

OFFRE SANITAIRE DANS UN COMPTOIR D'ÉCHANGE DE SERINGUES ET EN TRAVAIL DE RUE : UN EXERCICE DÉMOCRATIQUE ?

Kim MOINS et Anne-Françoise RAEDEMAEKER¹

- Arthur : "Je n'ai pas beaucoup de temps, je cours et je fais du surplace. Nous courrons. Nous, ceux du squat. Enfin, pour le moment, il y a un toit et peut-être pour tout l'hiver ! Bah, on verra... Deux travailleurs de DUNE sont passés l'autre jour et ils m'ont parlé d'une visite de l'infirmière. Cette fois-là, j'étais pas contre... J'ai assez mal. Et voilà, je me retrouve avec de gros pansements un peu encombrants sur trois abcès. Elle m'a laissé du matériel pour les jours suivants en me conseillant d'aller voir un médecin. Elle repassera dans les prochains jours".

- Kim : "J'ai fait des pansements de fortune avec du matériel stérile en pensant vaguement à une salle de soins claire et lumineuse ... Mais que pensais-je à la lumière des bougies du squat d'Arthur ?".

Mots-clés

- soins infirmiers
- réduction des risques
- accès aux soins
- encadrement
- temporalité psychique
- citoyenneté

1. DUNE asbl (Dépannage d'Urgence de Nuit et Echanges). Asbl créée en 1998 à l'initiative d'intervenants en toxicomanie, travailleurs de rue et usagers de drogues militants. Notre engagement philosophique repose sur des idéaux humanistes et égalitaires : l'acceptation, l'auto-détermination et le respect de l'individualité. L'association anime et coordonne un comptoir d'échange de seringues

Arthur est une des personnes en rupture sociale et vivant dans la précarité suivie par l'équipe depuis plus ou moins un an et demi. Ce jeune homme de vingt-deux ans nous connaît, accepte un certain encadrement de notre part dans les limites de sa **vie affective et sociale** : mode de vie, codes de rencontre, style vestimentaire, manque d'hygiène porté comme une croûte protectrice. Il accepte **pour la première fois** des soins, après plusieurs propositions infructueuses, il tolère notre présence. Pour tout dire, il râle quand il ne nous a pas croisés depuis un moment et qu'il a dû aller acheter des seringues en pharmacie. Arthur a accepté ces soins car à ce moment-là, il éprouvait une forte douleur en plusieurs points, cela le handicapait pour s'injecter, les soins étaient "à disposition"

dans une relation de confiance construite au fil du temps avec les travailleurs de rue.

Pourtant, lien il y a, même s'il est tissé finement dans un contexte d'anxiolyse et d'extase pharmacologique. La rencontre se crée dans les marges de cette société pleine d'interdits. Pas de regard accusateur ou dégoûté sur cet aspect pouilleux. Se dévêtir de ses hardes dans son environnement ; montrer sa part humaine quand ses limites la rattrapent ; se laisser toucher alors que l'on cherche consciemment ou non la distance physique, ou que l'on n'y est simplement plus habitué ; accepter le regard sans se sentir dévisagé : tout cela n'est pas aisé pour Arthur et bon nombre des usagers qui constituent notre public.

Où est le soin, quand on agit dans le but de la guérison mais que l'on sait que ce soin est dans l'instant, dans le moment accordé au souci de "mieux-être" du corps ? Bien sûr, il y a les conseils de suivi médical mais le lendemain est parfois si loin, le présent martèle si fort.

Bobologie² : demande et besoin

Notre *bobologie* se constitue au gré de ce que nos usagers daignent nous montrer dans leur cercle infernal où l'on n'a pas forcément le réflexe, l'argent, l'énergie d'aller consulter les structures médicales.

Même si nous intégrons dans la **réalisation des soins infirmiers** des conseils visant la **promotion de la santé**, nous avons conscience que le chemin peut être long pour qu'une personne se réapproprie son corps et prenne soin d'elle de manière constante. Nous butons sur des **difficultés environnementales** quand nous effectuons des soins et nous sommes loin des conditions "idéales" du savoir académique.

La **demande** de soins a difficile à s'exprimer quand les *besoins de base* au quotidien laissent à désirer. Le "soin" est d'abord une **écoute** de la plainte somatique par "Madame l'infirmière", plainte chargée d'*attente* dans une forte confusion entre le rôle du médecin et celui de l'infirmier. Notre pratique infirmière doit donc tenir compte de ses **limitations** et **accompagner** de façon pertinente, si besoin est, l'usager vers l'intervenant adéquat (médecin généraliste, service des urgences, structure en santé mentale, médecin spécialisé...). L'**accompagnement** par un intervenant du réseau sanitaire rend l'accès aux soins un peu plus facile quand l'usager est en décalage par

rapport aux attentes des soignants.

S'offrir la chance d'une véritable rencontre avec la souffrance, les conflits de la condition humaine de celui qui souffre, que ce soit psychologiquement ou physiquement, relève du pari. Il s'agit donc pour nous d'être **présents** et de **saisir l'instant accordé**.

Limiter la casse, citoyens comme quelques autres, etc.

Les comptoirs d'échange de seringues sont issus de la mobilisation des groupes d'auto-support constitués dans les années 80 autour de la question du sida.

C'est souvent avec retard que les professionnels (en Belgique) se sont à leur tour fait porteurs de cette urgence, d'abord de façon théorique et conceptuelle et ensuite dans la pratique. L'aide spécifique aux consommateurs "actifs" apparaît maintenant comme une "évidence", *sinon dans la légitimité de faire des usagers des interlocuteurs*, du moins dans la *nécessaire obligation de négocier avec eux* au nom des impératifs de santé publique.

Les professionnels ont eu d'énormes difficultés à articuler leur travail thérapeutique avec la gestion des risques revendiquée par les associations d'auto-support. Ces professionnels qui eux-mêmes étaient issus de mouvance militante : médecins aux pieds nus, anti-psychiatrie, autogestion... ! Tout cela se discutait démocratiquement... entre professionnels. "Pas chez nous... Oui mais,... Pas pendant une cure méthadone, oui... Le sujet se perd dans les objets de jouissance...". La prévention du sida a parfois relevé de la pensée magique : toujours pas de seringues stériles à disposition!

Alors, ces associations qui mélangent

(CLIP) et fait du travail de rue en visant spécifiquement (mais pas exclusivement) la réduction des risques associés à la consommation de drogues illégales dans un contexte de grande précarité. Soutenue actuellement en initiative par la Cocof santé et social, la commune de Saint-Gilles et la Politique des grandes villes, l'équipe est composée de six éducateurs, deux infirmières, un responsable de réseau et la coordination. Notre travail vise à s'intégrer dans une politique de ville en matière de santé. Pour en savoir plus, visitez le site Internet : www.dune-asbl.be

2. Parmi les soins réalisés, voici les demandes les plus récurrentes : inflammations de veines et abcès dus aux injections, surinfections de plaies, entorses, oedèmes, hématomes, crevasses, mycoses, lésions de grattage, ulcères, coupures, eczéma, maux de gorge.

Les soins sont réalisés dans le lieu de vie de l'usager (squat, rue) ou dans la salle de soins du C.L.I.P.

On peut vraiment utiliser le terme de "bobologie" en ce sens que, qu'il s'agisse d'une demande de petite égratignure propre et bien refermée à désinfecter ou d'un abcès enflammé et volumineux, la personne nous la présente souvent sur le même pied d'égalité, sans réelle notion dans l'échelle de gravité.

les genres, presque du folklore ?

et discontinuité, comme nous.

Malades de quoi ?

Nous témoignons d'un travail en collaboration avec les usagers de drogues sans en référer à un projet thérapeutique en tant que tel (échanges). Notre friche réflexive est celle des méthodologies participatives.

Ceci nous amène à déplier la question : qu'est-ce qu'un projet thérapeutique ? Que faisons-nous lorsque nous proposons des soins qui ne sont pas un support médicamenteux à la consommation de drogues illégales ? Tout le monde doit-il proposer la même chose ? Prodiguer des soins, en quoi est-ce limitant ? Nos collègues "armés" de prescriptions ou de structures y parviennent-ils ? Ces usagers en "liberté" (et l'on connaît la fable du loup et du chien) en sont la preuve (encore vivante). Le tout à la gestion des risques serait-il une fois de plus une stratégie de toute puissance des soignants ? Ne sommes-nous pas tous désarmés... Dans les risques, mais aussi dans les interventions ?

Thérapeutique

En filigrane du service thérapeutique, se lit la présence d'un médecin, d'un professionnel qualifié en thérapie. On pense à la prescription, à un suivi médicamenteux, à un programme "structuré". En même temps, on entend de plus en plus de thérapeutes, de psychiatres parler de *visée limitée*, d'*apaisement*, de *maintenance*.

Ou encore, une accroche, une stabilisation, un temps d'arrêt, par la substitution ou la pourvoyance médicalisée de psychotropes. Et pourtant, ces tentatives d'accroches se font finalement en pointillé, en rupture

Sanitaire

À l'inverse, en prodiguant quelques soins que nous appelons "bobologie", serions-nous en continuité du cursus qui va du bas seuil à la cure structurée accompagnant l'abstinence ? Plutôt dans les intervalles des programmes thérapeutiques ?

Apporter ou porter des soins a parfois un effet apaisant pour la personne rencontrée et ouvre des possibilités d'envisager un mieux-être (en ce compris sur la question de la consommation de psychotropes en liberté).

Opacités

Nous constatons que le problème n'est pas celui du produit mais bien des conditions dans lesquelles celui-ci est consommé. Ces conditions sont dictées par une course au produit et à la survie strictement réglées par un cadre politique qui est celui de la répression, ainsi qu'un cadre social grevé par un haut niveau d'exigences pour accéder à ce qu'on appelle les "droits" sociaux.

Conclusion

Ces soins sont simplement pour nous le principe même du droit à la santé.

Il n'y a pas de grande ou de petite vertu.

Nos actions portent-elles les paradoxes d'une politique de proximité ? Nous sommes touchés et interpellés, choqués ou désespérés, interrogés, questionnés par des sujets qui nous parlent d'eux et peinent avec leur intimité. Et nous exerçons un mandat public qui fige la relation dans le droit et le devoir du

citoyen, alors même que la répression rend ces citoyens invisibles et muets. À la lueur des bougies : la maladie de la citoyenneté, de la mondialisation. Professionnaliser le soin, c'est accepter de rencontrer des usagers qui n'ont plus accès à la citoyenneté, devenus muets ; c'est parcourir avec eux le difficile chemin du non-droit. Travailler avec des usagers, c'est tenir compte de leur difficulté quotidienne, afin de garantir leur présence, leur parole et leur participation. Le professionnel reste, quoiqu'il en soit, limité.



LIVRE POUVANT ETRE CONSULTE ET/OU EMPRUNTE AU CENTRE DE DOCUMENTATION DE PROSPECTIVE JEUNESSE

"Les addictions : panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge"

Marc Valleur et Jean-Claude Matysiak. Editions Armand Colin, 2006.

L'*addictologie* est désormais une discipline médicale à part entière, donnant lieu à des formations spécifiques, mais la notion même d'addiction reste controversée. Certains n'y voient que la promotion abusive de symptômes au rang de maladie ; d'autres dénoncent une médicalisation outrancière du quotidien et le retour, sous couvert de santé publique, d'une nouvelle forme d'hygiénisme.

A *contrario*, certains spécialistes des toxicomanies ou de l'alcoolisme s'opposent à la mise de la sexualité compulsive, du jeu pathologique, voire du tabagisme sur le même plan que ces maladies dramatiques ; mais une telle démarcation mène à ne pas prendre en compte l'usage "festif", "récréatif" ou "assumé" des produits, illicites ou non.

Pour ne pas s'enliser, il importe de reconnaître que c'est toujours la rencontre singulière entre un sujet et une expérience qui conduira ou non à l'engagement dans un processus morbide. Le présent ouvrage, nouvelle édition mise à jour et complétée des "Addictions", paru en 2002 dans la collection U, commence ainsi par cerner en quoi l'addiction se distingue de l'engagement passionnel ou de l'habitude invétérée : clairement définie, cette pathologie du lien pose de façon nouvelle les questions du choix et de la liberté.

Puis il dégage les éléments structuraux des formes addictives les moins discutées pour conduire à une vision globale et montre combien une optique multi-axiale et transdisciplinaire rend caduques les traditionnelles querelles d'écoles : la construction de *modèles intégrés* permet de repenser les frontières entre maladie et symptôme, voire entre normal et pathologique.

La prise en compte des dimensions psychologiques, sociologiques, biologiques conduit enfin à des propositions thérapeutiques et préventives propres à hisser la prise en charge des addictions au rang de modèle en psychiatrie et en psychopathologie.

Cet ouvrage répond ainsi aux besoins tant de ceux qui veulent appréhender en connaissance de cause des pathologies qui s'inscrivent au cœur du social que de ceux qui sont engagés dans la démarche de soins (médecins, psychologues, personnel infirmier, travailleurs sociaux) ou se destinent à l'être.

Marc Valleur est psychiatre des hôpitaux, chef de service du Centre Marmottan.

Jean-Claude Matysiak est psychiatre des hôpitaux et chef de service de la consultation d'addictologie de l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges.