

L'USAGE DE DROGUES EN WALLONIE

FOCUS SUR LA PROVINCE DE LIÈGE (16.05.2019)



Précarité – Assuétudes –
Soins de santé:
Font-ils bon ménage ?

Sandrine CONRADT, Relais Santé – R.S.U.V.

I. PRÉCARITÉ – SANS ABRISME ?

Définition ETHOS – personne sans logement fixe

3 grands types de souffrance : réactionnelle – liée aux troubles des conduites et de personnalité
- conséquente aux grands troubles psychiatriques (psychoses)

Souffrance psychique aggrave maladie préexistante

Stratégies de survie et de défenses psychiques



2.1. ETUDE SAMENTA (2004) : ETAT DES LIEUX DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES PERSONNES EN GRANDE PRÉCARITÉ EN RÉGION ILE DE FRANCE

- 840 personnes – personnes sans logement personnel

1/3 de la population
souffre de troubles
psychiatriques
sévères

Prévalence 10x plus
importante pour
troubles
psychotiques

3/10 personnes
Dépendance ou
consommation
régulière substances
psychoactives

Troubles
psychiatriques
sévères + addictions
= + élevé dans
dispositif bas seuil

Co-morbidité +
importante que popu
générale

Maintien dans le soin
problématique

2.2. ETUDE SAMENTA : 18-25 ANS

40 % troubles
psychiatriques
sévères
(32%)

17 % états
psychotiques
(13%)

32% troubles de
la personnalité
(21%)

38% addictions
(alcool – cannabis)
(29%)

3. ETUDE CRP-SANTÉ LUXEMBOURG : INTERACTIONS ENTRE LES FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES ET LES FACTEURS DE PERSONNALITÉ (SCHILTZ & AL, 2007):

- 206 personnes en situation de précarité sociale – chômeurs de longue durée, SDF, réfugiés et demandeurs d'asile, personnes sortant de prison, toxicomanes

Chômeurs:

Diminution estime de soi, bien-être et confiance en soi

Dépression

Désinsertion sociale

S.D.F. :

Nombreux événements de vie stressants

Environnement familial déficitaire

Troubles de l'humeur, schizophrénies, T.P, T.A.G., P.T.S.D., pers. Antisociales, abus de consommation d'alcool et de drogues

Borderline?

Réfugiés et demandeurs d'asile:

Risque important de troubles psychiatriques

(P.T.S.D., dépression, anxiété)

Toxicomanes:

Rétrécissement du champ relationnel

Conduites de sabotage des potentialités

Conduites de refus

Violence faite à soi-même

Vulnérabilité accrue suite à faible capacité de tolérance à la frustration

4. PATHOLOGIES SPÉCIFIQUES À LA RUE



Personnalités
pathologiques

Etats
psychotiques

Troubles
graves de
l'humeur

Etats de
dépersonnalisation

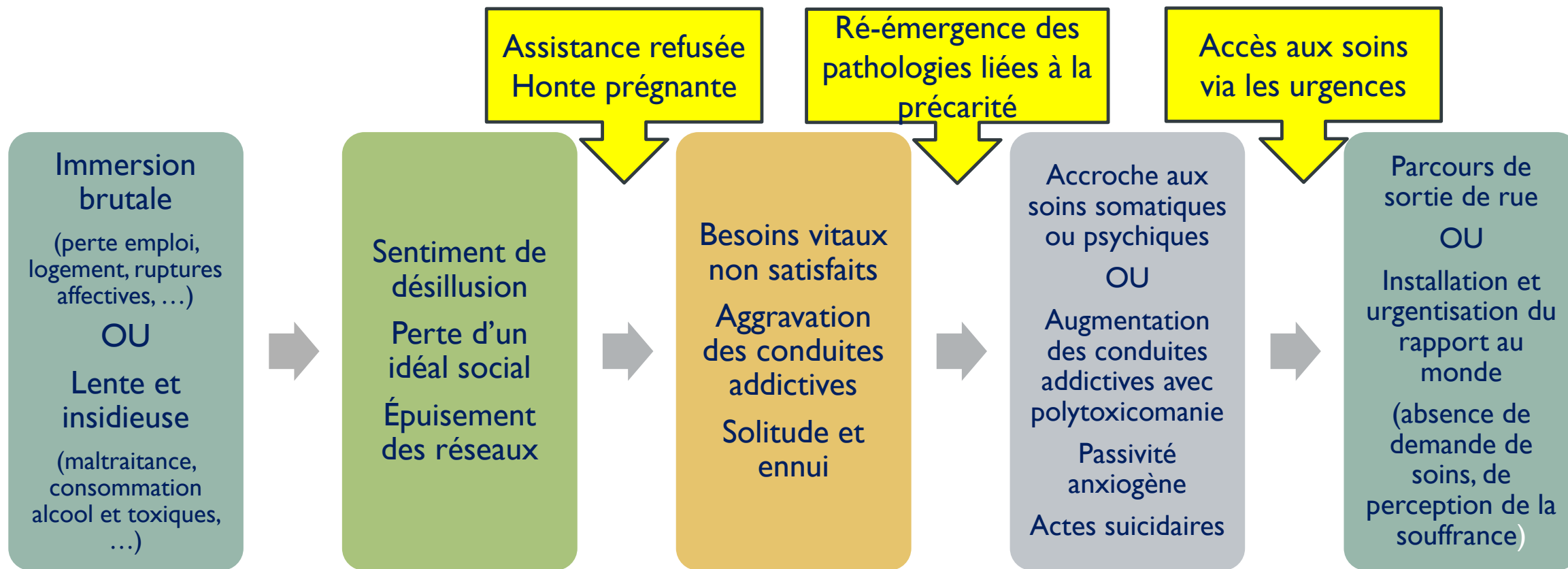
Assuétudes

Pathologies
dermatologiques
(plaies, mycoses,
abcès, ...)

Tuberculose

Douleur

5. SOUFFRANCE EVOLUTIVE



Personne ne montre plus que négligence, anesthésie et agnosie
→ Syndrome d'auto-exclusion

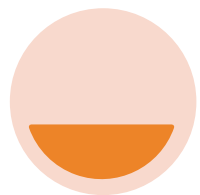
IMPACT DE LA PRÉCARITÉ SUR LA SANTÉ (GEERAERT, J. & AL, 2014)

- Inégalités fortes de morbidité et de mortalité
- Les difficultés diverses cumulées augmentent le risque d'une rupture progressive des liens sociaux
- Stigmates
- Indifférence à la douleur

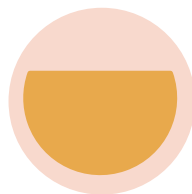


Toutes les formes de précarité provoquent des problèmes de santé spécifiques, aggravés par des difficultés d'accès aux soins liées aux droits (Geeraert, J. & Rivollier, E., 2014)

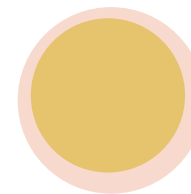
6. AMENER VERS UN SOIN DURABLE ?



70% ont eu un contact aux soins



25 % antécédents hospitalisation en psychiatrie



75% ayant eu un suivi ne l'ont plus (40% troubles psychotiques)



L'accès aux soins existe, mais le maintien dans le soin est moins fréquent

POURQUOI UN NON-RECOURS AUX SOINS ?

SOIGNÉ

- Rapport au corps, manière de percevoir la maladie ou le symptômes (ex: Syndrome d'auto-exclusion)
- Troubles psychiques - Handicap
- Histoire de vie
- Situation sociale passée, présente et future et craintes pour l'avenir

POURQUOI UN NON-RECOURS AUX SOINS ?

RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

- Difficultés de communication avec le monde médical : demandes plus diffuses et difficultés à exprimer les besoins
- « Fatigue » du soignant
- Représentation du soignant
- Sentiment de honte générale, d'exclusion, et de mésestime de soi

POURQUOI UN NON-RECOURS AUX SOINS ?

- Précarité économique : difficultés à se projeter dans l'avenir
- Raisons financières
- Difficultés de faire valoir ses droits
- Stigmates de l'aide sociale (ticket modérateur, AMU, ...)



Sensibiliser le personnel soignant aux particularités du public
Améliorer le travail inter réseau (social et de soins)

SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES GRANDS EXCLUS

- Impossibilité d'envisager des sevrages alcooliques qui demandent des séjours prolongés
- Le traitement médical ne peut être que symptomatique
- Altération du temps → Renoncer à la notion de rendez-vous
- Traitement sur un temps long, voire très long
- Soins médicaux : porte d'entrée pour une insertion sociale
- En lien avec le temps présent, peu de projection dans l'avenir



Adapter les temps d'hospitalisation, de révalidation
Pouvoir disposer de lieux de convalescence accessibles
Soutenir et favoriser la création de lits de crises

7. FREINS SPÉCIFIQUES DANS L'ACCÈS AUX SOINS

Pathologies
psychiatriques

Assuétudes

Double
diagnostic

“Triple & +”
diagnostic

A.M.U.

Situations de plus en plus complexes et publics de plus en plus déstructurés, abîmés, ...



PISTES DE SOLUTIONS POUR L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS

- Collaborations avec les acteurs de soins spécialisés : hôpitaux, psychiatrie,... / sensibilisation
- Permanence du lien
- Ecouter pour redonner confiance
- Un temps d'accueil
- Comprendre pour adapter la démarche soignante
- Accompagnement



Prise en charge réalisée par étapes, avec des objectifs peu nombreux sur le court ou moyen terme, selon des priorités définies avec les personnes elles-mêmes qui éprouvent des difficultés à se projeter dans l'avenir.

9.2. PISTES DE TRAVAIL

Respect des droits
fondamentaux

Politique cohérente
et efficace d'accueil
des migrants en
termes d'accès aux
soins

Prévention lutte
contre l'isolement, la
précarité,

Soutenir et favoriser
les lits de crises

A.M.U.

9.3. PISTES DE TRAVAIL – INSTITUTIONNELLES

Référent
précarité

Accessibilité
aux soins,
adaptation des
services au
public
précarisé

Pouvoir
disposer de
lieux de
convalescence
accessibles

Prendre en
compte les
constats pour
adapter les
seuils d'accès
dans les
structures de
soins/ d'accueil
(cure, poste-
cure)

Adapter les
temps
d'hospitalisation,
de revalidation

Sensibiliser le
personnel
soignant aux
particularités
de ce public

Améliorer le
travail inter
réseau (social
et de soins)



Nécessité d'insister sur l'amélioration de la qualité des soins et sur une prise en charge globale des personnes avant qu'elles ne se retrouvent en situation de rupture sociale.



Précarité – Assuétudes – Soins de
santé :
font-ils bon ménage ?



Service public de Wallonie

Avec le soutien de
la



Wallonie

LA PAROLE EST À VOUS...



Merci pour votre
attention...et
votre
collaboration!

BIBLIOGRAPHIE

- Carde, E. (2006). « On ne laisse mourir personne ». *Les discriminations dans l'accès aux soins*. Cairn, Martin Média, n° 16, pp.57-80.
- Desprès, C. (2013). *Significations du renoncement aux soins: une analyse anthropologique*. Cairn: Sciences Sociales et Santé, vol 31, pp. 71-96.
- Dourgnon, P., Desprès, C., Jusot, F. & Fantin, R. (2011). *Dépense de santé et accès financier aux services de santé: une étude du renoncement aux soins*. *Les comptes de la santé 2010. Série Statistiques – Document de travail de la Dress*, N° 161, pp. 85-96.
- Emmanuelli, X., & Tartièrre, S. (2015). *Eléments cliniques de l'exclusion: 2^{ème} partie*. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 27, pp. 90-96.
- Geeraert, J. & Rivollier, E. (2014). *L'accès aux soins des personnes en situation de précarité*. Soins, Elsevier Masson, pp. 14-18.
- Laporte, A. & Chauvin, P. (2004). *Samenta: rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France*. *Observatoire du Samu social*, pp.227.
- Mercuel, A. (2013). *SDF: Aspect psychopathologique et comportement*. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 197, n°2, 271-276.
- Mercuel, A. (2012). *Souffrance psychique des sans-abri: vivre ou survivre*. Eds: Odile Jacob, Paris, France.
- Parizot, I. & Chauvin, P. (2005). *Quel accès aux soins pour les plus démunis?*. *Sciences Humaines: Hors série*, n°48.
- Schiltz, L., Houbre, B. & Martiny, C. (2007). *Précarité sociale, marginalisation et pathologie limite: étude comparative de plusieurs groupes de sujets en rupture de projet de vie*. *L'évolution psychiatrique*, 72, 453-468.