. Après plusieurs retours significatifs, un résultat est particulièrement frappant : la très grande majorité de ces publics accompagnés par les équipes d'Oppelia se retrouvent principalement sur un territoire : l'Île-de-France. Dans une bien moindre mesure la Haute-Savoie, territoire frontalier de l'Italie et de la Suisse, est aussi un peu concernée. Cette réalité corrobore d'ailleurs le rapport Evin-Ste-fanini de 2023 qui indique ceci : « La première caractéristique territoriale de l'AME est une forte concentration des bénéficiaires. Cette concentration est d'abord une concentration francilienne avec une région qui totalise plus de 200.000 bénéficiaires de l'AME, soit plus de 55 % de la population des bénéficiaires en métropole (392.817 à la fin du deuxième trimestre 2023) alors

que l'Île-de-France représente moins de 20 % de la population résidant en France métropolitaine. »

Une grande diversité de soins et d'accompagnements

Pour l'année 2024, près de 200 personnes accompagnées par Oppelia bénéficient de l'AME. A ce titre, on apprend que ces personnes ne sont pas forcément accompagnées par notre association pour des problématiques relevant de l'addictologie. Ainsi, les salariés et bénévoles d'Oppelia en lien avec ces personnes nous font part d'une grande diversité de besoins et d'accompagnements d'ordre sanitaires mais aussi médico-sociaux. La liste est longue mais en voici un premier aperçu : soins somatiques et psychosomatiques, TSO (Traitements de Substitutions aux Opiacés), passage aux urgences, services de kinésithérapie, analyses en laboratoires, chirurgie, pathologies chroniques, psychiatrie, accompagnements paramédicaux (dentistes par exemple) ...

Parmi les équipes et services particulièrement concernées par les publics bénéficiaires de l'AME, on retrouve l'équipe Bociék d'Oppelia Charonne, à Paris. A titre d'exemple, pour l'année 2023, cette équipe a accompagné 128 bénéficiaires de l'AME. Svetlana ILIEVA, cheffe de service de cette équipe nous a accordé une interview au sujet des publics bénéficiaires de l'AME accompagnés par Bociék.

INTERVIEW

Svetlana, peux-tu nous présenter Bociék en quelques mots ?

Bociék c'est une équipe qui relève d'Oppelia Charonne à Paris. Il s'agit d'une équipe d'intervention psycho-sociale qui intervient auprès des structures accueillant des publics migrants et en situation d'exclusion. A ce titre, nous intervenons dans le cadre de la médiation socio-culturelle et linguistique ainsi qu'en soutien psychologique. Dans l'équipe, nous sommes 11 personnes dont 9 psychologues et 2 éducatrices spécialisées. Toutes les personnes travaillant à Bociék sont bilingues, majo-



ritairement avec une maîtrise des langues d'Europe de l'est (russe, polonais, bulgare, roumain), c'est une spécificité majeure de Bociek. Mais nous avons aussi des collègues qui parlent l'arabe (littéral et dialectal).

Comment allez-vous à la rencontre de ces publics ?

Nous avons développé un savoir-faire et un réseau de partenaires qui fait que nous savons où cibler nos interventions pour aller-vers et à la rencontre des publics prioritaires. Il s'agit des permanences dans les Espaces Solidarités Insertion mais aussi dans les Centres d'Hébergement d'Urgence et de Stabilisation, dans les hôpitaux, ainsi qu'auprès des équipes de maraudes parisiennes. Nous intervenons également ponctuellement dans divers CAARUD et CSAPA. Dans tous ces lieux, nous rencontrons beaucoup de personnes européennes, avec une prédominance de personnes issues d'Europe de l'est (des pays baltes, géorgiennes, roumaines, polonaises, bulgares) mais aussi depuis 2018 des personnes arabophones, d'où la constitution multiculturelle de notre équipe.

La part des personnes relevant de l'AME est-elle importante parmi l'ensemble des publics accompagnés ?

Pour l'année 2023, parmi les personnes accompagnées par mon équipe, 128 bénéficiaient de l'AME. En soi, ce n'est pas si important au vu de notre file active de 652 personnes. Mais il faut bien avoir en tête que ce chiffre pourrait être bien plus conséquent. En effet, un grand nombre de personnes pourraient bénéficier de l'AME et ne font pas les démarches en ce sens, les personnes accompagnées ne demandent pas automatiquement une assurance maladie. Alors quand j'entends des discours à propos des étrangers en situation irrégulière qui viendraient en France pour profiter de l'AME, je peux vous le dire, c'est faux.

La guerre en Ukraine a-t-elle eu un impact sur le nombre de personnes accompagnées ?

Non, on ne l'a pas beaucoup ressenti, pour une raison très simple. Plusieurs dispositifs assez efficaces ont été mis

en place pour accueillir ces migrants depuis 2 ans désormais. Par ailleurs, les personnes qui ont fui la guerre n'étaient pas forcément des personnes en situation de précarité, cela engendre des demandes différentes.

Est-ce que le travail de Bociek se cantonne à l'accompagnement psycho-social ?

Nos missions s'élargissent avec les besoins et les demandes de nos partenaires sociaux et les personnes accompagnées. A part le soutien psychologique et la médiation socio-culturelle et linguistique, nos missions incluent, entre autres, la formation et l'information des personnes accompagnées en lien avec le système social, médical et leurs droits. Mais on ne peut travailler à l'insertion des personnes que si celles-ci peuvent préalablement être prises en charge sanitaire.

Y-a-t-il un déterminant commun parmi les personnes bénéficiaires de l'AME que vous accompagnez ?

Pas vraiment. Ce sont des personnes suivies pour des troubles divers et variés. Cela va de problématiques en lien avec l'addiction jusqu'à des pathologies chroniques... Finalement le déterminant commun ce n'est pas tant une pathologie ou des troubles que beaucoup partageraient, non. Le véritable déterminant commun entre toutes ces personnes c'est la situation d'exclusion et de précarité.

Qu'advierait-il selon toi si l'AME était supprimée ?

Cela deviendrait vraiment très compliqué, de fait ça l'est déjà... Pour bénéficier de l'AME, il faut prouver que l'on est sur le territoire depuis 3 mois, avancer des preuves en ce sens, ça ralentit déjà énormément la prise en charge des soins, de nombreuses demandes se perdent. Je trouve qu'il y a une volonté manifeste d'exclure les personnes qui sont déjà exclues. Concrètement, s'il y a un changement radical dans l'accès aux soins de ces personnes, cela aura des impacts particulièrement néfastes sur leur santé et leur accompagnement, cela s'est déjà vu par le passé au fur et à mesure des diverses réformes de l'AME.

Tu fais référence à une réforme passée ?

Oui, je me souviens qu'il y a quelques années, nous avons vécu une réforme de l'AME pour les personnes européennes. Elles devaient alors demander la CMU (Couverture Maladie Universelle) et si on leur refusait la CMU, elles pouvaient alors demander l'AME. Cela prolongeait terriblement la prise en charge des personnes, heureusement cette réforme a été abrogée, notamment grâce à un effort de plaidoyer de la Fédération des Acteurs de la Solidarité à l'époque.

Et quel serait l'impact pour les professionnels du médico-social ?

En tant que professionnel, quand on annonce aux personnes accompagnées qu'elles peuvent bénéficier de l'AME et que pendant des mois, voire plus d'un an, il ne se passe rien, cela participe à une incompréhension et un découragement des personnes accompagnées ainsi qu'à une détérioration du lien avec les professionnels et bénévoles. De la part des professionnels sur le terrain, l'acharnement administratif auprès des plus précaires n'est pas compréhensible. Quel est le but derrière tout ça ? C'est déjà assez compliqué d'obtenir l'AME, s'il faut en plus de nouvelles exigences pour une couverture sociale, ça va compliquer le travail des professionnels sur le terrain.

Quand les personnes n'ont pas accès à l'AME mais sont tout de même malades, que se passe-t-il ?

Il faut bien se rendre compte que lorsque les personnes n'ont pas accès à l'AME et qu'elles sont en grande souffrance, elles finissent par se retrouver dans les urgences d'hôpitaux déjà surchargés ou bien dans les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé). Les hôpitaux en viennent alors parfois à refuser les soins quand il n'y a pas d'urgence vitale. Avec le nombre grandissant de personnes en situation de précarité cela peut aboutir à une véritable catastrophe humanitaire. J'espère que nous n'en arriverons pas là et que l'AME subsistera.

Propos recueillis par Josselin AUBRÉE

« J'y vais et je lâche tout »

Résident en 2021 du Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR) Le Thianty, Nicolas Camille PROD'HOMME s'est livré pour Oppelia sur son parcours, son envie d'intégrer un CTR à un moment charnière de son existence et le retour à son quotidien, celui d'artiste plasticien.

INTERVIEW

Le 12 avril dernier lors de l'inauguration des dispositifs CTR et LAM (respectivement Centre Thérapeutique Résidentiel et Lits d'Accueil Médicalisés) de notre structure Oppelia Thylac-74 à ALEX en Haute-Savoie, un singulier moment de rencontres eut lieu. C'est en effet dans ce cadre magnifique, au pied du Massif des Bormes, que personnes accompagnées et personnel d'Oppelia ont échangé avec le directeur de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ainsi qu'avec les élus locaux (député et maire). En plus des actuels résidents du CTR on retrouvait également des personnes qui y avaient séjourné il y a quelques mois voire quelques années auparavant, des « anciens résidents » en somme. Or, s'il va de soi que nos institutions doivent intégrer la parole des personnes accompagnées pour faire face à leurs besoins et adapter sans cesse les dispositifs, il est plus complexe de capter la parole des « anciens résidents ». Pourtant, leur parole et leur recul sont tout aussi précieux et c'est particulièrement vrai dans le cadre des CTR où les usagers.ères sont accompagnés.es sur un temps long. Ces centres de soins permettent en effet aux résidents de vivre une expérience sans consommation pendant 3 mois et demi environ.

Nicolas lui, fut résident au CTR en 2021, une période de bascule dans sa vie. Pourquoi a-t-il voulu intégrer le CTR ? Comment a-t-il vécu son passage ? Et comment réappivoiser son quotidien après une aussi longue résidence ? En avril, nous nous étions promis de nous revoir pour prendre le temps d'échanger à ce sujet. Quelques mois plus tard, notre promesse est finalement tenue et voici ce que Nicolas avait à nous raconter.

Est-ce que tu peux te présenter en quelques mots ?

Je m'appelle Nicolas Camille PROD'HOMME, je suis artiste plasticien, j'ai 47 ans, j'enseigne à Paris Panthéon Sorbonne depuis un peu plus d'un an et suis également modèle.

Peux-tu nous parler de ton parcours ? De tes consommations ?

Bien sûr. Pour faire simple concernant les consommations, je dirais qu'elles ont pris une tournure délétère au Canada où j'ai vécu plusieurs années, à Montréal plus précisément durant les années 2010. C'est là que j'ai commencé à consommer beaucoup de méthamphétamines, vraiment beaucoup, au point de frôler l'overdose. Je suis rentré en cure là-bas une première fois, puis une deuxième, j'y ai également été hospitalisé en psychiatrie. Après la 2^{ème} cure en 2015 mon couple a explosé. J'ai alors pris la décision de rentrer en France, c'était en 2016. Pendant un moment j'ai réussi à stabiliser mes consommations, puis elles ont de nouveau basculé dans quelque chose d'incontrôlable.

Tu as pu reprendre un accompagnement en France à ce moment-là ?

Oui, j'ai fréquenté pas mal d'établissements en France. J'ai été rapidement pris en charge au CSAPA de l'Hôpital Marmottan à Paris, puis à la clinique Montevideo à Boulogne-Billancourt (92). En 2019 je perds de nouveau le contrôle de mes consommations, de cathinones cette fois-ci, et ça m'a de nouveau mis en danger. A ce moment-là, je suis toujours suivi par Marmottan et je demande à intégrer une structure en résidentiel où il y ait un véritable programme de sport. J'ai alors eu l'opportunité de partir à la clinique Val Pyrène à Font-Romeu (66). Là dans les Pyrénées Orientales j'ai suivi un programme hyper exigeant sur 6 semaines avec des tests au préalable dans une clinique du souffle et beaucoup de sorties en montagne. En rentrant de Font-Romeu, je me suis senti bien mieux mais arrive alors l'année 2020, et le confinement lié à l'épidémie de COVID-19 qui va avec...

Parce-que tu as vécu douloureusement le confinement ?

On peut dire ça oui. Pendant le confinement je vivais en colocation dans un appartement où il y avait beaucoup de drogues. C'était vraiment super dur



« Auto-portrait »

Nicolas Camille PROD'HOMME

de ne pas succomber aux consommations à ce moment-là. Suite au premier confinement du printemps 2020, le second, en octobre 2020, a coïncidé avec de nouvelles « mauvaises » rencontres et de nouvelles consommations. A ce moment-là, j'ai compris que j'avais besoin d'un sevrage et que je ne pouvais pas le mener seul.

C'est à ce moment-là que tu as pris contact avec le CTR «Le Thianty» d'Oppelia Thylac ?

En fait, j'avais déjà pris contact un an auparavant avec Vanessa ROLAND qui était alors cheffe de service du CTR. Au début de nos échanges, on avait convenu l'un comme l'autre qu'au vu du suivi dont je disposais en région parisienne je pouvais peut-être réaliser mon sevrage avec l'aide de structures et professionnels proches de chez moi. Mais les confinements successifs ont sûrement rebattu les cartes en ce qui me concerne, fin 2020 la situation n'était plus tenable. Entre-temps j'avais également été résident d'un autre CTR d'Oppelia, celui de Kairos dans les Yvelines. Le mode de fonctionnement me plaisait bien, j'étais convaincu de l'intérêt d'intégrer une telle structure. Néanmoins, je sentais un réel besoin de m'extirper de la région parisienne, de m'isoler très loin des consommations, au grand air, pour reprendre une activité physique soutenue aussi. Le CTR Le Thianty cohabitait toutes les cases.

Tu te souviens bien de ton arrivée au CTR ? Tes premières sensations en arrivant-là bas ?

Je m'en rappelle très bien, c'était le 6 janvier 2021 exactement. Personnelle-

ment j'étais soulagé de quitter la région parisienne et de laisser derrière moi les consommations. Mais en même temps j'étais assez anxieux avant d'arriver au Thianty. Avant d'y aller il a fallu que je me dise : « j'y vais et je lâche tout ». Il ne faut pas oublier que c'est un engagement assez fort là-bas. Isolé, pendant 3 mois, sans consommations... Mais bon c'est vraiment ce que je recherchais, j'étais content ainsi. L'arrivée en elle-même était un peu rock'n'roll. Toi tu as vu le nouveau bâtiment flambant neuf au printemps dernier, mais en 2021 ce n'était clairement pas le même. Il y avait plein de réparations à faire, la chaudière a pété juste à mon arrivée, on a été un bon moment sans eau chaude en plein hiver... Et puis il y avait quelques tensions entre les résidents, vraiment ce n'était pas évident au début.

Et concernant les premiers jours ? Le début de la thérapie ?

Les premiers jours et les premiers ateliers ça a été compliqué aussi. On avait de la méditation et de la sophrologie par exemple. J'en avais déjà fait auparavant, au Canada ou lors de mon séjour à Val Pyrene. Mais là, je n'y arrivais pas. En fait, de tout relâcher lors de tels exercices, ça peut faire remonter certains traumas de manière très violente et ça a été le cas pour moi. Vanessa a senti dès ces premiers ateliers que j'étais plus « fragile » que ce qu'elle avait imaginé et que le suivi allait être adapté en ce sens. Sa bienveillance m'a fait énormément de bien. Un des aspects qui m'a énormément apaisé c'est la réclusion, que l'on ressent très concrètement par l'interdiction du téléphone portable les premiers jours. Ça peut faire peur à certains mais personnellement je l'ai très bien vécu, ça a participé à me mettre dans une bulle, à favoriser mon intégration et à me sentir en phase avec ce nouvel environnement.

Tu peux nous présenter le quotidien d'un résident au CTR ?

Le temps au CTR était organisé entre ateliers de groupe, réunions d'humeurs, suivi de la thérapie, randonnées... D'autres temps aussi étaient dévolus à notre « réinsertion » post-CTR avec l'équipe soignante. Mais avant tout, il faut bien avoir en tête que dans un tel dispositif, le quotidien est régi par de nombreuses tâches domestiques. Avec le soutien des éducateurs. rices spécialisés.es, les résidents s'occupent notamment du ménage, de la

restauration, de la gestion des stocks en cuisine... C'est une sacrée source de responsabilité parce que faut pas se planter quand on cuisine pour une dizaine de personnes sept jours sur sept. Mais bon, ne va pas croire que c'est le monastère hein, on avait aussi des temps libres, où l'on pouvait se retrouver seul, chacun dans sa chambre individuelle. La mienne était grande avec une chouette vue, de l'espace, un bureau pour travailler, c'était vraiment bien.

Y-a-t-il quelque chose de spécifique dans l'accompagnement que tu as reçu ?

Oui, il y a un aspect que je n'ai retrouvé nulle part jusque-là et qui était capital pour moi. Dans l'équipe du CTR on retrouve une infirmière spécialisée en santé sexuelle, Emeline POIGNANT. C'est la première fois que je rencontrais quelqu'un qui s'y connaissait vraiment à propos des cathinones et du chemsex. C'était vraiment chouette d'avoir une professionnelle avec qui je puisse parler de tels sujets, c'est rare. J'ai passé beaucoup de temps en thérapie avec elle. Et puis il y a quelque chose qui est unique aussi, c'est le cadre... Les montagnes, la Haute-Savoie, la randonnée, cette bulle me manque parfois.

Et les autres résidents, ils étaient là pour quels types de suivis ?

Je me rappelle qu'il y avait une autre personne qui était là pour des problèmes de consommations liées au chemsex mais sinon il faut bien avoir en tête que l'équipe du CTR n'est pas spécialisée sur un type d'usager.ère ou un type de consommation précis. On est plus sur l'accompagnement des conduites addictives d'une manière générale. De fait, il y avait des profils très différents sur la dizaine de résidents que nous étions, même si c'était très masculin comme public. Néanmoins on avait toutes et tous une particularité, c'est que nous étions là pour un arrêt de nos consommations.

Comment a été préparé ton retour à la vie parisienne après ces 3 mois un peu hors du temps ?

Le retour à la vie parisienne a été bien anticipé justement, tout s'est fait naturellement. J'avais déjà amorcé un changement dans ma routine et mes consommations. Les équipes m'ont bien aidé en ce sens. L'institution a été super bienveillante, a bien préparé mon retour, avec beaucoup de délicatesse. On a pris ensemble des rendez-vous avec plusieurs professionnels pour qu'il

y ait un suivi dans la thérapie.

Qu'est-ce que tu retiens de ce séjour aujourd'hui ?

Déjà, ça m'a permis de retrouver de la confiance en moi. Beaucoup de choses se sont débloquées suite à mon passage au CTR : arrêté des consommations, nouveau logement, nouveau travail aussi puisque c'est à partir de ce moment-là que je me suis tourné vers l'enseignement. La question du logement a été primordiale, j'ai pu en trouver un avec l'association Aurore, ça m'a bien stabilisé. Quand je regarde dans le rétroviseur et que j'analyse ces deux dernières années, je me dis que ça va de mieux en mieux quand même, et clairement il y a eu un avant et un après CTR. Le séjour au Thianty a énormément compté pour moi, d'ailleurs je suis toujours en lien avec les équipes là-bas.

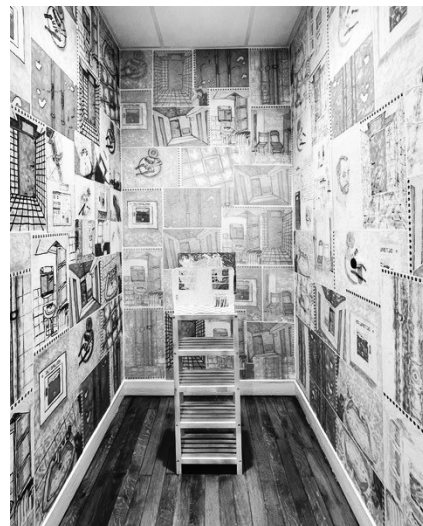
Qu'est-ce que tu donnerais comme conseils à des usagers.ères qui souhaiteraient intégrer un CTR ?

Je leur dirais de peser le pour et le contre avant tout. Il faut être capable d'accepter la vie en communauté, la promiscuité. Ce n'est pas un engagement à la légère, un séjour en CTR c'est un passage marquant dans une vie.

Et qu'est-ce qu'on peut te souhaiter désormais Nicolas ?

Dans un premier temps, avoir un logement à moi en dehors d'Aurore, continuer à vivre de ma passion, poursuivre mon parcours professionnel et artistique. Et puis, il y a autre chose aussi, quand je repense au Canada, je me dis que mon départ a vraiment été abrupt. J'aimerais bien y retourner, être en paix avec ça, ne serait-ce que pour des vacances.

Propos recueillis par Josselin Aubrée



« La Chambre »

par Nicolas Camille PROD'HOMME

D'usagère à éducatrice... d'éducatrice à paire-aidante

En septembre dernier, nous vous proposons un article sur la pair-aidance et le dispositif « Favoriser l'implication et la coopération avec les usagers », dispositif ayant notamment pour objectif de développer la pair-aidance dans des structures médico-sociales. Pour faire suite à ce premier article sur la pair-aidance, voici l'interview d'Estelle S. Educatrice spécialisée depuis 2003 dans un CAARUD, qui dépend d'une association privée relevant du médico-social, elle a développé officieusement la pair-aidance grâce à son parcours et son savoir expérientiel. Désormais, elle passe une formation pour officialiser son double statut. Nous avons voulu en savoir plus quant à sa pratique de la pair-aidance.

INTERVIEW

Premièrement je voulais te demander quelle était ta définition ou ta vision de la pair-aidance ?

Même si chaque expérience de consommations ou de soins est unique, ce qui rassemble les pairs-aidants dans notre secteur ce sont justement ces expériences communes des consommations de drogues, des risques associés ainsi que du vécu du soin spécialisé en addictologie. Mais à mon sens, il y a plein de manière d'être pair-aidant, pour plein d'aspects différents de la vie. Sans mauvais jeu de mots, les pairs peuvent être des mères qui viennent d'accoucher par exemple et qui partagent ce parcours. Mais la pair-aidance pour moi en addicto ça reste un métier à part entière, je ne l'imagine pas forcément comme du bénévolat.

Quelle place occupe la pair-aidance dans ton parcours professionnel et personnel ?

En rentrant en formation d'éducatrice en 1997, je ne connaissais pas l'auto-support et encore moins la pair-aidance, à vrai dire je ne connaissais que ma propre expérience. Et puis un jour, dans un bar à Lille, je suis tombé sur un journal d'ASUD qui traînait sur le comptoir. En le feuilletant je me suis dit : « Enfin un discours qui n'est pas dans la repentance, la victimisation ou la culpabilisation. Oui on peut consommer, assumer et aussi assurer au taf ». C'était vraiment la base de ma découverte de la coopération entre usagers malgré le cadre légal français prohibitionniste lié à la loi de 1970. Personnellement, j'avais comme projet de travailler en toxicomanie mais sans vraiment connaître les dispositifs et tous les principes phares. J'avais fait mon stage dans ce qu'on appelait alors les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes, à Roubaix et j'ai décou-

vert l'organisation ASUD (Association d'Auto-support des Usagers de Drogues) à cette période.

Ton implication dans ASUD a été déterminante j'ai l'impression ?

Complètement ! Pour la petite histoire, Fabrice OLIVET - qui était président d'ASUD fin des années 90 - et moi, avons fait des études d'histoire ensemble à Reims quand on était plus jeune. Quelques années plus tard, en 1999, je frappe à la porte d'ASUD et sur qui je tombe ? Fabrice ! Quelle surprise ! Par son intermédiaire, j'ai rencontré des personnes partageant les mêmes valeurs avec lesquelles nous avons monté ASUD Nord sur Lille. Parallèlement à mon premier boulot d'éducatrice spécialisée dans un établissement de post-cure, j'ai rapidement adhéré et milité activement dans cette association d'auto-support. Mon engagement pour ASUD était lié à la volonté de participer au changement des représentations, et plus particulièrement sur celles que le personnel soignant porte sur les personnes qu'on appelait les toxicomanes. Personnellement, être membre d'ASUD ça m'a permis d'assumer mes consommations et qu'elles ne soient pas perçues sous l'angle de la moralité, de la culpabilité. Et puis, avec les anciens de cette structure ASUD Nord on est restés en contact. Certains bossaient chez Aides, aujourd'hui, on travaille tous en réduction des risques et on est restés amis, ce n'est pas pour rien. Il faut croire que c'est un sacerdoce pour nous la RDR.

Est-ce que tu as pu développer la pair-aidance dès le début de ton parcours professionnel ?

Je bosse depuis 2003 en CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues). Si j'y suis, c'est que j'ai envie que les personnes accueillies se sentent acceptées, inté-

grées. J'ai toujours été salariée du médico-social et à mon sens, en tant que salariée de ce secteur, on se doit de suivre une ligne de conduite, d'être animé par l'envie de faire bouger les choses.

Mais au début des années 2000 je vivais un sentiment d'illégitimité auprès des usagers.ères comme du personnel. Je fais partie d'une génération où on n'était pas censé parler de son vécu. Pourtant notre vécu participe à faire de nous la personne et le professionnel que nous sommes non ?

Pourquoi parles-tu de sentiment d'illégitimité ?

Vis-à-vis de mon employeur je ne voulais pas me griller et raconter mon passé. En tant que nouvelle professionnelle ayant beaucoup de choses à prouver, je m'abstenais de parler de mes consommations. Et en même temps, vis-à-vis des usagers.ères, je ne me sentais pas honnête, pas transparente. J'avais envie de leur dire que moi aussi je connaissais ces modes de consommations risqués et les parcours de soins qui vont avec. Pourtant je m'auto-censurais. D'autant plus auprès des usagers.ères parce que même si j'ai connu des consommations à risques avec les opiacés, les psychostimulants et l'alcool, que je suis sous Subutex (un traitement de substitution aux opiacés, TSO) depuis 1996, que j'ai souffert de l'hépatite C et même de la prison, finalement je n'ai pas connu la grande précarité comme beaucoup d'usagers.ères de CAARUD peuvent la vivre. Alors ça a contribué à ce sentiment d'illégitimité.

Et qu'est-ce qui a changé depuis tout ce temps à ton avis ?

Déjà juridiquement en 2005 un décret fait son apparition dans le code de la Santé Publique. C'est un décret relatif aux missions des CAARUD. Depuis les années 2000, un gros chemin a été fait

en termes d'évolution des mentalités. Si on dit que les anciennes générations étaient plus militantes et activistes, cela ne concernait pas le CAARUD où je travaille et il faut reconnaître que les générations actuelles sont plus transparentes à propos de leurs pratiques et consommations, cette question du dévoilement ouvre le débat. A titre personnel, me sentant devenir une « ancienne » de l'équipe, gagnant en expérience, je me suis petit à petit permis d'évoquer mes consommations, on peut dire que je suis devenue pair-aidante de cette manière en fait, dans un cadre complètement officieux. Mais il n'y a pas que les professionnels qui vivent une évolution des mentalités. Il faut aussi avoir en tête que les personnes accueillies peuvent à leur tour véhiculer une vision stéréotypée des accueillants, qu'il s'agirait presque de non-humains. J'ai aussi envie de contribuer au changement de ces représentations envers les « soignants », qui ont un regard de plus en plus large sur la notion du soin.

Qu'est-ce que permet l'évocation de tes consommations dans le cadre de la pair-aidance ?

Dans notre société, la consommation est vécue comme quelque chose d'intime, en plus d'être diabolisée dans les médias. Mais casser cette frontière de l'intime, en parlant de mon TSO par exemple, permet de mettre la communication sur un autre niveau, d'égal à égal. Je ne m'autorisais pas à le faire depuis le début. Je peux désormais dire aux usagers.ères que « je connais l'injection », ça me met sur le même pied d'égalité. C'était ma motivation essentielle quand j'ai débuté en addicto, « être sur le même pied d'égalité » entre le personnel et les usager.ère.s.

Officiellement, tu as le statut d'éducatrice spécialisée ou de pair-aidante ?

Alors en soi, je ne suis pas officiellement paire-aidante. Pas encore du moins, car je suis une formation pour officialiser ce titre justement. Il s'agit du « parcours d'accompagnement à la pair-aidance, « Co'Oppair » dans le cadre du projet « Favoriser l'implication et la coopération avec les usagers »*.

Et puis il faut savoir que la convention collective 66 dont je dépends dans la structure médico-sociale où je suis salariée n'intègre pas le métier de pair-aidant dans sa grille de métiers. Mais du côté de mon employeur c'est une véritable volonté que d'intégrer les pairs-aidants dans les ressources humaines de notre équipe.

On pourrait se dire que tu n'as pas vraiment besoin de formation pour devenir pair-aidante au vu de ton parcours, si ?

Tu n'es pas le premier à me poser cette question ! Dans les premiers modules de cette formation on parlait de bienveillance, de non-jugement... Pour moi c'était une évidence, alors je me suis dit « mais qu'est-ce que je fous là ? » Pour autant je ne regrette pas. En fait je me suis rendu compte que je réalisais pas mal d'impairs dans mes interventions de « paire-aidante officieuse ».

Ma posture d'éduc que j'avais depuis 20 ans ce n'est pas la même que celle de paire-aidante et il ne s'agit pas d'utiliser son expérience à tort et à travers. En voulant me servir de mon expérience dans le cadre de mon boulot, je me suis rendu compte que je m'emballais, que je pouvais en dire trop, ne pas utiliser mon vécu dans un contexte approprié. En intégrant la formation et le collectif de pair-aidance Or'pair je me suis rendu compte que j'avais beaucoup de choses à apprendre. En plus, cette formation m'a permis de découvrir de nouveaux outils c'est franchement positif dans son ensemble.

Tu finis bientôt ta formation ?

Oui bientôt ! Là je fais un stage dans un CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) à Lille pour valider cette formation. J'ai choisi ce lieu parce qu'il y avait déjà un patient-expert qui y intervient. Ensuite, je ferai un second stage dans un autre CSAPA. A ce moment-là, je me sentirai légitimement pair-aidante ! Bien que ce soit forgeant qu'on devient forgeronne ! »

Selon toi, comment améliorer les dispositifs et la place prise par les usagers-pairs pour favoriser l'implication et la coopération avec les usagers ?

Des pistes d'amélioration à ce sujet ce n'est pas ça qui manque. Si l'on pouvait bénéficier d'un cadre permettant aux personnes accompagnées de nous montrer comment elles basent la cocaïne par exemple, ça nous ferait pas mal avancer en matière Réduction des Risques (RdR) grâce à leur savoir expérientiel, et cela impliquerait davantage de personnes accompagnées avec une valorisation de leurs compétences. Toujours dans une optique de RdR, si les personnes accompagnées pouvaient, à nos côtés, être à l'origine d'une collaboration sur la création d'un espace de consommation sur le CAARUD ce serait top. Mais bon, participer à un temps de réflexion pour les personnes accompagnées c'est compliqué. Elles sont au CAARUD pour se doucher, se reposer, manger, dormir. L'implication dans de tels projets relève d'une autre temporalité et de priorités qui ne sont généralement pas celles des personnes en grande précarité. D'autant que l'actualité récente prouve que l'ouverture des HSA ne fait pas l'unanimité politique. Ma priorité reste d'accueillir les personnes du mieux qu'on peut au CAARUD et de développer la RdR à distance dans les Hauts de France grâce au programme initialement conçu au niveau national par l'association SAFE, mission sur laquelle je travaille principalement et actuellement au sein du CAARUD.

Propos recueillis par Josselin AUBRÉE

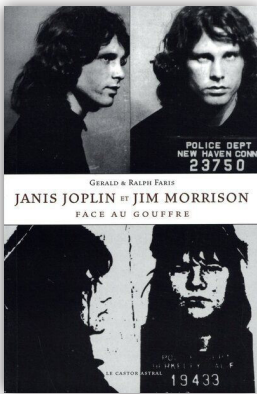
* La structure Co'Opp a pour objectif de proposer un espace coopératif d'incubation pour des projets individuels et collectifs entrepreneuriaux dans le secteur de l'addiction au service du rétablissement.



Livre « La Suisse et les drogues »

Auteurs : Peter-Paul BÄNZIGER, Michael HERZIG, Christian KOLLER, Jean-Félix SAVARY, Frank ZOBEL
Editeur : Livreo Alphil - **Date de parution :** 21/11/2024

Comment la Suisse a-t-elle, en l'espace de quelques décennies, glissé de l'exploration des substances illégales par des individus en quête d'exotisme à la scène ouverte du Platzspitz où sont morts des centaines de jeunes « toxicomanes » de tout le pays ? Comment a-t-elle pu ensuite, souvent avec l'accord de sa population, mettre en place des mesures aussi controversées que les locaux d'injection, la prescription médicale d'héroïne et le drug checking ? Comment ce pays, célébré alors à travers le monde pour l'audace et le courage de sa politique des quatre piliers, a-t-il pourtant persévéré à punir les personnes qui consomment des drogues et laissé la légalisation du cannabis se réaliser ailleurs. Pourquoi, hier comme aujourd'hui, la question de la consommation et du trafic des drogues illégales est-elle associée à autant de peurs, de débats et de controverses dans les médias, en politique et chez les professionnel-le-s ? Et, surtout, trouvera-t-on en Suisse un jour le moyen de faire la paix avec ces drogues plutôt que de leur faire inlassablement une guerre perdue d'avance ? L'examen durant plus d'un demi-siècle du rapport complexe qu'entretient notre pays avec les drogues illégales livre autant de réponses à ces questions que l'on peut en donner aujourd'hui.



Livre « Janis JOPLIN et Jim MORRISON, face au gouffre »

Auteurs : Gerald & Ralph FARIS - **Editeur :** Castor Astral - **Date de parution :** 14/06/2007

Écrit par un psychologue et un sociologue de renom, ce captivant document explique par le détail que Janis JOPLIN et Jim MORRISON souffraient d'un même trouble de la personnalité (borderline, ou état limite). Cette grave affection, méconnue à l'époque mais bien identifiée aujourd'hui, les a tous deux prématurément menés à la mort, à l'âge de 27 ans. Le livre répond aux questions suivantes : pourquoi se comportaient-ils de façon aussi excentrique et outrancière ? Étaient-ils suicidaires ? Quelle était la nature de leur grave détresse ? Aurait-on pu leur venir en aide ? En s'appuyant sur les connaissances actuelles en psychologie et sur une vaste documentation, les auteurs analysent en profondeur le comportement autodestructeur des deux artistes, distinguant les symptômes des causes réelles. Après avoir décrit la maladie elle-même, Gerald et Ralph FARIS mettent en scène des séances de psychanalyse replacées dans le contexte des années 1960. Ils révèlent les réflexions du thérapeute à mesure que les patients s'expriment. Au-delà de toute polémique, ce livre audacieux apporte des éléments essentiels permettant de mieux comprendre contre quels démons luttait au jour le jour ces deux icônes du rock et du blues.



Sur internet « DOPAMINE City »

LIEN > <https://dopaminecity.fr/index.php>

DOPAMINE City est un espace culturel consacré à la thématique des drogues et addictions, et leurs représentations. Il fait la part belle à la fiction pour éclairer la réalité avec la distance nécessaire...

En complément de l'actualité culturelle sur le sujet, nous vous proposons : Des flash-back sur des œuvres emblématiques, un journal de bord fictionnel, mais aussi un compte Instagram qui donne la parole à des usager-ères de fiction.

Flahez ce
QRCode pour
atteindre ce site



Konbini news « Thérapie psychédélique »

LIEN > <https://www.youtube.com/watch?v=SIJqcwyEjhs>

Konbini : « John, la cinquantaine, père de trois enfants, est un des patients test. Il souffre d'alcoolisme sévère et participe au premier essai clinique français qui utilise la psilocybine dans le cadre d'une thérapie. Nous l'avons suivi pendant 4 semaines au centre d'addictologie du Grau-du-Roi, il nous raconte ses trips, et ce qu'il en a tiré 5 mois après, à l'heure où le gouvernement veut faire de la santé mentale une de ses priorités. »

Flahez ce
QRCode pour
atteindre ce site

