

Interventions auprès de publics spécifiques

Maitena Milhet, Julien Morel d'Arleux, Carine Mutatayi,
Caroline Protais

Accueil spécifique de femmes présentant des addictions

Les femmes présentant des addictions rencontrent davantage de freins que les hommes pour accéder aux services d'addictologie, notamment compte tenu d'une forte précarité sociale, sanitaire et familiale et d'une plus grande crainte du stigmate (Escots et Sudérie, 2013 ; Jauffret-Roustide *et al.*, 2008 ; Mutatayi, 2014). Face à ces situations, exacerbées lors de grossesses ou quand des enfants sont impliqués, des services d'addictologie proposent parfois un accueil spécifique (Simmat-Durand *et al.*, 2013). Ainsi, 80 accueils de ce type ont été mis en œuvre en 2017 (Mutatayi, 2019). La moitié fonctionnait depuis moins de six ans. En 2017, ces accueils ont reçu 2 643 femmes et quelque 300 enfants accompagnants. Le plus souvent, les structures ont travaillé avec ces femmes sur l'estime de soi, le socio-esthétisme, la parentalité et le lien mère-enfant, ainsi que sur la socialisation. Quatre sur dix ont renforcé l'aide socio-administrative ou socio-éducative auprès des femmes accueillies. Un tiers a fourni une aide pratique (vêtements, produits d'hygiène, etc.). Certains accueils ont proposé des consultations médicales, gynécologiques, et des suivis de grossesse ou périnataux. Pour faciliter le recours des femmes à leur service, la moitié des structures ont aménagé des temps réservés (horaires, jours) par rapport à leur accueil général mixte.

Personnes sans abri ou mal logées présentant des troubles psychiatriques

L'absence durable de logement constitue un facteur de mortalité et de morbidité accrue dans le champ des conduites addictives et des pathologies mentales. En vue de favoriser une réponse intégrée à ces comorbidités ainsi qu'aux fragilités cumulées des personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire, l'État a engagé en 2011 l'expérimentation du programme « Un chez soi d'abord », inspiré du modèle américain *Housing First*, dans quatre villes (Lille, Marseille, Toulouse et Paris) (Tinland *et al.*, 2013). Ce programme renouvelle en profondeur les modalités d'accompagnement existantes en réunissant dans un même dispositif les approches psychiatriques, addictologiques et de l'action sociale. Il propose l'accès direct à un logement ordinaire moyennant un accompagnement au domicile par une équipe interdisciplinaire. L'intervention repose sur la perspective du « rétablissement » des personnes. L'inspiration directe du modèle du « recovery », cette orientation promeut le respect du libre choix des personnes et la mobilisation de leurs compétences propres dans une dynamique de changement (Estecahandy *et al.*, 2015). En 2017, au regard des résultats concluants de l'expérimentation, la pérennisation des sites expérimentaux et l'extension du programme ont été décidées. D'ici à 2022, il est prévu le déploiement de seize nouveaux sites sur le territoire (décret du 28 décembre 2016).

Les publics sous main de justice...

Depuis 1994, le ministère de la Santé est responsable de la santé des personnes détenues. La prise en charge des addictions en milieu carcéral repose sur un système à triple niveau : soins ambulatoires, soins de jour ou hospitalisation complète. Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), qui sont principalement chargées de la santé somatique, délivrent les traitements de substitution depuis la fin des années 1990. Plus spécifiquement, les personnels des unités sanitaires de niveau 2 (psychologues, psychiatres...) ou des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) prennent en charge les usagers de drogues du point de vue de la santé mentale dans les établissements où il n'y a pas de CSAPA pénitentiaire. Depuis 2010, les détenus peuvent être hospitalisés à temps complet dans l'une des 9 unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) au sein d'un centre hospitalier spécialisé ; 202 CSAPA se sont également implantés dans 162 établissements pénitentiaires (Palle et Rattanaray, 2018). Depuis 2013, différents textes proposent d'intensifier les mesures de réduction des risques en prison et d'articuler les prises en charge au moment de la sortie. La loi de modernisation du système de santé de 2016 réaffirme ces ambitions, malgré les obstacles lors de son implantation, en particulier concernant la politique de RdRD (voir chapitre « Les orientations récentes des politiques publiques en matière de drogues » p. 78). Plusieurs programmes inspirés d'expériences étrangères sont également expérimentés à ce jour. Le plan gouvernemental 2013-2017 a permis l'expérimentation de programmes innovants : L'Ouvrage, au TGI de Bobigny met en place un suivi éducatif et médico-social alternatif à l'emprisonnement ; l'unité de réhabilitation pour usagers de drogue en milieu carcéral (URUD), ouverte en juin 2017 au centre de détention de Neuvic, fonctionne à la manière d'une communauté thérapeutique.

... dont les jeunes

Afin de mieux répondre à l'esprit de la circulaire de 1945, qui préconise une réponse des autorités judiciaires visant les mineurs à dominante éducative et sanitaire, et malgré un taux de réponse pénale important et en augmentation (Mainaud, 2015), les consultations jeunes consommateurs (CJC) et les stages de sensibilisation ont offert aux parquets des solutions d'orientation à composante socio-sanitaire (Obradovic, 2012). Ainsi, en 2014-2015, plus de 40 % du public des CJC était adressé par la justice ou la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Par rapport aux consultants venus spontanément ou adressés par l'entourage, les personnes sous main de justice sont plus souvent des hommes, jeunes majeurs (18-25 ans), usagers de cannabis occasionnels, qui recherchent surtout plaisir ou convivialité. Au sein des CJC, les professionnels développent des pratiques professionnelles radicalisant certaines postures déjà connues en addictologie. L'enjeu pour les professionnels est double : « aller vers » les jeunes en intervenant en amont dans leurs lieux de vie (école, lieux festifs...), et s'adapter aux particularités d'un public plus « fragile », grâce à un plus grand engagement au sein de l'échange, une valorisation et un soutien permanent du consultant (Protais, 2017).

Références législatives

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *JORF* n° 22 du 27 janvier 2016, texte n° 1. (NOR AFSX1418355L)

Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ». *JORF* n° 303 du 30 décembre 2016. (NOR AFSA1631837D)