



HAL
open science

**Étude descriptive de l'évolution des pratiques addictives
de personnes en situation de précarité pendant la
pandémie du COVID en 2020. Enquête réalisée auprès
de partenaires sanitaires et médico-sociaux de
Loire-Atlantique**

Zoé Bizouarne

► **To cite this version:**

Zoé Bizouarne. Étude descriptive de l'évolution des pratiques addictives de personnes en situation de précarité pendant la pandémie du COVID en 2020. Enquête réalisée auprès de partenaires sanitaires et médico-sociaux de Loire-Atlantique. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03657449

HAL Id: dumas-03657449

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03657449>

Submitted on 3 May 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2022

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de médecine générale)

par

Zoé BIZOUARNE

Présentée et soutenue publiquement le 01/02/2022.

Étude descriptive de l'évolution des pratiques addictives de personnes en situation de précarité pendant la pandémie du COVID en 2020.
Enquête réalisée auprès de partenaires sanitaires et médico-sociaux de Loire-Atlantique.

Présidente : Madame la professeure Marie GRALL-BRONNEC

Directeur de thèse : Monsieur le docteur Bertrand LE GEAY

Membre du jury : Madame le docteur Pauline JEANMOUGIN
Monsieur le professeur Cyrille VARTANIAN
Madame Amandine GAUTHIER



REMERCIEMENTS

Merci au Professeur Grall-Bronnec d'avoir accepté de présider ce jury de thèse.

Merci au docteur Le Geay, d'avoir encadré ce travail et guidé sa réalisation. Sa bienveillance et son ouverture d'esprit m'ont permis de réaliser ce travail sereinement.

Merci à Mme Gauthier pour sa participation à mon jury de thèse, son regard de travailleuse sociale et son amitié m'est chère.

Merci au docteur Jeanmougin et au professeur Vartanian pour leur participation à mon jury de thèse. J'ai apprécié découvrir la médecine générale avec vous et je vous remercie pour votre disponibilité à mon égard.

Merci à l'équipe de la rose des vents CSAPA-CAARUD de Saint Nazaire et au docteur Panici, votre bienveillance à mon égard et votre partage m'ont fait découvrir et apprécier l'addictologie.

A mes parents, les valeurs que vous m'avez transmises m'accompagneront tout au long de ma carrière.

A mes frères toujours présents à mes côtés.

A mes amis et mes proches, sans qui je ne serai pas qui je suis aujourd'hui.



SOMMAIRE.

Partie 1 – Contexte et état des lieux.	5
<i>I. Introduction</i>	5
<i>II. La précarité et l'addiction.</i>	7
A) Addiction.	7
1) Définitions et concepts généraux.	7
2) Mécanismes neurobiologiques des addictions.	9
3) Substances psycho-actives.	10
4) Les facteurs individuels et environnementaux dans les conduites addictives.	10
5) L'influence des conduites addictives sur la santé et le parcours de soin.	12
B) Précarité.	13
1) Définitions et concepts généraux.	13
2) Les inégalités sociales en santé.	13
3) Précarité et accès aux soins.	16
C) Le lien entre précarité et addiction.	18
<i>III. Parcours sanitaire et social de la population d'intérêt.</i>	19
A) Les établissements médico-sociaux.	19
B) Le secteur hospitalier	21
C) Les associations.	22
D) Le secteur ambulatoire.	22
E) En Loire Atlantique.	22
<i>IV. Contexte de pandémie mondiale.</i>	25
A) Généralités.	25
B) Mise en place des mesures sanitaires.	25
C) Réorganisation du parcours sanitaire et social.	26
<i>V. Les premiers constats de la période.</i>	28
A) Du côté de la santé mentale.	28
B) Les premiers chiffres sur l'addictologie.	29
1) Les produits licites.	29
a. TSO et médicaments psychotropes.	29
b. Alcool et tabac.	32
2) Les produits illicites.	34
<i>VI. Problématiques.</i>	35
Partie 2 – Méthodologie et résultats.	37
<i>I. Matériels et méthodes</i>	37
A) Choix de la méthode.	37
B) Population cible.	37
C) Encadrement réglementaire.	37
D) Construction du questionnaire.	38
E) Diffusion du questionnaire.	38
F) Compilation des données et analyse.	39
<i>II. Résultats.</i>	40
A) Caractéristiques de la population interrogée.	40
B) Partie 1 - Pratiques addictives et soins en addictologie. (Tous les participants étaient invités à répondre)	43
1) Évolution des comportements liés à l'usage de substances psychoactives.	43
2) Les soins en addictologie.	48
3) La santé psychologique.	51
4) Approche qualitative.	52
a. L'isolement source de souffrance.	52



b.	Remettre à zéro les discussions autour des consommations permettant une réflexion autour des pratiques de réduction des risques.	52
c.	Modification de l'offre d'hébergement, permettant parfois, d'après les professionnels et bénévoles, une amélioration de la situation des usagers.	53
C)	Partie 2a - Évolution de l'accompagnement social des personnes en situation de précarité et d'addiction selon les travailleurs sociaux et bénévoles, acteurs du social.	54
D)	Partie 2b - Évolution de l'accompagnement médical des personnes en situation de précarité et d'addiction selon les IDE, psychologues et médecins.	58
E)	Partie 3- Coordination du parcours médico-social et qualité de vie des personnes en situation de précarité et d'addiction pendant la crise. (Tous les participants étaient invités à répondre).	62
1)	Articulation et coordination du parcours médico-social.	62
2)	La qualité de vie des usagers pendant la crise.	67
3)	Résultats qualitatifs.	72
III.	<i>Focus de résultats.</i>	73
A)	Focus sur la comparaison entre le groupe « santé » et le groupe « social ».	73
B)	Expérimentation de consommation d'alcool sur site.	75
C)	Les difficultés des travailleurs sociaux.	76
D)	Les questions non retranscrites dans l'analyse.	77
Partie 3 – Analyse et conclusion.		78
I.	<i>Forces et faiblesses de l'étude.</i>	78
A)	Les faiblesses.	78
B)	Les forces.	79
II.	<i>Discussion.</i>	80
A)	Tendance à l'augmentation de la consommation.	80
B)	Impact sur la santé psychique des usagers.	81
C)	L'utilisation des outils numériques mais avec des limites.	82
D)	Forte mobilisation des professionnels, qui a fait naître un travail sur la réduction des risques.	83
E)	Similarités réponse entre le groupe social et santé	86
III.	<i>Conclusion.</i>	87
Index		89
Bibliographie		90
Annexes		98
(1)	Annexe : questionnaire.	98
(2)	Annexe : Les participants.	105
(3)	Annexe : Retranscription des réponses des participants.	108



Partie 1 – Contexte et état des lieux.

I. Introduction

La crise sanitaire provoquée par la pandémie de Covid-19 a eu aussi des répercussions socio-économiques du fait des mesures exceptionnelles de restriction de déplacements et d'activité instaurées pour limiter la propagation de l'épidémie.

Les confinements et les restrictions mis en place ont bouleversé nos habitudes de vie, l'organisation du travail et nos relations sociales.

Le stress, l'angoisse et la peur engendrée par cette situation inédite et ses répercussions ont entraîné une majoration de la souffrance psychique en particulier chez les populations présentant des facteurs de vulnérabilité comme les femmes isolées, les jeunes, les personnes avec des problématiques de santé chronique et les personnes isolées ainsi que les personnes présentant des conditions de vie préalablement dégradées. (1) (2)

D'un point de vue de la santé, le système de soins a été réorganisé pour s'adapter à la situation. Certains hôpitaux, notamment dans l'est de la France, ont rapidement été débordés par le nombre de cas (3). Le plan blanc a dû être mis en place à l'échelle nationale afin de répondre à l'affluence des patients Covid. Provoquant en masse des déprogrammations d'actes médicaux et chirurgicaux (4).

Certaines études ont fait état d'une diminution de recours aux soins, de retard de diagnostics et de difficultés de prise en charge à cause du contexte (5) (6) (7).

L'accès aux soins que ce soit en ambulatoire, aux urgences ou en hospitalisation complète a été bouleversé. Les professionnels ont souvent dû s'adapter dans l'urgence à de nouveaux mode de communication (téléconsultations, appel, SMS etc.) Il a fallu s'adapter aux modifications d'organisation et de fonctionnement des cabinets et des structures médico-sociaux (8) (9) en tenant compte et de la fermeture de certains lieux de soin : psychologues, spécialistes libéraux, cabinets dentaires, orthophonistes.

Les populations en situation de précarité présentent de nombreux facteurs de vulnérabilités entraînant des problématiques de santé spécifiques (10). Du fait de comorbidités et de conditions de vie souvent difficiles ces populations se sont retrouvées fortement exposées à la contamination par le virus du Sars CoV2. (11)

Les mesures de confinement ont impacté l'accompagnement social et médico-social de ces populations. En effet la fermeture certaines des structures médico-sociales a pu inquiéter les usagers et les professionnels au début de l'épidémie. (12)

Lors du premier confinement en mars 2020, alors en stage aux urgences du CHU de Nantes, nous continuions d'accueillir des personnes en situation de grande de précarité. Pour beaucoup les consommations de substances psycho-actives étaient problématiques et constituaient souvent un motif, caché ou non de recours aux soins.

Nous avons l'impression d'être confronté à un désarroi et à une détresse psychique plus importante qu'habituellement chez cette population. Notre ressenti nous faisait aussi dire que les comportements addictifs avaient tendance à augmenter du fait de cette détresse.



Je me suis alors interrogée sur les conditions d'accueil et de suivi de cette population durant la crise que nous traversons et sur l'augmentation supposée de leur consommation et de la détresse provoquée par la situation.

De ces constats et questionnements sont nés l'envie de faire un état des lieux plus précis de la situation.

D'un point de vue plus global, toutes les mesures mises en place pour réduire la propagation du virus au niveau mondial et national ont aussi eu un impact sur l'approvisionnement des substances licites ou illicites. Entraînant de facto une modification du marché de la drogue et donc des modifications des comportements addictifs (13)(14).

Cette étude s'est focalisée sur les personnes en situation de précarité ayant des problématiques liées à l'usage de substance. L'objectif a été de tenter de dresser une photographie de l'évolution des modes de consommations et de l'évolution de la prise en charge de ces personnes, en Loire Atlantique, durant cette crise sans précédent.



II. La précarité et l'addiction.

A) *Addiction.*

1) Définitions et concepts généraux.

L'addiction se définit comme une relation de dépendance plus ou moins importante d'un individu à une ou plusieurs substances et ou des pratiques. Elle se caractérise par une impossibilité répétée de contrôler ce comportement malgré les conséquences négatives connues (15). Ce travail abordera les addictions aux substances psychoactives, les addictions comportementales ne seront pas évoquées.

La relation entre l'utilisateur et la substance est évolutive. L'usage d'une substance ne signe pas obligatoirement la dépendance. On peut parler d'usage simple, d'usage nocif pouvant aller jusqu'à la dépendance. L'augmentation progressive de la fréquence des prises de la substance signe souvent le passage de l'usage simple ou nocif à l'addiction. La dépendance se caractérise par un envahissement progressif de toutes les sphères de la vie de l'individu par la pratique addictive. Elle lui fait perdre sa liberté de s'abstenir. (16) (15) (17).

D'un point de vue pharmacologique, la pharmacodépendance se caractérise par une tolérance progressive à une substance et l'apparition d'un syndrome de sevrage à l'arrêt. Il est admis que cette pharmacodépendance se traduit par un craving, terme anglais qui définit l'envie irrésistible de consommer. (16) (18).

En 1990, le psychiatre anglais, Aviel Goodman, va proposer la première définition moderne de l'addiction :

- A- Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.**
- B- Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.**
- C- Plaisir ou soulagement pendant sa durée.**
- D- Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.**
- E- Présence d'au moins 5 des 9 critères suivants :**
 - **Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation**
 - **Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine**
 - **Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement**
 - **Temps important consacré à préparer les épisodes, les entreprendre ou à s'en remettre**
 - **Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires, familiales, sociales**
 - **Indisponibilité pour les activités sociales, professionnelles ou récréatives sacrifiées du fait du comportement**
 - **Continuation du comportement malgré les conséquences négatives**
 - **Tolérance marquée, besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité**
 - **Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.**



Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5) créée par l'American Psychiatric Association a révisé en 2013 ses critères :

L'addiction à une substance est un mode d'utilisation problématique d'une substance psycho-active conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, observées au cours d'une période continue de douze mois :

- 1) La substance est souvent prise en plus grande quantité ou pendant une période plus prolongée que prévu.*
- 2) Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage de la substance.*
- 3) Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir, utiliser la substance ou à récupérer de ses effets.*
- 4) Envie impérieuse (craving) ou fort désir ou besoin pressant d'utiliser la substance.*
- 5) Usage répété de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile.*
- 6) Usage continu de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, causés ou exacerbés par les effets de son utilisation.*
- 7) Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.*
- 8) Usage répété de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.*
- 9) L'usage de la substance est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.*
- 10) Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :*
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.*
 - b. Effet notablement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.*
- 11) Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :*
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.*
 - b. La substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.*

Trouble d'intensité légère : présence de 2 à 3 symptômes

Trouble d'intensité modérée : présence de 4 à 5 symptômes

Trouble d'intensité sévère : présence de 6 symptômes ou plus

2) Mécanismes neurobiologiques des addictions.

D'un point de vue neurobiologique, la dépendance modifie le fonctionnement du cerveau. L'imagerie cérébrale dynamique et les modélisations animales ont permis, en partie, d'en approcher les grands principes.

La consommation de substances psychoactives va augmenter la transmission dopaminergique dans certaines zones cérébrales.

Ces zones ont été identifiées comme le circuit de la récompense. Il gère les émotions comme : le plaisir, la motivation, la mémoire. Ce système est physiologiquement stimulé par des comportements habituels comme l'alimentation, la soif, la sexualité etc. Les zones concernées sont : le noyau accumbens, le septum, l'amygdale, l'hippocampe et le cortex préfrontal.

L'augmentation anormale de la dopamine va amplifier les sensations de bien-être et d'euphorie. Au fil du temps et des consommations répétées il y aura des modifications fonctionnelles et structurelles des circuits neuronaux. Ces modifications vont influencer la gestion des émotions, la mémoire et la motivation. Progressivement l'individu devra augmenter les doses pour activer ce système afin de retrouver la sensation agréable des premières consommations. Puis, si le système n'est pas activé, l'individu se retrouve dans un état émotionnel négatif entraînant des consommations pour réguler cette sensation de mal-être physique et psychologique. Le comportement devient une habitude et les consommations deviennent un besoin. Le craving s'installe avec cette envie irrésistible, ce besoin impérieux de consommation alors même que l'individu ne le veut pas, provoquant chez lui détresse émotionnelle.

Ces modifications associées à des facteurs psycho-sociaux expliquent en grande partie les dysfonctionnements et la dérégulation des émotions dans les comportements addictifs (19) (20) (21) (22).

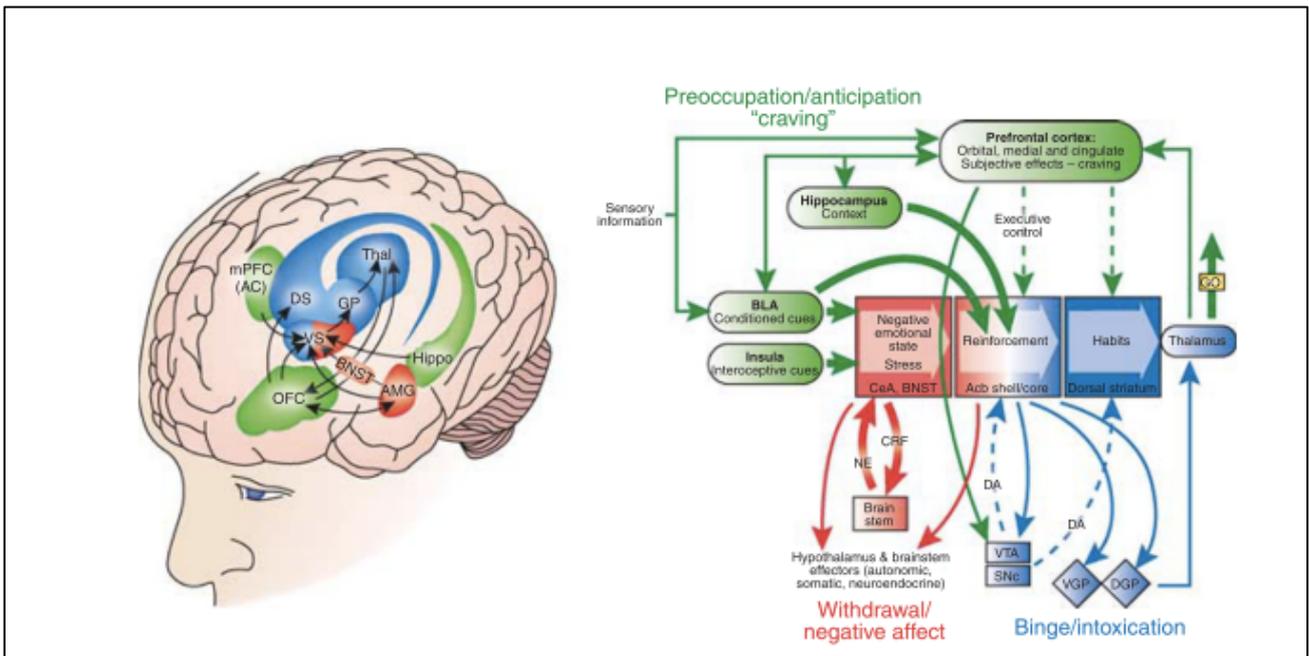


Figure 1- Neuro-circuit de la récompense dans l'addiction. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. Neuropsychopharmacology. (22)



3) Substances psycho-actives.

On définit les substances psycho-actives, comme des substances pouvant altérer l'état de conscience et les pensées de l'individu. D'un point de vue légal on peut les séparer en substances licites et illicites. Dans les substances licites, on retrouve : l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes. Dans les substances illicites on retrouve, l'héroïne, le cannabis, la cocaïne, le LSD, ect.

Au niveau neurobiologique, chaque substance va se fixer sur des récepteurs spécifiques. En fonction des récepteurs impliqués, les conséquences seront différentes. (20). Chaque substance a un potentiel addictif propre. Par exemple, la probabilité de passer d'un usage à l'addiction est de 67,5% avec le tabac, 22,7% avec l'alcool, 20,9% avec la cocaïne, 8,9% avec le cannabis (23).

4) Les facteurs individuels et environnementaux dans les conduites addictives.

Au-delà du potentiel addictogène de chaque substance, il est important d'envisager les facteurs de risque individuels dans les conduites addictives.

L'âge des premières consommations joue un rôle dans l'histoire addictive de l'individu. En effet, le cerveau adolescent en cours de développement est plus sensible aux effets des substances : le contrôle inhibiteur et motivationnel se développant plus tardivement, l'adolescent peut sous-estimer les risques liés aux consommations et favoriser les comportements à risque. (24) (25)(26).

Certains traits de personnalité peuvent eux aussi influencer les comportements addictifs, par exemple : l'impulsivité, la recherche de sensations et recherche du danger peuvent augmenter les risques de développer une dépendance (16).

Certaines études ont permis de mettre en évidence l'influence des facteurs génétiques dans les comportements addictifs.

Il existerait des gènes et/ou patrimoine génétique, prédisposant aux addictions, mais l'expression de ces gènes varierait en fonction du vécu de l'individu. Ces gènes agiraient soit sur le circuit de la récompense et donc sur les addictions en général, soit sur la vulnérabilité préalable à une substance.

Des études ont été menées, notamment chez des jumeaux monozygotes, montrant une héritabilité dans les addictions. Cette héritabilité représenterait un sur risque de développer une addiction, s'il existe un parent ayant des problématiques liées à l'usage de substance. (24) (26) (27) (28)

Un traumatisme psychologique (abus, violences, agressions sexuelles ect) augmente l'apparition d'un trouble des conduites addictives. D'autant plus si le traumatisme s'est produit dans l'enfance. (29) (30) (24) (31).

Les facteurs environnementaux et socio-culturels jouent un rôle dans les comportements addictifs.

L'exposition et le regard positif ou négatif face aux comportements addictifs varient aussi en fonction de l'environnement familial, social et économique. L'influence d'un groupe de pair dans les consommations d'un individu est aussi un élément important. (32) (33)

Les troubles psychiatriques sont fréquemment associés aux conduites addictives (23) (34). La prévalence d'un trouble des conduites addictives est estimée entre 38% et 51% chez des patients ayant des comorbidités psychiatriques (35). Il est souvent complexe de savoir si ces troubles sont la cause ou la conséquence des comportements addictifs, il est d'ailleurs probable qu'ils soient à la fois cause et conséquences. Les comorbidités psychiatriques les plus souvent rencontrées sont : la schizophrénie (30 à 50% d'entre eux auraient des troubles des conduites addictives), les troubles bipolaires (46% d'entre eux présenteraient un trouble lié à la consommation d'alcool), Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux surtout associés à un syndrome de stress post traumatique (18) (36).

L'anxiété, l'isolement, le stress peuvent avoir un impact sur l'état de santé mentale et donc sur les consommations. Il est important de rappeler qu'il n'existe pas de pathologies psychiatriques propres aux conduites addictives. (37) (24) (29)

Au total, les addictions résultent donc de facteurs individuels, de facteurs environnementaux et de facteurs liés aux substances. Ces nombreux facteurs sont souvent intriqués les uns aux autres, comme représenté dans la figure ci-après. (21)

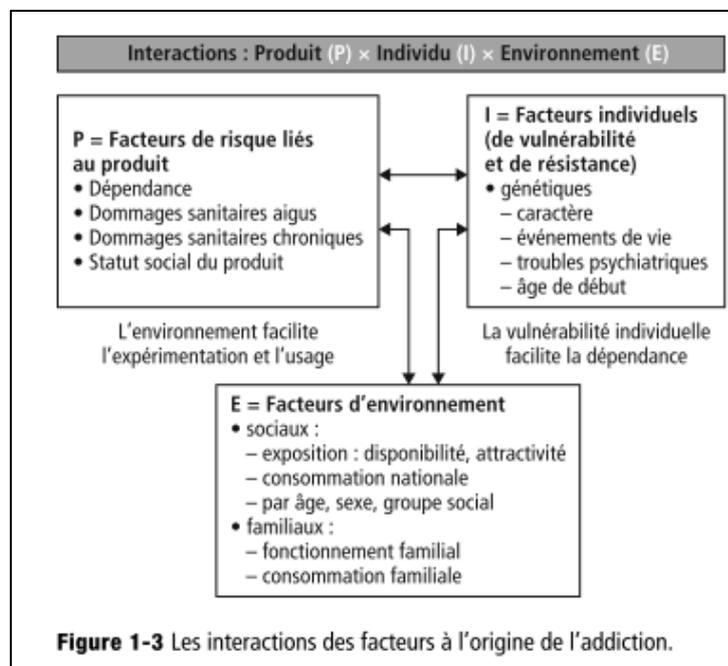


Figure 2 – Interactions des facteurs liés aux addictions - Aubin H, Skanavi S, Aubin H, Skanavi S. Modèles psychologiques de compréhension des addictions. In: *Traité d'addictologie*. (21)



5) L'influence des conduites addictives sur la santé et le parcours de soin.

Il est reconnu que les individus ayant des troubles liés aux usages ont un état de santé dégradé. Cela s'explique par l'effet direct des substances sur l'organisme, mais aussi par les conséquences de ces troubles. Les usagers sont plus vulnérables aux accidents, aux maladies infectieuses, aux maladies psychiatriques et aux atteintes d'organes. (38,39) A titre d'exemple, en France sur 580 000 décès en 2015, 41 000 étaient attribuables à l'alcool, 30 000 chez les hommes 11 000 chez les femmes. L'alcool va augmenter l'incidence des cancers, des maladies cardio-vasculaires, neurologiques, psychiatriques, gastroentérologiques, ect et donc dégrader l'état de santé (40).

Ce constat peut aussi être étayé en citant l'enquête de l'OFDT sur le profil des usagers rencontrés en CAARUD en 2015. Cette étude montrait par exemple que la séroprévalence du VHC était de 18,6% parmi eux contre 0,30% en population générale selon BAROTEST 2016 (39).

Le suivi d'une personne présentant des conduites addictives est évolutif, il varie en fonction des conduites de l'utilisateur qui ne sont pas fixes dans le temps. Son suivi dépend aussi de la façon dont il considère ses conduites comme problématiques ou non. (33) (41).

La relation de l'utilisateur de drogue avec le système de soins est aussi marquée par l'expérience de la honte et de la stigmatisation. L'utilisateur peut rencontrer des difficultés à se confier sur ses pratiques car le professionnel qu'il rencontre au cours de son suivi est le garant de l'institution sociale. Ce qui peut l'amener à minimiser ou cacher ses consommations. Ainsi le professionnel ne peut pas prendre en charge dans sa globalité l'individu et certaines pathologies spécifiques seront occultées (33) (42) (43).

De plus, l'attitude de certains professionnels à l'égard de l'utilisateur de drogue peut parfois être différent, à cause des représentations sociales négatives liées à l'usage de drogue. La stigmatisation et la discrimination entretiennent une mauvaise estime de soi. L'individu dévalorisé se déprécie, cela participe à son isolement et contraint son recours aux soins par peur de la stigmatisation. En effet des études ont montré que les patients ayant subis des stigmatisations ont plus de comportements à risques et ont moins recours à la médecine préventive (44) (37)

La dépendance, pourra aussi avoir des conséquences négatives d'un point de vue social : démêlées d'ordre judiciaire, problèmes de parentalité, problèmes financiers (perte de revenus, dettes etc), chômage, violences subies et commises etc. (45) (46). Or les études ont démontré que les campagnes publiques de prévention atteignaient moins efficacement les populations les plus défavorisées, augmentant encore d'avantage leurs fragilités. (38) (47) (48).

L'accumulation de ces conséquences négatives va éloigner l'utilisateur du système de soin et pourra participer à chroniciser ses pratiques addictives.



B) Précarité.

1) Définitions et concepts généraux.

La notion de précarité est un concept global et ne se rapporte pas exclusivement aux aspects financiers et matériels. Elle englobe l'expérience du vécu de la pauvreté. Cette notion de précarité a été définie en 1987 au journal officiel de la république Française : « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible.* » (49)

La précarité est multidimensionnelle et résulte d'un processus dynamique. L'aspect dynamique de ce processus de précarisation s'explique par les événements accumulés et intriqués tout au long de la vie de l'individu (50). L'aspect multidimensionnel est décrit par l'ONU en 2001 par « *une privation persistante ou chronique des ressources, des capacités, des choix, de la sécurité et du pouvoir nécessaire à la jouissance des conditions de vie décentes et des droits civils, sociaux, culturels et politiques* ». C'est donc un phénomène complexe et évolutif qui bouleverse la perception qu'a l'individu de lui-même et du monde. (51)

2) Les inégalités sociales en santé.

L'OMS a décrit les inégalités sociales en santé comme étant « *des écarts de santé injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays {...}*. ». Ce sont des inégalités que l'on observe entre des groupes sociaux différents ayant rapport avec leur santé.

On sait depuis longtemps qu'il existe un gradient de santé selon la catégorie socio-professionnelle. Cela a été décrit dans de nombreuses études (52) (50) (10).

L'état de santé a tendance à diminuer dans les groupes sociaux les plus défavorisés.

On retrouve dans ces groupes sociaux une incidence plus élevée de certaines pathologies : oncologie, maladies cardio-vasculaire, pathologies infectieuses, pathologies bucco-dentaires, etc. (53) (45).

Plus l'individu sera dans une catégorie socio-professionnelle défavorisée plus son état de santé sera globalement moins bon.

On peut illustrer ces propos avec les chiffres de l'INSEE sur l'espérance de vie en France de 2012 à 2016. Parmi les 5% d'hommes les plus aisés, l'espérance de vie à la naissance était de 84,4 ans contre 71,7 ans parmi les 5% plus pauvres. Pour les femmes, l'espérance de vie à la naissance parmi les 5% plus aisées était de 88,3 ans pour 80 ans parmi les 5% plus pauvres. (10).

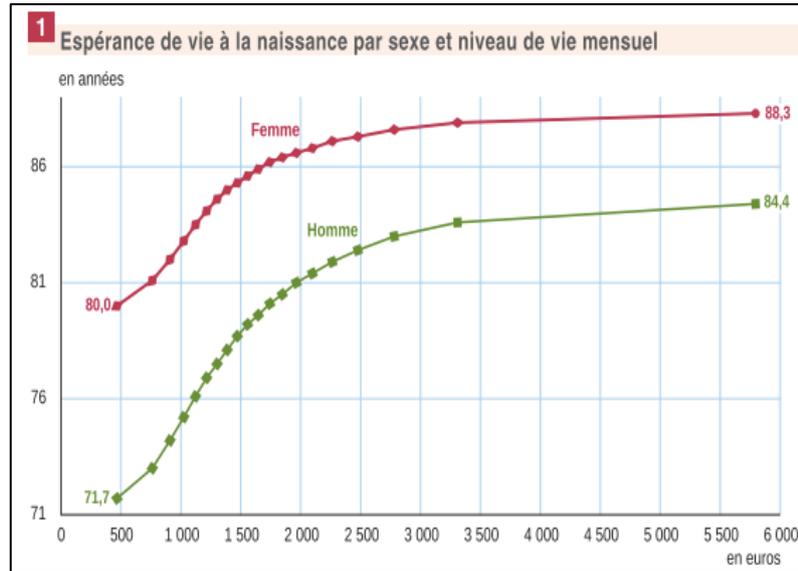


Figure 3 - Espérance de vie à la naissance par sexe et niveau de vie mensuel - Insee Première. 2018 (10).

Les inégalités sociales en santé résultent des déterminants sociaux de santé. (54) (55) (56). C'est l'accumulation de ces déterminants sociaux péjoratifs qui dégradent progressivement les trajectoires sanitaires et sociales de l'individu (37) (56) (57). Il existe une multitude de déterminants : le niveau d'études, l'environnement familial, le niveau de vie, les conditions d'habitation etc. Ils peuvent être plus globaux comme, le contexte social du pays ou les politiques de santé publique. Voir plus personnel comme, les déterminants biologiques : âge, sexe, facteurs génétiques etc. Ces déterminants sont liés entre eux et aboutissent aux inégalités en santé.

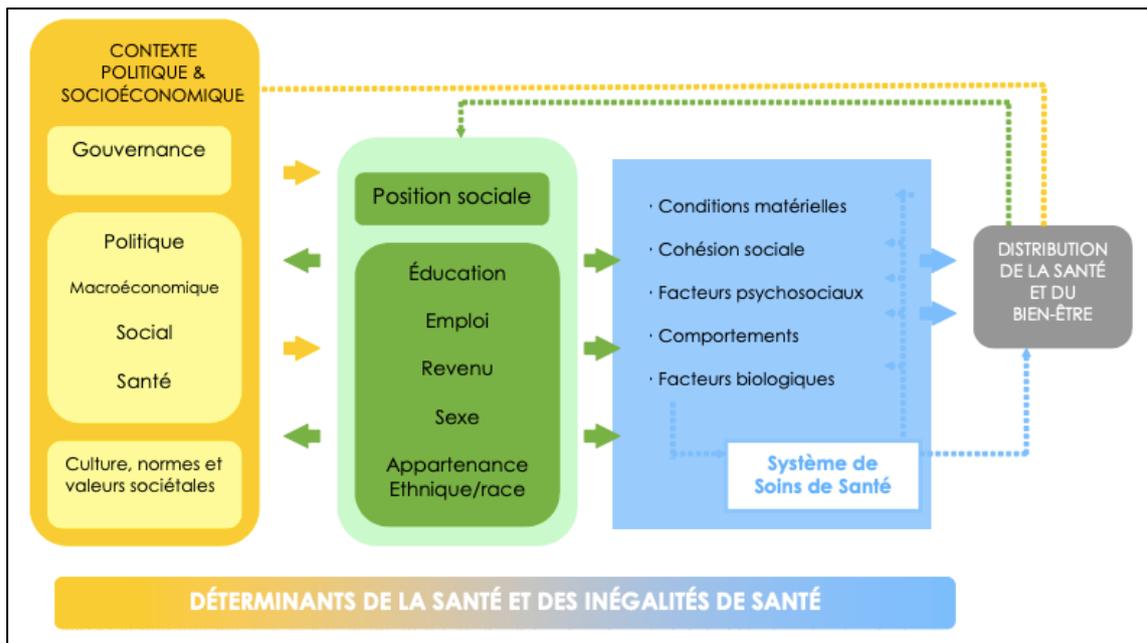


Figure 4 - Solar O & Irwin A (2007). L'articulation des déterminant de santé et des inégalités de santé selon le modèle de Pathway.

Malgré les politiques de santé publique elles ont tendance à stagner voire augmenter en France. (55) (57).

Les patients des catégories socio-professionnelles les plus défavorisées présentent plus d'incapacités liées à leur santé au cours de leurs vies. Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer ce constat. Les difficultés financières peuvent entraîner une renonciation aux soins et donc augmenter les diagnostics tardifs et les prises en charge plus tardives de certaines pathologies (58) (10). D'autre part, un mauvais état de santé peut précipiter l'entrée dans le chômage du fait des incapacités et mener à la précarisation (59) (47). De nombreuses études montrent le lien entre le fait d'être sans emploi et la dégradation de l'état de santé (47) (59). Il a été aussi montré que les personnes les plus défavorisées qui profitaient moins des politiques de prévention de santé publique et donc avaient un moins bon état de santé (60) (61) (62).

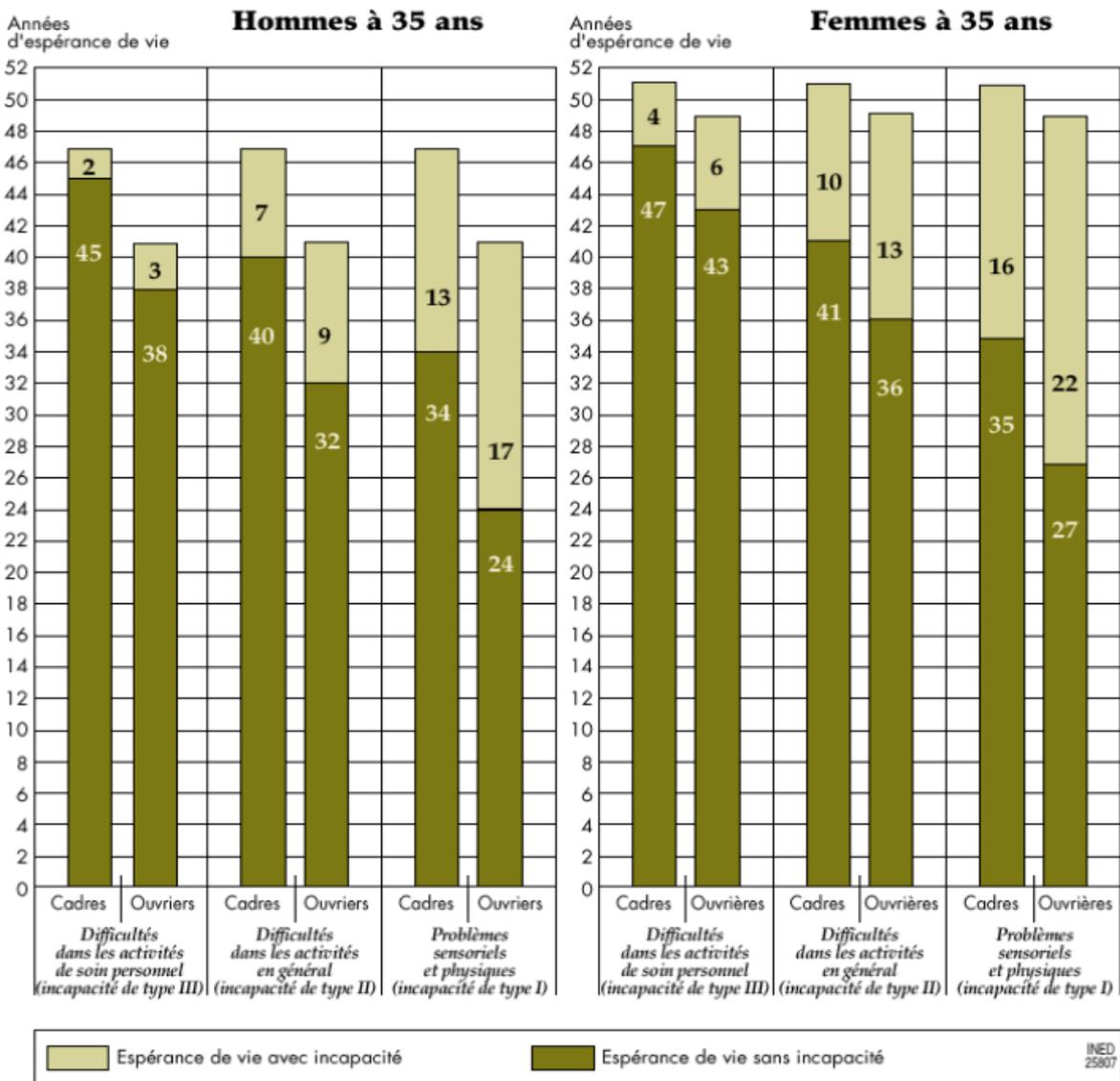


Figure 5 - Espérance de vie à 35 ans avec et sans incapacité chez les cadres supérieurs et les ouvriers, pour différents indicateurs d'incapacité. Hommes et femmes, France, 2003. (119)

Les personnes sans domicile fixe sont en situation de grande précarité. C'est une rupture profonde (sociale, affective et professionnelle) avec une accumulation de nombreuses vulnérabilités. Des conditions de vie difficiles associées à un stress chronique altèrent peu à peu leur état de santé

Cette population se perçoit globalement en moins bonne santé. 33% des personnes sans domicile fixe âgées de moins de 60 ans déclarent souffrir d'une maladie chronique ou durable contre 26% en population générale (ESPS 2012). Plus la durée de vie à la rue est longue plus l'état de santé se dégrade. (63)

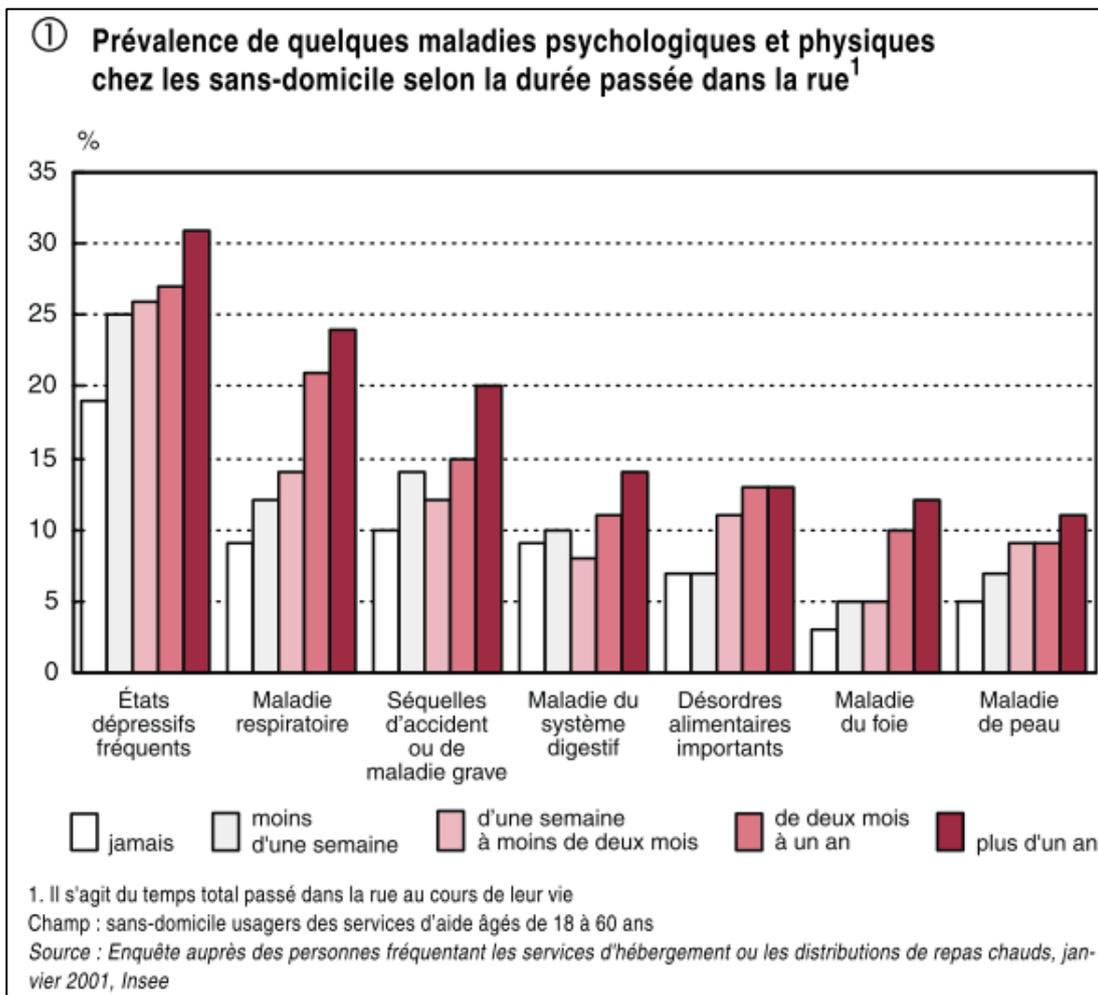


Figure 6- Prévalence des maladies psychologiques et physiques chez les personnes sans domicile (120).

3) Précarité et accès aux soins.

Au-delà de l'aspect matériel, il est important de considérer l'impact psychologique de la précarité pour comprendre la relation complexe qu'a l'individu avec sa santé et le système de soin. Du fait de l'insécurité liée à la précarité, l'individu est vulnérable aux événements et au stress de la vie. Il connaît une baisse de l'estime de soi car il est progressivement isolé et mis à la marge de la société (64) (65) (51) (57).

Le sujet va se heurter à l'incompréhension voir à la stigmatisation d'une société qui ne parvient pas à l'intégrer. La société n'est plus en mesure de lui garantir certaines ressources et conditions permettant à un individu de prendre soin de lui.



La chartre d'Ottawa en 1986 définit les ressources et les conditions nécessaires pour permettre à une personne de pouvoir vivre le plus possible en bonne santé, elles doivent permettre à l'individu de : « *se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé* ».

Lorsque plusieurs critères font défaut dans le temps, le sujet risque de se trouver durablement fragilisé sur le plan psychologique. Il va perdre confiance en lui, dans les institutions et dans son devenir. Pour échapper à ce sentiment d'exclusion il peut développer un syndrome d'auto-exclusion. L'individu va perdre la capacité à demander de l'aide et va mettre en échec les propositions qui lui sont faites. C'est une « *rupture active des liens* » (66). Ce syndrome décrit par le Dr FURTOS se manifeste par une anesthésie du corps, des émotions et une inhibition de la pensée. Ces réactions paradoxales en réponse à la souffrance psychique de l'exclusion peuvent déstabiliser les professionnels du sanitaire et du social. (67) (68) (66).

La précarité influence la façon dont le système de soins et les professionnels abordent l'individu. La méconnaissance des professionnels quant à la situation et la réalité du patient précaire peuvent entraver une bonne communication. Les priorités ne sont pas les mêmes, la réalité du quotidien et la vision du monde différent, entraînant des incompréhensions pouvant mener à l'exclusion du soin. En effet, d'une part le professionnel à une vision globale de la prise en charge de l'individu avec une idée du parcours qu'il veut impulser à son patient, alors que l'individu aura sûrement une autre vision du moment, en fonction de ses problématiques actuelles et de ses croyances.

Certaines études ont montré que les professionnels pouvaient avoir des perceptions négatives des personnes en situation de précarité menant à une prise en charge différente de celle des populations plus favorisées. Ils peuvent avoir tendance à penser cette patientèle comme « inaccessible » se sentant impuissants. Ils peuvent également penser que les patients démunis sont moins en mesure d'adopter des comportements préventifs, ou d'observer les traitements prescrits. Ils surévaluent de manières négatives la charge de travail qu'ils vont avoir à fournir pour les prendre en charge.

Ces préjugés naissent de causes multiples qui sont à la fois causes et conséquences. Pour les soignants, il est plus valorisant de prendre en charge une pathologie aiguë car sa résolution est souvent rapide. A l'inverse, prendre en charge des pathologies chroniques peut s'avérer frustrant, avec une prise en charge longue et parfois peu d'amélioration. Or les personnes les plus démunies cumulent des problématiques de santé souvent plus avancées et mêlées à des situations sociales complexes. Ce fossé socioculturel va ternir la relation entre professionnel-patient. Cette stigmatisation va freiner le recours aux soins des patients démunis et dégrader encore leur état de santé. (51) (69) (70) (71) (72) (42).

Cette stigmatisation, en plus des aspects évoqués dans le premier paragraphe, potentialise ce sentiment de honte et de culpabilité éprouvé par le sujet en situation de précarité. Tous ces éléments participent aux difficultés d'accès aux soins et aux inégalités en santé des personnes en situation de précarité.



C) Le lien entre précarité et addiction.

La France a légiféré en 1970 l'usage des drogues sur le territoire. La pénalisation associée à la stigmatisation sociale de l'usage des drogues contribue à l'invisibilisation des usagers ce qui les rend plus difficilement atteignables par les campagnes de prévention et de réduction des risques. Les représentations de la société sur la précarité et l'addiction sont souvent liées, elles sont parfois sous-tendues par des stéréotypes sur l'usager de drogue et sur les sujets en situation de précarité. Cette vision négative participe à la stigmatisation de l'usager et donc à son exclusion.

Il a été montré dans certaines études épidémiologiques que le niveau social, la catégorie professionnelle, le niveau d'éducation modèlent le rapport aux substances psychoactives (59) (73). Il a, par exemple, été mis en évidence que la consommation d'alcool régulière était plus fréquente chez les personnes sans emplois (73). Parmi les personnes fréquentant les CSAPA pour une problématique liée à l'alcool, le taux d'emploi pour les hommes est de 52% et celui des femmes est de 50%, alors qu'il est respectivement de 82% et de 74% dans la population générale (74).

Pour les CAARUD en 2015, 79% des usagers considérés en situation de forte précarité étaient sans couverture sociale alors que seulement 1,1 % des usagers considérés en faible précarité étaient sans couverture. (39)

En 2017, 8,2% des Français bénéficiaient de la CMU-C, cette mesure permet la prise en charge des dépenses liées aux soins. Toujours en 2017, 40% des bénéficiaires de TSO étaient affiliés à la CMU-C, ces chiffres bruts sont à interpréter avec prudence mais ils montrent le lien entre niveau de vie et les troubles liés à l'usage de substances psychoactives. (75,76)

Au-delà du constat épidémiologique, il est parfois complexe de comprendre pourquoi et comment les comorbidités psychiatriques influent sur la consommation de substances psychoactives et inversement.

Certains ont émis l'hypothèse que certaines consommations pouvaient être un moyen d'automédication en particulier pour diminuer les symptômes des pathologies psychiatriques.

Cependant, les conséquences négatives des conduites addictives vont accentuer l'exclusion qu'ils subissent déjà à cause de leur pathologie psychiatrique.

Pour d'autres la consommation de substances permettrait d'exprimer et/ou de soulager les souffrances, une façon de ressentir des émotions positives en opposition aux émotions négatives éprouvées à cause d'un parcours de vie chaotique. Dans le syndrome d'auto-exclusion décrit par le Dr. Furtos, les consommations de substances psychoactives serviraient en partie, à maintenir à distance les relations avec autrui, car cette consommation n'est pas considérée comme socialement acceptable. (66)

Concernant le statut socio-économique, le parcours professionnel des patients ayant des conduites addictives peut être ponctué par des difficultés de maintien dans l'emploi pouvant entraîner des difficultés financières.



S'ensuit ensuite l'accumulation des difficultés (financières, économiques, sociales) qui plonge l'individu dans un contexte global d'insécurité, rejoignant alors le concept de précarité.

Les conduites addictives et la précarité sont intimement liées et sont à la fois cause et conséquence l'une de l'autre. Il est essentiel de rappeler que c'est un processus dynamique et évolutif tout au long de la vie de l'individu.

Tout au long de ce travail nous nous intéresserons à ces patients ayant des conduites addictives et vivant dans une situation de précarité. Nous définissons cette population comme notre population d'intérêt.

III. Parcours sanitaire et social de la population d'intérêt.

A) Les établissements médico-sociaux.

Les établissements médico-sociaux sont des structures ayant pour vocation l'accueil et l'accompagnement d'un public présentant des facteurs de vulnérabilité (mineurs en danger, personnes handicapées, personnes âgées, adultes atteints de maladie chronique, personnes en situation d'exclusion). Ils permettent d'assurer une continuité entre l'accompagnement social et sanitaire. (77)

Dans le secteur médico-social spécialisé en addictologie on retrouve :

- Les Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) :

Ce sont des lieux d'accueil pluridisciplinaires avec : des médecins, des infirmiers, des psychologues et des professionnels socio-éducatifs. Ils ont pour missions l'accueil et l'information des personnes et leurs familles ayant des consommations à risque, un usage nocif ou une addiction. Leur but est de réaliser une prise en charge médicale, sociale, psychologique et éducative.

Ils sont financés en partie par l'assurance maladie. Ils sont principalement ambulatoires et accueillent anonymement et gratuitement les patients.

- Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) :

Ces centres accueillent les usagers ayant des troubles liés à l'usage de substances, ils proposent un accueil inconditionnel quel que soit les consommations. Leur but est d'offrir aux usagers un lieu collectif d'échanges, d'informations et de soutien. Ils ont pour mission de proposer des actions de réduction des risques (RDR) afin de limiter l'impact de la consommation de drogues, notamment au niveau infectieux. Ils proposent aux usagers du matériel afin de limiter les dommages liés aux consommations. Ils offrent aux plus marginalisés un accès aux soins et aux droits communs.

Il existe d'autres établissements médico-sociaux qui accompagnent les personnes en situation de précarité dans leurs parcours de soins pour en assurer la continuité.



Ils répondent aux besoins spécifiques, sanitaires et sociaux des personnes sans domicile grâce à des équipes pluridisciplinaires. Ces établissements n'ont pas pour vocation de se substituer au secteur hospitalier. Ils ont pour vocation d'accompagner l'individu dans son parcours de soins.

➤ Les Lits Haltes Soins Santé (LHSS) :

Ils accueillent des personnes souffrant de pathologies aiguës et/ou ayant un état de santé psychique incompatible avec la vie à la rue. Ils ont pour vocation d'héberger et de proposer des soins médicaux et paramédicaux le temps de la prise en charge. Ils ont aussi pour but d'accompagner le patient dans son parcours de soins en participant à l'éducation en santé et à l'éducation thérapeutique. Ils élaborent avec la personne un projet de sortie qui prend en compte son état de santé et aussi son environnement social.

En complément si l'individu souffre de pathologies lourdes handicapante et invalidantes chroniques il pourra être orienté vers les lits d'accueil médicalisés.

➤ Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) :

Ils accueillent des patients présentant des pathologies lourdes et/ou chroniques invalidantes impactant l'autonomie de l'individu et qui sont incompatibles avec la vie à la rue. Ils ont pour mission de proposer un hébergement au long cours et de proposer des soins médicaux et paramédicaux. Ils ont aussi pour but d'apporter une aide à la vie quotidienne. Ces établissements mettent en place avec l'individu un accompagnement social adapté afin d'établir et de mener à bien un projet de vie. Une équipe d'infirmières est présente 24h/24h.

➤ Les appartements de coordination thérapeutiques généralistes (ACT).

Ces structures proposent un accès à un logement ordinaire directement depuis la rue avec un accompagnement soutenu pluridisciplinaire au domicile. Il est proposé aux personnes sans-abris ayant des problématiques lourdes de santé mentale. Cet accès durable au logement permet d'inscrire l'individu dans un projet de soin global et de développer son accès aux droits communs et son insertion sociale.

Lorsqu'un individu ou un ménage connaît de graves difficultés économiques, familiales, ou d'hébergement il peut se tourner vers les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion.

➤ Les Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO) :

Ils ont pour mission, entre autres, d'orienter les personnes sans-abris vers les différents centres d'hébergement en fonction de la demande et des besoins de la personne. Ces services coordonnent et centralisent les demandes.

➤ Les SIAO gèrent le 115 qui est une plateforme téléphonique d'urgence sociale permettant aux personnes sans-abris d'obtenir des informations et d'être réorientées vers les centres d'hébergements.

➤ Cette plateforme permet aussi aux particuliers de signaler des personnes vulnérables pour lesquelles ils sont inquiets, le SIAO peut alors envisager de déployer les équipes mobiles sanitaires et sociales du SAMU SOCIAL. Ils proposent un accompagnement social aux personnes les plus vulnérables.



Pour l'hébergement, ils orientent les personnes vers :

➤ Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) :

Ces centres ont pour mission d'accueillir et de proposer un hébergement pour les personnes en situation de précarité. Ils assurent un accompagnement social et éducatif afin de les aider à accéder aux droits communs et de les accompagner dans leur insertion sociale afin de les aider à recouvrer leur autonomie.

➤ Les Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU) :

Ces centres accueillent de manière temporaire des personnes en situation de précarité. Ils accueillent de manière immédiate et inconditionnelle les individus. Ils les mettent à l'abri et leur proposent l'accès à l'hygiène et à la restauration. Ils leur proposent aussi un accompagnement social.

B) Le secteur hospitalier

Le secteur hospitalier de psychiatrie accueille les patients ayant des problématiques addictives et parfois de précarité, avec accès au plateau technique de l'hôpital et à ses différentes spécialités.

Il dispose de différents dispositifs :

➤ Consultations d'addictologie :

Les consultations d'addictologie établissent un premier contact avec l'utilisateur, et permettent l'évaluation de la pathologie addictive afin d'établir avec l'utilisateur le projet de soins.

➤ Unité d'hospitalisation à temps complet :

Le temps de l'hospitalisation complète est un temps privilégié, en urgence ou programmé, dans le parcours de l'utilisateur. Ce temps lui permet de travailler sur ses conduites addictives. Il peut mettre à distance ses consommations pour faire un sevrage, ou pour faire une évaluation psychiatrique ou somatique.

➤ Hôpital de jour en addictologie :

Ce séjour s'inscrit dans un projet de soin global. Il propose à l'individu un accompagnement social et un projet thérapeutique spécifique. L'accompagnement est réalisé par une équipe pluridisciplinaire.

➤ Soins de suite et réadaptation en addictologie :

Les séjours en SSR, souvent plus longs, permettent de prendre en compte la complexité du parcours de vie d'un patient. Ils ont pour but de mettre à distance les pratiques addictives et de permettre aux individus de consolider le projet de soin. Ils ont aussi pour objectifs de travailler sur la santé somatique et psychologique de l'individu. L'insertion sociale se poursuit grâce à l'accompagnement social et éducatif.

➤ Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) :

Elles ont pour but de former et d'accompagner les services hospitaliers lorsqu'ils sont confrontés à des problématiques de conduites addictives. Ces équipes ont été créées en partant du constat que les problématiques de conduites addictives se rencontrent parmi



les patients dans toutes les spécialités. Ces équipes sont pluridisciplinaires : IDE, médecins, psychologue, travailleurs sociaux. Elles permettent de créer un lien entre les patients et les services d'addictologie.

Comme vu précédemment le lien entre psychiatrie, addictologie et précarité est important, les services de psychiatrie hospitaliers ont développé des services pour aller vers les populations en difficultés.

➤ Équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) :

Elles ont pour missions de favoriser l'accès aux soins et l'accès aux droits des populations les plus démunies en situation d'exclusion. Elles ont pour vocation de s'adresser directement aux individus mais aussi de créer un lien, de travailler et de former les acteurs sanitaires et sociaux qui maillent les territoires. Ce sont aussi des équipes pluridisciplinaires. Elles ont un lien avec les équipes sanitaires notamment avec les Permanences d'Accès aux Soins de Santé.

➤ Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) :

Elles ont pour mission de faciliter l'accès aux soins des personnes démunies. Elle propose des prises en charges médicales et peuvent les accompagner dans les prises en charges sociales.

C) Les associations.

De nombreuses associations existent, elles proposent des modes d'accompagnement variés pour les personnes ayant des pratiques addictives et/ou étant en situation de précarité. Elles ont une place importante dans le parcours sanitaire et social des personnes en leur apportant le soutien dont elles ont besoin. Elles se basent sur l'expérience de leurs membres bénévoles ou salariés.

Les accompagnements sont multiples : accueil de jour, maraudes, hébergements, restauration, hygiène, soutien matériel, etc.

D) Le secteur ambulatoire.

Les médecins traitants et les pharmaciens sont parfois le premiers recours, ils jouent un rôle de repérage et d'orientation.

Le médecin traitant peut coordonner le parcours de soins : il accompagne et guide ses patients à travers les différentes structures qui existent.

En ambulatoire, il existe aussi des addictologues libéraux. Les psychiatres et les psychologues peuvent aussi jouer un rôle dans l'accompagnement de cette population.

E) En Loire Atlantique.

➤ **Les CSAPA :**

- Les APSYADES : Sept antennes de CSAPA : Ancenis, Chateaubriand, Rezé, Pornic, Nantes (Bd Jean XXIII), Nantes (Montaudouine).

- OPPELIA : deux antennes : CSAPA Le Triangle Nantes, CSAPA La Rose des Vents Saint Nazaire.



➤ **Les CAARUD :**

- OPPELIA : CAARUD L'Acothé Nantes, CAARUD La Rose des Vents Saint Nazaire

➤ **Les associations (listes non exhaustives) :**

- L'association Saint Benoit Labre (Vertou) – services non exhaustifs :

- LHSS
- LAM
- CHRS

- ANEF-FERRER (Nantes et Saint Nazaire) - services non exhaustifs :

- LHSS – Saint Nazaire
- CHU – Saint Nazaire
- Maraudes – veille sociale – Saint Nazaire
- CHRS – Nantes
- Maison d'Accueil de Jour (MAJ) – Nantes : accueil de jour, accompagnement social, soutien, etc.

- La Maison de Coluche – Les Restos du coeur (Nantes) : Centre d'hébergement d'urgence.

- Écoute de la rue (Nantes) : Maraudes.

- SIAO44 : 115, SAMU SOCIAL.

- Solidarité Estuaire (loire Atlantique) :

- La R'ssource : La R'ssource – Nantes : accueil de jour, accompagnement social, pour les 12-25 ans, etc.
- CHRS
- Hébergement d'urgence

- Les Eaux Vives :

- CHRS Le Val.
- Foyer 24 bis : Hébergements d'urgences
- La halte de nuit 44 : accueil de nuit
- Foyer saint Martin : Hébergements d'urgences
- La Clairefontaine : accueil de jour et restauration

➤ **Le secteur hospitalier :**

- CHU Nantes :

- ELPP
- ELSA
- Secteur d'hospitalisation complète
- HDJ
- Urgences psychiatriques



- CH Daumezon :
 - Secteur d'hospitalisation complète
 - SSR
 - HDJ
- CH Saint Nazaire :
 - ELSA
 - Secteur d'hospitalisation complète
 - EMPP
 - Urgences psychiatriques
- Service métropole Nantes :
 - Espace Agnès Varda : restauration, hygiène, accompagnement social.



IV. Contexte de pandémie mondiale.

A) Généralités.

En fin d'année 2019, la Chine annonce l'émergence d'un virus nommé Sars Cov2 pouvant être responsable d'une pneumonie grave atypique. Il a été isolé pour la première fois à Wuhan. (78)

Le Sars COV2 est un virus de la famille des Coronavirus. Virus à ARN hébergé par les animaux pouvant être transmis à l'homme. Les Coronavirus peuvent infecter les êtres humains et provoquer des symptomatologies variées de type de : rhinite, toux, myalgie, fièvre, ect. (79). Trois coronavirus ont été responsables durant le 21^e siècle d'épidémies mortelles : 2003 SRAS-CoV, 2012 MERS-CoV, 2020 SARS-CoV2.

L'OMS déclare l'état de pandémie mondiale en mars 2020 (78). Le terme pandémie décrit une maladie qui se répand sur une large zone géographique à l'inverse du terme d'épidémie.

L'infection à Sars Cov2 provoque une maladie bénigne voir asymptomatique dans la majorité des cas, de 20 % à 50% des infectés exprimeront cette forme. Sa dangerosité s'explique par l'augmentation des complications graves chez pour les sujets présentant des comorbidités (diabète, obésité, âge, pathologies pulmonaires, immuno-depression) (79). L'augmentation du nombre de cas sévères s'est traduite par une saturation des lits en soins intensifs en France et dans de nombreux pays.

En mai 2021, en France le SARS-CoV2 était responsable de 5 877 787 contaminations dont 107 645 décès et de de 3 299 568 décès dans le monde. (80)

B) Mise en place des mesures sanitaires.

Les gouvernements ont instauré des mesures sanitaires afin de limiter la propagation du virus. En France, le président et le ministère de la santé ont instauré différentes mesures afin de limiter la propagation du virus :

- Isolement / quarantaine pour les cas positifs ou cas contact.
- Confinement.
- Restriction de circulation : couvre-feu, restriction de rassemblement, limitation des voyages aux motifs impérieux.

En France hexagonale jusqu'à mai 2021 il y a eu trois différents confinements (plus ou moins stricts pour enrayer les vagues épidémiques successives) : du 17 mars au 11 mai 2020 (1 mois et 23 jours), du 30 octobre au 15 décembre 2020 (1 mois et 14 jours) et du 3 avril au 3 mai 2021 (28 jours). (81)

Entre ces confinements et après le confinement d'avril-mai 2021, des mesures pour limiter la propagation du virus ont été mises en place : couvre-feu, limitation des déplacements (rayon de déplacement autour du domicile, attestations, limitation déplacements inter-régions etc.) fermetures des bars et restaurants, des lieux culturels, restriction de rassemblement, mise en place d'un pass sanitaire. La mise en place de ces mesures est inédite et entraîne des bouleversements socio-économiques. Elles provoquent des modifications des pratiques de sociabilité, des habitudes de vie et de l'organisation du travail. (82)



Au-delà de l'aspect sanitaire, des inquiétudes ont émergé sur les conséquences d'une telle crise sur les populations plus vulnérables. Certaines études ont rapidement montré que le niveau socio-économique du patient influence de manière négative sur le risque de contamination et le degré de sévérité de la Covid. Cela s'expliquerait par : un moins bon état de santé, un environnement moins favorable (habitations précaires, lieux de vie surpeuplé, etc.) et le moindre recours aux soins. (83). L'organisation du travail a été bouleversé par la fermeture des commerces dits « non essentiels » et le recours massif au télétravail. Afin de limiter les pertes d'emplois et limiter les pertes de salaire le gouvernement a mis en place à titre exceptionnel le chômage partiel, permettant de maintenir à environ 80% le niveau de salaire. Les ouvriers, les employés, les 18-24 ans (représentant la majorité des emplois précaires) étaient plus en chômage partiel que les cadres. Ils ont plus souvent estimé que leur situation financière s'était dégradée en mai 2020 (84,85)

C) Réorganisation du parcours sanitaire et social.

Il a fallu, souvent dans l'urgence adapter l'organisation des hôpitaux et cliniques sans savoir quels impacts cela aurait sur les usagers du système de soin et sur les professionnels (86) (87). La réorganisation du système de soins s'est faite afin de libérer des lits d'hospitalisations pour accueillir le nombre croissant de cas Covid. Tout au long de l'épidémie, il y a eu des déprogrammations de soins programmés. Par exemple, en Ile de France, l'ARS a demandé aux hôpitaux et cliniques de déprogrammer 40% de leurs interventions en mars 2021. Ces déprogrammations auront des conséquences à court et long terme sur la santé des personnes (88). Dans les services de psychiatrie et d'addictologie, comme dans les autres services, l'accueil a aussi été réorganisé. Les services d'addictologie ont dû eux aussi repousser, annuler des soins. Peu de données chiffrées existent sur les déprogrammations dans les secteurs de psychiatrie.

Selon les recommandations ministérielles, les PASS ont maintenu et réorganisé leurs activités en privilégiant le recours à la télésanté (téléconsultations, téléphone, etc.), elles ont pu maintenir l'accueil physique si la situation le nécessitait. Il y a eu, en fonction des territoires, des déploiements de PASS mobile pour se rendre dans les bidonvilles et toucher les publics les plus éloignés du soin. Les EMPP ont continué leurs actions en s'adaptant aux mesures sanitaires.

En ambulatoire, les soins ont eux aussi été bouleversés. Afin de limiter la propagation du virus certains professionnels ont dû fermer leurs portes (psychologues, dentistes, certains médecins spécialistes, etc.). Les médecins en ambulatoire ont vu le nombre de consultations diminuer de manière importante (89). Ces renoncements aux soins ont inquiété les professionnels et les patients car ils seront probablement responsables de retards de diagnostics. Cela a été d'autant plus inquiétant chez les populations vulnérables qui présentent déjà un état de santé moins bon et qu'on les sait plus sensibles aux situations difficiles.

Les pouvoirs publics ont dès le début permis aux établissements médico-sociaux de continuer leurs actions, sous réserve de suivre le protocole sanitaire (90).



La mise en place du premier confinement a mis en évidence l'importance d'avoir un logement pour se protéger. Il a donc paru urgent de repenser l'hébergement du public vulnérable à la rue. Le gouvernement et les acteurs sociaux locaux ont ouvert en mai 2020 12 600 places d'hébergement dans les hôtels (91). La trêve hivernale a été prolongée jusqu'en juillet 2020.

Pour rester ouvert, selon les recommandations gouvernementales les centres d'hébergement ont dû réorganiser les pièces de vies collectives, adapter le système de la restauration, étendre leurs horaires d'ouvertures 24/24h, etc.

Ils ont dû diminuer le nombre d'accueillis et ont dû constituer des groupes « fixes » pour limiter le turn-over habituel sur les places d'hébergements. Si cela a pu permettre une continuité dans l'hébergement et une stabilisation de certaines situations, ces événements ont mis en avant le manque chronique de places d'hébergements. Malgré tout, toutes les personnes n'ont pu être mises à l'abri (par manque de place ou refus de placement) ce qui a pu créer des situations complexes car les ressources liées à la manche se sont amoindries. Selon les recommandations ministérielles, les acteurs de la veille sociale ont pu continuer leur activité de maraudes auprès du public de la rue. Les accueils de jours, eux, ont dû fermer leurs portes.

Dans le secteur d'addictologie, selon les recommandations (92), les CSAPA et CARRUD ont pu rester ouvert en limitant les consultations en présentiel, en modifiant le fonctionnement de la structure pour éviter la propagation du virus, en renforçant les mesures barrières etc.

Les associations, soutenant les publics vulnérables, ont pu elles aussi rester ouvertes en respectant les règles sanitaires. Ces associations sont restées mobilisées, particulièrement dans l'aide alimentaire. Cependant, certaines ont dû fermer leurs portes car les bénévoles, parfois âgées, présentaient des facteurs de risques au Covid. Il a été difficile de trouver des chiffres exacts (93). Cependant, il existe, de nombreux articles de presse évoquant la mobilisation des associations et des bénévoles. (93–95)

A Nantes, au 15 mai 2020, 500 places d'hébergement avaient été créées. Une PASS mobile sanitaire a été créée et s'est déployée au niveau des lieux de squats et de bidonvilles. Une permanence de soins par un(e) IDE a été mise en place à l'espace Agnès Varda. Le CSAPA et le CAARUD de Nantes ont recentrés leurs activités sur un même site. Les accueils de jours ont fermés, mais certains de ces lieux ont servi pour la distribution de colis alimentaires.

Comme recommandé par le gouvernement, un centre de desserrement Covid a été installé à Saint Aignan de Grand Lieu. Il y avait 48 places. Ce centre était destiné à accueillir les patients atteints du Covid ne nécessitant pas une hospitalisation mais dont les conditions de logement ne permettaient pas d'être isolés ou surveillés.

V. Les premiers constats de la période.

A) Du côté de la santé mentale.

Dès mai 2020, des inquiétudes ont émergé concernant les conséquences psychiques de la crise sanitaire (96). En effet, une revue de la littérature a montré l'impact psychologique négatif des confinements et des restrictions des libertés individuelles à travers l'expérience de précédentes quarantaines locales (SARS en 2003, EBOLA en 2014, etc.). (97)

Des études ont rapidement été diligentées afin de suivre les conséquences de la pandémie. Les médecins généralistes Français ont rapidement noté une augmentation des consultations pour anxiété, stress et syndrome dépressif, et ceci d'autant plus si ils exerçaient dans un département fortement touché par le Covid-19 (98)

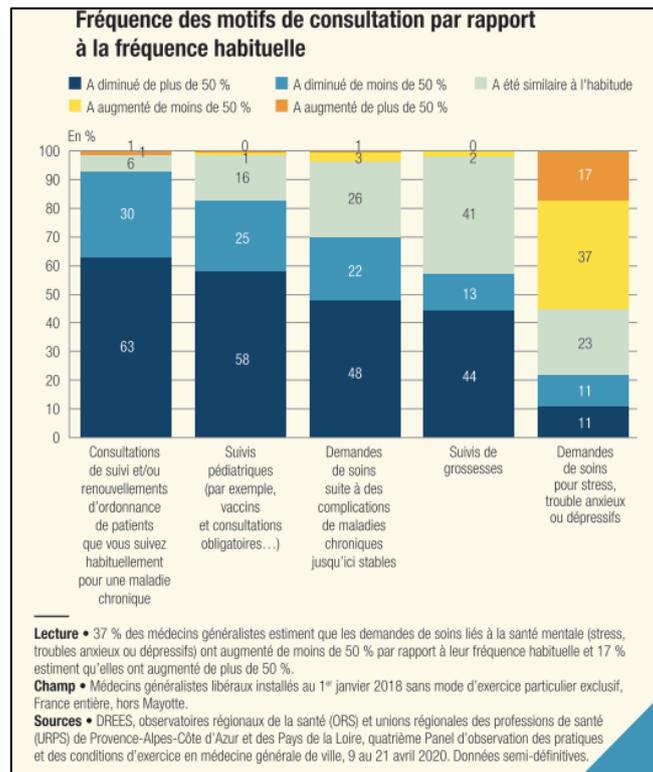


Figure 7- Fréquence des motifs de consultations chez le médecin généraliste pendant le premier confinement par rapport à la fréquence habituelle. (98)

Les jeunes de 15-24 ans ont estimé, pour environ 22% d'entre eux, avoir des symptômes dépressifs à la sortie du premier confinement. Les symptômes dépressifs étaient souvent liés à une situation financière qui s'était dégradée pendant le premier confinement. (2) Cette tendance semble se confirmer au fil des mois depuis le début de la pandémie. En effet, Santé Publique France réalise une enquête COVIPREV depuis mars 2020 pour évaluer, entre autre, l'état de santé psychique des Français.



Les dernières données (31 août 2021-7 septembre 2021) montrent que 23 % des Français présentent des symptômes d'un état anxieux, soit plus de 10 points de plus que pour une période hors épidémie. La prévalence des troubles du sommeil a elle aussi augmenté de 14 points : 63% des Français déclaraient avoir des troubles du sommeil. Cet état de stress était plus important lorsque que la personne avait des antécédents de troubles psychologiques, 44% d'entre eux déclaraient un état anxieux contre 17% pour les individus n'ayant pas d'antécédents.

Les personnes ayant des facteurs de fragilités (ATCD psychologique, situation financière jugée difficile, jeunes, etc.) présentaient un état de stress plus important. (99,100)

Il a semblé que les mesures mises en place impactaient et aggravaient les inégalités en santé préexistantes chez les populations déjà vulnérables.

Concernant la population d'intérêt : l'enquête ECHO a interrogé des personnes en mai-juin 2020 en situation de précarité vivant en centre d'hébergement d'urgence. D'après les premiers résultats, 37% d'entre eux se sont sentis plus seul, 28,5% d'entre eux présentaient les symptômes d'un état dépressif. (101)

B) Les premiers chiffres sur l'addictologie.

Les associations, les Patients Experts et les professionnels sociaux et médicaux se sont rapidement interrogés sur les conséquences de cette situation inédite. Les interrogations concernaient : l'impact sur les usages et les usagers, sur la continuité des soins et de l'accompagnement social et sur la réduction des risques. Comme évoqué dans les chapitres précédents, ces interrogations se sont avérées indéniablement en lien avec les questions de précarité et d'exclusion. D'après une enquête, en février 2021, 56% des personnes présentant une situation financière difficile estimaient qu'il était difficile de gérer certaines consommations pendant les confinements (102) (13) (87) (103)

Les résultats et les chiffres sont encore peu nombreux et partiels et concernent principalement le premier confinement.

1) Les produits licites.

a. TSO et médicaments psychotropes.

Les associations d'usagers de drogue, devant la fermeture ou la restriction d'horaires de certains CSAPA ou des centres de soins, ont rapidement interrogé les autorités concernant la délivrance et la prescription des traitements substitutifs aux opiacés (TSO). En effet, la fermeture des frontières a pu laisser penser que l'accessibilité des produits illicites diminueraient. Les usagers se seraient plus tournés vers les prescriptions de TSO. (13,14).

Pour les patients déjà stabilisés sous TSO, l'inquiétude de la continuité des traitements s'est posée, devant le manque d'accessibilité des médecins prescripteurs. Toutes ces modifications pouvaient laisser craindre un mésusage des traitements, des reventes, des partages des traitements et/ou des overdoses.

Pour répondre, en partie, à ces inquiétudes les autorités sanitaires ont assoupli les règles de prescriptions des TSO le 20 mars 2020.



Le stress engendré par la situation pouvait aussi laisser craindre une augmentation de la consommation voire le mésusage des traitements anxiolytiques ou hypnotiques.

D'après le 6e rapport sur la consommation des médicaments de ville durant l'épidémie de COVID-19 (période du 16 mars 2020 au 25 avril 2021), la consommation des médicaments psychotropes a augmenté par rapport à la même période de l'année précédente, confirmant les inquiétudes évoquées sur la santé psychologique des Français.

A l'annonce du premier confinement sur la semaine du 16 au 29 mars 2020, la consommation des TSO a augmenté de 10,2 %, les antidépresseurs de 21% et les anxiolytiques de 19,9%. Cette nette augmentation s'est estompée au fil des semaines de confinement, cf tableau ci-après. Les fluctuations des ventes et des remboursements d'une semaine sur l'autre au moment du confinement montrent bien l'instabilité de cette période et l'inquiétude qu'elle a provoquée. Cependant la majoration de la consommation des médicaments psychotropes s'est confirmée au fil des mois. Pour les TSO, en 2020 on notait une augmentation de consommation de +2,9%. Et de +4,7% de janvier à avril 2021.

Les délivrances d'hypnotiques et d'anxiolytiques étaient en forte hausse de janvier à avril 2021, respectivement +12,7% et + 10,3%. (104)

	Année 2020			Année 2021			
	1 ^{er} confinement	post-confinement	2 ^{ème} confinement	Total	couvre-feu	3 ^{ème} phase de mesures restrictives	Total
	S12 à S19	S20 à S43	S44 à S51	S12 à S51	S1 à S12	S13-S16	S1-S16
Antidépresseurs	+2,2% +142 304	+1,9% +375 440	+4,7% +313 841	+2,6% +831 585	+7,3% +721 314	+10,3% +331 283	+8,0% +1 052 596
Antipsychotiques	+4,2% +75 412	+1,9% +106 740	+3,6% +67 938	+2,7% +250 089	+4,4% +126 704	+6,6% +60 244	+5,0% +186 948
Anxiolytiques	+6,3% +387 207	+6,1% +1 136 972	+8,6% +544 405	+6,7% +2 068 584	+9,7% +913 898	+12,5% +374 301	+10,3% +1 288 199
Hypnotiques	+5,4% +125 574	+7,5% +526 390	+8,4% +200 154	+7,3% +852 119	+11,9% +414 506	+15,5% +169 169	+12,7% +583 675
Trait dépendance aux opiacés	+2,3% +9 677	+2,8% +34 999	+3,6% +15 061	+2,9% +59 736	+4,5% +28 421	+5,0% +10 192	+4,7% +38 613
Traitements dépendance alcool	-0,7% -678	+1,4% +4 108	+6,1% +6 125	+1,9% +9 555	+7,8% +11 742	+13,5% +6 556	+9,2% +18 297

Figure 8 - Evolution en % (observés-attendus) et écart entre les nombres de délivrances (observés-attendus) des médicaments des troubles mentaux et des troubles des addictions en 2020 et 2021.



b. Alcool et tabac.

L'offre sur l'alcool et le tabac est restée stable car les deux substances sont restées disponibles. Les bureaux de tabac et les petits commerces vendant de l'alcool se sont vu considérés comme « commerce de première nécessité ». Les autorités, par cette autorisation, ont acté que le tabac et l'alcool étaient des produits de première nécessité. Offrant une visibilité et une reconnaissance aux personnes ayant des troubles liés à l'usage de substances. (13) (87).

Il semble aussi important de parler du lobbying des alcooliers en France. Par exemple, Vins et Société représentant la filière viticole en France a lancé des rendez-vous Instagram à travers les #*dégustezconfinés* ou #*1verre1assiette* proposant des dégustations de vin. Un autre exemple est la déclaration de Patrick Jourdain, président du Syndicat des Cavistes Professionnels, réagissant à l'autorisation pour les cavistes de rester ouvert. Il déclara : « Peut-être, quelques gens auront-ils besoin de venir chercher une bonne bouteille pour se remonter, avec modération toujours, le moral, et faire honneur à la culture française ! » rappelant dans cette déclaration l'effet anxiolytique de l'alcool. Ces interventions banalisent et encouragent la consommation d'alcool.

Un nouveau mode de consommation est apparu, inquiétant les associations et les professionnels luttant contre les addictions : les « aperos-skype ». Ils consistent à prendre un verre, via une plateforme visioconférence, avec ses proches. Malgré l'apparente innocuité et légèreté de ces apéros, ils participent eux aussi à la banalisation de la consommation d'alcool. Cependant la visibilité de ces apéros a probablement été amplifiée par les médias.

En effet, la vente d'alcool est restée stable en France, voir à légèrement diminuée entre mars et juin 2020. (105).

On sait que les épisodes stressants peuvent amplifier les consommations et/ou modifier les comportements liés aux usages. Du 30 mars au 1er avril 2020, d'après l'enquête COVIPREV, parmi les usagers d'alcool 11% déclarent que leur consommation d'alcool a augmenté depuis le confinement, 65% qu'elle est stable 24% qu'elle a diminué. Les raisons évoquées pour expliquer cette augmentation de la consommation, les usagers citent : l'ennui, l'anxiété et plus de temps pour consommer.

En France, les ventes de tabac ont fortement augmenté au moment du premier confinement, cela est en partie expliqué par la fermeture des frontières limitant le commerce transfrontalier de tabac (87). Concernant les usages, d'après l'étude COVIPREV (du 30 mars au 1er avril 2020) parmi les fumeurs : 27% déclarent que leur consommation de tabac a augmenté depuis le confinement, 55% qu'elle est stable, 19% qu'elle a diminué.

Durant le confinement les ventes des traitements pour le sevrage tabagique ont augmenté pour ensuite reprendre un taux de vente similaire aux années précédentes. Il semble donc que certains usagers ont saisi cette occasion pour diminuer leurs consommations de tabac. (13) (107)

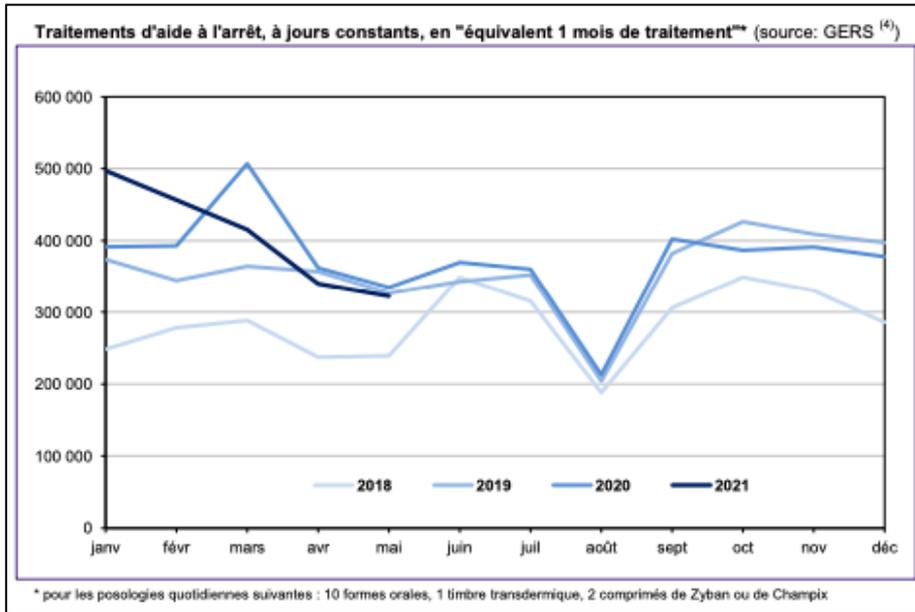


Figure 9- Délivrance des traitements d'aide à l'arrêt du tabac, de 2018 à 2021. (106)

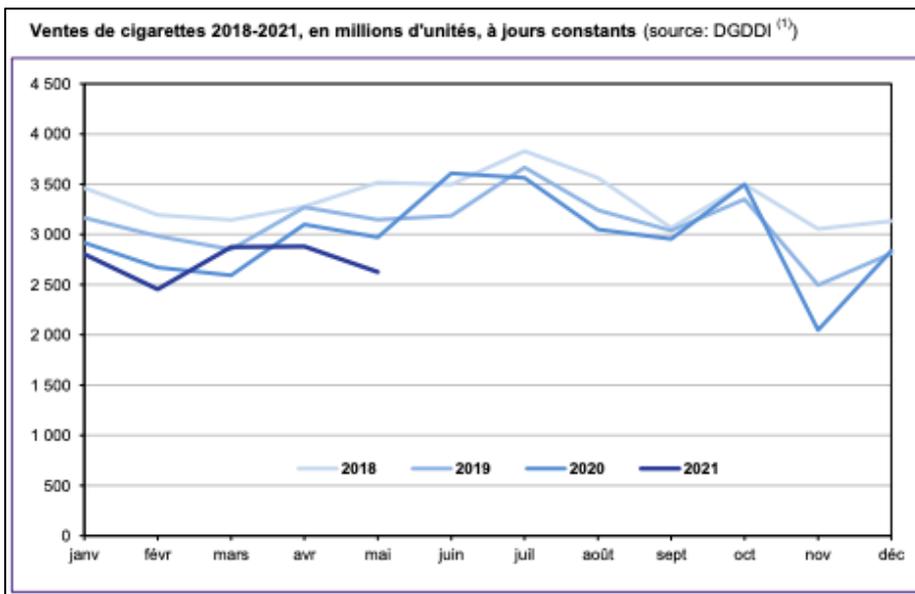


Figure 10- Vente de cigarettes de 2018 à 2021. (106)

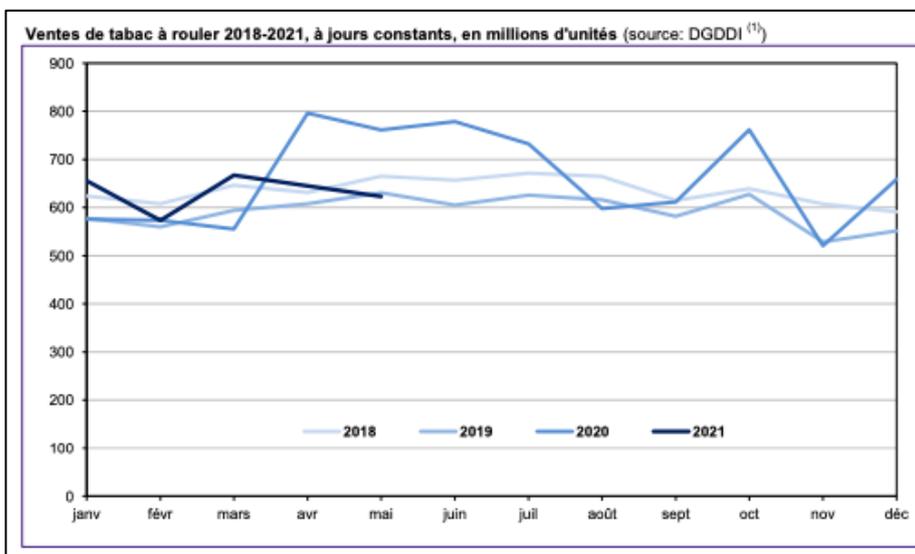


Figure 11- Ventes de tabac à rouler entre 2018 et 2021. (106)

2) Les produits illicites.

La crise sanitaire et les mesures mises en place au niveau international ont eu un impact sur le marché des stupéfiants. C'est ce qu'on suppose les autorités, les usagers de drogues et les associations. En effet, ce marché mondialisé et interconnecté s'est vu fortement chamboulé à cause des restrictions de circulation et des fermetures des frontières.

Les autorités ont constaté une diminution des saisies de 58 % pour le cannabis, de 30 % pour la cocaïne et de 69 % pour l'héroïne (87). D'après les usagers et les professionnels durant le premier confinement les points de deal sont restés ouverts mais avec une moindre fréquentation. Les trafiquants ont fait évoluer leur façon de proposer les produits : livraisons à domicile, commandes sur internet, utilisation des réseaux sociaux. (13,14)

Le constat épidémiologique est partiel, les chiffres contradictoires et les données manquantes, en particulier pour le marché de l'héroïne. Surement car il s'agit d'activités illégales.

En France, des usagers ont fait état de difficultés pour accéder à la résine de cannabis en particulier en dehors de Paris et des grandes métropoles régionales. Mais l'offre est restée globalement stable pendant le premier confinement. Le prix aurait lui aussi augmenté mais de manière très disparate sur le territoire. (13) (14) (108) D'après l'enquête de cannabis Online 72% des consommateurs réguliers de cannabis ont consommé du cannabis pendant le premier confinement. 27% d'entre eux estiment qu'ils ont augmenté leur consommation, 16% l'ont diminué.

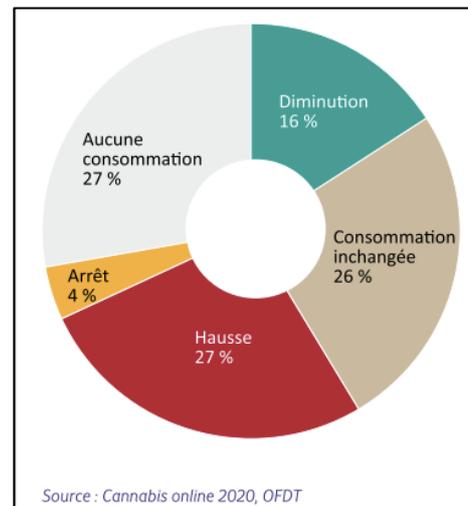


Figure 12- Évolution des usages de cannabis chez les consommateurs de cannabis.(107)

Pendant le confinement, d'après l'enquête cannabis online, 40% des consommateurs actuels de cannabis fumaient 3 joints ou plus pendant le confinement alors qu'ils étaient 33% avant le confinement. Plus La consommation de cannabis était régulière plus les usagers avaient tendance à recourir à de nombreux achats.

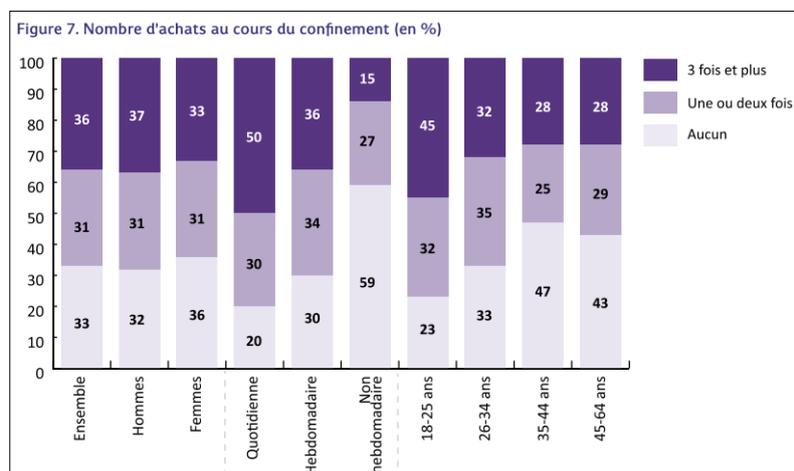


Figure 13- Nombre d'achat de cannabis pendant le premier confinement en %, chez les consommateurs, en fonction de la fréquence de leur consommation, de leur âge et de leur sexe.(107)

Dans le monde entre mai et juin 2020, cette tendance à l'augmentation de la consommation de cannabis se retrouve dans les données de la Global Drug Survey (GDS), 39% des consommateurs de cannabis ont augmenté leur consommation, 39% n'ont pas changé leurs habitudes et 21% l'ont diminuée.

Dans les données de la GDS on retrouve aussi l'augmentation de la consommation des médicaments psychotropes, 37% des interrogés estiment qu'ils ont augmenté leur consommation, 48% estiment qu'elles sont restées identiques et 15% qu'elles ont diminuées. (108,109)

Les drogues illicites à visée anxiolytiques, calmantes semblent avoir été préférées durant cette période.

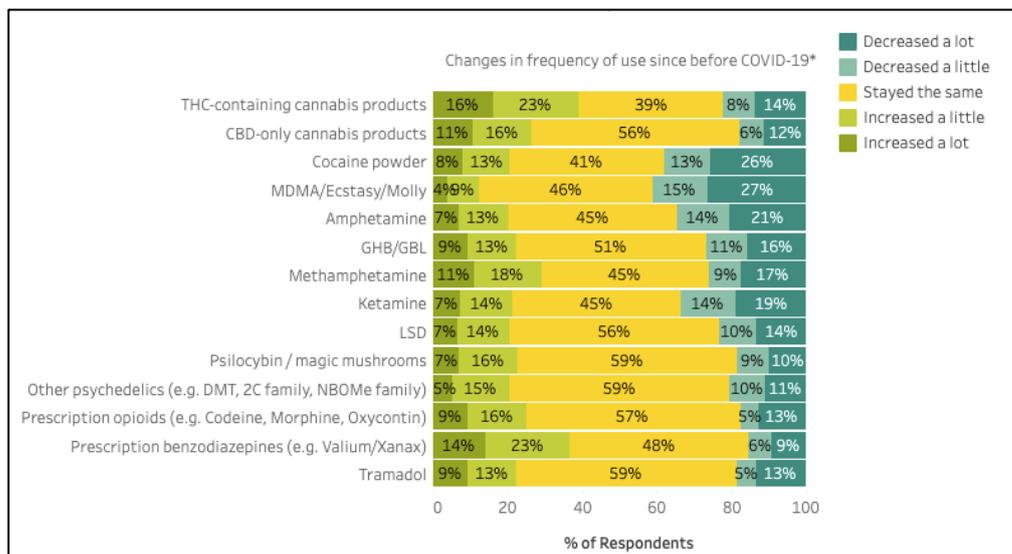


Figure 14- Évolution des fréquences d'usages d'après la Global drug survey de mai à juin 2020 (108)

VI. Problématiques.

La situation exceptionnelle, a laissé craindre une augmentation des consommations, des polyconsommations et des overdoses. Comment ont évolué les comportements addictifs chez les personnes en situation de précarité de Loire Atlantique ?

La réorganisation des structures, les soins et l'accompagnement reposaient sur des équipes de professionnels ou bénévoles souvent réduites du fait de la situation. Elles ont dû faire face et répondre aux problématiques nouvelles rencontrées durant cette période inédite. Souvent isolées au début, ces équipes ont dû innover et parfois s'associer pour rapidement répondre aux problématiques. L'inquiétude initiale a finalement laissé place à l'adaptation et la réactivité des professionnels d'après les premiers constats.

Pour éviter les sevrages forcés, ils ont dû envisager la consommation des substances sur les lieux d'hébergement. Comment ces modifications, ont-elles impacté le soins et l'accompagnement ?



Pour maintenir le suivi de leur patient, nombre de professionnels de santé ont dû développer l'accompagnement virtuel (téléphone, téléconsultation, SMS, Mail, ect) Qu'en a-t-il été pour le suivi et l'accompagnement des personnes en situation de précarité ayant des conduites addictives ?

D'après les études récentes de santé publique sur les conséquences de la crise : faire partie des catégories socio-professionnelles les plus défavorisées constituerait un désavantage en matière sociale et sanitaire. Les études font état d'une plus grande difficulté d'accès aux soins pour ces catégories de population. La situation en lien avec la pandémie a-t-elle dégradé l'accès aux soins des plus démunis ayant des troubles liés à l'usage des substances ?

Comme évoqué plus haut, des études ont fait état d'une majoration de la détresse psychologique. Cela se retrouve-t-il aussi dans cette population vulnérable ?

Quel est l'état des lieux de la prise en charge des personnes en situation de précarité ayant des comportements addictifs lors de cette période post premier confinement en Loire Atlantique ?



Partie 2 – Méthodologie et résultats.

I. Matériels et méthodes

A) Choix de la méthode.

Il s'agit d'une étude épidémiologique mixte qualitative et quantitative. Nous voulions documenter les évolutions dû à la crise que nous traversons. Associer la recherche qualitative à la recherche quantitative nous a semblé important pour décrire la situation avec une vision plus précise des participants. Nous voulions enrichir les données et obtenir des témoignages. Le choix s'est donc porté sur ce modèle car il semblait le plus adapté pour avoir un état des lieux de la situation.

B) Population cible.

Le choix de la population cible s'est porté sur les professionnels sociaux, bénévoles et professionnels de la santé qui prennent en charge les populations en situation de précarité et présentant des conduites addictives. En effet, l'accompagnement de cette population vulnérable repose sur un suivi conjoint social et médical, l'un ne va pas sans l'autre. Il nous est donc rapidement apparu qu'il était important d'avoir la vision des deux secteurs. Au cours de mes stages et différentes expériences professionnelles j'ai pu me rendre compte de l'importance de la coordination et de l'articulation entre le soin et le social pour construire un projet de vie réussi. Les professionnels du sanitaire et du médico-social ont dû dans l'urgence s'adapter aux nouvelles règles en vigueur et adapter leurs pratiques professionnelles pour poursuivre leur accompagnement. Nous avons voulu nous intéresser à ces modifications et approcher leur analyse des impacts sur les usagers pris en charge.

C) Encadrement réglementaire.

Notre recherche porte sur les pratiques professionnelles et le fonctionnement des structures, elle ne rentre pas dans le cadre de la loi Jardé de 2016. Ce n'est pas une étude impliquant la personne humaine. (110)
Une vérification a été faite auprès d'un outil en ligne réalisé par le département de médecine générale (DMG) de la faculté de médecine de Rennes en partenariat avec le DMG de Strasbourg confirmant que notre recherche ne nécessitait pas l'avis de comité de protection des personnes et était hors champs de la loi Jardé. (111)
L'étude a été déclarée à la CNIL sous le numéro : 2222818 v 0. Elle a été déclarée comme une étude répondant à la méthodologie de référence MR04, c'est-à-dire comme une « recherche n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluation dans le domaine de la santé ».



D) Construction du questionnaire.

Les données ont été recueillies par un questionnaire. Il a été construit en s'inspirant de divers articles et travaux reprenant les approches qualitatives. (112) (113) (114) (113).

Le questionnaire a été relu et modifié sur les conseils du Dr CHAUVIN-GRELIER référent scientifique SRAE addictologie des Pays de la Loire.

Il a été testé, relu par Mme YOUNAN, IDE de l'Équipe Liaison Psychiatrie Précarité du service de psychiatrie du CHU de Nantes.

Et par le Dr ROUSSELLES médecin dans le service de Lits Haltes Soins Santé de l'association Saint Benoît Labre afin de rectifier et d'ajuster la formulation des questions. Les principales modifications ont consisté à apporter plus de neutralité dans les questions pour éviter d'orienter les répondants.

Tous les participants étaient invités à répondre à la partie 1 et à la partie 3.

Les travailleurs sociaux et acteurs du social étaient invités à remplir la partie 2a et les acteurs du médical et paramédical étaient invités à remplir la partie 2b.

- Les travailleurs sociaux et acteurs du social pouvaient répondre à 17 questions fermées, 19 questions à choix multiples et 7 questions orientées à réponses courtes.
- Les acteurs du médical et paramédical pouvaient répondre à 18 questions fermées, 20 questions à choix multiples et 3 questions orientées à réponses courtes

Les participants étaient invités à laisser des commentaires libres à la fin de chaque partie.

E) Diffusion du questionnaire.

Il a été décidé de diffuser le questionnaire dans le département de la Loire Atlantique.

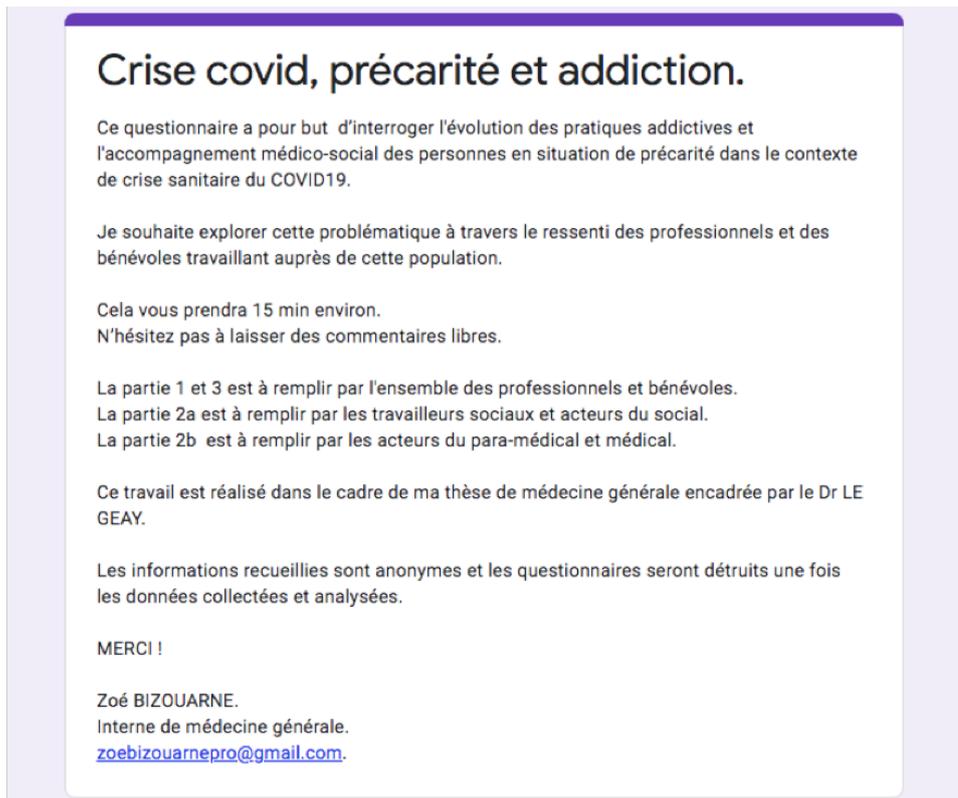
Le questionnaire a été diffusé auprès de structures sanitaires et médico-sociales, ambulatoires et hospitalières prenant en charge des personnes en situation de précarité et d'addiction.

Il a été hébergé et diffusé en ligne via la plateforme Google Forms.

Un premier contact a été établi par téléphone avec les structures afin d'expliquer le contexte de l'étude puis cet entretien a été suivi de l'envoi d'un mail récapitulatif avec le lien vers le questionnaire (Google Forms).

Un rappel a été fait auprès de toutes les structures par téléphone et avec un mail de rappel.

La diffusion s'est étalée du 18 janvier 2021 au 10 mai 2021.



Crise covid, précarité et addiction.

Ce questionnaire a pour but d'interroger l'évolution des pratiques addictives et l'accompagnement médico-social des personnes en situation de précarité dans le contexte de crise sanitaire du COVID19.

Je souhaite explorer cette problématique à travers le ressenti des professionnels et des bénévoles travaillant auprès de cette population.

Cela vous prendra 15 min environ.
N'hésitez pas à laisser des commentaires libres.

La partie 1 et 3 est à remplir par l'ensemble des professionnels et bénévoles.
La partie 2a est à remplir par les travailleurs sociaux et acteurs du social.
La partie 2b est à remplir par les acteurs du para-médical et médical.

Ce travail est réalisé dans le cadre de ma thèse de médecine générale encadrée par le Dr LE GEAY.

Les informations recueillies sont anonymes et les questionnaires seront détruits une fois les données collectées et analysées.

MERCI !

Zoé BIZOUARNE.
Interne de médecine générale.
zoebizouarnepro@gmail.com.

Figure 15 - Page d'accueil du questionnaire sur Google forms.

F) Compilation des données et analyse.

Les questionnaires étaient exclus si la première question était sans réponse. La première question était : « Quel est le nom de votre structure/association ? ».

Il n'y a pas eu d'exclusions de questionnaires.

Les participants n'étaient pas contraints de répondre à toutes les questions. Il y a eu 43 réponses.

Après la phase de recueil, les données ont été transcrites dans un tableur Excel.

L'analyse quantitative des données a été faite via le tableur Excel.

L'analyse qualitative s'est faite sur un mode dit : inductif. Il s'agit d'un type de raisonnement consistant à remonter, par une suite d'opérations cognitives, de données particulières (faits, expériences, énoncés) à des propositions plus générales, de cas particuliers à la loi qui les régit, des effets à la cause, des conséquences au principe, de l'expérience à la théorie. (Définition CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales).



II. Résultats.

A) Caractéristiques de la population interrogée.

Le tableau 1 reprend les structures qui ont été contactées, leur localisation, le type d'accompagnement qu'elles proposent et le nombre de réponses par structure. Trois couleurs définissent l'orientation principale de leur activité. Nous avons défini cette orientation pour mieux comprendre la répartition des questionnaires. L'orientation a été définie en fonction de leur activité principale : sociale, sanitaire ou les deux. Elle n'est qu'indicative.

Trois orientations ont été définies :

- Activité axée sur le sanitaire.
- Activité axée sur l'accompagnement social.
- Activité mixte.

Les structures interrogées		Villes	Types d'accompagnements	Nombre de répondeurs par site
Resto du coeur - maison de Coluche		Nantes	hébergements d'urgence	0
Les Eaux Vives	La halte de nuit 44	Nantes	accueil de nuit	3
	Foyer St Martin	Nantes	hébergement d'urgence	
	Foyer 24 bis	Nantes	hébergement d'urgence	
	La Clairefontaine	Nantes	accueil de jour/restauration	
	CHRS le val	Nantes	accompagnement	
Aurore - Mellinet		Nantes	hébergement d'urgence	1
Trajet	La Maison	Nantes	Accueil de jour	1
	Foyer Boutin	Nantes	hébergement d'urgence	
	CHRS Trajet	Nantes	accompagnement	
ANEF-FERRER - MAJ (Maison d'Accueil de Jour)		Nantes	Domiciliation/accueil de jour/suivi social (RSA)	2
Saint Benoît Labre	Lits d'accueil médicalisés	Nantes	18 lits de pathologies chroniques	1*1
	Lits halte soins santé	Nantes	15 lits de pathologies chroniques	
	Tannerie	Nantes	Hébergement d'urgence	
	CHRS AMETIS	Nantes	Hébergement insertion	



Solidarité estuaire - La R'ssource		Nantes	Accueil de jour	1
SIAO 44	115	Nantes	hébergement d'urgence	0
	SAMU Social	Nantes	maraude accompagnement social et soins	
Ecoute de la rue		Nantes	accueil de jour/maraude	3
Croix rouge		Nantes	accompagnement/maraude/distribution alimentaire	0
Villes de Nantes - Agnès Varda		Nantes	bains douches-restauration- accueil de jour	3
CHU de Nantes	Unité d'hospitalisation Apollinaire	Nantes	soins	4*2
	ELPP	Nantes	social, soins	
	CAPPA ELSA	Nantes	soins	
CH Daumezon	pôle intersectoriel	Bouguenais	soins	0
	EMPP	Bouguenais	soins	
Oppelia - La rose des vents	La rose des vents	Saint Nazaire	CSAPA	11
	La rose des vents	Saint Nazaire	CAARUD	
	Le Triangle	Nantes	CSAPA	7
	L'Acothé	Nantes	CAARUD	
Les Apsyades	La Baronais	Bouguenais	SSR Addictologique	3
	Pornic	Pornic	CSAPA	4
	Ancennis	Ancennis	CSAPA	
	Chateaubriand	Chateaubriand	CSAPA	
Croix bleu		Saint Nazaire	groupe de parole et accompagnement centré sur l'alcool.	1
Totaux des questionnaires recueillis				43 + 2 *1/*2

Tableau 1 - Les structures interrogées.

Activité axée sur l'accompagnement social

Activité axée sur les soins

Activité mixte

*1 Questionnaire est du Dr Rousselle - médecin lits halte soins santé (association les eaux vives)

*2 Questionnaire test de Mme YOUNAN - IDE à l'ELPP

La collecte des questionnaires s'est étalée du 19/01/21, jour du premier recueil au 9/05/2021 date de recueil du dernier questionnaire. A l'exception des deux questionnaires tests qui ont été recueilli un le 29/10/2021 et le 25/11/2021.

Dans la figure 1, on voit la répartition des questionnaires selon les fonctions occupées. Parmi les 45 participants il y a eu 4 bénévoles, 1 accueillante de CSAPA, 1 responsable d'établissement, 7 médecins (dont 1 questionnaire test), 3 psychologues, 1 chef de service d'un établissement social, 21 travailleurs sociaux, 7 IDE (dont 1 questionnaire test).

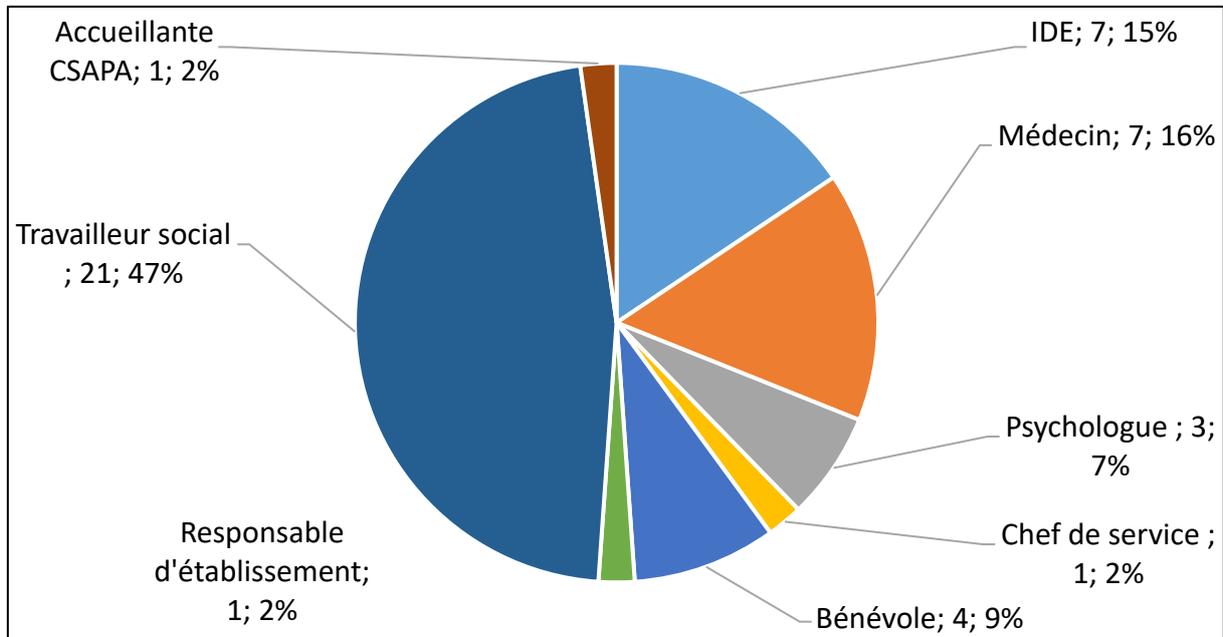


Figure 16 - Répartition des questionnaires selon les fonctions occupées.

Pour l'analyse des résultats nous avons séparé les participants en 2 groupes. Un groupe social et un groupe santé.

- Le groupe social regroupe : les travailleurs sociaux, les bénévoles hors secteur médical ou paramédical et les responsables ou chef de service d'établissements sociaux.
- Le groupe santé regroupe : les médecins, les IDE et les psychologues.

En effet, pour l'interprétation des résultats il a été intéressant de comparer les 2 groupes qui ont une vision différente du fait de leur formation.

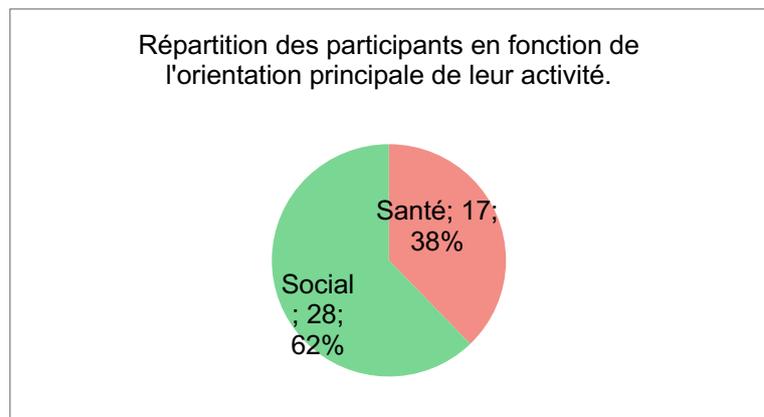
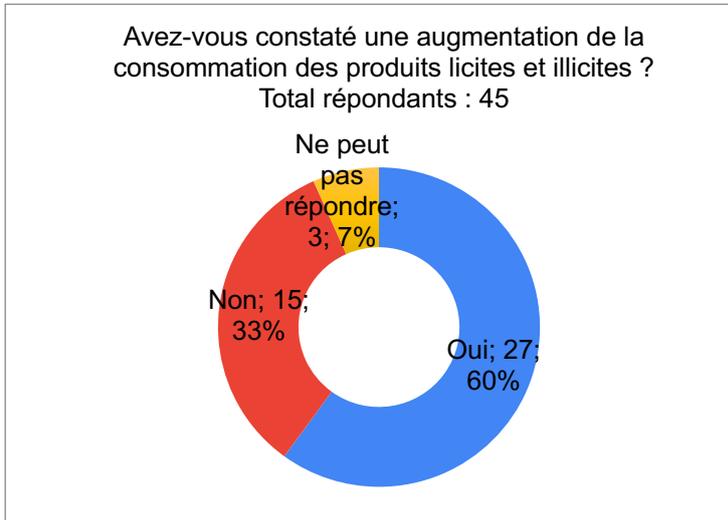


Figure 17- Répartition des questionnaires en fonction de l'attribution au groupe « social » ou « santé ».

B) Partie 1 - Pratiques addictives et soins en addictologie. (Tous les participants étaient invités à répondre)

1) Évolution des comportements liés à l'usage de substances psychoactives.



Tous les participants ont répondu. Les participants ont estimé à 60% (27 participants) qu'il y avait eu une augmentation des consommations des produits licites et illicites. 3 n'ont pas pu répondre. 33% estiment (15) qu'il n'y a pas eu d'augmentation.

Figure 18- Augmentation des consommations.

Les 27 participants ayant constaté une augmentation des consommations ont noté que l'augmentation des consommations s'est portée majoritairement sur l'alcool (22 personnes).

Le cannabis arrive en deuxième position avec 12 participants estimant que sa consommation a augmenté. Le tabac et la cocaïne se placent en troisième position avec 11 participants estimant que leurs consommations ont augmenté.

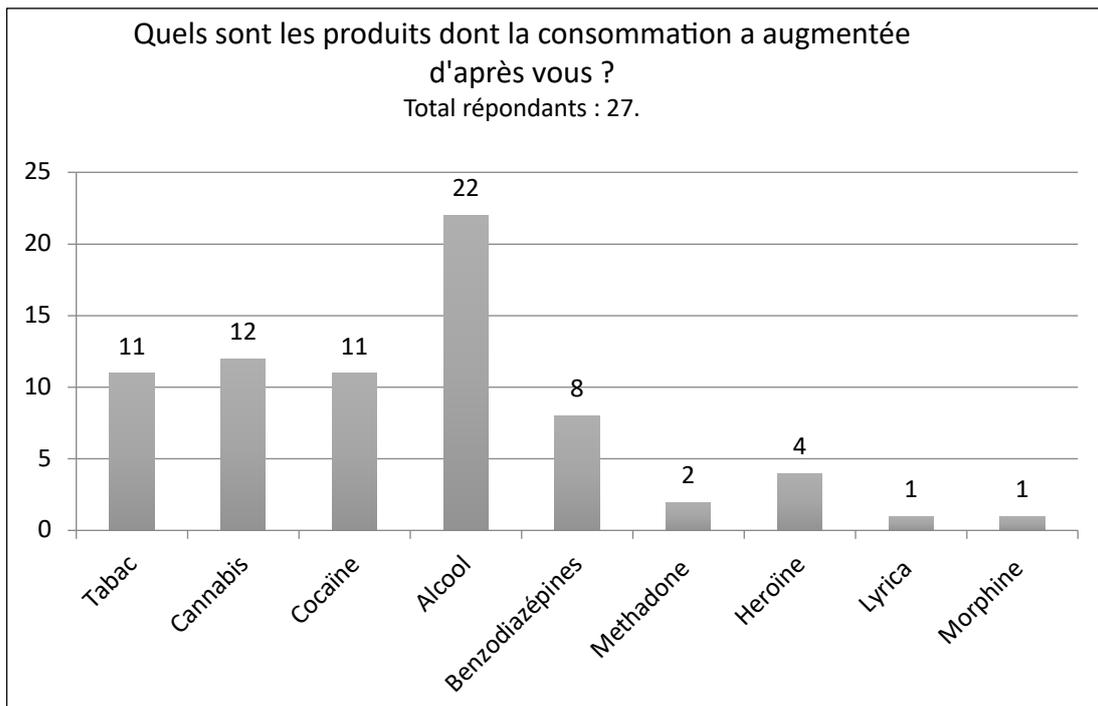
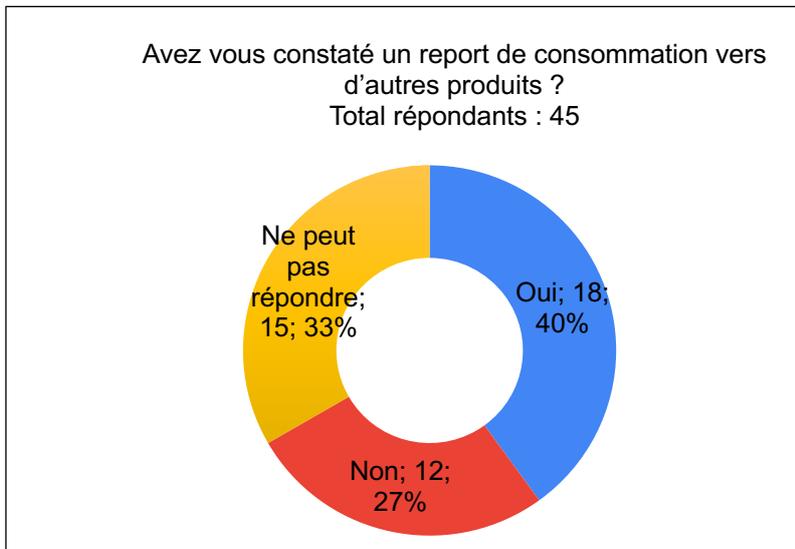


Figure 19- Les substances dont les consommations ont augmenté d'après les participants.



Les participants ont constaté à 40 % (18 participants) qu'il y a eu un report de consommation vers d'autres produits. 27% ont estimé que non. 33 % n'ont pas pu répondre à cette question.

Figure 20- Report des consommations vers d'autres produits.

Parmi les 18 participants ayant estimé qu'il y a eu un report des consommations des usagers durant la crise sanitaire, 16 ont estimé que les usagers s'étaient tournés vers l'alcool, 10 vers le tabac, 4 vers le cannabis, la cocaïne et les benzodiazépines. 2 vers l'héroïne et 1 vers la méthadone.

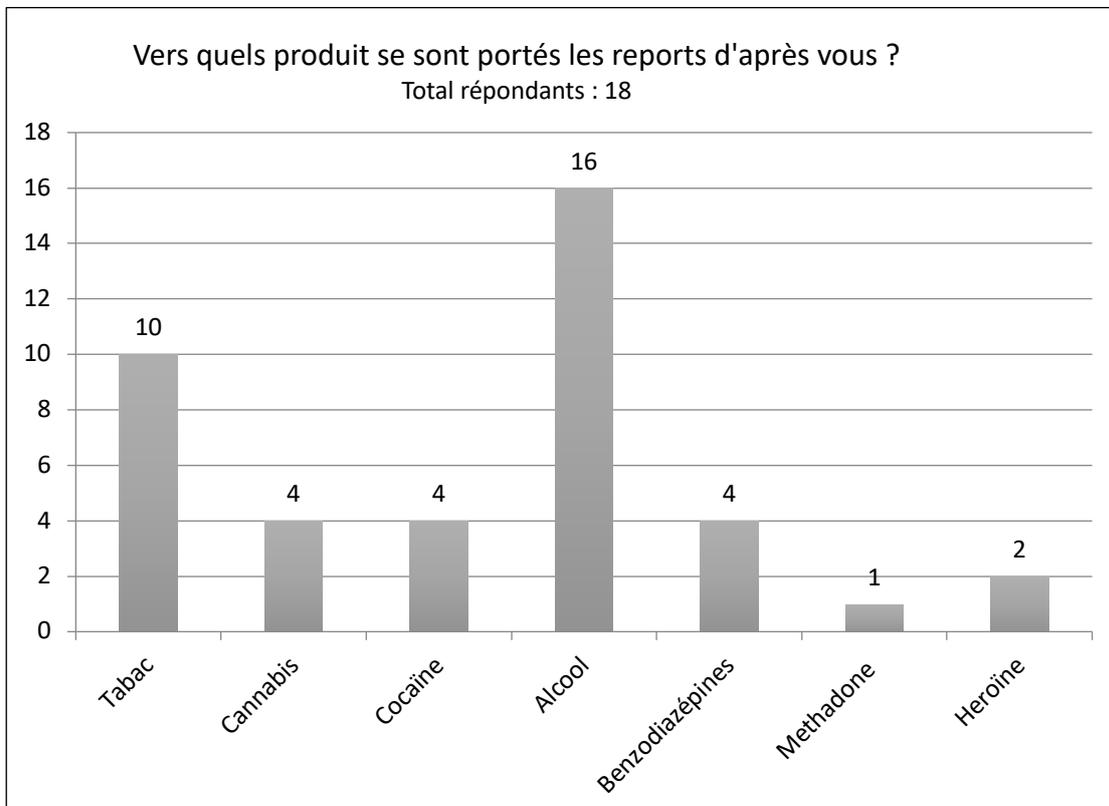


Figure 21- Produits vers lesquels se sont portés les reports d'après les participants.

Pour 15 répondants sur 22, la pénurie de produits a participé au report des consommations. 6 participants sur 22 pensent que les raisons économiques et la peur de l'extérieur et de la contamination ont participé au report des consommations.

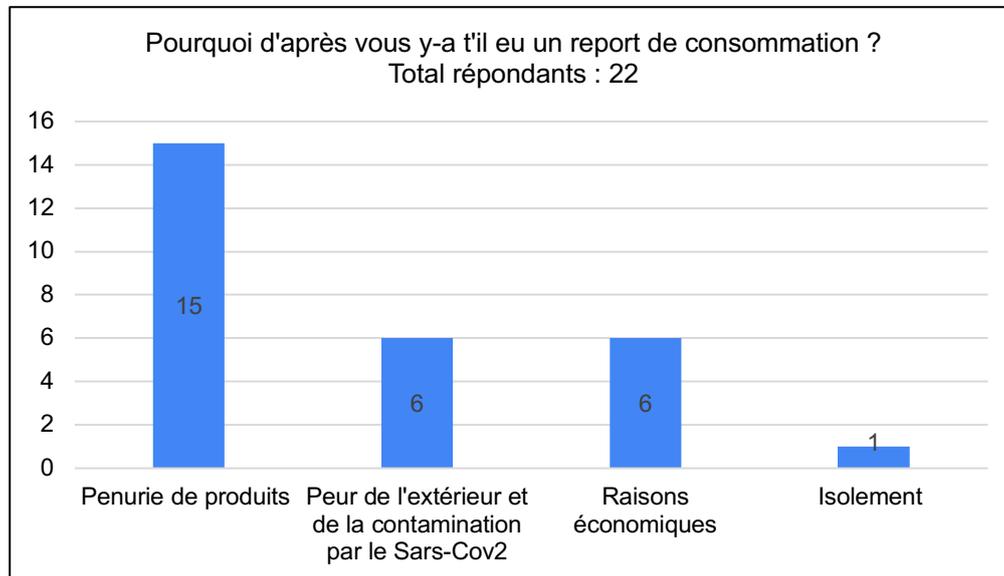


Figure 22- Raison des reports des consommations d'après les participants.

A l'inverse seulement 5 (12%) personnes sur 42 estiment qu'il y a eu une diminution des comportements liés aux pratiques addictives. 31 (74%) estiment qu'il n'y a pas eu de diminution.

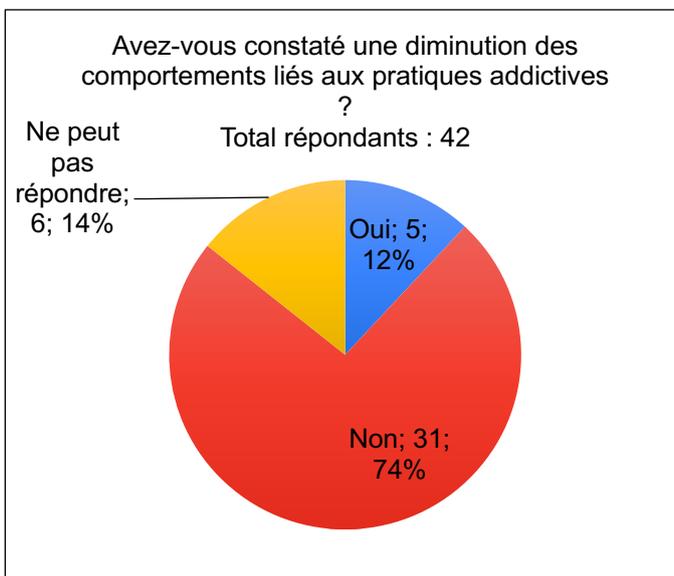


Figure 23 - Diminution des pratiques addictives.

Sur les 5 participants ayant noté une diminution 3 constatent une diminution de la consommation d'alcool, 2 une diminution de la consommation du cannabis et 1 note la diminution du tabac.

Nous avons interrogé les participants sur les raisons qui ont pu motiver la modification de pratiques addictives des usagers. 30 participants ont répondu à cette question. Pour 23 d'entre eux, l'anxiété des usagers semble, entre autres, être l'une des causes principales. 9 participants ont répondu que le report des consommations vers un autre produit a été une des raisons des modifications des pratiques. Pour 6, la peur du manque a été une des raisons et pour 4, l'isolement a participé aux modifications des pratiques.

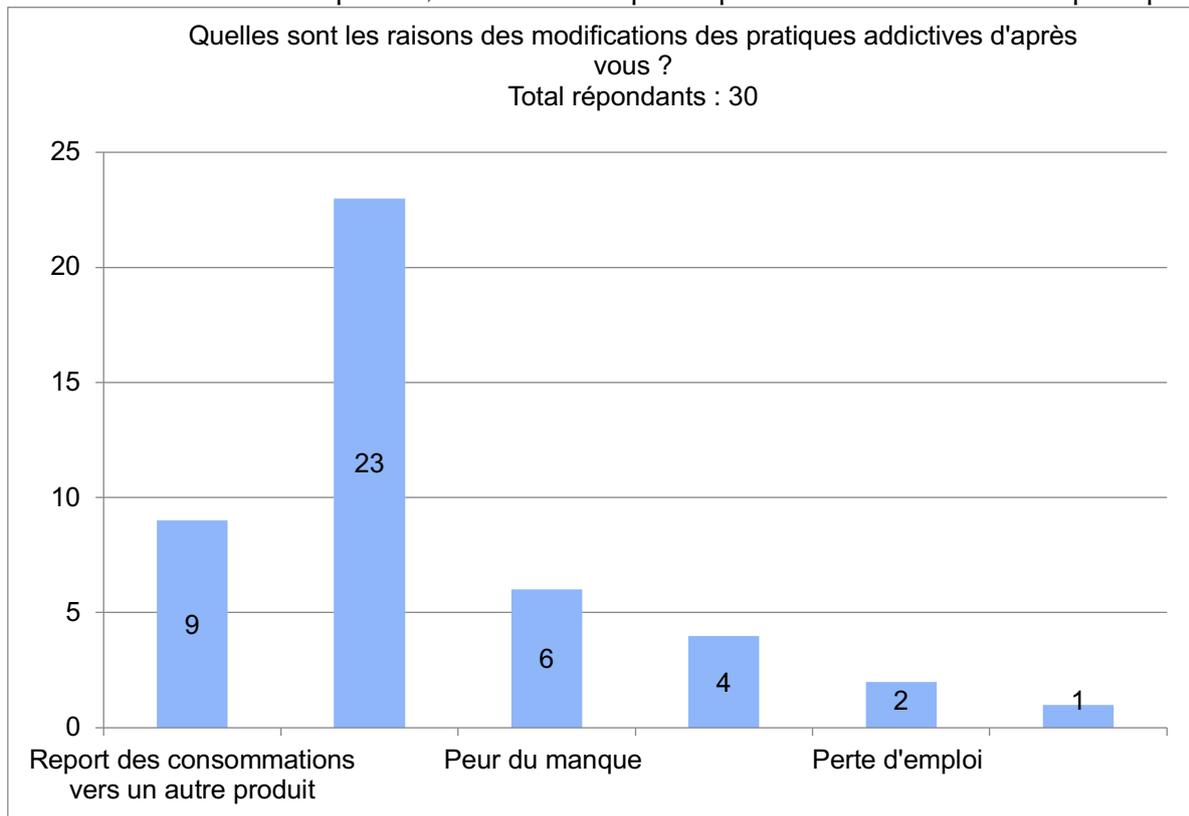
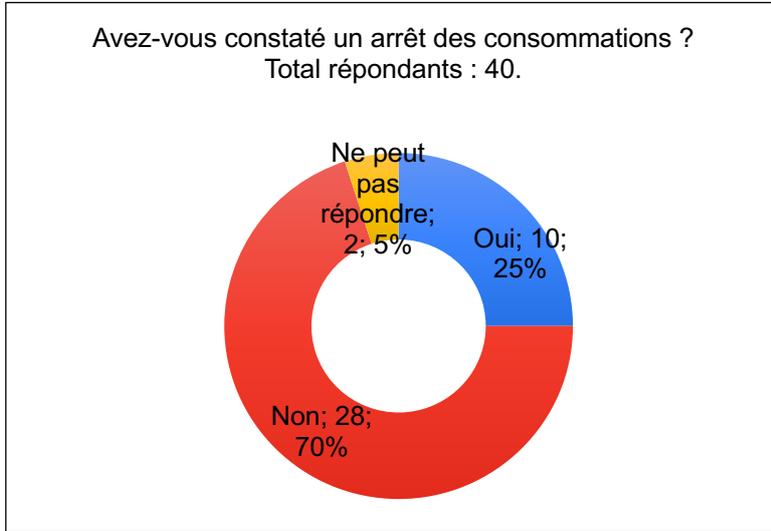


Figure 24- Raisons des modifications des consommations d'après les participants.



10 participants sur 40 ont constaté un arrêt des consommations soit 25%. 28 n'ont pas constaté d'arrêt de consommation soit 70%.

Figure 25- Arrêt des consommations.

Les 10 participants ayant constaté un arrêt des consommations ont été interrogés sur les raisons de cet arrêt d'après eux. Pour 9 participants sur 10, cette période a été, d'après eux, vécue par les usagers comme une opportunité pour arrêter. Pour 5 participants l'arrêt des consommations est lié à une pénurie de produits.

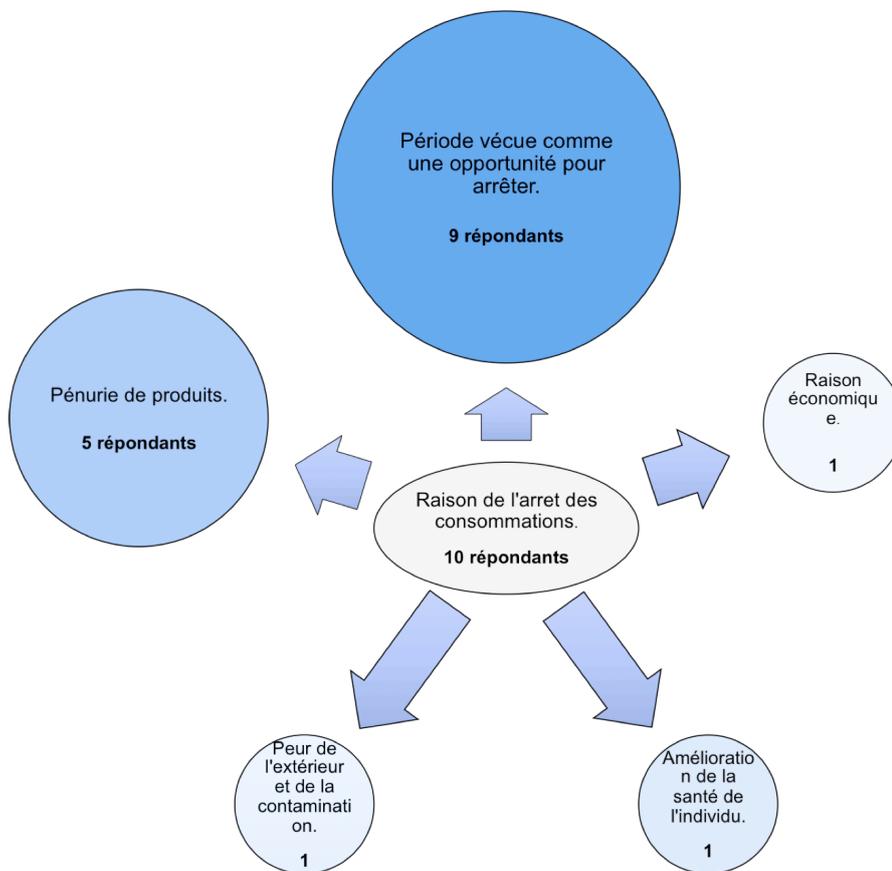
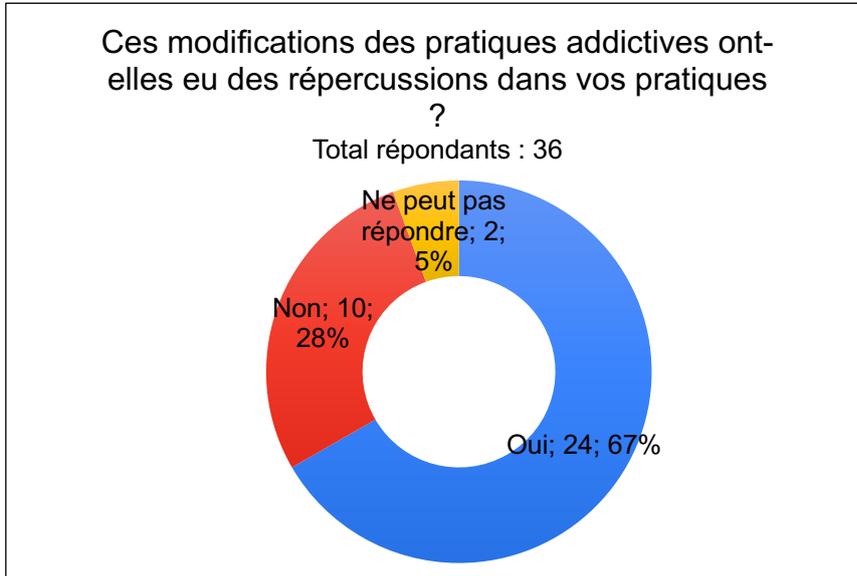


Figure 26- Les raisons de l'arrêt des consommations d'après les participants.

2) Les soins en addictologie.



24 participants sur 36 ont estimé que ces modifications des comportements liés aux usages de substances, ont eu un impact dans leur pratique soit 67%. 10 participants ont estimé que ces modifications des comportements n'ont pas eu un impact dans leur pratique soit 28%.

Figure 27- Répercussion dans les pratiques des professionnels.

Pour 11 participants ces modifications ont été une opportunité pour parler des consommations. Pour 10 cela a permis de mettre en place un lien avec les professionnels et bénévoles.

Pour 10 participants la situation a mené à perdre de vue certains usagers et 8 ont constaté une rupture de suivi en addictologie.

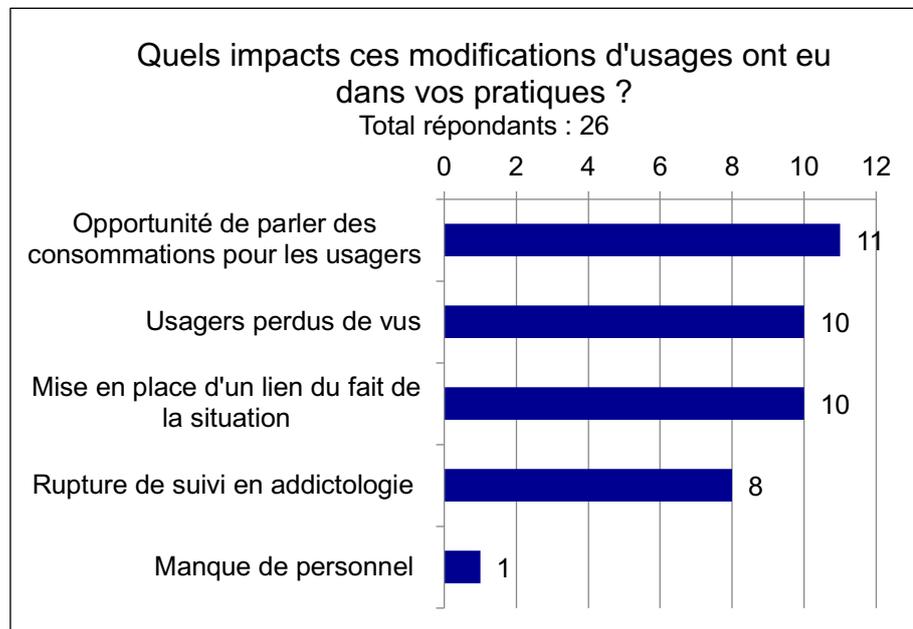
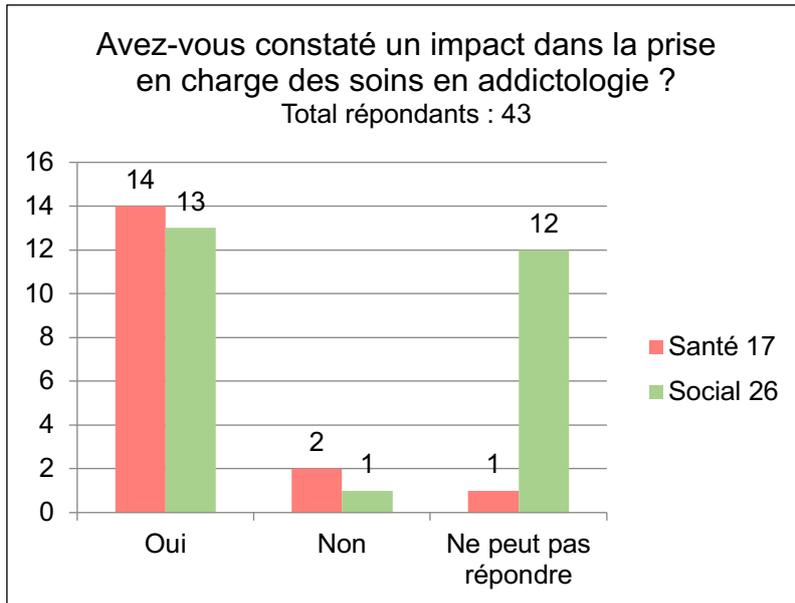


Figure 28- Impact des modifications des usages dans les pratiques.



27 participants sur 43 (Environ 63%) ont observé un impact dans les soins en addictologie (14 dans le groupe santé 13 dans le groupe social). 3 ont estimé que « non ». Dans cette réponse, 12 participants du groupe social n'ont pas pu répondre à cette question.

Figure 29- Impact dans les soins en addictologie.

26 participants ont répondu à la question concernant les impacts dans les soins en addictologie. 13 participants ont observé une diminution de l'offre de soins soit 50%. 10 ont observé des hospitalisations annulées. 11 ont remarqué un manque de place du fait de la réorganisation et 12 des retards dans les sevrages ambulatoires. 10 ont noté plus de demandes de soins et 6 une fidélisation de certains usagers dans l'accompagnement.

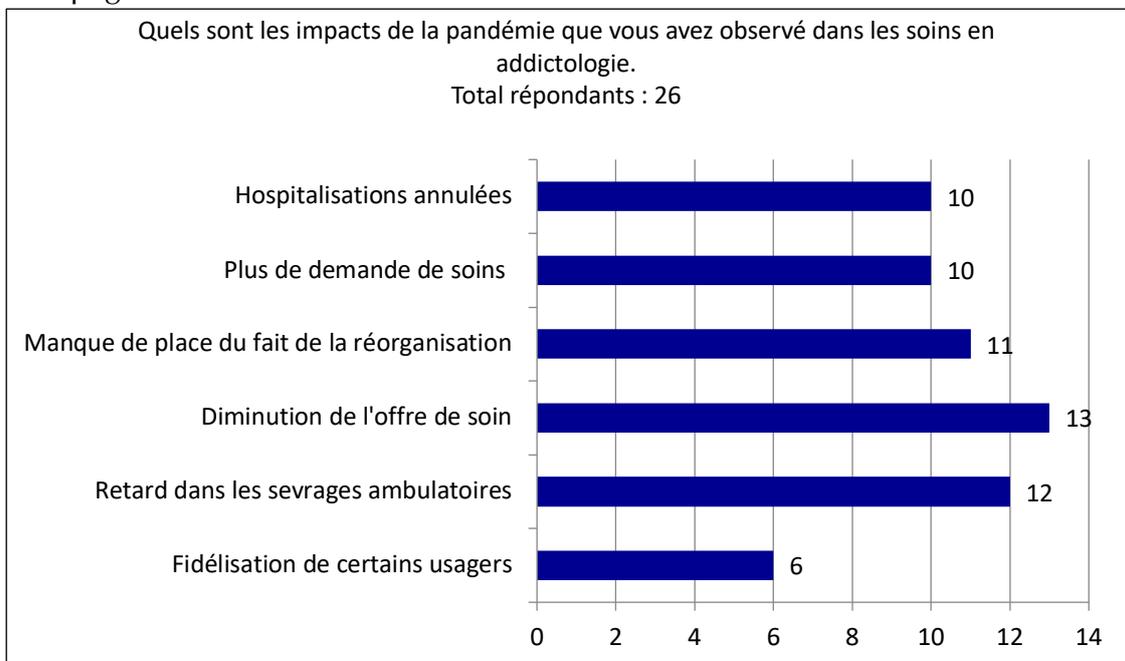


Figure 30- Quels impacts dans les soins en addictologie.

17 participants (41%) sur 41 répondants ont constaté une augmentation de la demande de soins en addictologie. Pour 15 participants (37%) il n'y a pas eu d'augmentation de la demande de soins en addictologie. Et 9 participants (22%) sur 41 ne peuvent pas répondre.

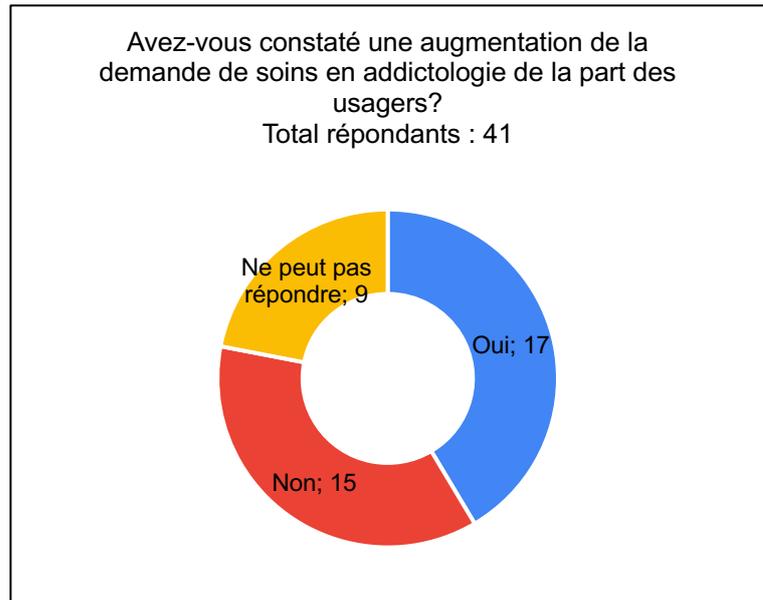


Figure 31- Augmentation de la demande de soins en addictologie.

Parmi les 17 participants ayant répondu qu'il y avait eu une augmentation de la demande de soins en addictologie, 9 faisaient partie du groupe « social » 8 appartenaient au groupe « santé ». Parmi les 15 participants ayant répondu qu'il n'y avait pas eu d'augmentation de la demande de soins en addictologie 9 appartenaient au groupe « social » et 6 appartenaient au groupe « santé ».

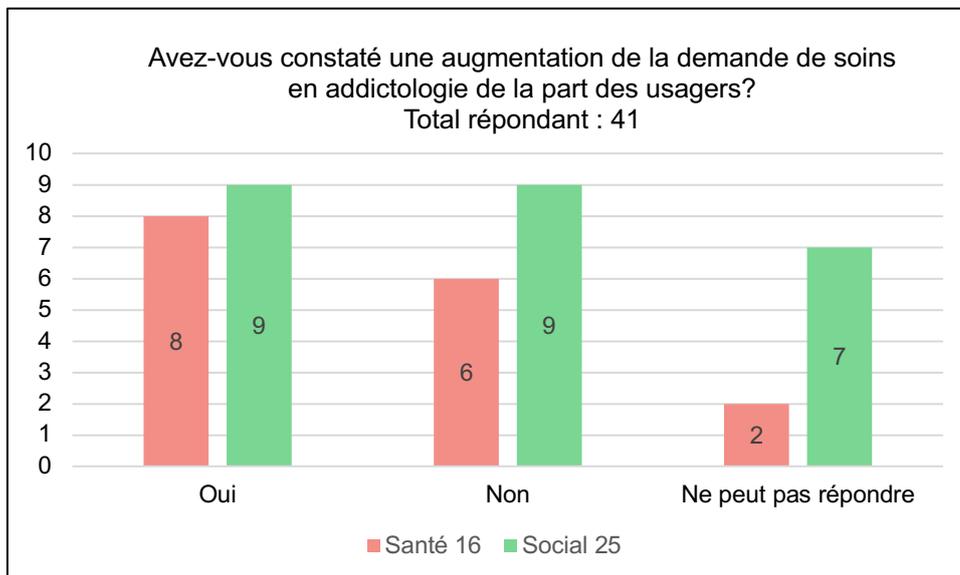
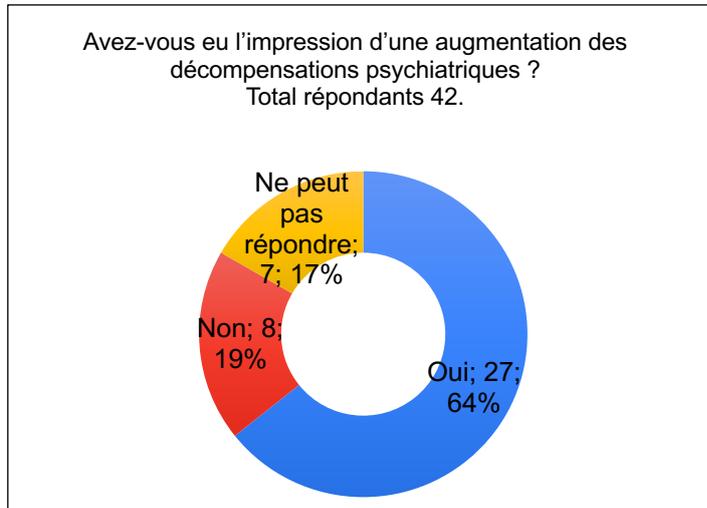


Figure 32- L'évolution de la demande de soins en addictologie de la part des usagers selon les participants, en fonction de leur appartenance au groupe "santé" ou "social".

3) La santé psychologique.



27 participants sur 42 ont eu l'impression d'une augmentation des décompensations psychiatriques du fait de la situation. 7 n'ont pas pu répondre et 8 n'ont pas eu cette impression.

Figure 33- Augmentation des décompensations psychiatriques

Les symptômes de dépression et d'anxiété ont été les plus fréquemment décrits par respectivement 21 et 24 des participant sur 27 répondants.

12 participants ont constaté des conduites suicidaires et 2 participants ont constaté des passages à l'acte suicidaire. 4 ont constaté de l'auto-agressivité. Et 14 participants ont noté des décompensations délirantes.

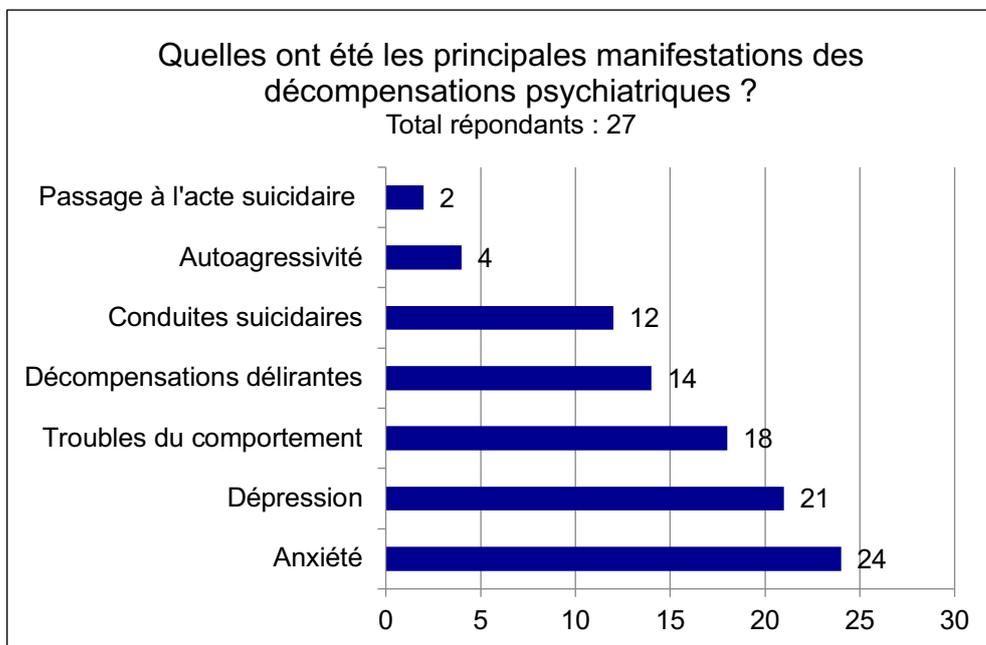


Figure 34- Les manifestations psychiatriques.



4) Approche qualitative.

11 participants ont laissé un commentaire libre à la fin de la première partie soit 22% des participants.

a. L'isolement source de souffrance.

La thématique de l'isolement des personnes à cause de la situation a été spontanément évoquée par plusieurs participants. Cette thématique a été retrouvée dans 5 des 11 commentaires. Les conséquences de cet isolement sont, pour eux, multiples.

Certains notent des situations qui évoluent de manière défavorable. Pour le participant 9, travailleur social en CSAPA : « {...} *Certaines situations stabilisées se sont dégradées du fait que rester confiner chez soi, soit difficile pour ces personnes {...}* ». Il n'explique pas comment la situation s'est dégradée pour ces personnes mais il fait le lien entre la dégradation de la situation et l'isolement.

Le participant 26, travailleur social en CAARUD, explique que les symptômes dépressifs dû à l'isolement ont eu un impact négatif sur les consommations en les augmentant. « *Le fait d'avoir été confiné a je trouve apporté beaucoup d'isolement et de déprime pour les personnes accompagnées. Une situation vécue parfois comme une injustice et qui a engendré certaines consommations.* »

Pour 3 participants, la demande de relation sociale a été plus importante de la part des usagers. Ils lient cette demande à l'isolement menant au sentiment de solitude induit par la situation et les restrictions.

Cette raréfaction du lien social aurait affecté les usagers en les isolant, provoquant un sentiment d'abandon. En effet, le participant 40, bénévole en association, écrit par exemple : « {...} *ne plus pouvoir se rencontrer pour échanger les uns avec les autres à certainement fragilisés certains de nos usagers, les appels téléphoniques que nous avons pu donner, ne remplacent pas ce lien visuel et présentiel, pour certaines personnes nos réunions étaient la possibilité de recréer du lien social {...}* ».

Pour rompre avec l'isolement les usagers se sont tournés vers les professionnels et bénévoles à la recherche de liens sociaux et d'échanges comme l'ont évoqué le participant 24 et 27.

Le participant 24, travailleur social en CSAPA écrit : « *demande de lien et d'échanges en direct en réaction à un isolement social plus grand* » et le participant 27, psychologue en CSAPA : « *Besoin de liens de la part des usagers durant cette période* ».

b. Remettre à zéro les discussions autour des consommations permettant une réflexion autour des pratiques de réduction des risques.

Cette situation inédite, a obligé les équipes à faire preuve de créativité pour s'adapter à des nouvelles problématiques. Par exemple, cela a été pour certain, l'occasion de prendre un « nouveau départ » avec les usagers. En effet, pouvoir rediscuter des consommations avec eux a été évoqué par plusieurs participants.

A la lueur des bouleversements en cours (modifications d'approvisionnement, fermeture de lieux d'accueil, couvre-feu etc.), les professionnels ont re-questionné les usages des



consommateurs, parfois connus et suivis depuis plusieurs années, à travers le prisme de cette nouvelle situation. Le participant 45, IDE en équipe de liaisons psychiatrie-précarité écrit : « *Augmentation de la verbalisation sur les consos avec plus d'authenticité sur la nature des produits consommés et la quantité* ».

Le participant 10, travailleur social en CAARUD ainsi que le participant 44, médecins en LHSS notent que les pratiques professionnelles ont évolué vers un approfondissement de la compréhension des problématiques addictives avec les usagers. Le participant 10 écrit : « *{...} j'ai constaté une évolution des pratiques des structures sociales et médico-sociales, {...} une plus grande recherche de la compréhension des problématiques addictives* ». Le participant 44 écrit : « *difficulté d'accès aux produits et modifications des habitudes de consos + confinement sur la structure et présence de soignants sur la structure a permis d'aborder la problématique addicto {...}* ». A travers leurs témoignages, on voit que l'abord, par les professionnels, des consommations et de la question des usages a été modifiés, permettant de remettre au cœur de l'échange la parole autour des conduites addictives.

Cette libération de la parole autour des consommations et l'adaptation des pratiques professionnelles a permis de réfléchir à de nouvelles approches de type réduction des risques. Cette modalité d'accompagnement est importante en addictologie, elle a pour but de limiter les impacts négatifs sur la santé des consommateurs actifs. Elle consiste à échanger et accompagner les usagers de drogues quelque soit leur comportement addictif.

Le participant 44 médecin en LHSS écrit : « *{...} confinement sur la structure et présence de soignants sur la structure a permis d'aborder la problématique addicto et de réfléchir aux différentes perspectives dont celle de RdR plus facilement "acceptable" par les professionnels du fait des circonstances exceptionnelles* »

Le participant 3, travailleur social en association : « *Du fait des 2 confinements, il nous a fallu gérer des budgets ainsi que des bouteilles d'alcool de certains usagers au sein de la structure (prévention DT)* ».

c. Modification de l'offre d'hébergement, permettant parfois, d'après les professionnels et bénévoles, une amélioration de la situation des usagers.

De nouvelles prises en charge concernant l'hébergement, ont permis d'offrir à certain usager une stabilité avec l'arrêt des sorties de structures, occasion de donner du temps pour instaurer un suivi social dans la durée et pouvoir parfois construire un projet médico-social.

Le participant 5, responsable d'un foyer d'hébergement d'urgence écrit : « *Nous avons observé une baisse du stress de public habituellement à la rue et qui obtenait une prise en charge longue et de meilleur qualité* ».

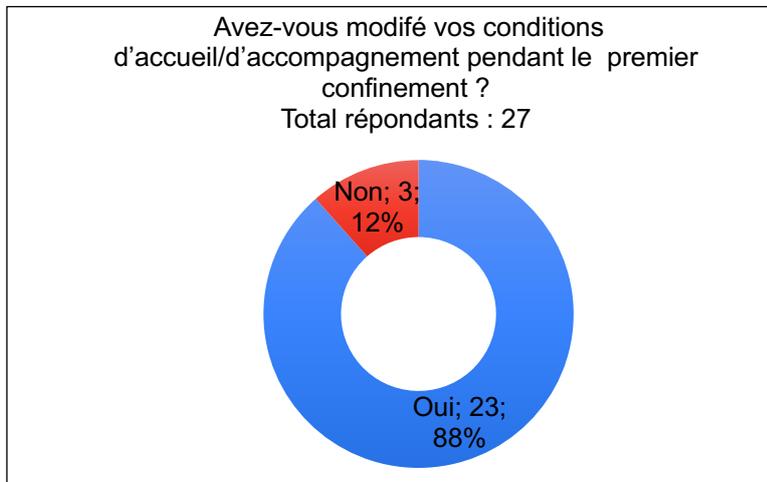
Le participant 9, travailleur social en CSAPA, évoque de manière positive l'ouverture de nouvelles places d'hébergements d'urgences : « *{...} d'autres (situations) se sont amélioré du fait de l'ouverture de places d'urgence en hébergement et l'assouplissement du cadre autour de l'alcool et des produits.* » On suppose à travers son témoignage que l'ouverture de ces places permet un meilleur accompagnement de ce type de population.

C) Partie 2a - Évolution de l'accompagnement social des personnes en situation de précarité et d'addiction selon les travailleurs sociaux et bénévoles, acteurs du social.

Cette partie du questionnaire était réservée aux travailleurs sociaux, bénévoles et acteurs du social.

Pour rappel, 28 répondants ont été identifiés comme faisant partie du groupe « social ».

Sur les 28 participants du groupe social, 25 (environ 89%) ont maintenu leur activité, 3 n'ont pas répondu à cette question.



23 participants du groupe social ont dit avoir modifié leurs conditions d'accueil et d'accompagnement pendant le confinement. 3 ont estimé ne pas l'avoir fait.

Figure 35- Modification de l'activité pendant le premier confinement pour le groupe « social ».

21 répondants du groupe social ont répondu avoir utilisé de nouvelles méthodes de suivi à distance, 5 ont répondu que non.

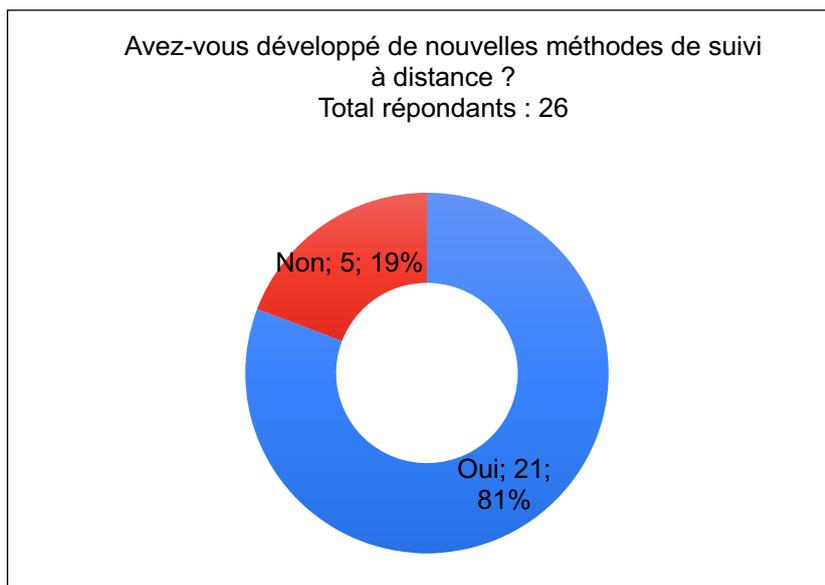
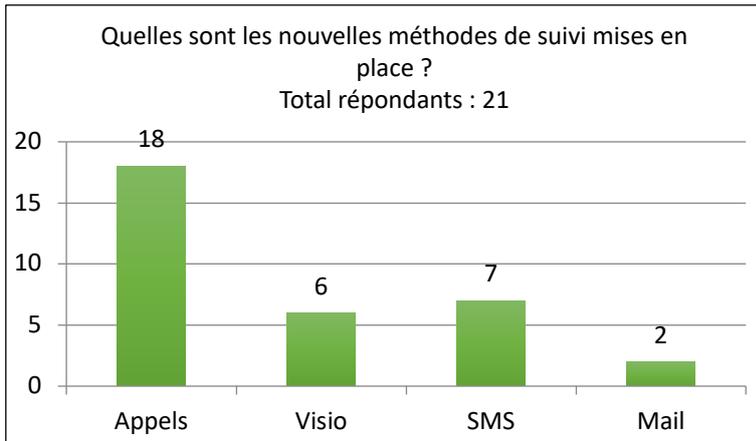


Figure 36- Développement de nouvelles méthodes de suivi à distance dans le groupe « social ».



Sur 21 personnes ayant développé le suivi à distance, 18 ont répondu avoir utilisé les appels téléphoniques. 6 les visioconférences, 7 les SMS et 2 les mails.

Figure 37- Nouvelles méthodes de suivi distance dans le groupe « social ».

17 répondants sur 23 du groupe social pensent pérenniser ces nouvelles méthodes. 5 ne peuvent pas répondre et 1 ne pense pas pérenniser ces modifications.

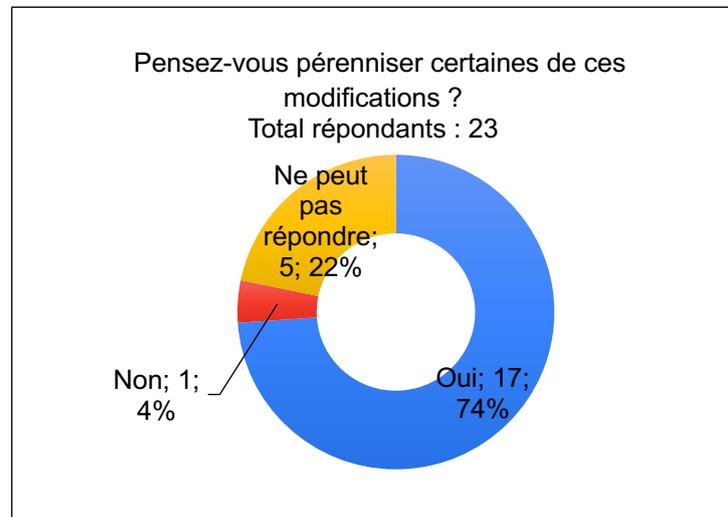


Figure 38- Pérennisation des nouvelles méthodes d'accompagnement.

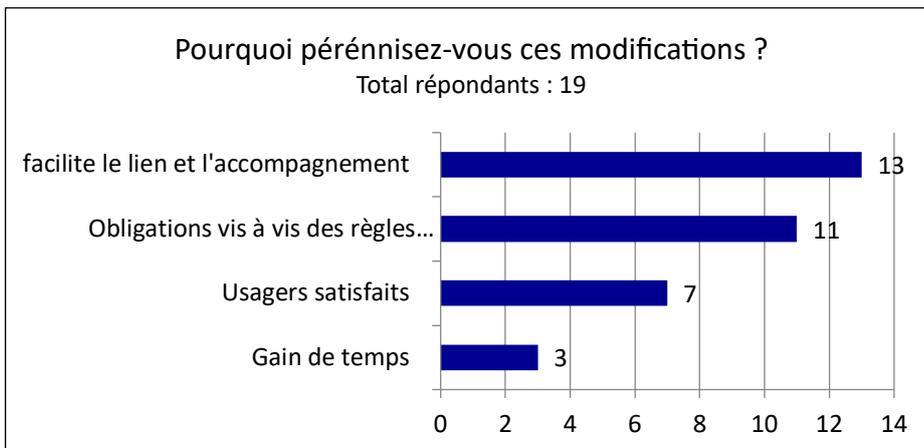


Figure 39- Les raisons des pérennisations de ces nouvelles méthodes.

présenterait un gain de temps.

Sur 19 répondants 13 pensent continuer à utiliser ces méthodes car cela faciliterait le lien et l'accompagnement. 7 pérennisent ces modifications car les usagers sont satisfaits. 11 le font à cause des obligations sanitaires. Seulement 3 pensent les pérenniser car cela

Sur 21 répondants, 13 (62%) ont estimé que les modifications d'accompagnement ont eu un impact **moyennement** positif sur les usagers. 3 (14%) ont estimé que l'impact n'avait **pas du tout** été positif et 4 (19%) ont répondu **beaucoup**.

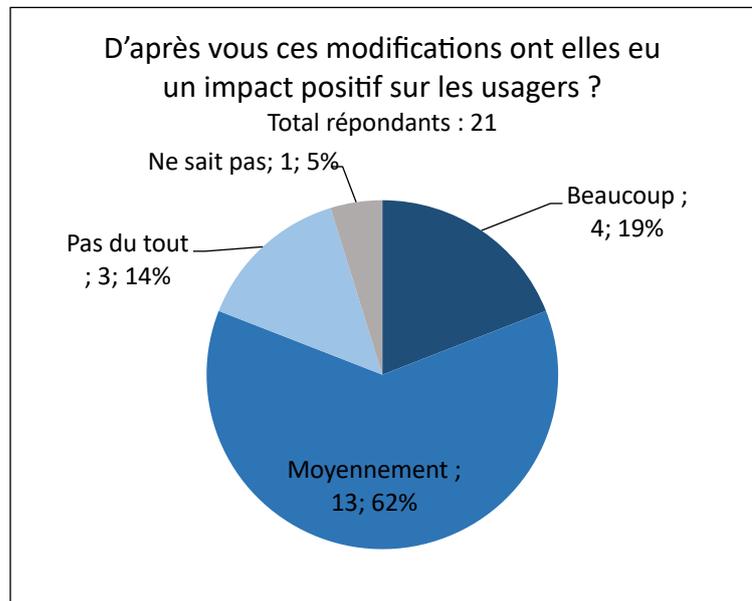


Figure 40- Quels impacts ces modifications ont-elles eu sur les usagers

- Parmi les 13 répondants du groupe social ayant coché que les modifications d'accompagnements ont eu un impact « **moyennement** » positif sur les usagers, 10 ont fait une réponse courte pour donner une explication.

Le participant 9, travailleur social en CSAPA et le participant 11, travailleur social en CAARUD ont évoqué le fait que ces modifications avaient permis de repenser l'accompagnement. Respectivement ils ont écrit « *Nouvelle façon de penser l'accompagnement* » et « *Pouvoir différer, mieux communiquer* ». A travers ces témoignages, ils évoquent de manière positive l'adaptation des pratiques provoqués par la situation.

2 participants ont évoqué le fait que ces modifications de suivi ont été utiles du fait du contexte en permettant de maintenir le lien et l'accompagnement. Le participant 18, travailleur social en association dit : « *a permis de garder le lien et de faire écoute active mais peu satisfaisant sur la durée* » et le participant 35, travailleur social dans un centre hospitalier dit : « *patients rassurés et satisfaits du suivi maintenu par les consults téléphoniques* ».

Cependant pour 4 participants, ces nouvelles méthodes présentaient des inconvénients sur le long terme. Le participant 18 cité plus haut dit aussi « *{...} peu satisfaisant sur la durée* ». Pour 3 participants c'est la qualité de la relation établie avec les nouvelles méthodes qui sont peu satisfaisantes à la fois pour les professionnels et pour les usagers. Le participant 19, travailleur social dans un centre d'accueil de jour : « *Difficulté à maintenir les liens, et augmentation des sollicitations en présentiel sur l'établissement* ». Le participant 26 et le participant 22, travailleurs sociaux en CSAPA, écrivent respectivement : « *le contact en direct est quand même plus évident et pertinent* » et « *les rendez vous en présentiel restent majoritairement plébisciter* ».



- Les 4 répondants du groupe social ayant coché « **beaucoup** », ont donné une explication.

Pour 2 participants les nouvelles méthodes de suivi ont donné l'impression aux usagers d'être accompagnés et de ne pas être « abandonnés » durant cette période

Les participants 41 et 42 bénévoles dans une association ont écrit : « *sentiment de ne pas être abandonné* » et « *les usagers ont senti qu'ils n'étaient pas abandonnés. On a pu être très réactif face à des demandes diverses, une relation de confiance s'est développée* ». Le participant 42 évoque une idée supplémentaire qui est l'amélioration de la relation car les usagers ont ressenti l'investissement de leurs accompagnants dans la situation.

Le participant 5 et 34 évoquent des idées qu'ils n'expliquent pas, nous émettons ici des hypothèses concernant leurs idées

Le participant 5, responsable d'un service d'hébergement d'urgence évoque l'amélioration des conditions d'accueil : « *Les conditions d'accueil se sont objectivement améliorées* » pour nous il fait peut-être référence à la stabilisation de l'hébergement pouvant améliorer les prises en charge.

Le participant 34, médecin en CSAPA, dit : « *manque de relations sociales, meilleur accès au soin pour certains* » pour lui peut-être que de l'isolement social a pour certaines personnes permis d'investir le soin et l'accompagnement pour rompre avec la solitude.

- Parmi les 3 personnes ayant répondu que les nouvelles méthodes n'avaient « **pas du tout** » eu un impact positif sur les usagers. 2 l'ont expliqué avec une réponse courte.

Le participant 12, travailleur social en CSAPA parle de la rupture du lien, vécu par certains usagers à la suite de la mise en place des nouvelles méthodes d'accompagnement « *perte de liens* », cela évoque le sentiment d'abandon qu'on peut ressentir certains usagers ayant déjà du mal à nouer des liens du fait de leur problématiques sociales et sanitaires.

Le participant 14, travailleur social en CAARUD évoque la difficulté pour les usagers d'avoir accès aux technologies de communication dont l'utilisation a explosé durant la crise sanitaire : « *les usagers n'ont que très peu accès aux technologies* ». On peut lier sa réponse à sa structure de travail, en effet les CAARUD accueillent des usagers de drogues dans des situations de grande précarité.

D) Partie 2b - Évolution de l'accompagnement médical des personnes en situation de précarité et d'addiction selon les IDE, psychologues et médecins.

Cette partie du questionnaire était réservée aux professionnels médicaux et paramédicaux, intégrant le groupe santé (médecins, IDE, psychologues). Pour rappel, 17 répondants ont été identifiés comme faisant partie du groupe « santé ».

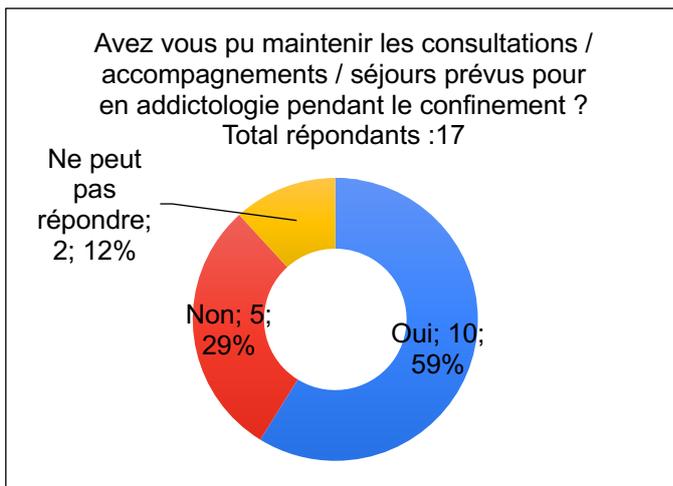


Figure 41- Maintien de l'activité des soins en addictologie dans le groupe « santé ».

Sur 17 répondants du groupe santé 10 (environ 59%) ont pu maintenir leur activité, 5 n'ont pas pu maintenir leur activité et 2 n'ont pas pu répondre à la question.

Sur les 17 répondants à la question concernant le développement de nouvelles méthodes d'accompagnement, 16 personnes ont déclaré avoir développé de nouvelles méthodes, 1 n'a pas développé de nouvelles méthodes d'accompagnement.

12 répondants du groupe santé ont développé les consultations téléphoniques, 8 les téléconsultations, 3 les SMS et 4 les mails.

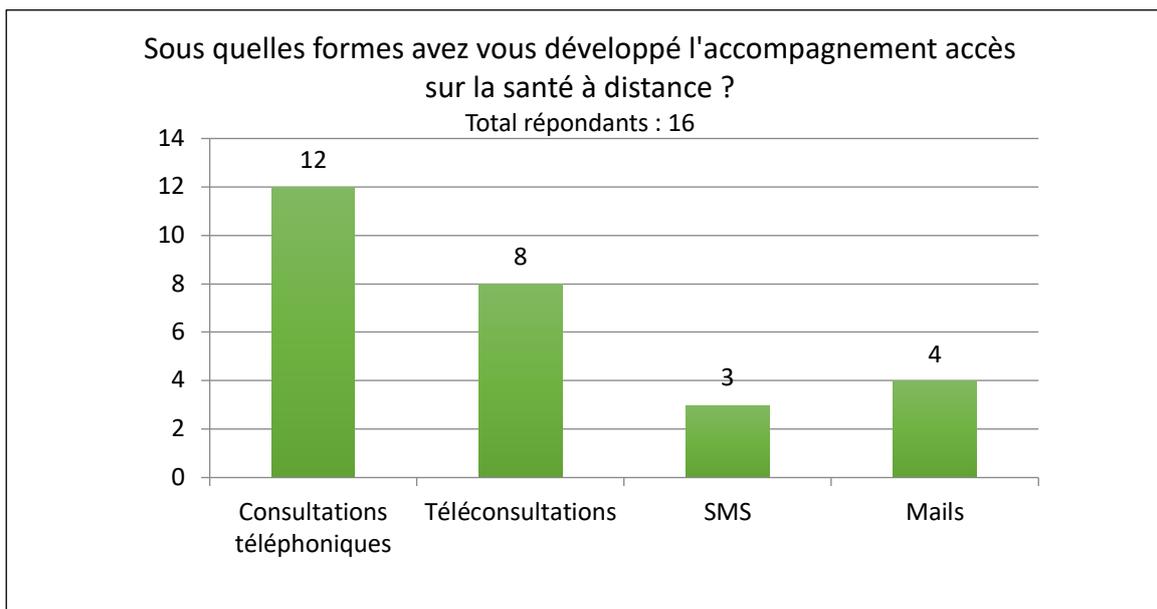
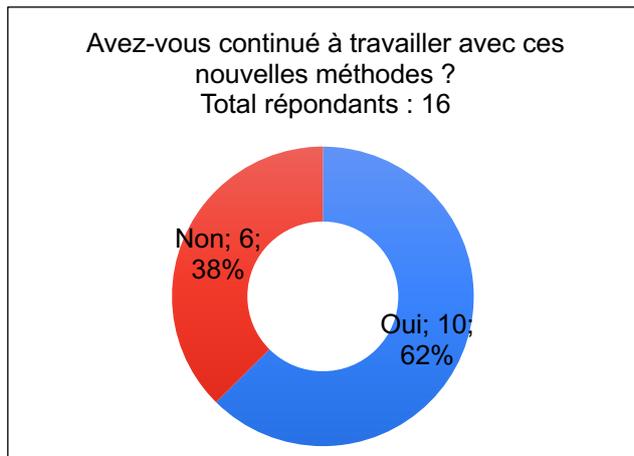


Figure 42- Les différentes formes d'accompagnements développé dans le groupe « santé ».



10 répondants sur 16 du groupe santé ont continué de travailler avec ces nouvelles méthodes. 6 n'ont pas continué.

Figure 43- Pérennisation des nouvelles méthodes d'accompagnement.

16 répondants du groupe santé ont évoqué les avantages et inconvénients des nouvelles méthodes. 7 ont évoqué le gain de temps et le fait que cela facilite le lien et l'accompagnement. 5 estiment que la mise en place est complexe. 3 évoquent la problématique de confidentialité. 4 estiment que les usagers sont insatisfaits et 3 les estiment satisfaits.

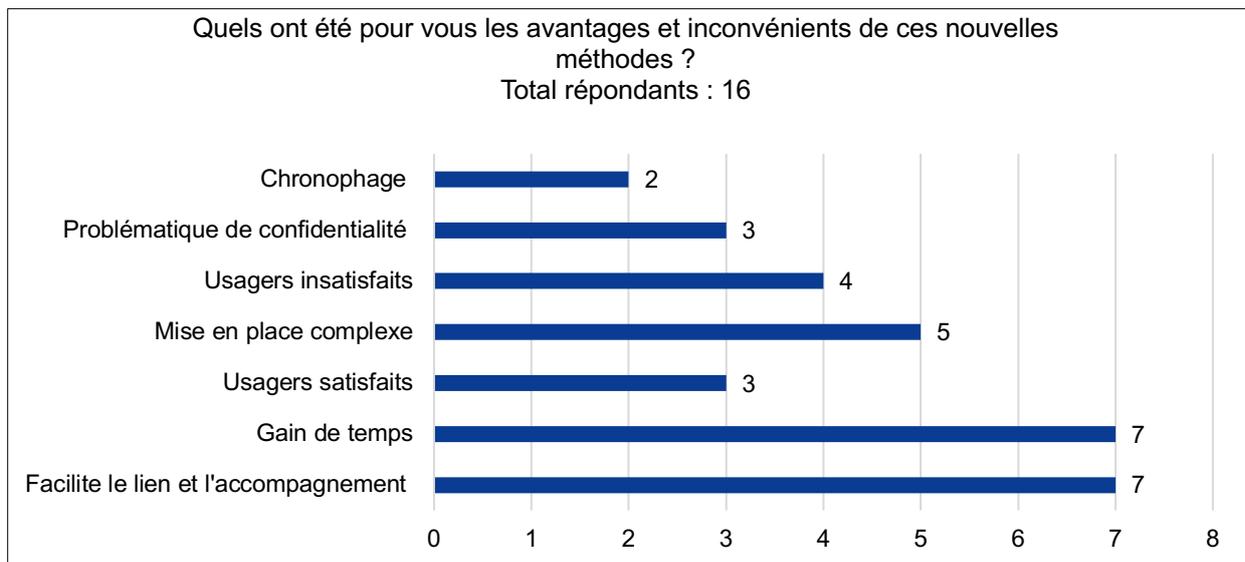
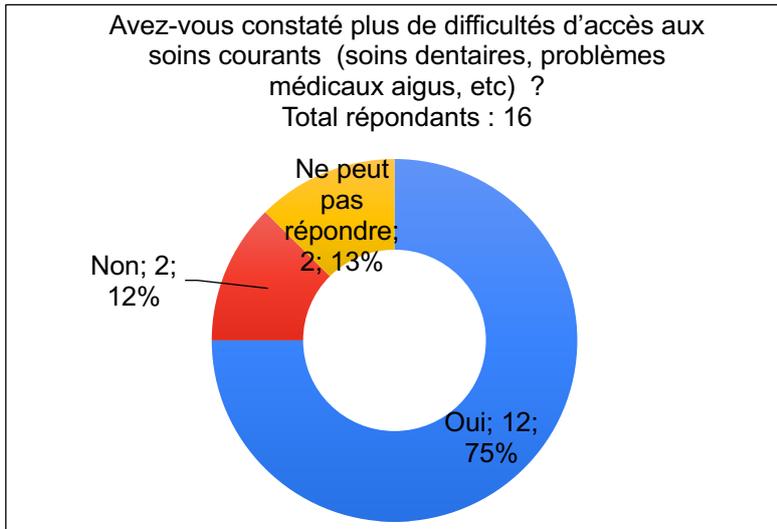


Figure 44- Inconvénients et avantages de ces nouvelles méthodes.

5 répondants ont laissé des commentaires libres à cette question. Le participant 7, IDE en CSAPA, et le participant 5, IDE en équipe de liaison addictologie évoquent des difficultés pour les plus précaires à avoir accès à la technologie nécessaire « *les usagers précaires n'ont pas toujours de smartphone {...}* » « *fracture numérique* ». Le participant 1, IDE en association d'accueil de jour, évoque le renforcement du sentiment d'isolement des usagers : « *n'a fait que renforcer la solitude des usagers.* ».

Les participants : 21, 34, tous deux médecins en CSAPA et 31, psychologue en CSAPA évoquent les difficultés liées à la pratique des consultations à distance.

Ils disent respectivement « *Ne permet pas la même chose qu'une consultation en présentiel : moins cadrant, manque d'informations cliniques, permet une forme d'évitement chez des personnes pour qui c'est souvent une problématique centrale* » « *limité dans la relation* » et « *Le manque d'éléments (expression du visage, mimique, regard) pour apprécier l'état psychique de la personne. Le transfert ne s'opère pas de la même manière voire pas du tout...* » Les freins qu'ils évoquent sont liés à la distanciation spatiale avec le patient et les manques de l'examen clinique.



12 répondants sur 16 ont noté des difficultés d'accès aux soins courants, 2 n'ont pas noté de difficultés et 2 n'ont pas pu répondre.

Figure 45- Difficulté d'accès aux soins courants.

11 répondants du groupe santé ont répondu à la question « Quelles sont les causes des difficultés d'accès aux soins courants d'après vous ? ». 8 ont estimé que le manque de disponibilités des professionnels de santé pouvait être en cause dans les difficultés d'accès aux soins courants, 6 ont évoqué la peur de déranger, 4 la peur de l'extérieur et de la contamination.

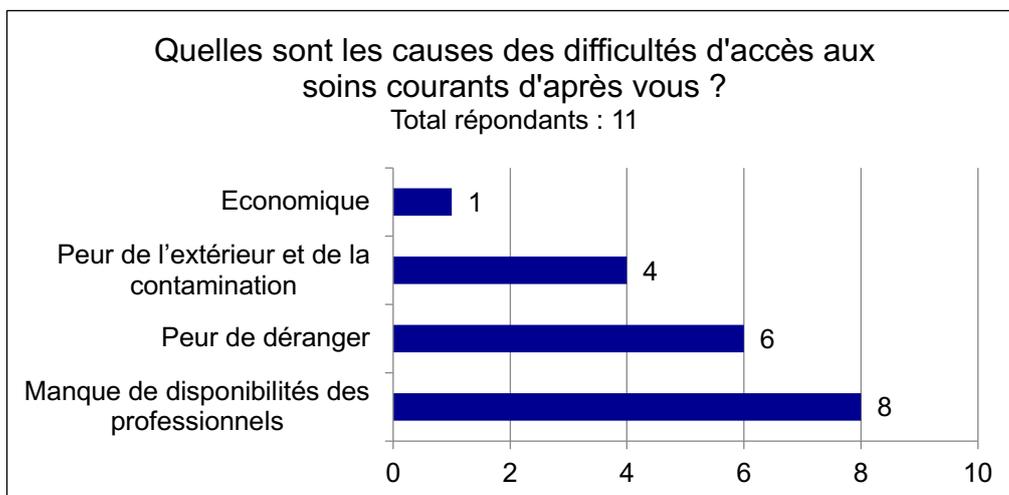
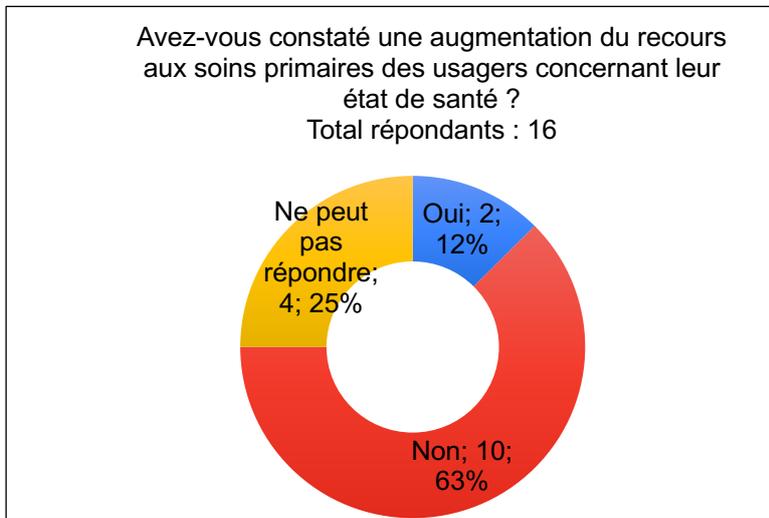


Figure 46- Les causes des difficultés d'accès aux soins courants.



Pour 10 participants du groupe santé sur 16, le recours aux soins primaires (soins dentaires, problème de santé aigus) n'a pas augmenté. Pour 2 il a augmenté, et 4 n'ont pas pu répondre. Les 2 personnes ayant noté une augmentation du recours aux soins courants ont estimé qu'ils l'ont fait car il existait une augmentation des problématiques de santé.

Figure 47- Augmentation de recours aux soins courants.

16 participants ont répondu à la question concernant les ruptures de suivi pendant la pandémie. 14 ont constaté des ruptures de suivi, 2 ne l'ont pas constaté.

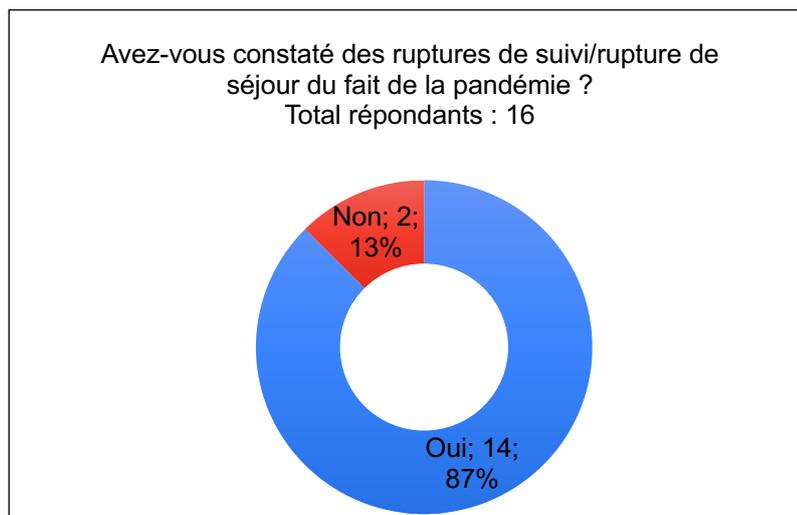
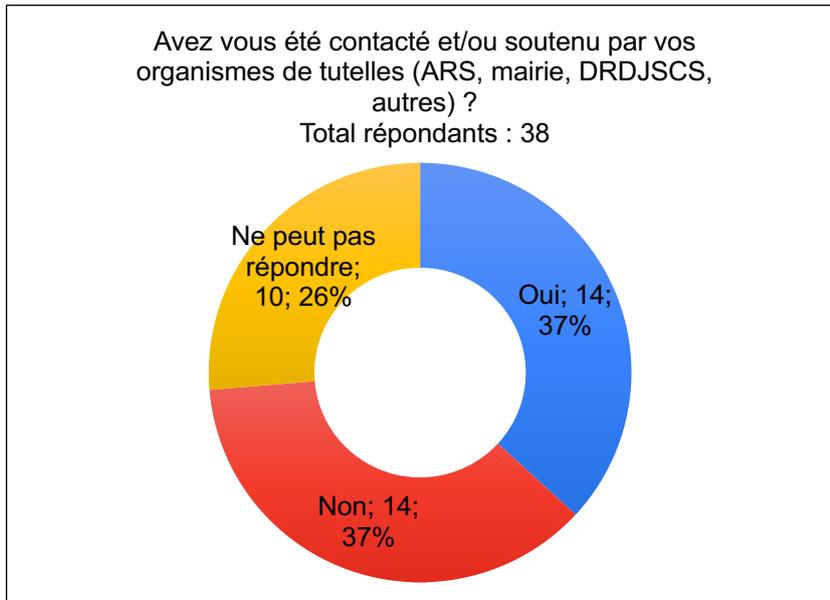


Figure 48- Rupture de suivis dans le contexte de pandémie.

E) Partie 3- Coordination du parcours médico-social et qualité de vie des personnes en situation de précarité et d'addiction pendant la crise. (Tous les participants étaient invités à répondre).

1) Articulation et coordination du parcours médico-social.



Sur 38 répondants, 14 participants ont répondu avoir été contactés/soutenus par leurs organismes de tutelles, 14 ont répondu que non. 10 ne pouvaient pas répondre.

7 participants ont dit que leurs structures avaient été contactées par l'ARS.

Figure 49- Contact avec les organismes de tutelles.

Sur 37 répondants, 23 personnes n'ont pas eu l'impression que l'articulation entre structures a été plus facile. 7 ont répondu que oui.

Les 7 personnes ayant répondu « oui » ont estimé que les échanges téléphoniques ont été un moyen de faciliter l'articulation entre structures. 3 personnes ayant répondu « oui » ont estimé que des groupes de travail ont été un moyen de faciliter l'articulation entre structures.

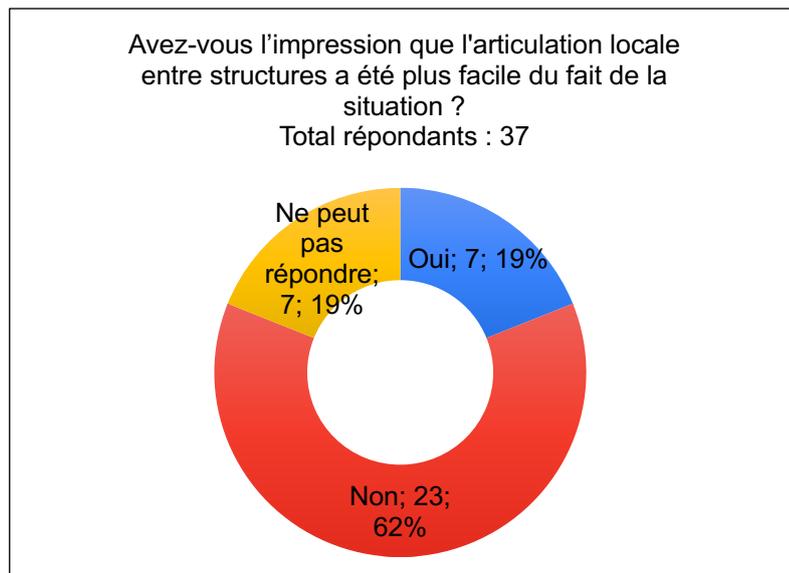
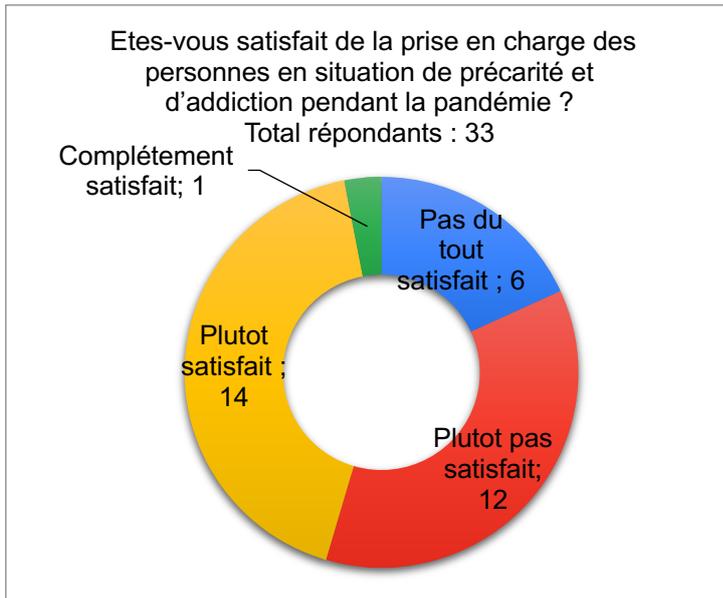


Figure 50- Articulation entre les structures durant la pandémie.



Sur 33 répondants, 14 répondants se disent plutôt satisfaits de la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'addiction. 12 se disent plutôt pas satisfaits, 6 ne sont pas du tout satisfaits et 1 personne est complètement satisfaite.

Figure 51- Satisfaction concernant la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'addiction.

Parmi les 12 personnes qui n'étaient plutôt pas satisfaites de la prise en charge 7 faisaient partie du groupe santé et 5 du groupe social.

Parmi les 14 personnes plutôt satisfaites 8 faisaient partie du groupe social et 6 du groupe santé.

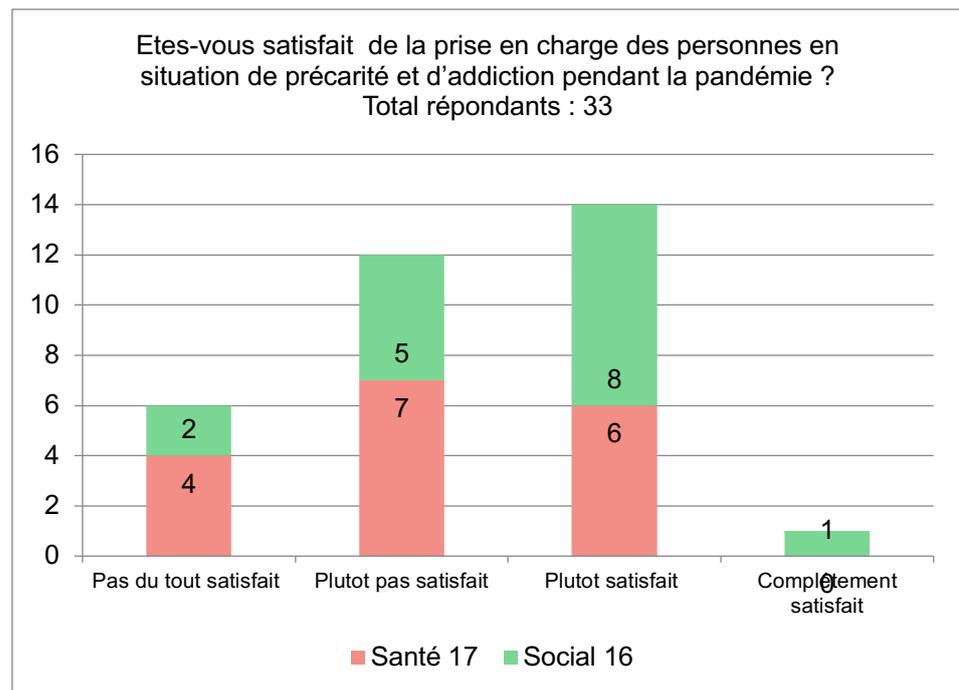


Figure 52- Satisfaction de la prise en charge durant la pandémie en fonction du groupe santé et social.

Parmi les 6 personnes qui n'étaient pas du tout satisfaites 4 faisaient partie du groupe santé et 2 du groupe social.



- La personne « **complètement satisfaite** » a répondu pour expliquer son point de vue.

Il s'agit du participant 10, travailleur social en CAARUD « *Ils sont quasi tous hébergés et ça change tout en termes d'accès au soin. Le fait de se poser leur permet de se projeter et donc de travailler le soin* ». Pour lui la situation a permis d'offrir à certains usagers une stabilité permettant d'initier et construire un suivi.

- Parmi les 14 personnes se déclarant « **plutôt satisfaites** » 8 personnes ont répondu pour expliquer leur point de vue.

Sur 8 réponses, 6 personnes évoquent la mobilisation exceptionnelle mise en place pour maintenir l'accompagnement des usagers. La mise en place de cet accompagnement et le maintien de l'accueil des patients

Le participant 8, IDE en CSAPA écrit : « *Nous avons maintenu en grande partie les missions essentiels (accès à la RDR et accès aux traitements médicamenteux), le contraire aurait été inhumain* »

Le participant 23, accueillante en CSAPA écrit : « *la mobilisation de l'équipe qui fût très dynamique, participative et mobilisée.* »

Le participants 26, travailleur social en CSAPA écrit : « *plutôt satisfait pour l'accompagnement réalisé au sein de la structure. {...}* »

Le participant 27, psychologue en CSAPA écrit : « *poursuite de la prise en charge au sein de la structure* »

Le participant 33, travailleur social en CAARUD : « *forte mobilisation des professionnels* »

Le participant 28, médecin en CSAPA : « *Difficile de savoir, je pense que la structure où je travaille a su mettre en place des règles de fonctionnement exceptionnelle. Mes patients ont poursuivi les consultations et la délivrance a continué aussi.* »

A travers leur témoignage, la mobilisation et la continuité de l'accompagnement a été pour eux source de valorisation et de satisfaction.

Pour 2 participants, la situation a permis d'avoir une réflexion autour du suivi et de la prise en charge. D'après le participant 3, travailleur social en association d'accueil de jour : « *Des démarches et des suivis individuels ont pu être approfondis pour certains usagers.* »

Le participant 9 : « *Question complexe, mais des efforts sont fait et les pratiquent évolues. Il y a eu des ouvertures vers de nouvelles possibilités.* »



- Parmi les 12 personnes se disant « **plutôt pas satisfait** » par la prise en charge, 5 ont répondu en expliquant leur point de vue.

Les participants 12 et 24, tous deux travailleurs sociaux en CSAPA évoquent la problématique de l'hébergement d'urgence. Le participant 12 : « *désorganisation des services d'hébergement, non prise en compte des effets de l'isolement social* » et le participant 24 : « *diminution des offres d'accompagnement (surtout sur la question de l'hébergement d'urgence)* ». En effet, l'importance d'un logement à soi pour se prémunir de la transmission du Covid a été mis en avant durant cette crise. Le manque de place d'hébergement ou les conditions d'accueil n'ont pas permis de mettre l'ensemble de cette population à l'abri.

3 participants évoquent la problématique de la continuité des soins, le participant 20, travailleur social déclare : « *lits en addictologie fermés* ».

Malgré les mesures mises en place pour limiter les non-recours aux soins il semblerait que les usagers aient subi les déprogrammations de certains soins : le participant 15, médecin dans un service d'hospitalisation de psychiatrie dit : « {...} *Les outils mis à disposition n'ont pas pu éviter l'inaccessibilité à certains soins.* » et le participant 21, médecin en CSAPA dit lui aussi : « *Les soins psychiques ont été différés ou stoppés et les structures sociales fermées, laissant ainsi de nombreux patients isolés et sans soins ni même contact humain {...}* »

Pour deux participants, le fait de ne pas prêter attention à l'isolement de ces populations déjà vulnérables vis-à-vis de leur sociabilité a été source d'insatisfaction. Pour le Participant 12 : {...} *non prise en compte des effets de l'isolement social* » et pour le participant 21 : {...} *laissant ainsi de nombreux patients isolés et sans soins ni même contact humain. Minimisation ou non prise en compte de l'importance des soins psychiques par les pouvoirs publics, doublée d'une communication centrée sur la peur et la culpabilisation des personnes, chez des gens déjà fragiles...* ». L'isolement lié au stress de la situation a pu déstabiliser certaines situations, cela recoupe ce que certaines personnes du groupe social ont évoqué dans les questions précédentes

- Parmi les 6 personnes se déclarant « **pas du tout satisfait** » 3 personnes ont répondu pour expliquer leur point de vue.

Le participant 7, IDE en CSAPA : « *comment peut-on demander à un usager vivant à la rue de respecter un confinement ? comment peut-il se nourrir sans pouvoir faire la manche ?* » évoque l'inadéquation entre les mesures prises par le gouvernement pour enrayer l'épidémie, la réalité du terrain et les difficultés vécues par les usagers.

Le Participant 29, travailleur social en accueil de jour pour une association évoque plusieurs idées pour expliquer son insatisfaction. Dans un premier temps, il parle des modifications d'accueil, avec une désorganisation des prises en charge augmentant les délais de prise en charge : « *Beaucoup moins de places pour les accueillir la journée ou la nuit, des délais d'attente plus long pour le moindre rendez-vous {...}* »

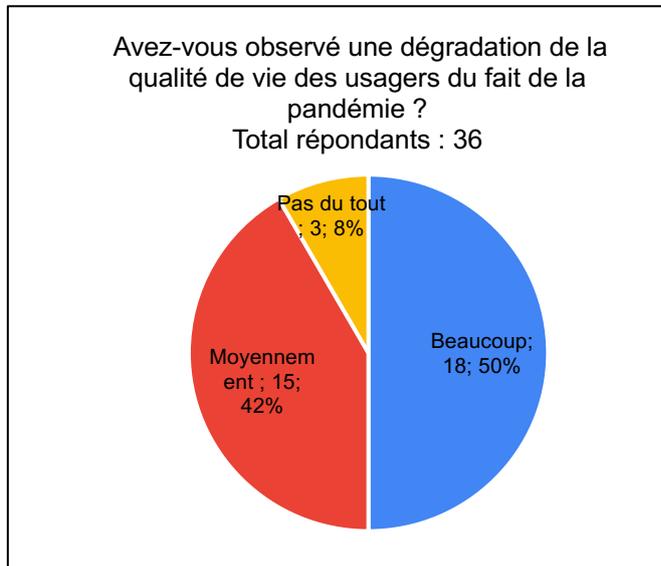


Dans un deuxième temps il évoque une idée déjà abordée par d'autres participants : « la fracture numérique ». En effet, cette fracture est définie comme provoquant des difficultés d'accès aux outils du numérique, de l'information et de la communication. Pour le participant, les usagers peuvent rencontrer des difficultés à accéder à ses ressources, provoquant alors des inégalités et des incompréhensions : « {...} *tout passe par le numérique alors qu'ils ont justement du mal à y avoir accès ou à le maîtriser {...} ».*

Enfin, dans un troisième temps, le participant estime que l'accès aux besoins élémentaires, considérés de première nécessité, n'a pu être maintenu : {...} *une réponse aux besoins de première nécessité (alimentation, hygiène, repos, etc) et une possibilité d'accès à ceux-ci qui se sont dégradées, etc. »*

Le participant 38, médecin en CSAPA évoque aussi, comme le participant 29, une désorganisation des prises en charge, nous faisons l'hypothèse qu'il parle de la prise en charge sanitaire et sociale : « *éparpillement et atomisation de la prise en charge »*

2) La qualité de vie des usagers pendant la crise.



Sur 36 répondants, 18 personnes ont trouvé que la qualité de vie des usagers s'est beaucoup dégradée, 8 appartiennent au groupe social et 10 au groupe santé. 15 personnes ont trouvé que la qualité s'est moyennement dégradée, 9 appartiennent au groupe social, 6 au groupe santé. 3 n'ont pas du tout trouvé que la qualité de vie se soit dégradée, ils appartiennent tous les 3 partie du groupe social.

Figure 53- Dégradation de La qualité de vie.

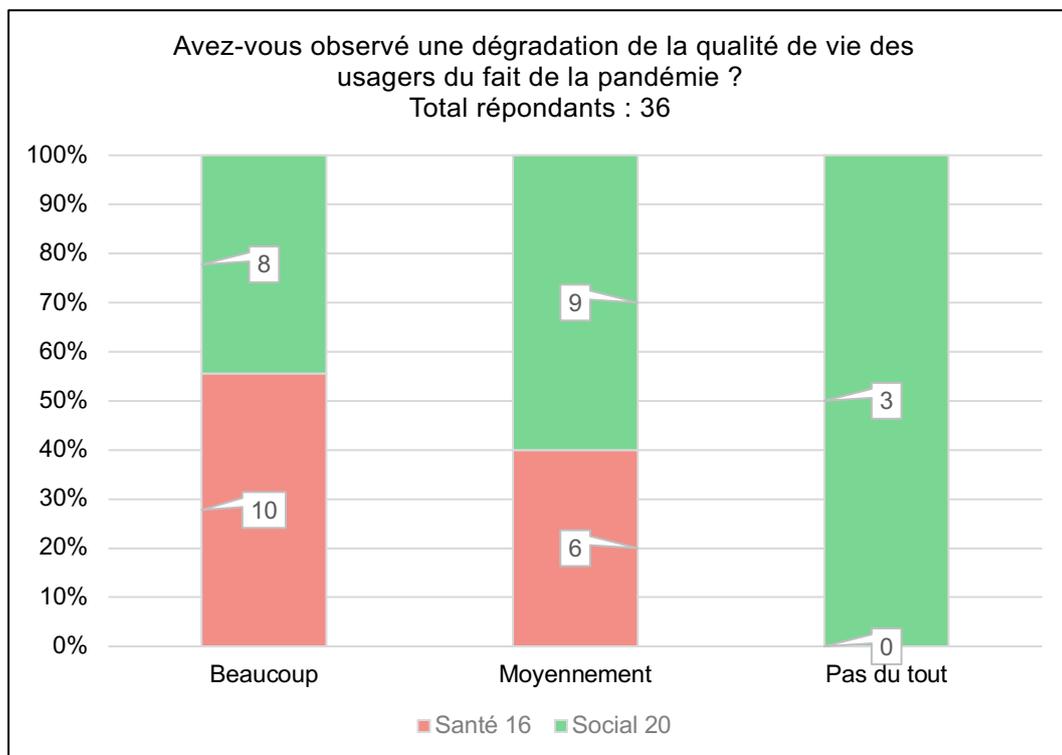


Figure 54- Dégradation de la qualité de vie des usagers vu en fonction du groupe santé/social.

Parmi les 18 personnes qui ont estimé que la qualité de vie s'était beaucoup dégradée, 13 personnes (7 du groupe santé et 6 du groupe social) pensent que l'inquiétude face à la situation a participé à beaucoup dégrader la qualité de vie. 11 personnes pensent que : les difficultés d'accès aux points de distribution alimentaire (6 du groupe santé, 5 du groupe social), les difficultés économiques (6 du groupe santé, 5 du groupe social) et/ou les difficultés d'accès à l'hébergement (5 du groupe santé, 6 du groupe social) ont participé à beaucoup dégrader la qualité de vie.

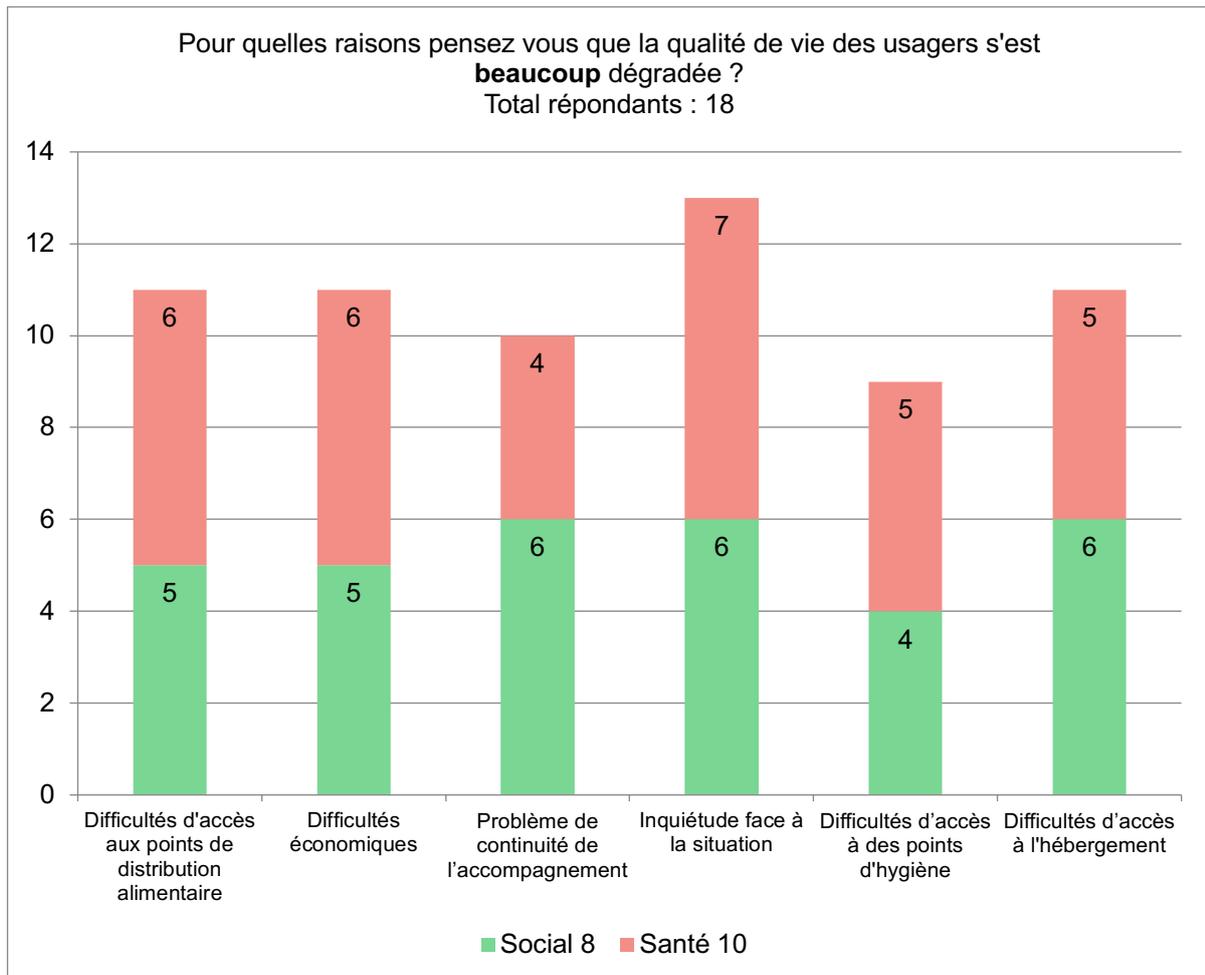


Figure 55- Raisons pour lesquelles la qualité de vie se serait beaucoup dégradée.

Parmi les 15 personnes qui ont estimé que la qualité de vie s'était beaucoup dégradée, 11 personnes (5 du groupe santé et 6 du groupe social) pensent que les difficultés économiques ont participé à moyennement dégrader la qualité de vie. 9 personnes pensent que : l'inquiétude face à la situation (4 du groupe santé, 5 du groupe social) et/ou les difficultés d'accès à l'hébergement (3 du groupe santé, 6 du groupe social) ont participé à moyennement dégrader la qualité de vie.

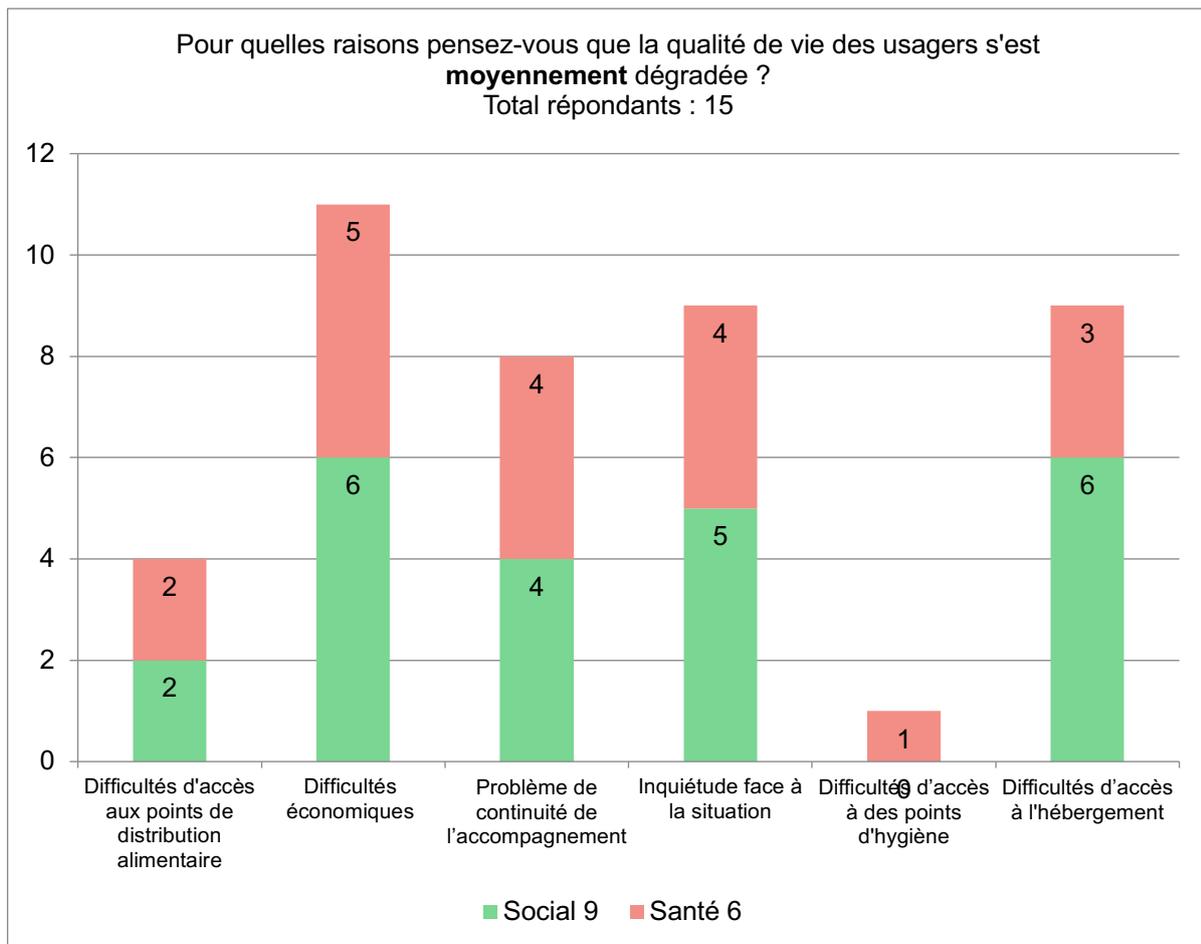


Figure 56- Raisons pour laquelle la qualité de vie se serait moyennement dégradée.

Pour avoir un indicateur de la déstabilisation de certaines situations nous avons posé la question « **avez-vous rencontré beaucoup de nouveaux usagers ?** » au groupe « social ». 25 participants ont répondu. 11 estimaient qu'ils n'avaient pas rencontré beaucoup de nouveaux usagers, 11 estimaient qu'ils avaient rencontré beaucoup de nouveaux usagers et 3 ne pouvaient pas répondre.

- Parmi les 11 participants ayant estimé qu'ils **n'avaient pas rencontré beaucoup de nouveaux usagers**.

Le participant 3, travailleur social en association (accueil de jour et accueil de nuit d'urgences) : « *Durant cette crise sanitaire, beaucoup de personnes ont pu être orientées via le 115 et les différents partenaires sociaux.* ». Le participant 5, responsable d'un CHU : « *L'effectif a été stable pendant toute la durée du confinement* ».



Pour ces deux participants, la stabilité de l'hébergement a permis de diminuer la rencontre de nouveaux usagers car ils étaient déjà à l'abri.

Le participant 39, travailleur social en association dit : « *Fermeture de certaines institutions permettant l'enregistrement des personnes en demande d'asile* » il signale que la fermeture de certaines structures a pu retarder la prise en charge de certaines situations.

Le participant 11, travailleur social, estime-lui, qu'ils n'ont pas rencontré de nouveaux usagers car ils connaissent déjà bien la population en situation de précarité du territoire sur lequel ils exercent et que la crise n'a pas modifié cela : « *Parce qu'on en connaît déjà beaucoup* »

Le participant 42, bénévole en association évoque être resté en contact avec les usagers qu'ils connaissaient déjà : « *liaisons téléphoniques avec ceux et celles déjà connues* »

- Parmi les 11 participants ayant estimé qu'ils **avaient rencontré beaucoup de nouveaux usagers**.

Trois participants évoquent la dégradation de certaines situations addictologique, comme explication à la rencontre de nouveaux usagers. Le participant 24, travailleur social en CSAPA : « *maximisation des consommations à domicile* » et le participant 33, travailleur social en CAARUD écrit : « *le contexte anxigène a favorisé les rechutes* », les deux évoquent que l'augmentation des consommations, a pu favoriser la rencontre de nouveaux usagers.

Pour le participant 18, travailleur social dans un service d'accueil de jour : « *les situations de précarité se sont accrues et moins de disponibilités des institutions et services d'accompagnement* » pour lui la détérioration de certaine situation et la moindre accessibilité aux structures médico-social ont favorisé la vulnérabilité des usagers en provoquant ainsi plus de besoins dans les prises en charge.

La modification du parcours sanitaire et médico-social a participé à la rencontre de nouveaux usagers d'après le participant 4, travailleur social en hébergement d'urgence : « *Mise à l'abris dans le centre de personne sans abris* » et le participant 19, travailleur social dans un accueil de jour : « *Établissement repéré comme lieu ressource pour attestation de sortie, aide sociale, accès à l'hygiène et la vêtue, les masques* » A travers leurs déclarations, on peut penser que certains usagers ont modifié leur recours aux structures permettant la mise en place d'un contact et possiblement, initialiser une prise en charge médico-sociale.



Les participants 12, travailleur social en CSAPA et 29, travailleur social en accueil de jour en association, estiment que l'arrivée de nouveaux usagers est habituelle notamment dans un contexte hivernal.

Participant 12, travailleur social en CSAPA : « *c'est habituel, et d'autres structures ont réduit leurs accueils* »

Participant 29, travailleur social en accueil de jour : « *Nous avons autant de nouveaux usagers qu'en période hivernale hors covid, c'est une période habituelle pour avoir de nombreux nouveaux usagers.* »



3) Résultats qualitatifs.

Pour la partie 3, trois participants ont laissé un commentaire libre.

Comme évoqué dans les précédents paragraphes les conséquences de la situation sont à nuancer. 3 participants rappellent la mobilisation des professionnels et bénévoles travaillant avec cette population comme innovation.

Le participant 44, médecin en LHSS dit : « *pour certains la situation exceptionnelle a permis de stabiliser leur présence sur la structure, de questionner/modifier leur mode de consos et d'expérimenter/d'accéder/d'initier des nouvelles pratiques/suivi somatique-addicto en mode RdR. {...}* »

De plus, le participant 45, IDE en équipe mobile de psychiatrie précarité, évoque comme d'autres participants l'avantage pour certains usagers d'avoir pu bénéficier d'une stabilisation de l'hébergement permettant de mettre en place un projet, il dit « *Pour les personnes hébergés, stabilité du logement, possibilité de prendre soin de soi, mobilisation importante de la mairie pour l'accès à l'hygiène et l'alimentation. Bonne réactivité du CAARUD en lien étroit avec les situations* ».

Cependant le participant 44, médecin en LHSS, regrette que les modifications initiées n'aient pas été plus analysé à la sortie du confinement afin d'en tirer les enseignements. Le participant 38, médecin en CSAPA, regrette-lui aussi que certaines des modifications mises en place pendant le confinement n'ai pas pu être pérennisées, probablement par manque de temps pour revenir sur les innovations. Ils disent respectivement « {...} *Mais manque de temps au déconfinement (reprise du quotidien, autres problèmes...) pour analyser ces pratiques et les consolider.* » et « *période sensible, peu de masques au départ, maintien du traitement cependant avec un travail de partenariat médecin pharmacie très riche, incapacité des pouvoirs publics de modifier les règles administratives après le confinement.* »

III. Focus de résultats.

A) Focus sur la comparaison entre le groupe « santé » et le groupe « social ».

Dans l'analyse il nous a paru pertinent de différencier deux groupes « social » et « santé ». En effet, nous nous sommes interrogés si, étant donné leur formations leurs visions de la situation étaient différentes.

Parmi les 27 personnes ayant répondu « oui » à la question : « Avez-vous constaté une augmentation de la consommation des produits licites et illicites ? » 11 (40% environ) faisaient partie du groupe santé et 16 (60% environ) faisaient partie du groupe social. 15 personnes ont répondu « non », 6 (40% environ) faisaient partie du groupe santé et 9 (60% environ) faisaient partie du groupe social.

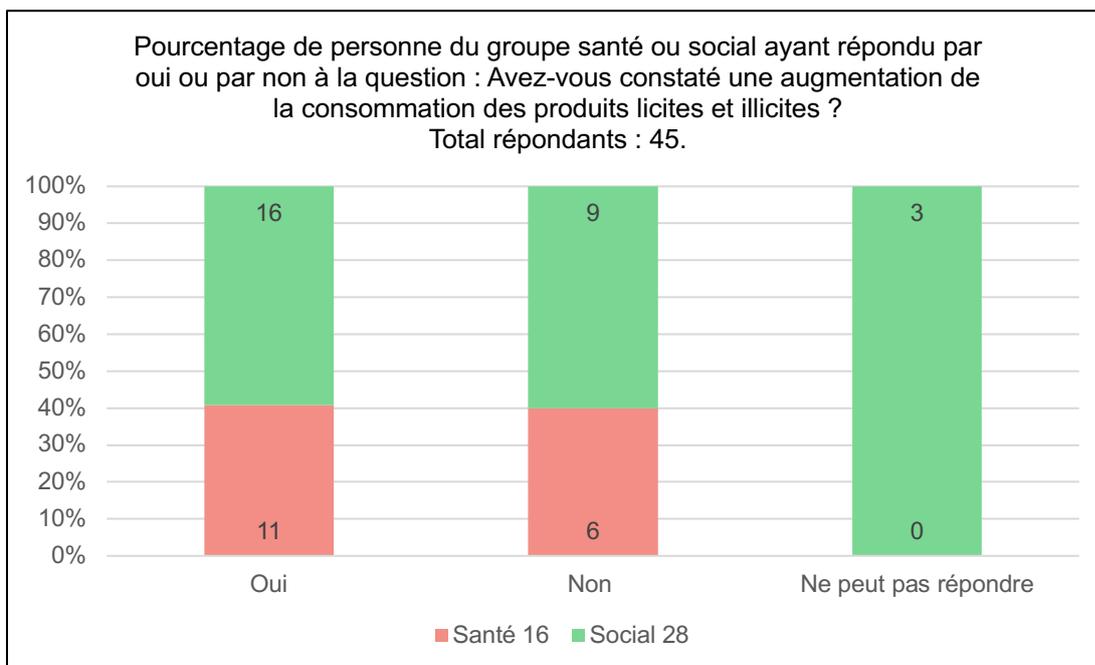


Figure 57- Pourcentage du groupe « social » ou « santé » ayant constaté une augmentation des consommations.

Parmi les 27 personnes ayant répondu « oui » à la question : « Avez-vous constaté un impact dans la prise en charge des soins en addictologie ? » 14 faisaient partie du groupe santé et 13 faisaient partie du groupe social. 13 participants ne pouvaient pas répondre 12 appartenait au groupe « social »

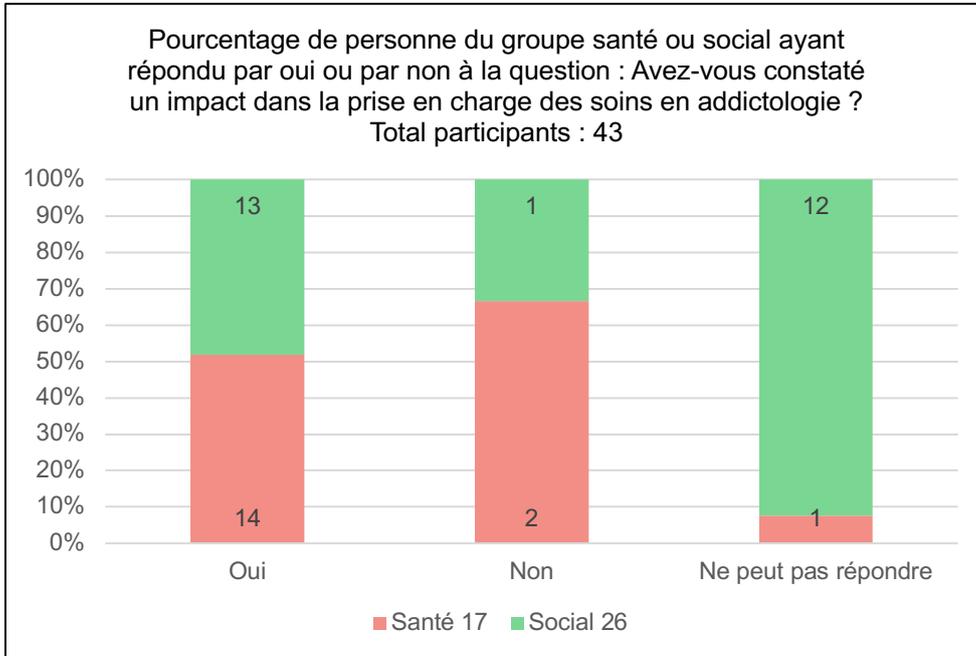


Figure 58- Impact dans les prises en charge des soins en addictologie.

Parmi les 23 personnes ayant répondu « non » à la question : Avez-vous l'impression que l'articulation locale entre structures a été plus facile du fait de la situation ? 12 faisaient partie du groupe social et 11 faisaient partie du groupe santé.

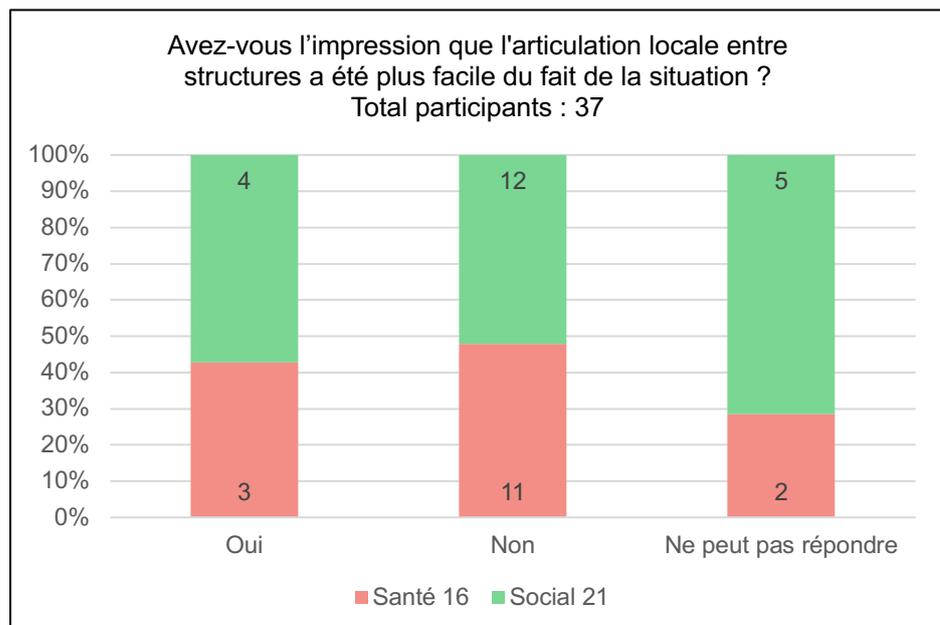


Figure 59- Articulation entre les structures pendant la crise.



B) Expérimentation de consommation d'alcool sur site.

Certaines structures ont autorisé la consommation d'alcool sur leur site. 7 personnes ont répondu que leur structure avait autorisé la consommation d'alcool sur leur site.

D'après le questionnaire quatre associations l'ont autorisé ou ont élargi les règles lors de la crise sanitaire :

- Association Les Eaux Vives.
- Association Aurore, CHU Mellinet.
- Association Trajet, Foyer Hébergement Urgence.
- Association saint Benoit Labre, LHSS.

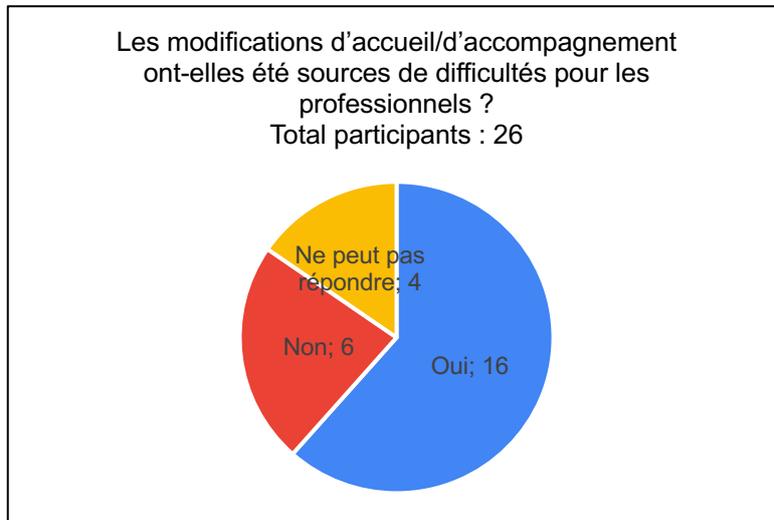
Pour les participants ces adaptations ont permis d'accompagner les usagers dans la pratique de réduction des risques en cette période de crise. En effet, 2 participants évoquent spontanément cette pratique pour expliquer ce choix.

Le participant 2, travailleur social en association explique : « *Pratique de réduction des risques en lien avec le CAARUD {...}* » Participant 3 : « *Dans le cadre de la réduction des risques liés à l'alcool, nous avons défini un lieu commun (le jardin) où les usagers peuvent consommer.* »

Pour deux participants, ce choix a permis d'accompagner les personnes durant cette période. En encadrant leurs consommations d'alcool, les professionnels et bénévoles espèrent amener les usagers à questionner leur pratique.

Le participant 44, médecin en LHSS écrit : « *Réserve d'alcool en cas de manque, achat d'alcool par la structure, contrat avec l'usager, prescription anticipée de délivrance de benzodiazépine par IDE pour initier diminution des consommations* ». Le participant 4, travailleur social en association évoquent notamment permis de les mettre à l'abris et : « *{...} Le but est de pouvoir mettre à l'abris des personnes qui ne peuvent pas tenir dans les autres lieux d'accueil à cause de leur consommation. La consommation est tolérée mais encadrée par les travailleurs sociaux dans le but de réduire les risques et d'amener progressivement les personnes vers une réduction et/ou un arrêt des consommations.* ».

C) Les difficultés des travailleurs sociaux.



Sur 26 répondants du groupe « social », 16 ont estimé que les modifications d'accueils ont été sources de difficultés, 6 ont estimé que non et 4 ne pouvaient pas répondre.

Figure 60- les modifications d'accueil et d'accompagnement ont-elles été sources de difficultés ?

- 6 participants sur les 16 participants ayant répondu « **oui** » ont laissé un commentaire libre :

Les difficultés induites par la réorganisation des structures à cause des mesures sanitaires ont été source de nouvelles problématiques et a pu augmenter la pénibilité du travail des travailleurs sociaux. Le participant 22 et 26, travailleur social en CSAPA ont dit respectivement : « *s'adapter régulièrement suscite des périodes de flottements dans le cadre que l'on propose aux personnes* » et : « *manque d'espace et de temps pour les accompagnements* ». Le participant 20, travailleur social en CSAPA : « *entretien en présentiel plus satisfaisant que par téléphone* ». Cela a pu malmener les accompagnements et en rendre les situations plus complexes pour les travailleurs sociaux.

Les nouvelles mesures ont pu aussi troubler les usagers qui ont dû changer leurs habitudes. Cela a demandé aux professionnels d'expliquer et d'accompagner ces changements, augmentant la difficulté du travail à accomplir. Pour le participant 4, travailleur social dans un centre d'hébergement d'urgence : « *Difficulté pour les résidents de comprendre que les rendez-vous individuel ne pouvaient pas se faire normalement malgré la présence des travailleurs sociaux* ».

- 2 participants sur les 6 participants ayant répondu « **non** » ont laissé un commentaire libre :

Pour deux participants la situation a été satisfaisante, et a permis une réflexion sur les prise en charge. Le participant 5, responsable d'un foyer d'hébergement d'urgence : « *Grand sentiment de satisfaction* »

Participants 10, travailleur social en CAARUD : « *Au contraire, c'était hyper intéressant de réfléchir à de nouvelles façons de travailler* »

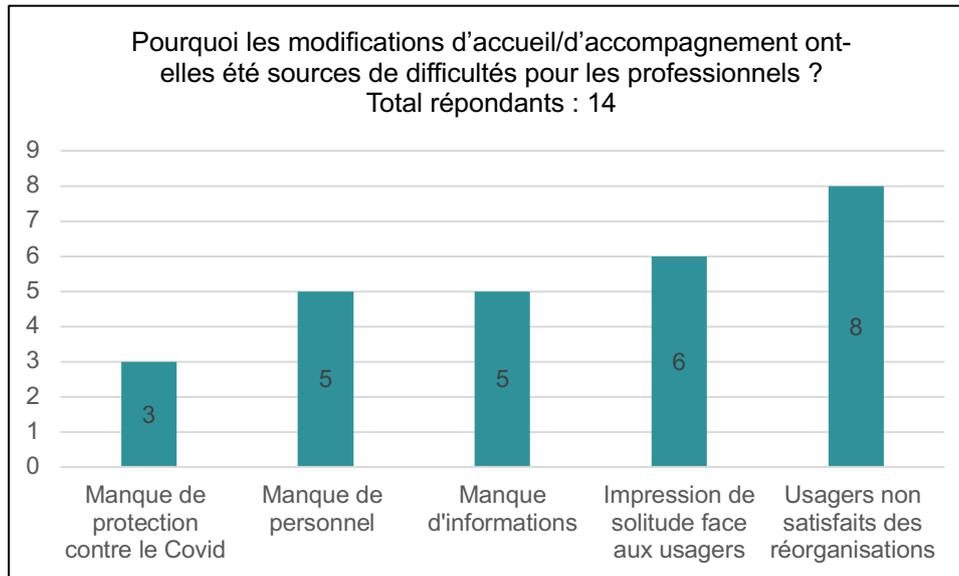


Figure 61- Les raisons pour lesquelles les modifications ont été sources de difficultés.

14 participants du groupe « social » ayant répondu « oui » à la question précédente ont répondu à la question demandant : pourquoi les modifications d'accueil et d'accompagnement avaient été sources de difficultés. 8 d'entre eux estimaient que les usagers n'étaient pas satisfaits des réorganisations. 6 décrivaient une impression de solitude face aux usagers. 5 estimaient que le manque de personnel et le manque d'informations avaient été sources de difficultés.

D) Les questions non retranscrites dans l'analyse.

Dans la partie 2b intitulé « évolution de l'accompagnement médical et paramédical des personnes en situation de précarité et d'addiction. », la question 7 n'a pas été retranscrite dans l'analyse. Elle demandait aux participants s'ils avaient constaté une augmentation du nombre des situations urgentes. Seulement 3 participants ont répondu, raison pour laquelle elle n'a pas été analysée.

Dans la partie 3 intitulé « Coordination et réorganisation du parcours médico-social des personnes en situation de précarité et d'addiction. », la question 1b n'a pas été retranscrite. Elle demandait aux participants de quelles façons les organismes de tutelles avaient soutenus les structures au moment du premier confinement. Seulement 4 participants ont répondu, raison pour laquelle elle n'a pas été analysée.



Partie 3 – Analyse et conclusion.

I. Forces et faiblesses de l'étude.

A) *Les faiblesses.*

Ce travail de thèse s'est étalé de juin 2020 à décembre 2021. Durant cette période la pandémie a évolué, les mesures pour endiguer sa dispersion ont changé elles aussi. Les problématiques sanitaires et sociales posées au début de la pandémie mondiale se sont modifiées au cours de ces 21 mois de crise sanitaire. Le questionnaire s'est construit d'août 2020 à décembre 2020. La diffusion de ce dernier s'est étalée sur une période incluant 2 confinements, des périodes de couvre-feu et le début de la campagne vaccinale. Plusieurs questionnements émergent de ce constat. On peut s'interroger sur la temporalité du questionnaire, écrit à une période avec des problématiques spécifiques qui ne sont plus celles auxquelles les répondants font face lors de la période de diffusion. Avec le recul, quelques questions ont pu souffrir d'un manque de précision.

De plus, les réponses ont été recueillies entre janvier 2021 et mai 2021, cette période a été le témoin de beaucoup de changement concernant les mesures prises pendant la crise sanitaire, donc le ressenti d'un participant sur la situation, en janvier 2021 n'est pas le même qu'en mai 2021. Cette problématique est inhérente aux questionnaires qui s'étalent dans le temps.

Les questionnaires ont été remplis par les professionnels et bénévoles s'occupant de la population d'intérêt. Cela a pu induire des biais d'interprétation de leur part. Ils ont pu, à cause de leurs propres représentations, introduire de la subjectivité dans leurs réponses. Il serait certainement intéressant d'avoir le ressenti de la population d'intérêt afin de croiser les regards. Deux participants l'ont évoqué aussi dans les commentaires.

Le nombre de réponse au questionnaire fut assez limité, il y en a eu 43. Il s'agit ici d'un petit effectif. Ce petit nombre de participant a pu biaiser les tendances qui sont ressorties en les minimisant ou en les maximisant. Certaines personnes en situation de grande précarité ont parfois peu de contact avec le système médico-social, ils échappent donc aux prises en charge et passent « sous les radars ». Leurs pratiques addictives et leurs évolutions ne sont donc pas retranscrites dans les questionnaires et les témoignages que nous avons recueillis.

L'enquêtrice était peu expérimentée en ce qui concerne la construction et l'analyse de ce type d'étude. Cela a pu induire des biais de méthodologie dans la construction du questionnaire, pour limiter ce biais nous avons fait relire les questionnaires par 3 personnes comme expliqué plus haut.

Au regard de l'analyse des résultats, on peut regretter l'absence de plus d'éléments quantitatifs concernant l'hébergement. En effet dans l'analyse qualitative, nombre de participants ont évoqué le bouleversement de l'accès à l'hébergement. Il semblerait intéressant d'avoir le retour du SIAO 44 concernant ce sujet pour avoir des données plus précises et leur retour d'expérience.



B) Les forces.

Malgré les éléments cités plus hauts l'intérêt de cette étude est de faire un état des lieux en Loire Atlantique.

Les questionnaires sont interprétables et ont été remplis avec attention par les participants.

Tout au long de ce travail il nous a toujours paru important d'avoir la perspective des acteurs du secteur sanitaire et médico-social afin de pouvoir croiser les regards.

Nous avons pu grâce à la relecture du questionnaire par le Dr Rousselles, Mme Younan et du Dr CHAUVIN-GRELIER, améliorer la qualité de celui-ci. Ils nous ont permis d'orienter au mieux les questions afin de limiter les imprécisions et les biais d'interprétation.

Une des forces de cette étude a été de proposer aux participants de répondre par des commentaires à la fin de chaque partie et avec quelques questions ouvertes. Ces réponses ont permis d'enrichir les résultats et d'expliquer plus précisément leurs points de vue sur la situation.

Dans la littérature actuelle, à l'heure de l'écriture de ce travail, peu d'études ont été réalisées concernant les pratiques addictives des personnes en situation de précarité en France durant la crise du coronavirus. On retrouve des études abordant les problématiques addictives en population générale et des études évoquant la souffrance psychique des Français durant la crise. Cependant, peu d'études sont disponibles sur les populations en situation de précarité. C'est le même constat pour le parcours de soins et le parcours social. Cependant grâce à quelques webinaires des retours d'expérience de professionnels sont disponibles (114) (115).



II. Discussion.

A) *Tendance à l'augmentation de la consommation.*

Durant cette période particulière, 27 participants sur 45 (60%) ont noté une augmentation de la consommation de substances illicites et licites, chez les personnes en situation de précarité.

L'alcool est la première substance identifiée par les participants dont la consommation aurait augmenté. Une première hypothèse pouvant expliquer ce constat serait que l'alcool fait partie des substances qui sont restées disponibles à l'achat et facilement accessibles car légal. A l'inverse, la disponibilité de certains produits illicites a été impactée par les restrictions de circulation et la fermeture des frontières. L'approvisionnement du marché des drogues en France a donc été bouleversé. Ainsi certaines études ont montré, par exemple, une diminution de 50% des saisies sur le marché du cannabis en France, entre avril et en mars 2020 (116,117). Cela rejoint en parti la vision des participants sur les causes des reports des consommations. En effet, 15 participants sur 22 ont estimé que certains usagers avaient changé de produit de consommation à cause de leur pénurie. C'est la première cause évoquée par les participants.

La deuxième hypothèse de l'augmentation de la consommation d'alcool serait l'effet anxiolytique qu'il présente. En effet, 23 participants sur 30 (environ 77%) ont estimé que l'anxiété faisait partie des raisons expliquant la modification des pratiques addictives. Les usagers auraient eu tendance à consommer davantage d'alcool pour répondre aux émotions négatives induites par la situation. On retrouve cette idée de majoration de la consommation d'alcool durant la pandémie dans d'autres études (118) (84). De plus on sait depuis longtemps que les événements traumatisants et le stress peuvent favoriser une consommation excessive d'alcool (25,30).

Il semble aussi important dans ce paragraphe d'évoquer la consommation de tabac. Selon les participants de notre étude en Loire Atlantique, le tabac arrive en 2^e position parmi les substances vers lesquelles les usagers se sont tournés pendant la crise. Il arrive aussi en 3^e position parmi les substances en augmentation d'après les participants. D'après l'OFDT, la vente de tabac a augmenté durant le premier confinement, notamment à cause de la fermeture des frontières, empêchant ainsi le commerce transfrontalier et du commerce illégal de tabac. On peut donc supposer, comme pour l'alcool, que le stress induit par la situation a pu faire augmenter les consommations de tabac.

On peut se demander si l'augmentation des consommations n'est pas aussi en rapport avec la diminution de l'offre de soin en addictologie durant la pandémie. En effet, malgré la mobilisation des professionnels de santé, l'offre de soins en addictologie semble avoir pâti, comme d'autres secteurs, de la fermeture des lits et de la déprogrammation de certains soins. Cette offre diminuée, a été retranscrite dans certains témoignages, par exemple le participant 20 dit : « *pas d'offre d'hospitalisation de jour (covid)* ».



Cela a pu entraver les prises en charge, depuis le repérage des troubles addictifs, au suivi chronique de ces patients. En Loire Atlantique, 63% des professionnels interrogés (27 sur 43) ont remarqué un impact sur les soins en addictologie à cause de la pandémie. La diminution de l'offre de soin et les retards dans les prises en charge des sevrages en ambulatoire sont les premiers aspects suggérés par les professionnels.

Au vu des résultats il semble donc important de re-questionner les usagers sur leurs consommations d'alcool. En effet, on sait que la consommation d'alcool est la seconde cause de mortalité évitable (après le tabac) et qu'elle cause 41000 décès par an en France. Elle est souvent responsable de comportements violents. Au vu des conséquences négatives de cette consommation d'alcool il semble donc important d'identifier et de prendre en compte l'augmentation de cette consommation.

Toutes ces hypothèses doivent être confirmées avec des études épidémiologiques plus robustes, mais elles nous offrent pour ce travail des points de discussions.

B) Impact sur la santé psychique des usagers.

La santé psychologique des personnes en situation de précarité ayant des troubles liés à l'usage de substances durant cette période de crise, a fait partie des interrogations motivant cette recherche. La santé psychologique de tous les Français s'est globalement dégradée pendant la prise comme le montre plusieurs études précédemment citées. Les populations vulnérables, par exemple les jeunes étudiants, ont particulièrement été touchés par l'anxiété et les symptômes dépressifs. D'après les études épidémiologiques, les symptômes tendent à se chroniciser (99,100,101). Cela laisse à penser que nos sociétés subiront longtemps les conséquences psychologiques de cette crise sanitaire. Finalement, notre population d'intérêt en Loire Atlantique semble connaître les mêmes difficultés d'après les professionnels et bénévoles du sanitaire et du médico-social. En effet, 64% (27 participants sur 42) des répondants à cette question estiment qu'il y a eu plus de décompensations psychiatriques depuis la crise. D'après nos participants, l'anxiété a été la manifestation psychiatrique principale, suivie par les symptômes dépressifs.

On note certaines particularités dans nos réponses qu'on ne retrouve pas dans les études en population générale. Les participants ont signalé plus de décompensations délirantes sur la période. Cela est probablement lié à la prévalence de certaines pathologies psychiatrique au sein de cette population, les rendant plus vulnérables à ce type de symptomatologie. La situation stressante que nous avons vécue a peut-être déstabilisé et potentialisé les vulnérabilités préexistantes.

L'analyse qualitative a permis de faire émerger la thématique de l'isolement social, pouvant induire de la solitude chez les personnes et de la souffrance. Par exemple le participant 26 « *Le fait d'avoir été confiné a je trouve apporté beaucoup d'isolement et de déprime pour les personnes accompagnées. Une situation vécue parfois comme une injustice et qui a engendré certaines consommations.* »

Donc il semblerait que tout comme la population générale les usagers ont subi de plein fouet l'isolement social, de cet isolement est né un sentiment de solitude.



Les participants de cette étude estiment qu'au sein de cette population déjà vulnérable l'isolement a induit de la souffrance et a pu déstabiliser des situations fragiles et favoriser une reprise de certaines consommations. Par exemple la déstabilisation d'une situation professionnelle, parfois déjà précaire, a pu induire encore plus de précarité économique, provoquant stress et mal-être.

Peu de données existent concernant les individus présentant des troubles psychiatriques et l'impact que la crise a eu sur eux. Il serait alors intéressant de détailler troubles par troubles les impacts psychologiques et l'évolution de leur consommation.

C) L'utilisation des outils numériques mais avec des limites.

A cause de la situation inédite et pour limiter la propagation du virus, les gouvernements ont promu la distanciation sociale, le télétravail et ont invité leurs concitoyens à limiter leurs sorties aux sorties essentielles. Les outils numériques ont permis de garder contact avec ses proches et de maintenir les activités professionnelles, via les mails, le téléphone et l'utilisation d'applications de visioconférences.

Par exemple dans les cabinets de médecine générale, la téléconsultation s'est imposée et s'est développée spontanément avec la promotion du gouvernement qui invitait les Français à éviter toutes consultations jugées non essentielles. En France 7 médecins sur 10 avaient, en avril 2020, mis en place la téléconsultation pour le diagnostic et la prise en charge des patients suspects d'être atteint par le coronavirus. (8,9,98)

Les structures sanitaires et sociales ont aussi dû s'adapter. En Loire Atlantique, d'après notre étude 94% (16 participants sur 17) des participants du groupe « santé » et 81% (21 participants sur 26) des participants du groupe « social », soit 86% des répondants à cette question ont développé des méthodes de suivi à distance, grâce à des outils numériques. La plupart des participants du groupe « social » et du groupe « santé » ont utilisé les appels téléphoniques pour joindre les usagers. D'après eux cela leur a permis de garder un lien avec les usagers et ils en étaient satisfaits.

Cependant certains participants, à la fois du groupe « santé » et du groupe « social » ont émis des réserves concernant l'utilisation de ces nouvelles méthodes. Les participants ont mis en avant une certaine distanciation émotionnelle induite par l'utilisation des outils numériques. D'après eux cela entrave la mise en place d'un échange convenable et de qualité permettant l'établissement d'une relation satisfaisante pour le soin et l'accompagnement.

Certains participants du groupe « santé », eux, évoquent négativement l'absence d'un examen clinique exhaustif.

Les freins sont les mêmes freins que ceux retrouvés dans diverses études concernant la télésanté.

Les participants, dans leur témoignage, évoquent aussi les particularités de ce public vulnérable. En effet, pour certains participants l'utilisation de ces outils avec cette population déjà très isolée, peut-être source chez eux d'un sentiment d'isolement et d'exclusion plus important. On peut citer le participant 18 : « a permis de garder le lien et de faire écoute active mais peu satisfaisant sur la durée ».



On peut alors s'interroger sur la place des outils numériques à l'avenir et comment les intégrer dans le parcours sanitaire et médico-social. Et ce d'autant que la majorité des participants pensent continuer d'utiliser ces types d'outils. Il semble important de bien identifier les personnes à qui les professionnels peuvent proposer ce type d'accompagnement, car comme évoqué plus haut, tous les usagers n'ont pas accès à ces technologies ou ne sont pas en capacités de les utiliser. Il sera important aussi d'en définir les modalités (durée, quel type d'entretien etc) et les objectifs pour que usagers et professionnels en attendent les mêmes objectifs.

D) Forte mobilisation des professionnels, qui a fait naître un travail sur la réduction des risques.

Malgré les fermetures de certaines structures de soins, mettant en défaut le parcours social de notre population d'intérêt.

Les professionnels et bénévoles du groupe « social », en Loire Atlantique ont été fortement mobilisés. 89% (25 participants sur 28) ont dit avoir maintenu leur activité. A l'inverse du groupe « santé », 59% (10 participants sur 17) l'ont maintenu. Il est difficile d'en tirer une conclusion significative mais il semble d'après notre étude que l'offre de soins en addictologie a subi plus de fermetures que l'offre dans le champ du travail social. Malgré tout, les structures sanitaires et médico-sociales, accompagnant les usagers, sont restées majoritairement ouvertes montrant des capacités d'adaptations importantes et une rapidité dans la mise en œuvre de ces adaptations. En Loire Atlantique, la coordination entre structures ne semble pas avoir été plus facile d'après notre étude, cependant dans quelques situations, la crise a permis de faciliter les échanges téléphoniques sur des situations et quelques groupes de travail ont été montés pour échanger autour de la situation.

D'après les témoignages que nous avons recueillis, cette forte mobilisation a été source d'une grande satisfaction pour les professionnels et bénévoles sanitaires et sociaux.

Pour eux, cette mobilisation fait, d'après moi, écho à leur engagement au quotidien auprès de ce public et rejoint les valeurs de solidarité, d'accueil et d'accompagnement inconditionnels portés par leurs structures.

Cette attitude proactive envers les usagers, semble les avoir touchés. Cela a pu renforcer la relation entre l'utilisateur et son interlocuteur, l'engageant davantage dans le soin, l'échange et ouvrant ainsi l'opportunité de discuter ou de rediscuter des consommations. D'après moi, cette hypothèse peut être illustrée par les résultats de notre étude. En effet, des participants ont évoqué la satisfaction des usagers qui grâce au maintien du lien se sont sentis accompagnés et soutenus durant cette période complexe.

De plus, les participants ont aussi évoqué le fait que cette crise a permis pour certains usagers de libérer leur parole autour des consommations et a autorisé les bénévoles et professionnels à interroger de nouveau les consommations. Une forme d'authenticité est née de la période difficile vécue.



On peut aussi s'autoriser à penser que les événements étaient anxiogènes pour les professionnels tout autant que pour les usagers. Cette situation a-t-elle donné aux professionnels une opportunité d'adopter nouvelle posture vis-à-vis des usagers, plus juste et moins asymétrique ? En effet, nous étions tous sur un pied d'égalité vis-à-vis de la situation, l'inconnu et le sentiment d'angoisse nous a tous frappé. Cette situation a pu offrir aux usagers et aux professionnels une relation plus authentique, pour permettre de s'ajuster au mieux aux nouveaux besoins d'accompagnements et de soins.

Enfin, la question de l'hébergement s'est rapidement posée pour les usagers, les professionnels et les politiques. En effet, à l'heure où la population a été invitée à se confiner chez elle, comment faire pour mettre à l'abri une population vulnérable aux problématiques divers, n'ayant pas accès à un logement stable ?

Il est reconnu que l'accès à un hébergement pérenne est un préalable à la construction d'un projet thérapeutique et social réussi. Parfois ce projet peut être mis en péril par les consommations qui peuvent s'avérer problématiques sur les lieux de vies.

Pendant les premiers confinements l'orientation sur les lieux d'hébergement réalisée par le SIAO, proposait, quand cela était possible, la stabilisation de la place d'hébergement pour éviter le croisement des populations et limiter les transmissions.

Ces modifications du parcours d'hébergement ont été évoquées de manière plutôt positive par certains participants. A travers des témoignages nous comprenons que la question de l'accès à l'hébergement a été importante dans certaines situations. Ils nous offrent une vision partielle de la situation, mais selon toute vraisemblance, pour certains usagers, la stabilisation du lieu de vie a permis de construire un projet social et améliorer le parcours de soin.

Nous pouvons rappeler plusieurs témoignages : « *Nous avons observé une baisse du stress de public habituellement à la rue et qui obtenait une prise en charge longue et de meilleur qualité* ». Le participant 44 : {...} « *pour certains la situation exceptionnelle a permis de stabiliser leur présence sur la structure, de questionner/modifier leur mode de consos et d'expérimenter/d'accéder/d'initier des nouvelles pratiques/suivi somatique-addicto en mode RdR {...}* ». Participant 45 : « *Pour les personnes hébergés, stabilité du logement, possibilité de prendre soin de soi, mobilisation importante de la mairie pour l'accès à l'hygiène et l'alimentation. {...}* ». Cela confirme que l'accès à un hébergement stable permet aux usagers de construire sereinement un projet social et de soins, confirmant notre hypothèse.

Cependant le manque de place s'est aussi ressenti dans les réponses. D'après les participants, les difficultés d'accès à l'hébergement font partie des raisons pour lesquelles la qualité de vie des usagers se serait dégradée durant la crise. On peut rappeler le témoignage du participant 12 : « *désorganisation des services d'hébergement, non prise en compte des effets de l'isolement social* » et du participant 24 : « *diminution des offres d'accompagnement (surtout sur la question de l'hébergement d'urgence)* ».

En France les dispositifs d'hébergements semblent souffrir de plusieurs problèmes. D'après les professionnels, les usagers subissent le manque de place chronique et parfois l'inadaptation des dispositifs en fonction du public accueilli. Il serait intéressant



pour l'avenir de travailler sur les modifications qui ont eu lieu concernant l'offre d'hébergement et analyser leurs effets sur les usagers.

La situation inédite, a en effet poussé les professionnels à questionner leurs pratiques pour répondre au mieux aux problématiques des usagers. Cette réflexion est née de la volonté de limiter les effets négatifs des consommations pendant l'épidémie faisant écho aux pratiques de réduction des risques. Ces pratiques de réduction des risques sont nées, en partie, de l'épidémie du VIH qui toucha une grande partie la population des usagers de drogue dans les années 80. Les professionnels s'appuient sur des valeurs de non-jugement et élaborent avec les usagers une relation visant à leur faire prendre conscience des risques et des mésusages de leurs consommations. Ils vont chercher à sécuriser, et proposer une réflexion sur celle-ci.

L'une des problématiques posée par l'annonce du confinement, a été la consommation d'alcool sur certains lieux de vie et d'accueil. Historiquement les consommations n'étaient pas autorisées car elles étaient souvent reliées, injustement ou non, aux troubles du comportements, aux problématiques de violence qu'elles semblent générer. De plus ces lieux au cœur des enjeux d'insertion n'autorisent pas la consommation d'alcool. Malgré tout, vu la situation inédite, les usagers et les professionnels ont dû réfléchir ensemble à cette consommation pour limiter les risques d'un sevrage forcé, qui se serait avéré dangereux.

En Loire Atlantique, comme dans d'autres sites en France cette expérimentation s'est rapidement imposée. Souvent les structures ont mis en place un contrat, un partenariat établi avec l'utilisateur concernant ses consommations d'alcools avec les limites et la façon de consommer. Si pour certains usagers ou professionnels cette autorisation a pu créer un espace propice à la discussion autour des consommations, quelques-uns se sont interrogés sur la place de ces structures dans le soin en proposant de l'alcool aux usagers. Questionnant ainsi la frontière entre soins et prévention.

A noter que, la plupart du temps il semble que ces expérimentations se soient bien passées. Il faudrait pour l'avenir, faire un bilan et un retour d'expérience de celles-ci, afin d'établir les avantages, inconvénients de cette option et évaluer ainsi la pertinence de la conserver.



E) Similarités réponse entre le groupe social et santé

Tout au long de ce travail, croiser les regards des professionnels du sanitaire et du social nous a semblé important et pertinent. Il n'est plus à prouver que pour construire un projet de vie, la coordination et l'articulation du parcours de soin et du parcours social sont indissociables.

Si la majorité des professionnels et bénévoles du social et du sanitaire ont noté une augmentation des consommations de substances, il existe une différence entre les groupes « social » et « santé ». En effet, parmi les 27 participants estimant que les consommations avaient augmenté, 40% (11) faisait partie du groupe « santé », et 60% (16) faisait partie du groupe « social ». On peut alors se demander vers qui se sont tournés les usagers pendant la crise. Peut-être ont-ils ressenti un manque de disponibilité des professionnels de santé, et ils se seraient alors plus tournés vers les travailleurs sociaux, permettant d'expliquer en partie la différence entre par les 2 groupes.

On peut donc, en lien avec le paragraphe précédent, évoquer les soins en addictologies. Les deux groupes étaient d'accord pour dire que ces soins avaient été impactés par la crise. Parmi les 27 participants ayant constaté un impact dans les soins en addictologie, 50% environ (13) faisaient partie du groupe « social » et 50% (14) faisaient partie du groupe « santé ». Ce constat, permet de répondre en partie à l'interrogation sur l'évolution de ces soins en Loire Atlantique pendant la crise. On retrouve cette tendance dans l'analyse qualitative, en effet plusieurs participants ont signalé dans leurs témoignages des fermetures de lits, des déprogrammations ou des retards dans les soins. Le participant 20 : « *lits en addictologie fermés* » et le participant 21 : « *Les soins psychiques ont été différés ou stoppés et les structures sociales fermées, laissant ainsi de nombreux patients isolés et sans soins ni même contact humain {...}* ». Cela est moins présent dans l'analyse qualitative concernant le champ du travail social.

On peut émettre l'hypothèse qu'à cause de l'urgence sanitaire induite par la pandémie les soins et les professionnels de santé ont été recentrés sur le coronavirus et sur les soins urgents aux dépens des soins en addictologie, pourtant « essentiels ».



III. Conclusion.

La crise sanitaire et psychosociale induite par la pandémie a eu des conséquences importantes et a touché toutes les catégories socioprofessionnelles. Ces impacts ont été plus ou moins négatifs en fonction des facteurs de vulnérabilités des personnes. Les personnes en situation de précarité et ayant des troubles liés à l'usage des substances ont eux aussi été fortement touchés. A 21 mois du début de la crise, le tableau est à nuancer pour la population qui nous a intéressée pour cette étude.

La situation a été propice à des initiatives, elle a montré l'engagement des professionnels et des bénévoles auprès des personnes usagères de drogues, en situation de précarité. Les pratiques d'accompagnement ont évolué dès le début de la crise, cela a ouvert la porte à de nouveaux partenariats avec les usagers et à de nouvelles manières de considérer les addictions. La mise en place de nouveaux moyens technologiques, pour communiquer a aussi permis de garder le lien avec les usagers.

Cette mobilisation hors du commun, a pour certains, été un moment de grande satisfaction, malgré les difficultés engendrées par la situation. Ce constat permet d'apaiser, en partie les inquiétudes évoquées initialement.

Pour les professionnels l'envie est rapidement née de réfléchir aux pratiques de réductions des risques durant la crise. Les équipes ont fait preuve de capacités d'adaptations importantes. En effet, pour limiter les conséquences négatives des consommations et les sécuriser pendant la crise, ils ont mis en place de nouvelles stratégies d'accompagnement avec notamment la consommation d'alcool sur les lieux de vie. Il est essentiel pour les professionnels et bénévoles d'avoir des retours d'expériences, des groupes de parole afin d'évoquer ces innovations et les évolutions qu'elles impliquent dans le parcours des individus concernés. Des participants de l'étude ont aussi exprimé ce besoin dans leurs témoignages. Ils leur semblent important de prendre le temps d'analyser ces nouvelles pratiques, afin de tirer les enseignements et de proposer une standardisation de certains protocoles pour l'avenir.

La pandémie du Covid 19 a bouleversé notre vie quotidienne. Les mesures mises en place ont modifié nos relations sociales, personnelles et professionnelles. Pour notre population d'intérêt, la solitude et l'anxiété engendrées par la situation a pu majorer certaines consommations, notamment la consommation d'alcool. Ce constat nous offre des pistes de réflexions sur la manière d'envisager d'éventuels futurs confinements. Il sera important de considérer l'exclusion, l'isolement et la solitude comme un axe de travail prioritaire.

La perturbation du parcours soin en addictologie des usagers, à cause de la fermeture de certaines structures, ou du non-recours aux soins, ont pu déstabiliser des situations.

Dans ce cas, comment promouvoir les soins en addictologie dans le cadre d'une crise sanitaire ? Pour l'avenir il semble crucial d'accentuer, auprès de cette population, la promotion de la santé mentale et de promouvoir l'importance de la continuité d'un suivi.



Au regard de nos résultats, il nous semble essentiel d'avoir le retour des usagers sur ces différents points, savoir comment ils ont pu vivre ces événements, afin de croiser leurs regards avec celui de ceux qui les accompagnent.

On peut aussi se demander comment vont évoluer les consommations de ceux qui les ont augmentées ou initiées pendant la crise. Il sera intéressant à l'avenir, d'interroger les consommateurs sur cette crise et l'impact qu'elle a au long terme sur eux.

Au total, il reste encore difficile de visualiser l'ampleur des conséquences de la crise. Il semble important d'inscrire dans le temps ce type de recherche. Réactualiser les données pour suivre l'évolution des comportements addictifs et l'évolution des pratiques professionnelles. Des pistes de réflexions émergent à partir du constat local que nous avons fait en Loire Atlantique, reste à confronter ce constat ailleurs en France et dans le monde.



Index

- CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
- ELSA : Équipe de liaison
- LHSS : Les Lits Haltes Soins Santé
- LAM : Lits d'accueil médicalisés
- CHRS : Centre d'hébergement
- IDE : Infirmièr(e) diplômé(e) d'état
- EMPP : Équipe mobile psychiatrie précarité
- ELPP : Équipe de liaison psychiatrie précarité
- TSO : Traitement substitutif oral
- CHU : Centre d'hébergement d'urgence
- CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- GDS : Global Drug Survey



Bibliographie

1. Horesh D, Kapel Lev-Ari R, Hasson-Ohayon I. Risk factors for psychological distress during the COVID-19 pandemic in Israel: Loneliness, age, gender, and health status play an important role. *British Journal of Health Psychology*. 2020;25.
2. Lamballerie X de, Meyer L, Rouquette A, Jusot F, Pailhé A, Spire A, et al. Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation des statistiques.
3. A.Jolly, M.Septembre, F.Prabonnaud, Y.Fossurier, F.Bellouti FC. covid 19 les hopitaux satures des transferts de patients se multiplient. France télévisions [Internet]. Available from: https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/covid-19-les-hopitaux-satures-des-transferts-de-patients-se-multiplient_4327863.html#xtor=CS2-765
4. INSERM. Une chute considérable du nombre de greffes d'organes depuis le début de la pandémie de COVID-19 dans le monde [Internet]. Available from: <https://presse.inserm.fr/une-chute-considerable-du-nombre-de-greffes-dorganes-depuis-le-debut-de-la-pandemie-de-covid-19-dans-le-monde/43658/>
5. Santé Publique France. Surveillance syndromique SurSaUD ® du 31/03/2020. Bulletin du réseau OSCOUR. 33:1–16.
6. Blay JY, Boucher S, Le Vu B, Cropet C, Chabaud S, Perol D, et al. Delayed care for patients with newly diagnosed cancer due to COVID-19 and estimated impact on cancer mortality in France. *ESMO Open*. 2021;6(3):100134.
7. le planning familial. L'avortement en temps de confinement : analyse de la situation du 30 mars au 19 avril 2020 par le Planning Familial. 2020.
8. Belche JL, Joly L, Crismer A, Giet D. Résilience et réactivité de la médecine générale durant la pandémie COVID-19. *Revue médicale de Liège*. 2020;75(S1):29–37.
9. Hommes F. L'après covid : quelle place pourrait occuper la téléconsultation en médecine générale ? 2021.
10. Blanpain N. Espérance de vie par niveau de vie. Insee Première. 2018;(1687):4–7.
11. Husain M, Rachline A, Cousien A, Rolland S, Rouzaud C, Ferre V, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the homeless: results from a retrospective closed cohort in France (March-May 2020). *Clinical Microbiology and Infection* [Internet]. 2021; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2021.05.039>
12. HAS. Impact de l'épidémie de COVID-19 dans les champs social et médico-social. 2020.
13. Gandilhon M, Albisson A, Toulouse T, Occitanie C, Bailly F, Metz T, et al. Trend N°1-Évolution Des Usages Et De L'Offre De Drogues Au Temps Du Covid-19 : Observations Croisées Du Dispositif. *Observatoire français des drogues et des toxicomanies*. 2020;1–20.
14. Gérome C, Gandilhon M, Albisson A, Toulouse T, Occitanie C, Bailly F, et al. TREND-N°2 Evolution des usages et de l'offre de drogues au temps du COVID-19 : observations croisées du dispositif TREN. 2020;1–20.
15. Laqueille X, Lucet C. 1- Clinique des addictions. In: *Pratiques cliniques en addictologie* Lavoisier. 2017. p. 1 à 7.



16. Charles Rozaire, Morgane Guillou Landreat, Marie Grall-Bronnec, B. Rocher J-LV. Qu'est-ce que l'addiction ? Archives de politique criminelle. 2009;31:9 à 23.
17. Ahmed SH. Une brève histoire des modèles animaux de l'addiction. BIOFUTUR. 2012;36-8.
18. Lejoyeux M, Embouazza H. Troubles psychiatriques et addictions. Addictologie. 2009;51-61.
19. Tassin J-P. Neurobiologie de l'addiction : proposition d'un nouveau concept. L'information psychiatrique. 2007;83(2):91.
20. Dervaux A. 2-Neurobiologie des addictions. In: Pratiques cliniques en addictologie Lavoisier. 2017. p. 8 à 15.
21. Aubin H, Skanavi S, Aubin H, Skanavi S. Modèles psychologiques de compréhension des addictions. In: Traité d'addictologie. 2016. p. 95 à 103.
22. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. Neuropsychopharmacology. 2010;35(1):217-38.
23. Lopez-Quintero C, Cobos JP de los, Hasin DS, Okuda M, Wang S, Grant BF, et al. Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine. Drug and Alcohol Dependence. 2011;115:120-30.
24. Dervaux A, Lerner S, Rousselet A. 4. Facteurs de vulnérabilité des addictions. In: Pratiques cliniques en addictologie. 2017. p. 24 à 34.
25. Legleye H, Lagrange S. Violence, alcool, cannabis et dépression chez adolescents français. 2007;6.
26. J. Conrod P, Nikolaou K. Annual Research Review: On the developmental neuropsychology of substance use disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2016;57(3):371-94.
27. Ramoz N, Gorwood P. Les addictions sous l'angle de la génétique. Médecine/Sciences. 2015;31(4):432-8.
28. Gorwood P, Strat Y le, Ramoz N. The concept of addiction according to genetics. Psychotropes. 2009;14(3-4):29-39.
29. Guinle MIB, Sinha R. The role of stress, trauma, and negative affect in alcohol misuse and alcohol use disorder in women. Alcohol Research: Current Reviews. 2019;40(2):1-17.
30. Begue L. Etude Evaluative sur les Relations entre Violence et Alcool. J. 2006;53(9):1689-99.
31. Fenton MC, Geier T, Keyes K, Skodol AE, Grant BF, Hasin DS. Combined role of childhood maltreatment, family history, and gender in the risk for alcohol dependence. Psychological Medicine. 2013;43(5):1045-57.
32. Michel R. 1. Comprendre les addictions: état de l'art. Traité d'addictologie. 2016;2e éd.:1-28.
33. Richard C, Lussier M-T. Chapitre 24, Les personnes souffrant d'une dépendance. In: La communication professionnelle en santé 2e édition. p. 541-67.
34. Taschini E. 3- Psychopathologie des conduites addictives. Pratiques cliniques en addictologie. 2017;16-23.
35. Boumendjel M, Benyamina A. Les "pathologies duelles" en addictologie : état des lieux et prise en charge. In: Traité d'addictologie. 2016. p. 139 à 149.



36. Coleman-Cowger VH, Baumer PC, Dennis ML, Scott CK. L'impact de la concomitance de troubles liés à la consommation de substance et de troubles de santé mentale sur les comportements à risque en fonction de l'âge. *Drogues, santé et société*. 2016;14(1):16–77.
37. OMS. Elargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation des substances psychoactives. 2008;48.
38. HAS. La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). 2019;
39. Cadet-Taïrou A, Janssen É, Guilbaud F. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2019. *Tendances, OFDT*. 2020;142(Tableau 1):1–4.
40. Santé Publique France. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2019;5–6:89–97.
41. Hervé F. Quel accompagnement pour les usagers actifs? *Rhizome*. 2016;N°62(4):18.
42. Bichsel N, Conus P. La stigmatisation : un problème fréquent aux conséquences multiples. *Revue médicale suisse*. 2017;13:478–81.
43. Addict'AIDE. Les stigmatisations des usagers de drogues injectables dans les structures de soins, et leurs stratégies pour éviter la stigmatisation. Une étude publiée dans *Drug and Alcohol Dependence* [Internet]. 2019. Available from: <https://www.addictaide.fr/les-stigmatisation-des-usagers-de-drogues-injectables-dans-les-structures-de-soins-et-leurs-strategies-pour-eviter-la-stigmatisation-une-etude-publiee-dans-drug-and-alcohol-dependence-2/>
44. Ahern J, Stuber J, Galea S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;88(2–3):188–96.
45. Tron L, Belon A, Registres et le R français des, (Francim)* des cancers. Influence de l'environnement social sur la survie des patients atteints d'un cancer en France. *Etude du réseau FRANCIM*. 2021;81–93.
46. INRS. Addictions, effets sur la santé. [Internet]. 2018. Available from: <https://www.inrs.fr/risques/addictions/effets-sante.html#b988455b-c18d-4d21-b18c-c8de1436212b>
47. Herman G. Chomage et santé mentale : Quels effets, quelles explications? In: *Travail, chômage et stigmatisation*. 2007. p. 65–97.
48. Alexander AC, Hébert ET, Businelle MS, Kendzor DE. Everyday discrimination indirectly influences smoking cessation through post-quit self-efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*. 2019;198(February):63–9.
49. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. *Journal Officiel de la République Française*. 1987;21(8):104.
50. Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C. Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. *Enchaînements et accumulations au cours de la vie*. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2009;57(6):429–35.
51. Richard C, Lussier MT. Les patients vivant dans la pauvreté. In: *La communication professionnelle en santé 2e édition*. 2016. p. 569–79.
52. OMS. Comblent le fossé en une génération instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. *Commission des Déterminants sociaux de la Santé*. 2008;



53. Bryere J, Dejardin O, Launay L, Colonna M, Grosclaude P LG. Socioeconomic status and site-specific cancer incidence, a Bayesian approach in a French Cancer Registries. French Network of Cancer Registries (FRANCIM) (2016). (<https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000326> PMID:27879493).
54. Bruchon-Schweitzer M, Boujut E. Les facteurs environnementaux et sociaux de la santé. Concepts, méthodes et modèles. DUNOD, editor. 2021. 564.
55. Desenclos J-C, Arwidson P. Inégalités sociales et territoriales de santé : des connaissances et des faits probants pour l'action ! Santé publique France. 2016;274-5.
56. Moron J. L'habitus de santé des patients précaires suivis en médecine générale : une étude qualitative auprès de 10 patients de médecine générale en Cote d'Or. 2016.
57. Jusot F. Inégalités sociales de santé : Quels constats ? Quels leviers d'action ? In: IRDES. 2010.
58. Institut de veille sanitaire département des maladies infectieuses. Le recours tardif aux soins des personnes séropositives pour le VIH Modalités d'accès et contextes socioculturels. 2006;
59. Jusot F, Khlal M, Rochereau T, Sermet C. Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif. Questions D'Economie De La Sante (Irdes). 2007;(125):1-4.
60. Pornet C, Dejardin O, Morlais F, Bouvier V, Launoy G. Déterminants socio-économiques de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal, Calvados (France), 2004-2006. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire. 2010;12:109-12.
61. Inégalités sociales de santé et dépistage organisé du cancer du sein. In: institut national du cancer. 2012.
62. Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice: The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations. American Journal of Public Health. 2008;98(2):216-21.
63. INSEE. La santé des sans domicile, usagers des services d'aide. Insee première. 2003;893.
64. Cottin-Euziol M-E. Étude du ressenti de la qualité de vie des sujets en situation de précarité pratiquant une activité physique adaptée régulière. Grenoble alpes.; 2018.
65. Massourbre C, Kovess-masfety V, Granat AS. Sujets en situation de précarité facteurs de risque et évaluation. Mesures de protection sociale. Collège National Universitaire de Psychiatrie. 2007;1-7.
66. Furtos J. Solidarité ou cohésion sociale, il faut choisir. 2017.
67. Furtos J. De la précarité à l'auto-exclusion [Internet]. 2009. Available from: <https://www.atd-quartmonde.fr/bibliographie/de-la-precarite-a-lauto-exclusion/>
68. Furtos J. De la précarité à l'auto-exclusion. In 2009. p. 148-62.
69. Kaltenbach P. Etude de la proposition de loi visant à lutter contre la discrimination à raison de la précarité sociale. 2015.
70. Darcourt G. La double stigmatisation des personnes atteintes de psychose et désocialisées. Information Psychiatrique. 2007;83(8):671-3.



71. Wear D, Kuczewski MG. Perspective: Medical students perceptions of the poor: What impact can medical education have? *Academic Medicine*. 2008;83(7):639–45.
72. Willems SJ, Swinnen W, De Maeseneer JM. The GP's perception of poverty: A qualitative study. *Family Practice*. 2005;22(2):177–83.
73. Legleye S, Beck F, Peretti-Watel P, Chau N. Le rôle du statut scolaire et professionnel dans les usages de drogues des hommes et des femmes de 18 à 25 ans. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2008;56(5):345–55.
74. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018 – 2022. 2022.
75. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT). Tableau de bord "Traitements de substitution aux opioïdes" (mise à jour septembre 2020). 2020;1–21.
76. Durand R. La couverture maladie universelle. *Droit, Déontologie & Soins*. 2017;
77. HAS. Présentation des établissements lits halte soins santé , lits d'accueil médicalisés et appartements de coordination thérapeutique, dont le dispositif « Un chez-soi d'abord ». 2020;
78. Monetti M, Pozzetto B, Plotton C, Gocko X, Monetti M. Le virus Sars-CoV-2 et ses variants. *Exercer*. 2021;118–27.
79. Yazdanpanah Y et ED. Coronavirus et Covid-19 | Inserm - La science pour la santé. 2020.
80. COVID-19 : chiffres clés et évolution – Santé publique France [Internet]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde#block-266151>
81. Gouvernement.fr. Info Coronavirus COVID-19 - STOPCOVID [Internet]. 2020. Available from: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>
82. Lambert A, Cayouette-remblière J, Guéraud É, Roux G Le, Bonvalet C, Girard V, et al. Le travail et ses aménagements : ce que la pandémie de covid-19 a changé pour les Français. 2020;
83. Sesé L, Nguyen Y, Leprieur EG, Annesi-Maesano I, Cavalin C, de Bouillé JG, et al. Impact of socioeconomic status in patients hospitalised for COVID-19 in the Greater Paris area. *European Respiratory Journal*. 2020;56(6).
84. Barhoumi M, Jonchery A, Solaz A. Les inégalités sociales à l'épreuve de la crise sanitaire : un bilan du premier confinement. *INSEE*. :1–97.
85. Bajos N, Warszawski J, Pailhé A, Counil E, Justot F, Spire A, et al. Les inégalités sociales au temps du COVID-19. *IRESP-numéro spécial de santé publique*. 2020;(Hors-série):65–79.
86. Liaison A De, Urgences S. COORDINATION SANITAIRE RUE-NANTES Point général : D' un point de vue addictologique : D' un point de vue psychiatrique : D' un point de vue de la PASS mobile : D' un point de vue de l' hébergement : Point d' attention concernant le SIAO : 2020;
87. Les addictions en France au temps du confinement. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 2020;2020:1–8.
88. CNS. Point de vigilance CNS COVID 19 : « Pratiques de déprogrammation des soins des patients » Du 06 novembre 2020. 2020;4–7.



89. Niox-chateau S. COMMUNIQUE DE PRESSE Covid-19 : Doctolib alerte sur la chute de fréquentation des cabinets et s'engage pour permettre aux patients de retourner consulter. 2020;16–8. Available from: www.community.doctolib.com
90. Ministère des solidarités de la santé. Préparation à la phase épidémique de Covid-19. 2020.
91. Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement. Hébergements d'urgences - Covid 19.
92. Ministères des solidarités et de la santé. COVID-19 - Continuité des activités des structures de prévention et de prise en charge qui accueillent du public Structures concernées : CEGIDD, CLAT, Centres de vaccination, services départementaux de PMI, CSAPA, CAARUD. 2021;1–15.
93. Béranger F. Coronavirus: en Sarthe, les Restos du Coeur s'organisent pour maintenir leurs distributions. France 3 Pays de La Loire [Internet]. Available from: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/pays-de-la-loire/sarthe/le-mans/coronavirus-centres-aide-alimentaire-s-organisent-1801768.html>
94. Franceinfo. Coronavirus: les associations d'aide alimentaire sont débordées. France info [Internet]. Available from: https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/covid-19-les-association-d-aide-alimentaire-sont-debordees_4081207.html
95. Lieppert A, Viniacourt E, Vives A. Précarité: avec la crise du Covid-19, l'aide alimentaire est submergée de demandes. LeParisien [Internet]. 2020; Available from: <https://www.leparisien.fr/societe/precarite-avec-la-crise-du-covid-19-l-aide-alimentaire-est-submergee-de-demandes-20-08-2020-8370405.php>
96. Académie nationale de Médecine. Santé psychique et hygiène mentale en période de confinement. 2020.
97. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet [Internet]. 2020;395(10227):912–20. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
98. Monziols M, Chaput H, Verger P, Scronias D. Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19? Etudes et résultats [Internet]. 2020;1150(encadré 2). Available from: www.data.drees.sante.gouv.fr
99. Tableau 2. Enquête CoviPrev: Prévalences et évolutions de l'anxiété selon les profils sociodémographiques et les conditions de vie liées à l'épidémie. Santé publique France [Internet]. 2021;1:2021. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>
100. Santé Publique France. Comment évolue la santé mentale des Français pendant l'épidémie. 2021;17–20.
101. Longchamps C, Ducarroz S, Crouzet L, el Aarbaoui T, Allaire C, Colleville A-C, et al. Connaissances, attitudes et pratiques liées à L'épidémie de Covid-19 et son impact chez les personnes en situation de précarité vivant en centre d'hébergement en France: Premiers Résultats de l'étude Echo. Beh [Internet].



- 2021;(1):2–9. Available from: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov_1/2021_Cov_1_1.html
102. BVA. Étude BVA-addiction France - Communiqué de presse. 2021;8–11.
103. Hautefeuille M. Covid-19, confinement et addictions. *Psychotropes*. 2020;26(2):11.
104. Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021. Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS. 2021;6e rapport. Available from: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-rapport-6>
105. Karila L, Benyamina A. Addictions en temps de pandémie. *La Presse Médicale Formation*. 2021;2(3):273–81.
106. Observatoire Français des drogues et toxicomanies (OFDT). Tableau de bord TABAC (Mai 2021). 2021; Available from: <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-tabac/>
107. Brissot A, Philippon A, Data SS. Résultats de l' enquête Cannabis online 2020. OFDT. :1–22.
108. GDS. Global Drug Survey COVID-19 Special Edition: Key Findings Report [Internet]. 2020. Available from: <https://www.globaldrugsurvey.com/gds-covid-19-special-edition-key-findings-report/>
109. Farhoudian A, Radfar SR, Ardabili HM, Rafei P, Ebrahimi M, Zonoozi AK, et al. A global survey on changes in the supply, price and use of illicit drugs and alcohol, and related complications during the 2020 COVID-19 pandemic. 2020;
110. Guineberteau C. Encadrement réglementaire des recherches en médecine générale. *Exercer*. 2017;n°135:327–34.
111. Formalités réglementaires 2020 en recherche en santé [Internet]. Available from: <https://sondages.unistra.fr/limesurvey/index.php/262984>
112. Joseph JP. Caractéristiques et qualité des thèses de médecine générale utilisant une méthodologie qualitative : une évaluation avec le SRQR modified Characteristics and quality of using qualitative methods general practice thesis : a modified SRQR evaluation. *Exercer*. 2019;N°158.
113. Maisonneuve H. Construire une enquête et un questionnaire. *Revue des étudiants en soins primaires et chercheurs toulousains*. 2012;N°2:15.
114. Fédération addiction. Webinaire - Accompagnement et hébergement des personnes usagères de produit(s) durant la crise. In 2020. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=h3maj3av0SE&list=LL&index=3>
115. Fédération addiction. Webinaire : Addictions, quelles leçons tirer de la crise sanitaire ? In 2020. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=9qGUx0SyS80&list=LL&index=14>
116. Dohngelich M. Marché des drogues au temps du Covid-19 en Europe et en France : un bilan désormais enrichi. *Sécurité globale*. 2020;N°23(3):43.
117. Dohngelich M. Marché des drogues et criminalité au temps du Covid 19 : état des lieux et perspectives. *Sécurité globale*. 2020;N°22:49 à 59.
118. Thompson K, Dutton DJ, MacNabb K, Liu T, Blades S, Asbridge M. Modifications de la consommation d'alcool pendant la pandémie de COVID 19 : exploration des



- différences selon le genre et du rôle de la détresse émotionnelle. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2021;41(9).
119. Cambois E, Laborde C, Robine J-M. La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2008;56(6):S367.
 120. Moisy M. La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2015;(36/37):662–70.



Annexes

(1) Annexe : questionnaire.

Ce questionnaire a pour but d'interroger les pratiques addictives des personnes en situation de précarité et leur accompagnement médico-social dans le contexte de crise sanitaire du COVID19.

Je souhaite explorer cette problématique à travers le ressenti des professionnels et des bénévoles travaillant auprès de cette population.

Cela vous prendra 30 min environ.

N'hésitez pas à laisser des commentaires libres.

La partie 1 et 3 est à remplir par l'ensemble des professionnels et bénévoles.

La partie 2a est à remplir par les travailleurs sociaux et acteurs du social.
La partie 2b est à remplir par les acteurs du para-médical et médical.

Ce travail est réalisé dans le cadre de ma thèse de médecine générale encadrée par le Dr LE GEAY.

Les informations recueillies sont anonymes et les questionnaires seront détruits une fois les données collectées et analysées.

MERCI !

Zoé BIZOUARNE.

Interne de médecine générale.

zoebizouarnepro@gmail.com.

GENERALITES

Date

Quel est le nom de votre structure/association ?

Quel type d'accompagnement faites-vous (RDV sur site / RDV à l'extérieur / maraudes / consultations médicales / hospitalisation / autres) ?

Quel est votre rôle auprès des usagers (travailleur social / bénévole / médecin / IDE / psychologue / autre) ?

PARTIE 1

PRATIQUES ADDICTIVES ET SOINS EN ADDICTOLOGIE à remplir l'ensemble des professionnels et bénévoles

1- Avez-vous constaté une augmentation de la consommation des produits licites et illicites?

Oui

Non

Ne peut pas répondre

Si oui cochez les produits en augmentation d'après vous:

Alcool	<input type="checkbox"/>	Cannabis	<input type="checkbox"/>	Cocaine base	<input type="checkbox"/>	Méthadone	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	Ectasy	<input type="checkbox"/>	Cocaine sniffée	<input type="checkbox"/>	Benzodiazépines	<input type="checkbox"/>



UNIVERSITÉ DE NANTES

Héroïne Morphine Subutex

Autres: _____

2- Avez vous constaté un report de consommation vers d'autres produits?

Oui Non Ne peut pas répondre

Si oui cochez vers quels produits:

Alcool Cannabis Cocaine base Méthadone
Tabac Ecstasy Cocaine sniffée Benzodiazépines
Héroïne Morphine Subutex

Autres: _____

Pourquoi d'après vous ?

Raison économique Pénurie de produits

Peur de l'extérieur et de la contamination par le SARS-COV2

Autres: _____

3- Si vous avez constaté une augmentation et ou modification de pratiques addictives, d'après vous pour quelles raisons:

Report de consommation vers un autre produit Anxiété Peur du manque

Autres: _____

4- Avez-vous constaté une diminution des pratiques addictives?

Oui Non Ne peut pas répondre

Si oui cochez les produits en diminution d'après vous:

Alcool Cannabis Cocaine base Méthadone
Tabac Ecstasy Cocaine sniffée Benzodiazépines
Héroïne Morphine Subutex

Autres: _____

5- Si vous avez constaté la diminution de pratiques addictives, d'après vous pour quelles raisons:

Peur de l'extérieur et de la contamination par le SARS-COV2 Pénurie de produits

Période vécue comme une opportunité pour arrêter Raison économique

Autres: _____

6- Avez-vous constaté un arrêt des consommations ?

Oui Non Ne peut pas répondre

Si oui pour quelle raison ?

Peur de l'extérieur et de la contamination par le SARS-COV2 Involontaires

Période vécue comme une opportunité pour arrêter Raison économique

Pénurie de produits

Autres: _____

7- Ces modifications des pratiques addictives ont-elles eu des répercussions dans vos pratiques ?

Oui Non Ne peut pas répondre

Si oui pourquoi:

Usagers perdus de vue Réticence dans les soins

Manque de personnel Manque de ressources des professionnels



UNIVERSITÉ DE NANTES

Répercussions négatives Répercussions positives
Rupture de suivi en addictologie

Autres: _____

8- Avez-vous autorisé la consommation d'alcool sur votre site au moment du confinement?

Oui Non Ne peut pas répondre

Si oui précisez en les modalités (organisation, contrat avec l'utilisateur, achat d'alcool par la structure etc)

9- Avez-vous constaté un retard dans la prise en charge des soins en addictologie?

Oui Non Ne peut pas répondre

Lesquelles:

Hospitalisation annulée Retard dans les sevrages ambulatoires
Diminution de l'offre de soin Manque de place du fait de la réorganisation

Autres: _____

10- Avez-vous eu l'impression d'une augmentation des décompensations psychiatriques?

Oui Non Ne peut pas répondre

Si oui quelles en ont été les manifestations :

Conduites suicidaires Passage à l'acte suicidaire Hétéroagressivité
Autoagressivité Décompensations délirantes Dépression
Anxiété

Autres: _____

11- Avez-vous constaté une augmentation de la demande de soins en addictologie de la part des usagers?

Oui Non Ne peut pas répondre

Commentaires éventuels: _____

PARTIE 2A

EVOLUTION DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE ET D'ADDICTION - à remplir par les travailleurs sociaux et acteurs du social

1- Avez-vous maintenu pendant le confinement l'activité de votre structure/accompagnement :

Oui Non Ne peut pas répondre

Si oui précisez :

Maraudes RDV extérieur RDV sur site Restauration
Accueil de jour Accueil de nuit Accès hygiène

Autres: _____



2- Avez-vous modifié vos conditions d'accueil/d'accompagnement pendant le confinement ?

Oui Non Ne peut pas répondre

Si oui précisez en les modalités: _____

3- Les modifications d'accueil/d'accompagnement ont-elles été sources de difficultés pour les professionnels ?

Oui Non Ne peut pas répondre

Pouvez-vous expliquer ?

Manque de personnels Impression de solitude Manque de protection

Usagers non satisfaits des réorganisations

Autres: _____

4- Avez-vous développé de nouvelles méthodes de suivi à distance ?

Oui Non Ne peut pas répondre

Si oui lesquelles (sms ? appel ? visio ? etc) _____

5- D'après vous ces modifications ont elles eu un impact positif sur les usagers ?

Pas du tout Moyennement Beaucoup

Pouvez-vous expliquer ? _____

6- Pensez-vous pérenniser certaines de ces modifications ?

Oui Non Ne peut pas répondre

Lesquelles: _____

Pourquoi :

Usagers satisfaits Facilite le lien et l'accompagnement Gain de temps

Obligations vis à vis des règles sanitaires

Autres: _____

7- Avez-vous rencontré beaucoup de nouveaux usagers ?

Oui Non Ne peut pas répondre

D'après vous pourquoi: _____

Commentaires éventuels: _____



PARTIE 2B
EVOLUTION DE L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE ET D'ADDICTION -- à remplir par acteurs du para-médical et médical

1 - Avez vous pu maintenir les consultations / séjours prévus pour des problématiques d'addictologie ?

Oui Non Ne peut pas répondre

2 - Avez-vous développé d'autres formes d'accompagnements accès sur la santé à distance?

Si oui lesquelles : téléphone ? sms ? mail ?
Autres: _____

3a- Quels ont été pour vous les inconvénients de ces nouvelles méthodes ?

Chronophage Mise en place complexe
Usagers insatisfaits Problématique de confidentialité

Autres: _____

3b- Quels ont été pour vous les avantages de ces nouvelles méthodes ?

Usagers satisfaits Gain de temps Facilite le lien et l'accompagnement

Autres: _____

4- Avez-vous continué de travailler avec ces nouvelles méthodes ?

Oui Non Ne peut pas répondre

5 - Avez-vous constaté plus de difficultés d'accès aux soins courants (soins dentaires, problèmes médicaux aigus, etc)

Oui Non Ne peut pas répondre

Quelles en sont les causes d'après vous ?

Economique Peur de l'extérieur et de la contamination
Peur de déranger Manque de disponibilités des professionnels de santé

Autres: _____

6 - Avez-vous constaté des ruptures de suivi/rupture de séjour du fait de la pandémie ?

Oui Non Ne peut pas répondre

7- Avez-vous constaté une augmentation du nombre des situations urgentes ?

Oui Non Ne peut pas répondre

8- Avez-vous constaté une augmentation du recours aux soins courants des usagers concernant leur état de santé ?

Oui Non Ne peut pas répondre

D'après vous pourquoi :

Inquiet de leurs comorbidités avec la covid
Période vécue comme une opportunité pour prendre soin de sa santé
Augmentation des problématiques de santé

Autres: _____



9- Avez-vous constaté plus de difficultés d'accès aux soins courants (Soins dentaires, problèmes médicaux aigus, etc) ?

Oui Non Ne peut pas répondre

Quelles en sont les causes d'après vous ?

Manque de disponibilités des professionnels de santé

Peur de déranger

Économique

Commentaires éventuels:

PARTIE 3

COORDINATION ET REORGANISATION DU PARCOURS MEDICO-SOCIAL DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE ET D'ADDICTION- à remplir *l'ensemble des professionnels et bénévoles*

1- Avez-vous été contacté et aidé par les structures d'administration locales pour la mise en place d'une coordination (ARS, mairie, préfecture, autres ?)

Oui Non Ne peut pas répondre

Par qui ? _____

Si oui de quelles façons ?

Accompagnement pour la réorganisation

Financement

Approvisionnement de matériel de protection à l'usage des professionnels et bénévoles

Renfort en professionnels

Autres:

2 - Avez-vous l'impression que la coordination locale entre structures a été plus facile du fait de la situation ?

Oui Non Ne peut pas répondre

Si oui, pouvez-vous détailler : _____

3 - Avez-vous observé une dégradation de la qualité de vie des usagers du fait de la pandémie ?

Pas du tout Moyennement Beaucoup

D'après vous pour quelles raisons :

Economique Problème de continuité de l'accompagnement

Difficultés d'accès à l'hygiène Difficultés alimentaires

Inquiétude face à la situation Difficultés d'accès au logement

Sécurité

Autres:

4 - Etes-vous satisfait en tant que professionnel de la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'addiction pendant la pandémie ?



UNIVERSITÉ DE NANTES

- Pas du tout satisfait
- Plutôt pas satisfait
- Plutôt satisfait
- Complètement satisfait

Pouvez-vous expliquer ? _____

Commentaires éventuels: _____



(2) Annexe : Les participants.

Participant 1	19/01/21	IDE	Santé
Participant 2	20/01/21	travailleur social	Social
Participant 3	21/01/21	travailleur social	Social
Participant 4	21/01/21	travailleur social	Social
Participant 5	25/01/21	chef de service	Social
Participant 6	28/01/21	psychologue	Santé
Participant 7	03/02/21	IDE	Santé
Participant 8	05/02/21	IDE	Santé
Participant 9	05/02/21	travailleur social	Social
Participant 10	05/02/21	travailleur social	Social
Participant 11	05/02/21	travailleur social	Social
Participant 12	08/02/21	travailleur social	Social
Participant 13	08/02/21	IDE	Santé
Participant 14	08/02/21	travailleur social	Social
Participant 15	08/02/21	médecin	Santé
Participant 16	09/02/21	travailleur social	Social
Participant 17	10/02/21	responsable de l'établissement	Social
Participant 18	10/02/21	travailleur social	Social
Participant 19	10/02/21	travailleur social	Social
Participant 20	22/02/21	travailleur social	Social
Participant 21	22/02/21	médecin	Santé



Participant 22	23/02/21	travailleur social	Social
Participant 23	23/02/21	accueillante	Social
Participant 24	24/02/21	travailleur social	Social
Participant 25	24/02/21	IDE	Santé
Participant 26	25/02/21	travailleur social	Social
Participant 27	25/02/21	psychologue	Santé
Participant 28	25/02/21	médecin	Santé
Participant 29	25/02/21	travailleur social	Social
Participant 30	01/03/21	IDE	Santé
Participant 31	16/03/21	psychologue	Santé
Participant 32	16/03/21	travailleur social	Social
Participant 33	18/03/21	travailleur social	Social
Participant 34	22/03/21	médecin	Santé
Participant 35	01/04/21	travailleur social	Social
Participant 36	01/04/21	médecin	Santé
Participant 37	07/04/21	travailleur social	Social
Participant 38	08/04/21	médecin	Santé
Participant 39	14/04/21	travailleur social	Social
Participant 40	19/04/21	bénévole	Social
Participant 41	22/04/21	bénévole	Social
Participant 42	22/04/21	bénévole	Social
Participant 43	09/05/21	bénévole	Social



UNIVERSITÉ DE NANTES

Participant 44	29/10/20	médecin	Santé
Participant 45	25/11/20	IDE	Santé



(3) Annexe : Retranscription des réponses des participants.

Partie 1

3- Si vous avez constaté une augmentation et ou modification de pratiques addictives, d'après vous pour quelles raisons ?

Participant 2 : Consommation plus étalée sur la journée- mise au travail de la pratique Rééducation des risques. Fonctionnement 24/24h. Possibilité de consommer en extérieur (jardin)

Commentaires éventuels partie 1.

Participant 3 : « Du fait des 2 confinements, il nous a fallu gérer des budgets ainsi que des bouteilles d'alcool de certains usagers au sein de la structure (prévention DT). »

Participant 5 : « Nous avons observé une baisse du stress de public habituellement à la rue et qui obtenait une prise en charge longue et de meilleur qualité »

Participant 9 : La situation sanitaire a comme redistribué les cartes. Certaines situations stabilisées se sont dégradées du fait que rester confiner chez soit difficile pour ces personnes, tandis que d'autres se sont améliorées du fait de l'ouverture de places d'urgence en hébergement et l'assouplissement du cadre autour de l'alcool et des produits. »

Participant 10 : « Étant sûr de nombreuses missions partenariales, j'ai constaté une évolution des pratiques des structures sociales et médico-sociales, notamment en termes d'autorisation de l'alcool sur sites et d'une plus grande recherche de compréhension des problématiques addictives »

Participant 17 : « Nous accueillons des personnes en situation d'addiction. Pour autant il est difficile d'évaluer si ces pratiques sont différentes du fait du covid, notre établissement a ouvert le 16 mars 2020, donc juste au début de la crise sanitaire. »

Participant 24 : « demande de lien et d'échanges en direct en réaction à un isolement social plus grand »

Participant 26 : « demande de lien et d'échanges en direct en réaction à un isolement social plus grand »

Participant 27 : « Besoin de liens de la part des usagers durant cette période »

Participant 40 : « Je pense que le fait de ne plus pouvoir se rencontrer pour échanger les uns avec les autres à certainement fragilisé certains de nos usagers, les appels téléphoniques que nous avons pu donner ne remplaçant pas ce lien visuel et présentiel, pour certaines personnes nos réunions étaient la possibilité de recréer du lien social, après cette crise sanitaire je pense que soit nos associations vont soit vivoter, soit au contraire nous allons avoir beaucoup d'appels et ne pas pouvoir faire face à la demande, car la plus part de nos membres actifs sont âgés, mais gardons espoir. »

Participant 44 : « difficulté d'accès aux produits et modifications des habitudes de consos + confinement sur la structure et présence de soignants sur la structure a permis d'aborder la problématique addicto et de réfléchir aux différentes perspectives dont celle de RdR plus facilement "acceptable" par les professionnels du fait des circonstances exceptionnelles »

Participant 45 : « Augmentation de la verbalisation sur les consos avec plus d'authenticité sur la nature des produits consommés et la quantité »

Partie 2a

3- Les modifications d'accueil/d'accompagnement ont-elles été sources de difficultés pour les professionnels ?

Participant 5 : Grand sentiment de satisfaction

Participant 11 : Au contraire, c'était hyper intéressant de réfléchir à de nouvelles façons de travailler

Participant 5 : Les conditions d'accueil se sont objectivement améliorées

Participant 10 : Nouvelle façon de penser l'accompagnement

Participant 11 : Pouvoir différer, mieux communiquer

Participant 13 : perte de liens

Participant 14 : les usagers n'ont que très peu accès aux technologies

Participant 18 : a permis de garder le lien et de faire écoute active mais peu satisfaisant sur la durée

Participant 19 : Difficulté à maintenir les liens, et augmentation des sollicitations en présentiel sur l'établissement



Participant 20 : offre de soins plus large »

Participant 22 : les rendez vous en présentiel restent majoritairement plébisciter

Participant 26 : le contact en direct est quand même plus évident et pertinent

Participant 33 : manque de relations sociales, meilleur accès au soin pour certains

7- Avez-vous rencontré beaucoup de nouveaux usagers ?

Participant 3 : Durant cette crise sanitaire, beaucoup de personnes ont pu être orientées via le 115 et les différents partenaires sociaux.

Participant 4 : Mise à l'abri dans le centre de personne sans abris

Participant 5 : L'effectif a été stable pendant toute la durée du confinement

Participant 9 : Mouvements des personnes, qui arrivent ou qui partent de Nantes.

Participant 10 : Parce qu'on en connaît déjà beaucoup

Participant 11 : Confinement

Participant 12 : c'est habituel, et d'autres structures ont réduit leurs accueils

Participant 17 : Nous avons été parfois (souvent) la seule structure d'accueil ouverte à Nantes

Participant 18 : les situations de précarité se sont accrues et moins de disponibilités des institutions et services d'accompagnement

Participant 19 : Etablissement repéré comme lieu ressource pour attestation de sortie, aide sociale, accès à l'hygiène et la vêture, les masques

Participant 24 : maximisation des consommations à domicile

Participant 29 : Nous avons autant de nouveaux usagers qu'en période hivernale hors covid, c'est une période habituelle pour avoir de nombreux nouveaux usagers.

Participant 33 : le contexte anxiogène a favorisé les rechutes

Participant 39 : Fermeture de certaines institutions permettant l'enregistrement des personnes en demande d'asile

Participant 41 : liaisons téléphoniques avec ceux et celles déjà connus

Participant 42 : En maraude nous avons rencontré une nouvelle population, plus jeune. certains en relation avec les ZAD de NDDL et du Carnet. J'ai l'impression que cette nouvelle population circule davantage, se fixe moins à Nantes. Donc pour un accompagnement c'est plus difficile.

Partie 2b

3a- Quels ont été pour vous les inconvénients de ces nouvelles méthodes ?

Participant 1 : Mise en place complexe, n'a fait que renforcer la solitude des usagers.

Participant 7 : les usagers précaires n'ont pas toujours de smartphone, ils perdent leur téléphone ect

Participant 15 : Mise en place complexe, peu de solutions de prises en charge hospitalière par manque de lits de sevrage car requisitionnés Covid

Participant 21 : fatigant. Ne permet pas la même chose qu'une consultation en présentiel : moins cadrant, manque d'informations cliniques, permet une forme d'évitement chez des personnes pour qui c'est souvent une problématique centrale. Utilisation de matériel personnel : forfait téléphonique à la charge du professionnel

Participant 31 : Le manque d'éléments (expression du visage, mimique, regard) pour apprécier l'état psychique de la personne. Le transfert ne s'opère pas de la même manière voire pas du tout...

Participant 44 : nécessité de connaître les personnes, bien pour un suivi, si instable pb pour l'examen

Participant 45 : fracture numérique

Partie 3

4 - Etes-vous satisfait de la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'addiction pendant la pandémie, pouvez-vous expliquer ?

Participant 1 : difficulté de contacter les services d'addictologie par téléphone, même en dehors du contexte de pandémie. "Fracture" sociale/médicale.

Participant 3 : Des démarches et des suivis individuels ont pu être approfondis pour certains usagers.

Participant 7 : comment peut on demander à un usager vivant à la rue de respecter un confinement ? comment peut il se nourrir sans pouvoir faire la manche ?

Participant 8 : Nous avons maintenu en grande partie les missions essentielles (accès à la RDR et accès aux traitements médicamenteux), le contraire aurait été inhumain



Participant 9 : Question complexe, mais des efforts sont fait et les pratiquent évolues. Il y a eu des ouvertures vers de nouvelles possibilités.

Participant 10 : Comme dit précédemment, ils sont quasi tous hébergés et ça change tout en termes d'accès au soin. le fait de se poser leur permet de se projeter et donc de travailler le soin

Participant 12 : désorganisation des services d'hébergement, non prise en compte des effets de l'isolement social

Participant 15 : la distanciation dégrade la qualité du suivi pour les patients destabilisés. Les outils mis à disposition n'ont pas pu éviter l'inaccessibilité à certains soins.

Participant 17 : Pas assez de recul d'expérience pour me prononcer sur ce point

Participant 20 : lits en addictologie fermés

Participant 21 : Les soins psychiques ont été différés ou stoppés et les structures sociales fermées, laissant ainsi de nombreux patients isolés et sans soins ni même contact humain. Minimisation ou non prise en compte de l'importance des soins psychiques par les pouvoirs publics, doublée d'une communication centrée sur la peur et la culpabilisation des personnes, chez des gens déjà fragiles...

Participant 23 : la mobilisation de l'équipe qui fût très dynamique participative et mobilisée.

Participant 24 : diminution des offres d'accompagnement (surtout sur la question de l'hébergement d'urgence)

Participant 26 : plutôt satisfait pour l'accompagnement réalisé au sein de la structure. Pas satisfait de la prise en charge des autres associations ou services qui gravitent autour des usagers reçu par Oppelia (ex: hébergement, accès aux démarches administratives, accès à l'alimentaire...

Participant 27 : poursuite de la prise en charge au sein de la structure

Participant 28 : Difficile de savoir, je pense que la structure où je travaille a su mettre en place des règles de fonctionnement exceptionnelle. Mes patients ont poursuivi les consultations et la délivrance a continué aussi.

Participant 29 : Beaucoup moins de places pour les accueillir la journée ou la nuit, des délais d'attente plus long pour le moindre rendez vous, tout passe par le numérique alors qu'ils ont justement du mal à y avoir accès ou à le maîtriser, une réponse aux besoins de première nécessité (alimentation, hygiène, repos, etc) et une possibilité d'accès à ceux ci qui se sont dégradées, etc.

Participant 33 : forte mobilisation des professionnels



UNIVERSITÉ DE NANTES

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)

[Empty dotted box for signature and stamp]

Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)

[Empty dotted box for signature and stamp]

Docteur Bertrand LE GEAY

Vu, le Doyen de la Faculté,

[Empty dotted box for signature and stamp]

Professeur Pascale JOLLIET

NOM : BIZOUARNE

PRENOM : Zoé

Titre de Thèse : Étude descriptive de l'évolution des pratiques addictives de personnes en situation de précarité pendant la pandémie du COVID en 2020. Enquête réalisée auprès de partenaires sanitaires et médico-sociaux de Loire-Atlantique.

RESUME

La crise sanitaire provoquée par le Covid-19 a eu des répercussions socio-économiques du fait des mesures de restriction de déplacements et d'activité.

Le stress engendré par la situation et ses conséquences ont entraîné une majoration de la détresse psychique en population générale.

Sur le plan de la santé, le système de soins a dû se réorganiser pour s'adapter à la situation. L'accès aux soins s'est retrouvé bouleversé. Certaines études ont fait état de retards de diagnostic et de difficultés de prise en charge dans le secteur médico-social.

Cette étude s'est focalisée sur les personnes en situation de précarité et présentant des conduites addictives. L'objectif a été de faire un état des lieux de l'évolution dans des usages et les modifications éventuelles des prises en charge proposées durant cette crise en Loire Atlantique.

Il s'agit d'une étude mixte qualitative et quantitative à visée descriptive. Les résultats ont été obtenus via un questionnaire destiné aux partenaires sanitaires et médico-sociaux. Le questionnaire a été distribué de janvier 2021 à mai 2021 auprès des structures ambulatoires et hospitalières accueillant les personnes en situation de précarité et d'addiction en Loire-Atlantique.

Il y a eu 45 participants. 28 participants avaient une activité dans le champ du travail social et 17 étaient des professionnels de santé. La situation a permis pour certains participants d'avoir une réflexion sur les prises en charge, permettant de repenser l'accompagnement. Il semble y avoir eu des innovations notamment sur la pratique de réduction des risques. Certaines structures ont autorisé la consommation d'alcool sur les lieux de vie ouvrant ainsi une discussion sur les consommations et créant un lien vers le soin. L'engagement des professionnels auprès des usagers a été fort et a été source de satisfaction pour eux. Pour certains participants la situation a augmenté l'isolement et le sentiment de solitude des usagers, accentuant davantage l'exclusion que subit cette population. Les participants ont noté une augmentation des consommations des substances psycho-actives, notamment l'alcool. Les usagers semblent avoir présenté plus de manifestations anxieuses et de symptômes dépressifs en réaction à la situation. L'offre de soin en addictologie semble avoir souffert de plus de fermetures que l'offre d'accompagnement dans le champ social.

Il apparaît important au vu des résultats d'avoir le retour des usagers pour croiser leurs regards avec celui des participants. Il semble aussi essentiel de faire un retour d'expérience, pour tirer les enseignements des innovations qui ont émergé de la période et des modifications.

MOTS-CLES

Addictologie, précarité, pandémie Covid-19, travailleurs sociaux, professionnels de santé, Loire Atlantique, médico-social, questionnaire