

NUMÉRO 06 - DÉCEMBRE 2021

ADDICTION(S): recherches et pratiques

REVUE INTERNATIONALE

CRISES :
OPPORTUNITÉS
ET ADAPTATIONS

**Cette revue est publiée avec le soutien
de la DGS (Direction Générale de la Santé) en France**

Éditeur

La Fédération Addiction, Association Loi 1901, est propriétaire et assure
l'édition de la revue «Addiction(s) : recherches et pratiques. Revue internationale.»

Fédération Addiction
104 rue Oberkampf
75011 - Paris
Tel : 01 43 43 72 38
infos@federationaddiction.fr
SIRET : 529 049 421 00017 - NAF : 9499Z

Directeur de publication : Jean-Michel Delile, Président
Responsable de la rédaction : Nathalie Latour, Déléguée Générale
Coordinateur : Olivier Hurel, Chargé de projet
Journaliste : Natalie Castetz
Conception et réalisation graphique : Nelly Gibert - Mediis Studio
Crédit photo de couverture : Istockphoto - JamesBrey

Partenaires de la revue :

AIDQ (Association des intervenants en dépendance du Québec), au Québec
Fedito Bxl asbl (Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes), en Belgique
Fedito Wallonne (Fédération wallonne des institutions pour toxicomanes), en Belgique
GREA (Groupement romand d'études des addictions), en Suisse
RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec), au Québec
Suchtverband Lëtzebuerg asbl, au Luxembourg

Nombre d'exemplaires : 2950

Pubadresse routage

45, rue Condorcet
95154 Taverny

Date de parution : décembre 2021

Dépôt légal : mars 2022

Prix : 6 € l'exemplaire

ISSN : 2553-8330

SOMMAIRE

ÉDITO

Martine Lacoste et Catherine Delorme P. 04

L'ACHAT DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN LIGNE EN CONTEXTE PANDÉMIQUE

Christophe Huýnh P. 05

STOP AND GO

Fred Bladou et Jean-Pierre Couteron P. 09

LUXEMBOURG. LES TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS DU SEXE, LES OUBLIÉS DE LA CRISE

Interview de Tessy Funck par Natalie Castetz P. 12

BELGIQUE. MAINTENIR LE LIEN, AVANT TOUT

Natacha Delmotte, Ingrid Lempereur, Laurence Przylucki, Virginie Kartkemeyer, Magali Crollard P. 14

UN PREMIER PROGRAMME DE GESTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL AVEC UNE POPULATION AUTOCHTONE À MONTRÉAL : POURQUOI MAINTENANT ET QUELS SONT LES DÉFIS DE SA MISE EN ŒUVRE ?

Jorge Flores-Aranda P. 17

« NOTRE EXPÉRIENCE DU COVID »

PAR LES BÉNÉFICIAIRES DE LA FONDATION LE TREMPLIN

Interview réalisé par Cédric Fazan et Nicolas Cloux P. 21

IMPACT DE LA COVID-19 SUR LES PRATIQUES DE CONSOMMATION ET L'UTILISATION DES OFFRES SPÉCIALISÉES PAR DES USAGERS DE DROGUES À HAUT-RISQUE

Nadine Berndt, Rita Seixas, Eva Teyssier et Alain Origer P. 24

BRUXELLES : ALLER HORS-LES-MURS, POUR DES INTERVENTIONS AU PLUS PRÈS DES USAGERS

*Interview de Eric Husson, Moudane Mahdieh, Sabri-Ben Abdelhafidh et Rémi Deconinck
par Natalie Castetz* P. 31

LA TRIPLE CRISE AU CANADA ET L'AVANCÉE PLUS RAPIDE VERS UNE RÉFORME DES POLITIQUES SUR LES DROGUES

Vanessa Nonat P. 34

« SOUS LES RADARS... »

Jean-Michel Delile P. 38

L'IMPACT DE LA COVID-19 SUR LES SERVICES EN DÉPENDANCE : RÉSULTATS D'UNE REVUE SYSTÉMATIQUE

Rosalie Genoisa P. 43

STAY AT HOME, NO PARTY - RESTER À LA MAISON, PAS DE FÊTE.

Carlos Paulos P. 47

COVID-19 : QUELLES STRATÉGIES MISES EN PLACE POUR MAINTENIR LE LIEN AVEC LES USAGERS ?

Léa Di Biagi et Céline Mahieu P. 50



Martine LACOSTE
Vice-présidente
de la Fédération Addiction



Catherine DELORME
Vice-présidente
de la Fédération Addiction

ÉDITO

Nous écrivons ces lignes au moment où la « cinquième vague » de contamination par le COVID 19 sévit. 5 vagues qui ont bouleversé et continuent de bouleverser le réel de la vie de beaucoup de personnes, de leur quotidien, ainsi que leur représentation de la liberté. De notre place de soignants, d'accompagnants, nous constatons une altération générale de la santé mentale avec la révélation de troubles dépressifs, anxieux, ainsi que de stress.

Parmi les épreuves, celle du confinement fut notable pour la population générale, pour les consommateurs de substances psycho-actives et tout particulièrement pour les plus fragiles psychologiquement et/ou socialement.

Elle a confronté une partie de la population à la solitude, la perte d'emploi, l'expérience du temps, à la place des consommations et aux fonctions d'usage. Pour certains, l'expérience du vide, a révélé le besoin de béquilles individuelles, de consolation, compensation, de trouver des solutions en réaction à un collectif défaillant.

Dans l'histoire moderne des épidémies, la crise du COVID 19 est la première qui vient impacter la population générale et donc les consommateurs. Les modalités de consommations, d'approvisionnement des substances, ainsi que le rapport, singulier, aux produits ou aux comportements addictifs sans substance ont été traversés par cette sidération générale.

Les plus précaires ont subi la déstabilisation de leurs stratégies de survie, d'obtention de ressources issues de la manche, du travail du sexe...etc ; une situation qui a obligé le dispositif à inventer des stratégies de protection et d'accompagnement et à accélérer les processus d'innovations.

Les épidémies agissent comme révélateurs pas seulement dans certaines communautés (consommateurs repérés) mais dans un système tout entier (politique, économique, social, sociétal etc ...).

Le SIDA et ses modes de transmission avaient radicalement bouleversé et de façon définitive, les pratiques en imposant la RDR, et en convoquant les politiques de santé publique à les officialiser, et les acteurs à faire évoluer leurs pratiques, enfin les personnes concernées à prendre une parole publique.

La contamination par la COVID a touché toutes les populations, a fait émerger la question de l'alcool et du tabac et fait sortir la RDR d'un périmètre du champ spécialisé pour l'inclure auprès d'une population plus large.

La vision de la nécessité de la RDR alcool s'en trouve alors accélérée ; cette épidémie jouant, à son tour, son rôle de révélateur et d'accélérateur d'évolution des pratiques professionnelles vers les dispositifs de droit commun.

Cette revue aborde 3 grands thèmes :

- **Les achats des substances**, les modalités d'approvisionnements et pratiques de consommation
- **L'adaptabilité des professionnels** afin de développer des stratégies visant à maintenir le lien et poursuivre les accompagnements
- **Les effets du confinement** sur la politique des drogues.

Parallèlement aux effets délétères de l'épidémie et du confinement, cette crise - comme toutes les crises - génère des effets positifs.

Elle a rendu visibles des actions de terrain confidentielles, peu valorisées ou peu assumées par les institutions et politiques publiques. Car l'évolution constatée des pratiques professionnelles relève autant d'une frénésie d'innovations que d'une confirmation des expérimentations en cours en matière d'accompagnement et de méthodes d'intervention. Dans cette période paradoxale où la vulnérabilité éclate, toute initiative peut devenir possible, il reste un dernier rempart, la politique des drogues.

Du côté de la loi, l'expérience du confinement a continué de confirmer - puisqu'il en est encore besoin - l'inefficacité, pire, les effets contre-productifs d'une guerre à la drogue qui se confond avec une guerre aux drogués.

La crise et son diptyque révélateur/accélérateur de pratiques a ont permis aux politiques de santé publique de structurer des expérimentations, de les officialiser et de les institutionnaliser.

Reste à la politique des drogues, à impulser un tournant, pour quitter la prohibition et nous engager vers de nouvelles régulations.

Dans ce domaine l'aspect révélateur est resté stérile...
faudra-t-il attendre une révélation ?



© DR



Christophe HUYNH (Ph.D.)

Chercheur d'établissement, Institut universitaire sur les dépendances ; professeur associé, École de psychoéducation, Université de Montréal ; professeur associé, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal

1 Le premier marché d'envergure de SPA sur le *DarkNet*.

Alexis Beaulieu-Thibodeau (B.Sc.)

Agent de planification, de programmation et de recherche, Institut universitaire sur les dépendances ; étudiant à la maîtrise, Département de psychologie, Université de Montréal

Nadine Blanchette-Martin (M.Sc.)

Agente de planification, de programmation et de recherche, Service de recherche en dépendance du CIUSSS-CN/CISS-CA

Christina Blier (M.Sc.)

Coordonnatrice de la recherche et du développement, Association québécoise des centres d'intervention en dépendance

Jacinthe Brisson (M.A.)

Conseillère scientifique, Institut national de santé publique du Québec

Jean-Sébastien Fallu (Ph.D.)

Professeur agrégé, École de psychoéducation, Université de Montréal

Francine Ferland (Ph.D.)

Chercheuse d'établissement, Service de recherche en dépendance du CIUSSS-CN/CISS-CA

Jorge Flores-Aranda (Ph.D.)

Professeur, École de travail social, Université du Québec à Montréal

Thomas Gottin (Ph.D.)

Conseiller scientifique spécialisé, Institut national de santé publique du Québec

Mathieu Goyette (Ph.D.)

Professeur, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Vincent Wagner (Ph.D.)

Chercheur d'établissement, Institut universitaire sur les dépendances

L'ACHAT DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN LIGNE EN CONTEXTE PANDÉMIQUE

LES DIFFÉRENTS MARCHÉS VIRTUELS DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Le commerce des substances psychoactives (SPA) sur Internet existe depuis plusieurs années, notamment les « pharmacies » virtuelles qui vendent des médicaments sur ordonnance (benzodiazépines,

opioïdes, etc.) ou encore les sites qui proposent des SPA « légales », c'est-à-dire des SPA émergentes qui ne se retrouvent pas sur les listes réglementaires gouvernementales en raison de leur récence ou de leur statut marginal (Orsolini *et al.*, 2015). Avec l'apparition du *SilkRoad*¹ en 2011, le marché illégal virtuel s'est étendu sur le *DarkNet*, un réseau informatique caractérisé par un accès restreint et réputé anonyme ; ce réseau est localisé au sein de la partie d'Internet inaccessible et non indexée par des moteurs de recherche (Martin, 2014).

2 La discussion par messagerie privée (DM : *direct messaging*) peut se transférer vers d'autres applications qui permettent l'absence d'historique de messages (*Snapchat*) ou par une messagerie cryptée (*WhatsApp, Wickr, Telegram*).

3 Ceci s'applique pour les régions qui ont légalisé le cannabis comme le Canada ou certains États américains.

Depuis environ cinq ans, les réseaux sociaux ont pris leur place sur le marché virtuel de SPA en offrant la possibilité de réaliser des transactions sécurisées sans posséder des compétences informatiques avancées. Par exemple, sur *Facebook, Instagram* ou *Twitter*, les clients entrent d'abord en contact avec les vendeurs

par l'intermédiaire d'amis ou de groupes d'intérêt, où les SPA sont proposées publiquement, pour ensuite se diriger vers une messagerie privée² pour discuter des détails de la transaction (Al-Rawi, 2020 ; Demant *et al.*, 2019). Au Québec, l'achat légal en ligne de l'alcool par la Société des alcools du Québec (SAQ) et du cannabis par la Société québécoise du cannabis (SQDC) s'ajoute parmi les options chez les personnes qui achètent des substances en ligne.

UN VIRAGE NUMÉRIQUE DE L'ACHAT EN LIGNE CATALYSÉ PAR LA COVID-19 ?

Afin de freiner la pandémie de la COVID-19, de nombreux gouvernements ont imposé à leur population des mesures de distanciation physique et de confinement à la maison. Ces mesures ont pu avoir des impacts sur l'approvisionnement des produits pour les personnes qui consomment des SPA. En effet, la distanciation physique a probablement mené certains clients et revendeurs à se retirer du marché physique par crainte de contamination ou de se faire plus facilement repérer par les autorités (Dietze et Peacock, 2020). Dans plusieurs pays, bien que l'ouverture des magasins d'alcool et de cannabis³ ayant « pignon sur rue » ait été maintenue, la vente légale en ligne de ces SPA a été facilitée lors des premiers confinements par la collecte à l'auto ou les heures de livraison prolongées (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2021 ; Colbert *et al.*, 2021). Le marché physique a aussi pu connaître une baisse considérable de la disponibilité de certaines SPA, incitant les clients à considérer d'autres sources d'approvisionnement (Nations Unies. Office contre la drogue et le crime, 2020). De plus, la fermeture des bars et des boîtes de nuit, l'annulation des événements festifs et l'inter-

diction de se réunir à l'intérieur pour fêter ont fait disparaître, pendant un temps, certains contextes ou occasions propices à l'achat de SPA. Afin de contourner ces défis d'approvisionnement, certaines personnes ont pu se tourner vers les marchés numériques pour se procurer des SPA. Cependant, l'usage de ces moyens numériques est davantage adopté par ceux ayant une certaine aisance et affinité avec les espaces virtuels.

UN SONDAGE EN LIGNE SUR LES HABITUDES D'ACHAT DE SPA EN LIGNE AUPRÈS D'ADULTES QUÉBÉCOIS

Notre équipe a mené une étude quantitative afin de mieux comprendre le phénomène de l'approvisionnement de SPA en ligne, en particulier en contexte de la pandémie de la COVID-19. Recrutés à partir de *Facebook* et de *Twitter* d'octobre 2020 à juin 2021, 1 482 participants adultes ayant consommé des SPA dans les 30 jours précédant la mise en place des mesures sanitaires au Québec (13 mars 2020) ont répondu en ligne à plusieurs questionnaires portant sur leurs habitudes de consommation, notamment dans le cas d'achats en ligne.

Taux de participants ayant acheté des SPA en ligne (toute plateforme confondue)

Parmi les 1 482 participants, 30 % ont déclaré avoir acheté des SPA en ligne au cours de leur vie (12 % alcool ; 19 % cannabis ; 4 % autres SPA). Depuis le début des mesures sanitaires, 5 % de l'échantillon total se sont approvisionnés pour la première fois en ligne pour l'alcool, 5 % pour le cannabis et 1 % pour d'autres SPA.

Plateformes en ligne utilisées pour se procurer des SPA

Dans les six derniers mois qui ont précédé le début des mesures sanitaires, respectivement 7 % et 12 % des participants ont déclaré s'approvisionner en ligne à la SAQ et la SQDC, deux sociétés d'État au Québec. Depuis la mise en place des mesures sanitaires, 9 % des participants se sont procuré de l'alcool en ligne à la SAQ, tandis que 14 % ont acheté du cannabis en ligne sur le site de la SQDC.

Parmi ceux qui ont acheté du cannabis en ligne (n=286), la majorité (n=237 ; 83 %) a eu recours au site de la SQDC ; seulement le quart des participants ayant transité par la SQDC (n=58 ; 25 %) ont également acheté du cannabis sur le marché illégal. Autrement, 4 % des participants ont commandé des SPA auprès de « pharmacies » en ligne avant et depuis la pandémie. Une faible minorité (1-2 %) des participants ont acheté des SPA sur les réseaux sociaux ou le DarkNet, sans qu'une nette augmentation puisse être associée à la pandémie.

Raisons de l'approvisionnement de SPA en ligne

Les participants ayant déclaré avoir acheté de l'alcool sur le site Internet de la SAQ et du cannabis sur le site Internet de la SQDC rapportent l'avoir fait en raison de la commodité de ce mode d'achat (plus convivial de commander en ligne, réception des produits à la maison ou dans une boîte postale) et de la variété de l'offre de produits. Certains ont nommé d'autres raisons pour se procurer sur des sites officiels : l'achat par ces plateformes leur permettait d'éviter la file d'attente en magasins, d'accéder à des produits qui n'étaient pas offerts dans les succursales à proximité et d'éviter les longs déplacements. Les participants ayant acheté par les réseaux sociaux, les annonces classées (p. ex. Kijiji au Québec ou Leboncoin.fr en France), ainsi que les « pharmacies virtuelles » l'ont également fait pour des raisons de commodité et de diversité des produits. Ces derniers ont aussi mentionné les prix plus bas des SPA par ces réseaux. Les participants ayant transité par le DarkNet l'ont fait aussi pour ces mêmes motifs, mais certains ont souligné l'importance de l'anonymat, la perception d'avoir accès à de meilleurs produits et la possibilité de se renseigner sur le degré de satisfaction des autres clients. Les participants n'ayant jamais acheté de SPA en ligne disaient ne pas avoir eu besoin de le faire.

L'ACHAT DES SPA EN LIGNE ET LA RÉDUCTION DES RISQUES

Les participants de notre étude qui achètent des SPA légales semblent s'approvisionner majoritairement par l'entremise de sites légaux. Les mesures sanitaires n'ont toutefois pas contribué à une augmentation importante (2%) de la proportion de clients vers le marché virtuel. Ce constat laisse

entendre que la majorité des participants préfère recourir partiellement ou complètement à un système légal lorsqu'il est possible de le faire comme pour l'alcool et le cannabis, bien avant même le début de la pandémie. Ainsi, la légalisation du cannabis aurait permis ce passage vers un approvisionnement plus sécuritaire pour les personnes qui consomment, considérant le contrôle de la qualité et la régulation des produits vendus par la SQDC. Les résultats de la présente étude semblent suggérer que cette transition s'est également opérée dans l'espace virtuel. Avoir accès à un produit régulé, dont la composition et la provenance sont connues, constituerait un aspect majeur de la réduction des risques. Soulignons que ces sites officiels de vente représentent aussi un espace d'information sur les produits et leurs effets pour les consommateurs. Afin d'orienter les clients qui s'interrogent sur leur consommation, des partenariats avec les ressources d'aide en ligne ou des hyperliens vers des sites pour trouver de l'aide seraient une piste à explorer sur les sites légaux de vente en ligne (p. ex. Drogue : aide et référence, Trouvetoncentre.com, etc.).

Malgré que l'achat sur les sites non officiels ou illégaux reste un phénomène relativement marginal au Québec, l'impact sur le domaine socio-sanitaire n'est probablement pas négligeable. Les données de cette étude ne permettent pas d'évaluer les conséquences de l'achat en ligne via ces sources non officielles ou illégales, mais certaines ont été identifiées dans la littérature scientifique. Par exemple, ces sites sont des lieux propices de promotion et de vente de nouvelles SPA de synthèse dont les effets sur la santé physique et mentale, initialement peu documentés, peuvent se révéler négatifs (Corkery *et al.*, 2017). Ces nouvelles SPA achetées illégalement en ligne peuvent être revendues sur le marché illégal physique (Aldridge et Décary-Héту, 2016). Ce phénomène pourrait contribuer à l'expansion de la crise des surdoses en facilitant la disponibilité de nouveaux opioïdes synthétiques, car l'usage de certains peut mener à des complications médicales, de la dépendance, ainsi qu'à des décès (Solimini *et al.*, 2018).

Néanmoins, certaines nuances doivent être émises sur les conséquences de l'achat sur le marché illégal virtuel. En effet, il pourrait s'avérer pertinent de réfléchir si ces plateformes numériques peuvent constituer des alternatives fournissant potentiellement un contexte favorable au déploiement des stratégies reposant sur la réduction des risques. Par exemple, quels sont les avantages et les désavantages de pouvoir se renseigner sur l'expérience

d'autres clients sur la qualité du produit ou la transaction en elle-même? Soulignons toutefois que ces sites illégaux, par opposition aux plateformes légales, ne permettent pas de garantir officiellement la qualité des produits.

CONCLUSION

En résumé, la majorité des participants qui consomment des SPA n'ont pas eu recours à l'approvisionnement par les plateformes numériques pendant les premiers mois de la crise sanitaire, malgré les contraintes imposées par la pandémie de la COVID-19. Parmi ceux qui ont utilisé ces plateformes, les sites officiels légaux étaient ceux auxquels les gens avaient davantage recours. Seule une minorité

des participants ont acheté des SPA sur des sites non officiels ou le DarkNet. Considérant une certaine importance du marché légal de SPA en ligne, il serait pertinent de s'interroger sur les pratiques d'intervention qui pourraient être intégrées afin de valoriser la réduction des risques liée à ces plateformes, notamment par de la sensibilisation auprès des clients et par la régulation commerciale. Outre les questions d'accessibilité pour les populations considérées comme plus vulnérables, il serait également pertinent de travailler en partenariat avec ces plateformes légales afin de diffuser des messages contenant de l'information juste et crédible sur les SPA et les usages à risque, ainsi que d'assurer la surveillance et le contrôle des stratégies publicitaires faisant la promotion de la consommation.

Bibliographie

- Aldridge, J., et Décary-Héту, D. (2016). Hidden wholesale : The drug diffusing capacity of online drug cryptomarkets. *International Journal of Drug Policy*, 35, 7-15.
- Al-Rawi, A. (2020). The convergence of social media and other communication technologies in the promotion of illicit and controlled drugs. *Journal of Public Health*, fdaa210.
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2021). *Réglementation relative à la vente au détail d'alcool et de cannabis pendant la pandémie de COVID-19 au Canada [premier confinement, mars-avril 2020]*. (p. 1-7). Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.
- Colbert, S., Wilkinson, C., Thornton, L., Feng, X., et Richmond, R. (2021). Online alcohol sales and home delivery : An international policy review and systematic literature review. *Health Policy*, 125 (9), 1222-1237.
- Corkery, J. M., Orsolini, L., Papanti, D., et Schifano, F. (2017). Corkery, J. M., Orsolini, L., Papanti, D., et Schifano, F. (2017). From concept(ion) to life after death/the grave : The « natural » history and life cycle(s) of novel psychoactive substances (NPS), *Human Psychopharmacology : Clinical and Experimental* 32(3).
- Demant, J., Bakken, S. A., Oksanen, A., et Gunnlaugsson, H. (2019). Drug dealing on Facebook, Snapchat and Instagram : A qualitative analysis of novel drug markets in the Nordic countries. *Drug and Alcohol Review*, 38(4), 377-385.
- Dietze, P. M., et Peacock, A. (2020). Illicit drug use and harms in Australia in the context of COVID-19 and associated restrictions : Anticipated consequences and initial responses. *Drug and Alcohol Review*, 39(4), 297-300.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, et Europol. (2020). *EU Drug Markets—Impact of COVID-19* (Joint publications, p. 1-31). EMCDDA-Europol.
- Martin, J. (2014). Lost on the Silk Road : Online drug distribution and the 'cryptomarket'. *Criminology et Criminal Justice*, 14(3), 351-367.
- Nations Unies. *Office contre la drogue et le crime. (2020). Conséquences de la pandémie de COVID-19 sur le marché de la drogue : Résumé analytique* (p. 1-11). Office des Nations Unies contre la drogue et le crime.
- Orsolini, L., Francesconi, G., Papanti, D., Giorgetti, A., et Schifano, F. (2015). Profiling online recreational/prescription drugs' customers and overview of drug vending virtual marketplaces. *Human Psychopharmacology : Clinical and Experimental*, 30(4), 302-318.
- Solimini, R., Pichini, S., Pacifici, R., Busardo, F. P., et Giorgetti, R. (2018). Pharmacotoxicology of non-fentanyl derived new synthetic opioids. *Frontiers in Pharmacology*, 9, 8.



Fred Bladou
*Chargé de mission
Nouvelles Stratégies
de santé*



Jean-Pierre Couteron
*Psychologue clinicien
en Consultation Jeune
Consommateur (CJC)*

STOP AND GO

Dans un récent article de *The Conversation*, Laurent Karila rappelle combien l'addiction-maladie recrute largement dans nos sociétés addictogènes : l'usage de substances psychoactives, licites autant qu'illicites, mais aussi des comportements tels que les jeux de hasard et d'argent, l'activité sexuelle, l'exercice physique ou le shopping ou encore la consommation de sucre, l'utilisation de réseaux sociaux ou la pratique des jeux vidéo peuvent en être à l'origine. Et leur accès et rencontres reposent sur des paramètres sociaux, économiques et culturels : qu'un régime plus religieusement rigoureux ou politiquement disciplinaire s'installe, qu'une crise économique ou un aléa climatique survienne, ne suffira pas à faire disparaître substance ou comportement, ni leur besoin ou désir, mais cela changera, possiblement profondément, leurs conditions d'accès et de rencontre. Le récent et triste jeu du « stop en go » de nos activités sociales, des pratiques festives et autres en a été une étonnante illustration. Nous nous proposons de partager ici des questions qu'il a pu susciter, au regard des problématiques addictives et des enjeux de santé sexuelles.

Posons d'abord le cadre de ces questions. Dans son article de 1990, Aviel Goodman proposait une définition comportementale de l'addiction : « Processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ». La notion de processus illustre sa dimension temporelle, incluant autant les premiers usages, les premières expérimentations, que l'usage chronique, répété qui leur succédera parfois. La « réalisation d'un comportement » rappelle qu'il ne s'installe pas par hasard, il a une « fonction », plus exactement deux pour Goodman, apporter du plaisir ou soulager un malaise interne, d'autres travaux invitent depuis à y ajouter l'augmentation des performances. L'addiction s'origine donc dans un comportement d'usage « initié » par une motivation et un sens, recherche de satisfactions et d'équilibre,

adaptation à l'environnement, capacité à répondre aux souffrances

internes. Il devient addiction ensuite, quand survient « l'échec répété de son contrôle » et qu'il persiste « en dépit des conséquences négatives ». Cette perte du contrôle dévoile la part neurophysiologique de l'addiction, liée aux différentes vulnérabilités de l'usager, au contexte d'exposition à substances et objets potentiels d'addiction et à la perte de la synchronisation de l'archaïque circuit de la récompense avec ceux de la mémoire et de l'apprentissage, de la motivation et du contrôle inhibiteur. Maladie chronique du cerveau, pour les formes les plus graves, elle invite à s'impliquer dans l'accompagnement des usagers, des réponses pharmacologiques à la réduction des risques et dommages des usages en passant par l'abstinence.

Cette définition souligne la BANALITE DES USAGES : drogues et comportements d'usage font d'autant plus partie de nos vies qu'ils y répondent à des besoins, qu'ils/elles tirent leur pouvoir de leur capacité à amplifier ou à atténuer sensations et émotions, à modifier notre vécu subjectif, à produire une « expérience psychotrope », capable d'auto-déclencher un éprouvé choisi (plaisir, soulagement, performance), à en contrôler, au moins en partie l'intensité et la rapidité de survenue, acquérant ainsi une fonction centrale dans l'obtention du bien-être. Cette recherche d'usage et les opportunités de comportements, autant que la perception des risques qui leurs sont associés, sont à la fois physiologiquement et neurologiquement ancrées dans l'humain, limitées par ses possibilités physiologiques et profondément influencées par le genre, les évolutions culturelles, les changements de normes, de règles sociales qui vont l'encadrer : la lenteur est-elle une qualité ou un défaut, l'intense et l'extrême sont-ils des qualités ou des défauts, l'instantanéité de la réponse, un bien ou un mal...le silence, une source de repos ou d'angoisse, chemsex versus slow sex ?

Le relatif emballement médiatique que suscitent les pratiques dites de chemsex invite à en préciser

les contours. Historiquement, le chemsex décrit des pratiques de consommations de produits psychoactifs (stimulants + GHB/GBL) à visée sexuelle. La littérature associe ces pratiques presque systématiquement aux Gays. Aujourd'hui, des articles de presse évoquent une explosion des pratiques sexuelles associées à des usages de produits chez les hétérosexuels, mais en évoquant aussi bien des usages d'alcool, de cannabis que de psychostimulants. Ces comportements sont décrits aussi chez des libertins ou des teuffeurs... Le recours à des psycho stimulants pour améliorer la performance, lever tout ou partie de ses inhibitions, être un « surhomme » n'est certes pas le privilège exclusif des Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres Hommes (HSH). Mais les pratiques de chemsex ne sont-elles pas d'une autre intensité que la seule augmentation de performance ou la levée d'inhibition ? De même, utiliser des substances psychoactives, tels l'alcool ou le cannabis, sur le modèle du dopage, est-il similaire à utiliser les psychostimulants plus spécifiquement associés au Chemsex ? À ce jour, nous ne disposons ni de données probantes sur une explosion du chemsex en population générale ni sur une vague de contaminations à VIH, hépatites ou IST provoquée par une augmentation du nombre de partenaires (dont sexe en groupe) ou du nombre de rapports sexuels ou d'une modification des pratiques sexuelles. Répondre à l'éventuelle extension de ces pratiques vers de nouveaux publics, avec les facteurs de risques et de dommages afférant, selon leur sensibilité et éducation à la prévention ou à la santé sexuelle, nécessite des données plus précises.

LA PROBLÉMATIQUE DE L'USAGE DES PSYCHOSTIMULANTS

En attendant, que retenir de l'expérience de Stop and Go initiée par la pandémie du Covid19, sa succession de confinement et de déconfinement, ses gestes barrières et la transformation de l'espace de socialisation qui en a résulté ? Quelles questions se posent pour accompagner la diversité des publics concernés par les usages, dans ce nouveau contexte incertain ? S'il a beaucoup, et justement, été expérimenté sur la rencontre des publics les plus précaires, notamment vivant dans la rue, la gestion de ces changements de rythme, pourtant difficile pour bien des personnes, celle de leur impact et conséquences sur ces pratiques sexuelles, a été plus négligée, ou plus difficile à formaliser et évoquer. Nous allons ici essayer d'en détailler quelques aspects.

Le confinement a été une expérience d'isolement, inégalement ressentie selon la situation économique, rappelant l'impact des inégalités sociales de santé, oubliées par certaines décisions politiques répondant uniquement aux données neurocomportementales. Les un(e)s ont vu leurs activités « suspendues » (salles de sports fermées, espaces de rencontre interdits) etc... d'autres ont vu leurs plaisirs « festifs », parfois leurs

besoins de « relâcher », dénoncés comme futiles et accessoires au nom de la santé commune, tandis que , dans un étrange paradoxe, ce qui d'anciens comportements pathologiques (fuir la socialisation, école, travail etc.) devenaient vertueux. Il était plus facile d'être ermite que libertin...

Quand le confinement a tout arrêté, imposant le silence dans des villes où la nature a semblé reprendre le dessus, la vitesse, cette catégorie centrale de nos sociétés, modifiant nos temps de déplacements et notre perception de l'espace, a laissé place à l'immobilité physique : plus d'avion, plus de destination « lointaine », tout était mesuré au kilomètre prêt.... Une autre vitesse, celle de la communication sur d'internet, avec ses caractéristiques spécifiques (permanence de l'offre de stimulation, 24H sur 24, et 7 jours sur 7, instantanéité de la réponse) s'est imposée. Immobilité physique donc, compensée en partie par une surutilisation des liaisons et rencontres virtuelles.

Idem pour l'intensité, autre valeur centrale de nos sociétés : intensité du son, intensité des mouvements, des paroles, intensité de la fête. Tout cela a été condamné à s'arrêter, ou à se pratiquer dans une invisibilité, dans des maisons « squattées » le temps d'un week-end, ou profitant d'une météo qui fut en France favorable lors du premier confinement, dans la nature, anticipant sans le vouloir sur l'intérêt « d'aérer ». Et évidemment, intensité aussi d'un rapport au corps et aux pratiques sexuelles.

L'usage de psychostimulants influe sur nos expériences de vitesse et d'intense, procurant des réponses intenses et instantanées, loin des temporalités lentes de la vie ; repoussant, au moins en partie, la perception de la fatigue. Il faut donc être attentif à l'actuelle augmentation de leur consommation (cocaïne, crack cocaïne/cocaïne basée, Nouveaux Produits de Synthèse), amorcée avant l'alerte sanitaire. Ils semblent envahir peu à peu les soirées festives. Les cathinones peuvent être consommées sans objectif de sexualité, comme des substances festives dont la disponibilité sur le marché (et notamment via les nouveaux modes d'approvisionnement en 2.0), les prix bas et les effets recherchés sont très satisfaisants. Les amphétamines et les NPS pourraient, comme dans des pays voisins, pénétrer ce marché des drogues. Ces produits entraînent une augmentation de la libido, de l'euphorie, sont empathogènes et entactogènes. Il ne serait donc pas étonnant que des usagers en contexte festif ayant recours à ces substances ressentent un désir sexuel plus important et que le nombre de rapports ou de partenaires sexuels soit augmenté.

Enfin, plus globalement, ces usages, en plus de leurs fonctions empathogènes/entactogènes, instantanéité/vitesse, intensité/répétition, jouent un rôle pour aider à se « relancer », à jouer sur les changements de rythme du stop and go : la fermeture de leur salle de sport a laissé bien des pratiquants en souffrance, conscient que leur pratique allait au-delà d'une simple volonté « de santé par l'exercice physique ». Ces usages, par leur effet « coup de fouet », tiennent une place de dynamiseur dans la vie de ces personnes.

SORTIR DES SEULES PRATIQUES OPIACÉES ET PRÉCARITÉS ET DES SEULES RÉPONSES THÉRAPEUTIQUES / MÉDICALISÉES

Il y a donc un vrai enjeu, pour les professionnels des caaruds et des csapa qui croisent certains de ces usagers, leurs entourages, à monter en attention et en compétence sur ces sujets. Il nous faut également améliorer les connaissances et les compétences des professionnels de la santé mentale en ville. Ils peuvent être, tout comme les généralistes, des acteurs de premier recours indispensables. L'usage, dans sa dimension « adaptative », ouvre des pistes à une réduction des risques qui ne se limite pas aux risques « médicaux », mais intègre des risques sociaux, et de santé mentale : isolement, solitude, privation d'activités, y compris dans le champ des pratiques sexuelles.

La santé sexuelle et la réduction des risques sexuels, trop longtemps ignorées dans nos structures et par les politiques de santé, doivent être mieux intégrées pour faire face à ces nouveaux challenges. La seule prise en compte de la gestion des conduites addictives ou de la réduction des risques-drogues serait une erreur car ce que nous enseigne ces pratiques et leurs évolutions récentes, les expériences imposées par le stop and go, c'est que l'on a tout à gagner à associer réduction des risques et santé sexuelle, au lieu de répondre partiellement aux seuls dommages dus aux consommations délétères.

Nos métiers et notre expertise se sont construits sur l'usage d'opiacés et l'urgence impérative de trouver des parades à la mortalité hors de contrôle due aux overdoses et aux épidémies de sida et d'hépatites (dont hépatite C). La réduction des risques repose en partie sur les PES (programmes d'échanges de seringues et nos structures ont peu évolué jusqu'à l'implantation de deux salles de consommation à moindre risques ou de la distribution de pipes à crack localement.

La crise sanitaire et les mesures coercitives de confinement ont entraîné une modification des comportements de consommation et eu un impact psycho-social sur les différents publics. Le marché des drogues s'est complexifié rendant encore plus obsolètes et caricaturales les politiques publiques répressives. La répression du trafic et du deal de rue permet certes des photos « de victoires », utiles pour la propagande, mais laisse le deal sur la toile et les livraisons à domicile de produits se développer. Les usagers de crack parisiens focalisent toute l'attention de la presse et des débats sécuritaires, occultant ces autres enjeux.

L'innovation est impérative si nous ne voulons pas assister à d'autres crises sanitaires et sociales : nous avons besoins en prise en charge précoce de ces nouveaux usagers qui ne fréquentent pas nos structures trop mar-

quées par la lutte contre la précarité. Le nombre de soignants formés à ces nouveaux comportements de poly-addictions est trop peu nombreux et ils interviennent trop tardivement. Les principes de l'intervention brève et précoce sont essentiels pour prévenir ces conduites addictives et accompagner les usagers sur une consommation maîtrisée qui tienne compte de nouvelles approches de RDR et de RDR sexe combinées.

L'innovation nécessite aussi une offre pluri-disciplinaire, adaptée aux besoins exprimés des usagers : soutien en addictologie à la mise sous traitement préventif (Prep), des groupes d'auto-support à l'accompagnement à la réduction des risques au soutien dans la rupture de consommation. Ces nouvelles pratiques peuvent altérer les comportements préventifs et augmenter les risques de violences sexuelles. Notre rôle est de prévenir ses violences, de rappeler que le consentement est une règle avec laquelle on ne peut transiger. Les scandales répétés et montés en épingle dans une certaine presse n'aide pas à la prévention. Le discours sensationnaliste isole les usagers et leurs proches.

Enfin, ici comme dans l'ensemble des réponses aux addictions, nous devons veiller à ne pas sombrer dans une hyper médicalisation de l'usage de produits ou de la sexualité. Si l'usage de substances et les pratiques sexuelles peuvent induire des maladies, elles ne sont pas automatiquement une maladie relevant de la seule expertise du médecin. Les acteurs en santé communautaire, l'auto-support et les groupes de paroles sont des outils et des approches indispensables et répondent à des exigences pratiques. Dire sa sexualité, son rapport aux drogues n'est pas un acte anodin et de nombreux usagers sont toujours condamnés au silence par la loi, par la morale ou un abord trop médical. La prévention sexuelle s'est médicalisée radicalement avec les approches bio-médicales (Prep, Tasp, TPE), les usages de produits sont souvent réduits à une seule réponse médicale et psychiatrique ou l'on devrait prohiber ou soigner des gens qui n'ont pas de besoin impérieux en soin. Face à l'isolement, aux injonctions de performance, il est impératif de renouer le lien avec les usagers éloignés du soin ou des structures de réduction des risques en nous ouvrant aux nouveaux publics de primo-consommateurs et développer l'aller vers tout en privilégiant une approche en santé pragmatique.

En conclusion, face à une moralisation et une répression grandissante directement dirigée sur certains groupes vulnérables, il nous apparaît essentiel de prendre en compte la diversité des usages, des consommateurs, des produits en circulation et de mettre en place une réelle stratégie innovante basée sur les savoirs, tant scientifiques que profanes pour répondre au nombre d'usagers toujours plus important et à leurs besoins spécifiques.



Tessa Funck

Chargé de direction
dropln - Croix-Rouge luxembourgeoise

LUXEMBOURG. LES TRAVAILLEURS DU SEXE, LES OUBLIÉS DE LA CRISE

Interview de Tessa Funck par Natalie Castetz

Les restrictions liées à la crise sanitaire ont bouleversé le quotidien des travailleuses et travailleurs du sexe et entraîné une grande précarité. Entretien avec Tessa Funck, responsable à Luxembourg du dispensaire pour travailleurs du sexe et toxicomanes, Dropln, de la Croix-Rouge luxembourgeoise.

ARP : COMMENT LA CRISE SANITAIRE A-T-ELLE AFFECTÉ LE TRAVAIL DU SEXE ET SON CONTEXTE ?

Tessa Funck. Les travailleuses et travailleurs du sexe ont subi les semaines de confinement, puis le couvre-feu, la fermeture des frontières, enfin la dégradation de la situation économique de certains clients. Le premier impact de la crise sanitaire que nous avons constaté a été la disparition de la prostitution de rue durant les périodes de confinement, les personnes étant menacées de procès-verbaux. Les salons de massage et de relaxation ainsi que les bars ont également fermé. Résultat, les prostitué(e)s sont devenues totalement invisibles.

Autre conséquence de la crise, la fermeture des frontières et l'annulation des déplacements : cela a pénalisé les travailleuses et travailleurs du sexe qui quittent généralement le Luxembourg lors des saisons touristiques de l'été ou de l'hiver pour voya-

ger là où il y a des touristes, comme aux Baléares, Canaries, dans les stations de sports d'hiver. Et les personnes qui auraient voulu rejoindre leur famille en Amérique latine, en Europe de l'Est ou en Afrique n'ont pas pu le faire.

ARP : COMMENT ALORS ONT-ELLES TRAVERSÉ CETTE PÉRIODE ?

Tessa Funck. N'ayant plus de clients, la plupart d'entre elles pour lesquelles le travail du sexe est le seul revenu se sont retrouvées sans ressources. Au Luxembourg, où la prostitution est tolérée mais pas reconnue, les prostitué(e)s - plus de 2 000 travailleraient au Luxembourg - n'ont droit à aucune aide de la part de l'Etat, ni au revenu minimum garanti, le REVIS, ni au chômage partiel. Ils ont été les grandes oubliés de la crise.

Certains ont décidé de continuer. Pour subvenir à leurs besoins financiers, beaucoup ont opté pour

le télétravail et la webcam comme solution de repli, mais leurs clients devaient disposer de matériel adapté et d'espace privé et les clients en couple ou en famille n'avaient plus d'excuse valable pour ces rendez-vous.

ARP : LE SOUTIEN ET LE SUIVI MÉDICAL, SOCIAL, PSYCHOLOGIQUE ET MATÉRIEL ASSURÉ PAR DROPIN A-T-IL ÉTÉ INTERROMPU ?

Tessy Funck. Tout le monde s'est mobilisé pour créer et adapter les meilleures conditions de sécurité sanitaires. Nous avons eu la chance de trouver une grande écoute et du soutien au sein du ministère de l'Égalité entre les femmes et les hommes, avec lequel nous avons une convention. Ainsi, nous avons pu laisser notre service ouvert, tout en adaptant les modalités d'accès du fait des contraintes sanitaires. L'équipe était réduite, avec deux puis trois personnes à l'accueil.

Nous avons ainsi pu continuer à assurer les échanges et la distribution de seringues comme celle des préservatifs, des masques et de gel désinfectant, à répondre aux demandes d'aides et à poursuivre notre travail de prévention : nous tenions nos bénéficiaires informés sur l'évolution de la crise, les décisions prises sur le couvre-feu, le déconfinement, les gestes barrières etc.

La permanence téléphonique a été maintenue et nous avons reçu une centaine d'appels les premières semaines de confinement, de personnes qui avaient surtout besoin d'être écoutées. Durant l'année 2020, 36 permanences médicales ont également pu être assurées et nous avons accueilli 158 personnes différentes pour 434 consultations. Enfin, nous avons maintenu nos sorties sur le terrain : 137 intervenants de rue, les « Street Workers », nous ont ainsi permis de contacter près de 1 500 personnes.

Par ailleurs, un grand mouvement de solidarité s'est fait jour. Nous avons reçu le soutien de particuliers et d'entreprises, avec des bons d'achats distribués dans des supermarchés, des dons de vêtements et de paniers repas, et nous avons pu aider les plus démunies à payer des loyers et des courses. Le Parlement européen a fourni des paniers repas.

ARP : ET AUJOURD'HUI ?

Tessy Funck. L'activité de la rue a peu à peu repris mais encore lentement. Beaucoup de gens ont perdu leur travail et les clients se sont faits plus rares, ce qui conduit certains travailleuses et travailleurs du sexe à baisser leurs tarifs. Ayant dû quitter la rue, ils opèrent aussi de plus en plus dans les appartements, ce qui nous pose problème pour les rencontrer. Nous recevons actuellement une quinzaine de personnes par jour en moyenne, contre une trentaine avant la crise, et constatons de plus en plus de dépressions.

Mais suite à ces pertes de revenus et à l'augmentation de la précarité, nous nous préparons à recevoir davantage de demandes du programme « Exit », qui aide ceux qui le désirent à quitter la prostitution. Nous accompagnons actuellement trois personnes dans la démarche qu'elles ont engagée pour un changement de vie : nous les aidons à réintégrer le marché du travail et réussir une réinsertion professionnelle et nous les épaulons pour trouver un logement, ce qui est particulièrement difficile avec la crise du logement qui sévit aujourd'hui. Deux autres personnes ont entamé la même démarche : elles sont encore au stade de la réflexion que nous menons ensemble, lors de divers rendez-vous.

ARP : CETTE CRISE A-T-ELLE CHANGÉ VOTRE PROPRE FAÇON DE TRAVAILLER ?

Tessy Funck. Nous avons repris l'accueil de 16 heures à minuit, pour que les bénéficiaires, essentiellement des femmes et quelques travestis et transgenres, puissent communiquer, se reposer, cuisiner, faire leur toilette, laver leur linge ou se changer. Ils peuvent y recevoir quotidiennement du matériel de prévention et hebdomadairement des lingettes. La permanence médicale gratuite avec des médecins bénévoles est à nouveau assurée le mercredi, de 20 heures à 22 heures. Enfin, nous effectuons toujours nos interventions de rue, afin de promouvoir la prévention et le service.

Ce qui a changé, c'est que nous avons élargi sur le territoire notre secteur d'interventions et allons essayer, avec le projet Indoor, de répertorier les gens travaillant en appartements pour pouvoir entrer en contact avec eux et leur proposer nos services. Nous avons aussi renforcé le travail en réseau avec les autres services sociaux, les épiceries sociales, en réorientant les personnes vers le centre d'accueil pour personnes toxicomanes Abridado ou le service Quai 57 qui offre du conseil et de l'assistance aux personnes toxicomanes ainsi qu'à leurs familles, ou encore vers Médecins du monde pour les vaccinations.

Le service **DroPin** de la Croix-Rouge luxembourgeoise est « ouvert à toute femme et à tout homme prostitué(e), travesti(e) ou transsexuel(le), professionnel(le) ou occasionnel(le), sans distinction de nationalité, de statut (légal ou illégal) ou d'âge ».

> <https://www.croix-rouge.lu/fr/service/dropin-dispensaire-travailleurs-du-sexe/>



Natacha Delmotte
TREMPOLINE (service communautaire)
Directrice générale Trempoline asb



Ingrid Lempereur
SESAME (service ambulatoire)



Laurence Przylucki
Volet "Bas seuil" de l'interview
Directrice "Le Comptoir de Charleroi"



Virginie Kartkemeyer
Volet "Bas seuil" de l'interview
L'Echange
Coordination-Direction du service



Magali Crollard
Volet "Bas seuil" de l'interview
Accueil Drogues (Centre Alfa)
Psychologue et responsable
du service "Parentalité"
Service de Santé Mentale ALFA

BELGIQUE. MAINTENIR LE LIEN, AVANT TOUT

Natalie Castetz, journaliste

En période de Covid, restreindre l'accueil voire fermer les portes a bouleversé le travail des services assuétudés, qu'ils soient ambulatoire ou résidentiel. Témoignages de Magali Crollard, psychologue au Centre Alfa (Liège), Natacha Delmotte, directrice de Trempoline (Châtelet), Virginie Kärtkemeyer, directrice de Namur Entraide Sida, Ingrid Lempereur, directrice de Sésame, Centre namurois d'accueil et de soins pour toxicodépendants et proches et Laurence Przylucki, directrice du Comptoir (Charleroi).

Partout, que ce soit à Charleroi, Châtelet, Liège ou Namur, la crise s'est abattue avec la même violence. Partout, le premier confinement de près de trois mois a signifié la fin de l'accueil des structures, la fermeture des services administratifs, celle des banques alimentaires. Cela a aussi signifié « des rues vides, sans possibilité pour les usagers de drogues en situation de précarité de faire la manche, sans dealers pour ceux qui avaient besoin de continuer à consommer, et sans toit », se souvient Laurence Przylucki au Comptoir (Charleroi), où sont reçues habituellement vingt à trente personnes chaque jour.

Pour Sésame, ce confinement « a anéanti, selon Ingrid Lempereur, la fonction essentielle d'un service comme le nôtre : l'accessibilité, la souplesse d'accueil sans prises de rendez-vous, entre 9 heures et 17 heures, idéales pour les gens qui ont des difficultés avec la structuration dans le temps ou qui réagissent dans l'urgence ». Trempoline aussi, a dû fermer à Châtelet, et a interrompu toutes les nouvelles admissions. La trentaine de résidents qui y séjournent entre douze et 18 mois ont dû s'isoler. « Cela fut une rupture brutale avec notre fonctionnement habituel en groupe, qui repose sur l'apprentissage par l'expérimentation et sur des échanges relationnels », note sa directrice générale Natacha Delmotte.

SUR LE PAS DE LA PORTE

Il s'est aussi agi, parfois, de « se transformer en cuisiniers, avec l'aide et la solidarité des citoyens qui ont pris conscience que les toxicomanes peuvent crever la dalle et souffrir » : des repas chauds ont été distribués dans la rue, à Charleroi. Ce qui a amené « de nouveaux usagers, venus d'abord pour la nourriture, mais que nous ne verrons plus par la suite », remarque Laurence Przylucki.

Alors, il a fallu s'adapter. « Une permanence téléphonique a aussitôt été assurée par de petites équipes qui se relayaient sur place, et d'autres ont assuré l'écoute à leur domicile », raconte Magali Crollard, du Centre Alfa. C'est aussi par téléphone que Sésame a fonctionné pour les consultations. « Les prescriptions du médecin se faisaient par voie électronique et nous téléphonions pour maintenir le lien », selon Ingrid Lempereur. Pas toujours facile, car « c'était parfois perçu comme une intrusion dans la vie privée ». En 2020, environ 500 à 600 appels téléphoniques ont été assurés et 2 500 à 2 800 consultations psychologiques, médicales et sociales effectuées.

À Namur, le comptoir d'échange de matériel avec accueil, accompagnement social, soins et traitements a dû fermer. « Nous avons continué à distribuer le matériel, sur le pas de la porte, raconte

Virginie Kärtkemeyer. Puis nous avons renforcé le travail de rue, ce qui a permis de maintenir le lien avec notre public. C'était très compliqué, notamment pour trouver du matériel de protection comme pour effectuer les démarches sociales pour les personnes vivant dans la rue, à qui nous prêtions nos téléphones pour qu'elles puissent appeler les services sociaux. »

SOUPLESSE ET INNOVATION

Faire avec, s'adapter, certes, mais aussi innover. Chez Trempoline, « nous avons d'abord prévenu les familles de cette situation, rappelé qu'elle était « extraordinaire » et aussitôt acheté des caméras et des tablettes pour des webcams permettant des communications fréquentes, rapporte Natacha Delmotte. La place des familles est très importante pour nos résidents, alors nous avons mis en place des relais téléphoniques et fait des visios trois fois par semaine. Comme les départs en famille le week-end étaient interrompus, un studio dédié, installé dans l'un des vastes bâtiments de la structure, a été mis à la disposition de ceux qui le souhaitaient. Le rituel du week-end a ainsi pu être maintenu ».

« Nous avons travaillé différemment tout au long de cette crise, reconnaît Magali Crollard. Une fois le matériel de protection sanitaire reçu, nous avons peu à peu repris les consultations psychosociales et nos activités en présentiel, puis nos activités de proximité, en rue et dans les parcs ». Et ce bouleversement total a obligé « à faire preuve de réactivité et à développer des ressources insoupçonnées. Pour maintenir le lien, nous avons par exemple pris l'habitude d'appeler les personnes seules, plusieurs fois par semaine pour prendre de leurs nouvelles. Nous étions parfois le seul contact qu'elles avaient encore ».

À Namur, chez Sésame, l'équipe a voulu reprendre les consultations physiques avec les patients, même s'il n'était pas possible encore d'assurer l'accueil permanent sans rendez-vous. « On a trouvé un système qui respectait les critères de sécurité sanitaire : les heures de rendez-vous étaient décalées de dix minutes pour chaque praticien, ce qui évitait que les patients se croisent. Mais les urgences étaient aussi évaluées par interphone, au cas par cas. »

« Les ressources ne venant plus de l'extérieur, tout le monde a été très créatifs, renchérit Natacha Delmotte. Nous avons organisé des animations, des jeux, avons réalisé des capsules vidéo qui ont été envoyées aux familles. Des administratifs ont proposé des ateliers pâtisserie. Nous avons même pratiqué des arts martiaux. »

PERTE DE SENS

Isolement, absence de proximité, distanciation, l'essence même du travail habituel a pourtant été remis en cause. « *Nous avons ressenti une perte de sens, ou plutôt cela a donné un autre sens à notre travail*, constate Virginie Kärtkemeyer. *Et cela a montré l'importance des services comme le nôtre, les services de bas seuil, rappelant le rôle essentiel qu'ils jouent pour pouvoir maintenir le lien avec les usagers.* »

Et la fatigue, l'incertitude, l'angoisse dans un environnement anxigène, un cadre bouleversé, ont souvent impacté les équipes. « *Des images très fortes ont choqué beaucoup d'entre nous : les rues vides, les magasins fermés, les usagers affamés et amaigris, agglutinés autour d'un sac à dos où nous distribuions de la nourriture parce que faire la manche étant devenu impossible et que des magasins n'acceptaient plus le cash* », relève Virginie Kärtkemeyer. Fatigue, angoisse, le point de rupture était vraiment proche car « *la créativité a ses limites*, comme le fait remarquer Natacha Delmotte, *qui a vu des travailleurs pleurer. Les personnels étaient si fatigués que nous avons dû mettre en place la prévention du burn out, avec des moments planifiés de convivialité* ».

De son côté, Magali Crollard reconnaît qu'il est difficile de se sentir en terrain inconnu. « *Cela entraîne une perte de nos repères qu'il faut gérer, quand on se sent démunie pour pouvoir aider toutes les personnes.* » En toile de fond, les inégalités sociales et ses corollaires comme la fracture numérique. « *Pour faire des visioconférences avec les patients, il faut qu'ils soient outillés ! Et puis les toxicomanes dans la rue n'ont pas tous un portable à portée de main.* » À cela se sont ajoutés, comme si le fardeau n'était pas assez lourd, les problèmes générés par la solitude, avec, pour certains usagers, une santé chancelante et les risques de reconsommation.

CHANGEMENTS

Cette crise sanitaire, comme toute crise, a conduit à des comportements différents et contradictoires. Devant des informations lacunaires et changeantes, au gré des avancées scientifiques, chacun a réagi comme il a pu : des absences au surinvestissement, du télétravail au travail sur le terrain, la fleur au fusil et le masque de tissu sur le nez pour répondre à la situation d'urgence sanitaire. Chez Virginie Kärtkemeyer, l'équipe s'était réduite à quatre personnes. Quand la crise s'est éloignée, quand tout a recommencé, « *on a eu une idée plus claire de la fragilité du système, de notre travail et de nos patients* ».

Signe que la crise a secoué durement les patients mais aussi l'institution. Tout le monde n'a pas eu la chance des résidents de Trempoline, où Natacha Delmotte raconte « *le syndrome de la cabane* »,

dans laquelle les gens voulaient rester chez nous, car Trempoline avait été vécu comme un nid bien chaud ». Sésame, le centre namurois d'Ingrid Lempereur qui accueille 400 consultants dans l'année, estime à « *une vingtaine les personnes perdues, sur les 100 à 150 consultants suivis régulièrement* », avec à la clef crises d'angoisse et tentatives de suicides. « *Et pour ceux qui reviennent, il faut ramener pour retisser des liens tant ils sont fragiles* ».

Et pourtant. Comme le disent poétiquement les Britanniques, chaque nuage a sa doublure d'argent. « *Si l'on veut soigner nos patients, notre institution doit prendre soin d'elle-même* », fait remarquer Virginie Kärtkemeyer. De fait, cette crise a agi comme un révélateur. Elle a d'abord montré que les structures se sont adaptées tant bien que mal en faisant preuve de réactivité, grâce à des personnels dévoués et pleins de ressources. Elle a aussi montré, sinon les failles d'un système, du moins ses fragilités et qu'il était nécessaire de l'améliorer, de le conforter. À Trempoline, où travailleurs et résidents ont lutté ensemble, il a fallu « *remettre de l'exigence et de la hiérarchie, et faire diminuer la crainte de l'extérieur* ». Pour d'autres, comme, Virginie Kärtkemeyer, « *cette crise a renforcé les liens avec le réseau qui existaient déjà et montré que l'on était capables de s'inscrire dans une dynamique d'urgence. Elle a renforcé, chez nous, le sentiment que les services ont un rôle essentiel* ». Sur un plan pratique, la crise sanitaire a pérennisé certaines pratiques, comme l'utilisation des « *visio-conférences* » : pour Natacha Delmotte, « *elle est rentrée dans les mœurs. Elle ne remplace pas une visite, mais permet à des familles qui ne se seraient pas déplacées de pouvoir rester en lien avec nous* ».

Les consultations à distance évitent, pour Magali Crollard, « *les pertes de temps pour un déplacement, les rendez-vous téléphoniques, avec les personnes isolées, et sont idéales pour ceux qui les préfèrent aux rendez-vous en présentiel, par phobie sociale* ». Pour d'autres, comme Laurence Przulucki, des changements d'horaires pour mieux répondre à la demande ont été instaurés, tant et si bien que le nombre d'accompagnements sociaux s'est développé. Chez Trempoline, un projet est né de la pandémie, sélectionné pour 2021-2023 par la Fondation Roi Baudouin dans le cadre du Fonds solidaire pour les établissements hospitaliers et résidentiels : renforcer le travail de prévention à toutes les maladies infectieuses, « *ce qui implique un changement de mentalités* ».

Les dégâts causés par la crise sanitaire sont encore au cœur des préoccupations. Des lignes de force et des consensus se dégagent, que résume Ingrid Lempereur : « *Garder le lien avec les patients, qui passe par un maintien de l'accueil, la réduction des délais entre le premier rendez-vous et le suivant, l'analyse de la demande dans les trois ou quatre jours. Cela passe aussi par apporter plus d'intensité dans notre réponse à la demande, et moderniser les équipements* ».



© DR



Jorge Flores- Aranda (Ph.D.)

*Professeur, École de travail social,
Université du Québec à Montréal*

Stéphanie Marsan (MD)

*Chercheure, Centre de recherche
du Centre hospitalier de l'Université de Montréal*

Annie Talbot (MD)

*Chercheure, Centre de recherche
du Centre hospitalier de l'Université de Montréal*

Manuela Mbacfou Temgoua (M.Sc.)

*Professionnelle de recherche, Centre de recherche
du Centre hospitalier de l'Université de Montréal*

Dianna Marini (BA.)

*Responsable des politiques et des programmes,
Projets Autochtones du Québec*

Rossio Motta-Ochoa (Ph.D.)

*Professionnelle de recherche, École de travail social,
Université du Québec à Montréal*

UN PREMIER PROGRAMME DE GESTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL AVEC UNE POPULATION AUTOCHTONE À MONTRÉAL : POURQUOI MAINTENANT ET QUELS SONT LES DÉFIS DE SA MISE EN ŒUVRE ?

LES VISAGES DE L'ITINÉRANCE AU CANADA ET AU QUÉBEC

Les causes de l'itinérance sont multiples et complexes, et le résultat de différentes interactions

entre facteurs personnels, sociaux et politiques (Paradis, 2016). La littérature scientifique distingue l'itinérance chronique (qui s'étale sur une longue période), l'itinérance intermittente (des épisodes courts d'itinérance sur une période donnée) et l'itinérance à la suite d'une situation de crise (un épisode court et unique) (Fazel *et al.*, 2014). Il est également possible de différencier l'itinérance visible, c'est-à-dire celle qui est vécue par les personnes

qui ne disposent pas d'un endroit pour se loger ; ainsi que l'itinérance cachée, laquelle fait référence aux personnes qui, par exemple, sont hébergées chez des amis ou qui ont une condition précaire d'hébergement (Latimer et Bordeleau, 2019).

Au Canada, près de 235 000 personnes se retrouvent en situation d'itinérance chaque année (Gaetz *et al.*, 2014 ; Paradis, 2016). Lors du dernier dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible effectué dans la nuit du 24 au 25 avril 2018, il y avait, dans 11 des 18 régions du Québec, 5 789 personnes en situation d'itinérance, dont 3149 se trouvaient à Montréal (Latimer et Bordeleau, 2019). Une des raisons pour lesquelles les personnes en situation d'itinérance sont exclues des refuges d'urgence, ou d'autres services, est l'impossibilité d'y consommer de l'alcool ou leur état d'intoxication est trop importante (Pauly, 2016).

Les visages de l'itinérance sont multiples et il existe une surreprésentation de certaines populations, dont les Autochtones (Premières Nations, Métis et Inuits) (Latimer *et al.*, 2015 ; Paradis, 2016). Alors que les personnes des Premières Nations et les Inuits représentent respectivement 2,3% et 0,2% de la population du Québec, ils représentaient respectivement 10,4% et 1,6% des personnes en situation d'itinérance lors du dénombrement mené en 2018 (Latimer et Bordeleau, 2019). Dans les centres urbains canadiens, les personnes Autochtones ont huit fois plus de risque que le reste de la population de se retrouver en situation d'itinérance (Patrick, 2014). Cette situation peut être considérée comme une des multiples conséquences du traumatisme intergénérationnel vécu par les peuples Autochtones canadiens ayant, entre autres, vécu les « pensionnats autochtones » (O'Neill *et al.*, 2018). Ces pensionnats, gérés par l'église catholique et financés par le gouvernement fédéral, étaient un des mécanismes pour assimiler les peuples Autochtones à la culture occidentale. Entre 1870 et 1997, plus de 150 000 enfants Autochtones ont été obligés de fréquenter ces pensionnats et ont été forcés à abandonner leur langue et leur culture, en plus de subir différentes formes de violence et de négligence (Bombay *et al.*, 2014).

L'itinérance est très souvent accompagnée de problèmes de santé (Aubry *et al.*, 2012 ; Latimer *et al.*, 2015). En effet, comparativement à la population générale, les personnes en situation d'itinérance présentent des taux plus élevés de troubles de santé mentale, de santé physique et de consommation de substances. Celles qui ont une consommation problématique de substances, dont la consom-

mation d'alcool, font face à de multiples stigmatisations et à la judiciarisation (Aubry *et al.*, 2012). Cela aggrave encore plus les obstacles existants à l'accès aux soins et compromet davantage la santé et la dignité d'une population qui souffre souvent de problèmes de santé complexes.

LES SERVICES POUR PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE : ENJEUX ET DÉFIS

Les ressources publiques et communautaires jouent un rôle important dans le soutien aux personnes en situation d'itinérance. Toutefois, les troubles liés à l'usage d'alcool chez cette population constituent une des barrières importantes à l'accès aux services (Vallance *et al.*, 2016). Afin de pallier ces manques, différentes approches sont explorées, dont l'implantation de ressources de type wet dans lesquelles la sobriété n'est pas une condition d'accès et où la consommation d'alcool est autorisée, ou même gérée par le personnel (Reed, 2008 ; Podymow *et al.*, 2006).

On distingue deux grands modèles de ressource de type wet : 1) les programmes de gestion de la consommation d'alcool (*Managed Alcohol Program*), qui consistent dans la distribution de doses prédéterminées d'alcool à des intervalles de temps réguliers dans le cadre d'un hébergement à court/moyen terme ; et 2) les centres où la durée de séjour varie entre quelques heures (centres de jour) et plusieurs mois (hébergements de transition) qui permettent la consommation d'alcool selon le propre rythme de la personne (sans dose prédéterminée). De tels programmes d'intervention sont conçus pour assurer la sécurité, améliorer la santé et le bien-être des personnes rencontrant des difficultés en lien avec leur consommation d'alcool et leurs conditions de vie. Les effets de ces services sont multiples, notamment sur la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives, sur le système de santé et sur les relations avec la police, sur la santé et le bien-être des individus ainsi que sur la stabilité résidentielle.

LA COVID-19 ET SES EFFETS SUR LES PERSONNES

EN SITUATION D'ITINÉRANCE

Plusieurs populations sont davantage vulnérables aux complications associées à la COVID-19 en raison d'un état de santé précaire, dont les personnes en situation d'itinérance et celles ayant des enjeux en lien avec leur consommation de substances psychoactives (Bertrand *et al.*, 2020). Ces personnes sont également plus à risque de contracter la COVID en raison des difficultés à appliquer certaines mesures dont la distanciation physique, l'isolement en cas de symptômes et l'accès à de l'équipement de protection individuel, entre autres (Bertrand *et al.*, 2020). De plus, la surcharge de travail occasionnée par la COVID-19 a eu comme conséquence que plusieurs services sociaux et de santé, dont des services en dépendances et en itinérance, ont été interrompus ou réduits, notamment durant la première vague de la pandémie. La fermeture, ou la réduction, de ces services ont eu un impact important sur une population déjà fragilisée (Bertrand *et al.*, 2020).

La pandémie et les mesures qui ont été prises pour la combattre ont aussi été à l'origine de la mise en place de plusieurs interventions novatrices, autant dans le milieu public que communautaire. Différentes mesures ont été prises, dont : les téléconsultations avec différents professionnels de la santé et des services sociaux, l'adaptation des règles dans les refuges pour personnes en situation d'itinérance, l'assouplissement de certaines restrictions associées aux traitements pour les personnes ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes, entre autres (Bertrand *et al.*, 2020). Cependant, la pérennisation de ces mesures n'est pas assurée une fois la pandémie contrôlée.

LE PROGRAMME DE GESTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL À PROJETS AUTOCHTONES DU QUÉBEC (PAQ)

C'est dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et ses conséquences sur le réseau de la santé et des services sociaux que l'organisme communautaire autochtone, Projets Autochtones du Québec (PAQ), a développé et mis en place un programme

de gestion de la consommation d'alcool (PGCA). Le PGCA, comme tous les services de l'organisation, s'appuie sur le respect des cultures et des valeurs autochtones et visent la dignité et le sens de communauté (PAQ 2020). Ce programme s'adresse à des hommes Autochtones en situation d'itinérance chronique ayant d'importantes difficultés à accéder à des ressources d'hébergement en raison de leur consommation d'alcool et qui se sentent vulnérables dans la rue.

PAQ est un organisme ayant pour mission « d'accompagner les personnes Autochtones qui sont confrontées à la précarité de logement à Montréal ». Le PGCA de PAQ est un service résidentiel à long terme qui vise à réduire les difficultés d'accès à l'hébergement parmi les personnes Autochtones en situation d'itinérance chronique dépendantes à l'alcool et à atténuer les méfaits associés à cette dépendance (PAQ, 2021). Plus précisément, le PGCA offre aux résidents un hébergement sécuritaire favorisant sa stabilisation et sa qualité de vie. Il permet également d'améliorer l'accès aux services de santé primaires, dont les participants s'étaient éloignés en raison de leurs conditions de vie. La structure du PGCA favorise également la mise en place d'un soutien communautaire, notamment par le contact et le renouement avec les cultures autochtones (PAQ, 2021).

Le PGCA offre un environnement supervisé 24h/24, 7 jours par semaine grâce à la présence d'intervenants qui offrent un soutien holistique aux résidents. Les résidents ont des chambres privées entièrement meublées et disposent des espaces communs comme une cuisine commune, une salle de jeux, un salon et un jardin. De plus, les résidents ont accès à un service de nettoyage et à deux repas par jour. Ils sont encouragés à utiliser les installations pour préparer le troisième repas de la journée. Les coûts de ces services est pris en charge par les résidents par le biais de leur chèque d'aide sociale.

Le PGCA a été mis en place en collaboration avec l'équipe du Service de médecine des toxicomanies du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Impliquée dès le début dans le développement des protocoles médicaux et d'admission du programme, l'équipe offre des formations et du soutien aux participants et aux intervenants du programme. Elle fait l'évaluation médicale de chaque participant et offre les services et les suivis cliniques liés à la consommation de substances. Elle joue aussi un rôle de liaison entre les participants, les intervenants et les différentes équipes de soins

afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé et l'expérience vécue. Cette collaboration permet la présence d'une infirmière à temps partiel et des visites médicales hebdomadaires.

Les services de type *wet*, dont le PGCA, ont des avantages, mais aussi certains défis. En termes organisationnels, les PGCA doivent établir des règles de fonctionnement suffisamment équilibrées pour faciliter le vivre-ensemble et pour atteindre les objectifs du programme. En matière des ressources humaines, ce type de programme nécessite des professionnels très qualifiés et hautement formés. Enfin, les besoins d'investissement en infrastructure peuvent potentiellement être importants, notamment : espaces séparés pour les services *wet* intégrés à une ressource existante, entreposage sécurisé d'alcool, etc.

Dans ce contexte, PAQ, le Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CR-CHUM) et l'Université du Québec à Montréal (UQAM) mutualisent leurs forces et leurs savoirs afin d'évaluer la mise en œuvre du premier PGCA du Québec. Cette étude a pour but de déterminer les impacts liés à la mise sur pied du projet pilote sur la qualité, la sécurité, les coûts ainsi que l'expérience des participants, de l'équipe de PAQ ainsi que de l'équipe du Service de médecine des toxicomanies du CHUM.

Les résultats de cette étude devront être disponibles au cours de l'année 2022 et ils pourront favoriser la pérennisation du PGCA et guider le développement et la mise en place de PGCA auprès d'autres populations.

Bibliographie

- Aubry, T., Klodawsky, F., Coulombe, D. (2012). Comparing the Housing Trajectories of Different Classes Within a Diverse Homeless Population. *American Journal of Community Psychology*, 49(1-2) : 142-155.
- Bertrand, K., Désilets, L., Ngo Ngué, D.M. et chercheurs de GID-COVID (2020). *Projet GID-COVID : Genre et intervention en dépendance en contexte de pandémie auprès de personnes en situation de précarité sociale. Synthèse préliminaire des connaissances : réponse rapide*. Québec : Université de Sherbrooke ; 2020. 93 p.
- Bombay, A., Matheson, K., Anisman, H. (2014). The intergenerational effects of Indian Residential Schools : Implications for the concept of historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, 51(3) : 320-338 DOI : 10.1177/1363461513503380
- Fazel, S., Geddes, J.R., Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries : descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* ; 384 (9953) : 1529-40. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
- Gaetz, S., Gulliver, T., Richter, T. (2014). *The State of Homelessness in Canada : 2014*. Toronto : The Homeless Hub Press.
- Latimer, E., McGregor, J., Méthot, C., Smith, A., pour l'équipe de Je Compte MTL 2015 (2015). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 mars 2015*. Montréal, Québec : Ville de Montréal.
- Latimer, E. et Bordelau, F. (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- O'Neill, L., Fraser, T., Kitchenham, A., McDonald, V. (2018). Hidden Burdens : a Review of Intergenerational, Historical and Complex Trauma, Implications for Indigenous Families. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11 : 173-186. DOI 10.1007/s40653-016-0117-9
- Paradis, E. (2016). Outsiders Within : Claiming Discursive Space at National Homelessness Conferences in Canada. *Social Inclusion*, 4(4).
- Patrick, C. (2014). *Aboriginal Homelessness in Canada : A Literature Review*. Toronto : Canadian Homelessness Research Network Press.
- Pauly, B., Gray, E., Perkin, K., Chow, C., Vallance, K., Kryswaty, B., Stockwell, T. (2016). Finding safety : a pilot study of managed alcohol program participants' perceptions of housing and quality of life. *Harm Reduction Journal*, 13:15 DOI 10.1186/s12954-016-0102-5
- Podymow, T., Turnbull, J., Coyle, D., Yetisir, E., Wells, G. (2006). Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *Canadian Medical Association Journal* 174(1) : 45-9.
- Projets Autochtones du Québec (PAQ) (2021). *Rapport annuel 2020-2021*. Montréal : PAQ
- Reed, M. (2008). *Wet Shelters : The benefits and risks associated with alcohol-administered homeless shelters. A Scoping review*. Knowledge and Information Services Branch, Office of the Chief Information Officer, Ministry of Labour and Citizens' Services, British Columbia.
- Vallance, K., Stockwell, T., Pauly, B., Chow, C., Gray, E., Kryswaty, B., Perkin, K., Zhao, J. (2016). Do managed alcohol programs change patterns of alcohol consumption and reduce related harm? A pilot study. *Harm Reduction Journal*, 13:13 DOI 10.1186/s12954-016-0103



Cédric Fazan
Directeur Fondation
le Tremplin

Nicolas Cloux
Adjoint de direction
Fondation le Tremplin

« NOTRE EXPÉRIENCE DU COVID » PAR LES BÉNÉFICIAIRES DE LA FONDATION LE TREMPLIN

Interview réalisé par *Cédric Fazan et Nicolas Cloux*

La Fondation le Tremplin à Fribourg (Suisse) est active depuis 1982 dans le domaine de l'aide aux personnes en situation d'addiction et/ou en grande précarité sociale. Elle dispose de 5 secteurs d'activités : un service social spécialisé, un centre de jour à bas seuil d'accessibilité, un atelier de production à seuil adapté, un centre résidentiel thérapeutique et un centre de compétences en santé sexuelle.

Afin de comprendre comment nos bénéficiaires ont traversé cette période (mars 2020 à l'automne 2021), nous avons interrogé 11 personnes qui fréquentent au moins l'un de nos secteurs, en leur posant 7 questions générales autour de ce thème. Leurs réponses ont été condensées afin que l'on puisse en saisir la teneur globale. Cet article n'est en aucun cas une étude scientifique, mais il est une prise de température qui donne quelques informations sur la façon dont nos bénéficiaires ont traversé cette période si particulière.

ARP : GLOBALEMENT, COMMENT AVEZ-VOUS VÉCU CETTE PÉRIODE ?

Bénéficiaires de la Fondation le Tremplin.

On distingue trois types de ressentis : il a bien entendu les personnes qui ont mal vécu cette période, notamment en raison de la fermeture momentanée des structures du Tremplin au printemps 2020 lors du semi-confinement imposé en Suisse. Le contact avec les amis, les collègues (aux ateliers) ont été coupés. Plusieurs personnes ont été en souci pour leur famille en raison du covid. Le flux d'informations « anxigènes » a également joué un rôle. Une personne interrogée a signalé avoir pensé à celles et ceux qui ont perdu leur vie, leur emploi, ou leur entreprise. Une personne a signalé avoir perdu son apprentissage lors de l'apparition du covid. Ainsi, la pandémie a été, pour elle, un élément supplémentaire dans la détérioration de sa situation. Une autre personne dit avoir mal vécu la répression à l'égard des personnes qui ne respectaient pas les distanciations sociales (Suisse : amendes d'ordre). Enfin, plusieurs personnes évoquent l'augmentation de leur sentiment de solitude au cours de cette période. En ce sens, nos bénéficiaires ont traversé cette période comme une grande partie de la population générale.

En revanche, une personne interrogée estime avoir plutôt bien vécu cette période. S'estimant peu sociable, elle remarque : « ...ça m'a plutôt aidé par rapport à ça. Je n'ai plus besoin de faire des bisous ou de serrer des mains. ». Une personne a profité de se concentrer sur les côtés divertissants de la vie comme se balader ou sortir son chien. Enfin, plusieurs bénéficiaires de nos secteurs ont beaucoup apprécié les prestations mises en place par le Tremplin lors du semi-confinement : livraisons de repas et de matériel de consommation à domicile, contacts téléphoniques, etc. Ces prestations visant à « aller vers » ont été vécues comme réconfortantes.

Enfin, d'autres personnes estiment qu'elles ont vécu normalement et que cette situation (pandémie, fermetures, restrictions, etc.) ne les a pas vraiment impactées.

ARP : QUE PENSEZ-VOUS DU VACCIN ?

Bénéficiaires de la Fondation le Tremplin.

Sur les 11 personnes interrogées, 7 se déclarent favorables au vaccin et 4 ne sont pas convaincues. Les personnes étant ouvertes à la vaccination disent l'avoir fait pour se protéger ainsi que pour protéger leur entourage proche. Leur confiance dans le monde médical et les instances politiques est également invoquée. L'une d'entre elles recon-

naît que les encouragements d'un intervenant du Tremplin ainsi que des problèmes pulmonaires l'ont incitée à se faire vacciner. Parmi les personnes qui craignent le vaccin, on retrouve des arguments régulièrement invoqués : le manque de confiance envers les messages délivrés par le gouvernement, les doutes envers son efficacité ainsi que des craintes envers des éventuels effets à long terme. Un des bénéficiaires estime que le fait de ne pas avoir de « pass » sanitaire ne l'impacte pas. Aussi, il ne voit pas l'utilité de se faire vacciner. Une autre personne fait le lien entre ses injections (de drogues) passées qui étaient un choix personnel et le fait que l'on soit obligé de se faire vacciner. Selon elle, cette obligation de la vaccination, le fait qu'elle vit cette injonction comme une forme de chantage (pour avoir accès à divers lieux ou prestations, il faut être vacciné), et le manque de confiance dans les messages des autorités la rendent très méfiante. Puis elle conclut ainsi : « ... nous saurons un jour toute la vérité sur ces vaccins ».

ARP : CETTE CRISE A-T-ELLE EU DES EFFETS POSITIFS POUR VOUS ?

Bénéficiaires de la Fondation le Tremplin.

Plusieurs personnes interrogées identifient des côtés plutôt positifs à cette crise. Un interviewé estime qu'étant dépressif, il appréciait de ne plus être obligé de sortir. Les livraisons à domicile (repas, papiers administratifs, échange de matériel de consommation, etc.) dont il a bénéficié, lui ont, par ailleurs, facilité la vie. Deux personnes relèvent que la nature a pu profiter de cette baisse de l'activité humaine et que cela lui a fait du bien. Une personne interrogée remarque qu'elle a pu prendre du temps pour elle et qu'elle a constaté un rapprochement et un soutien mutuel avec son entourage. Une autre remarque qu'elle a moins bu d'alcool en raison de la fermeture des bars, car elle boit peu à la maison. Un bénéficiaire estime que cela lui a permis de faire un tri parmi ses amis. Pendant cette période, un noyau dur s'est formé entre lui et ses amis les plus proches. Enfin, une personne déclare qu'elle peut enfin faire savoir aux autres ce que la solitude veut vraiment dire. Elle estime que maintenant qu'elle ne se sent plus seule dans cette situation.

ARP : CETTE PÉRIODE A-T-ELLE MODIFIÉ VOTRE RAPPORT AU MONDE ET AUX AUTRES ?

Bénéficiaires de la Fondation le Tremplin.

Comme nous l'avons soulevé précédemment, plusieurs personnes expriment à leur manière que le fait d'avoir été privé de certaines relations ou que celles-ci aient été mise en danger, les a rapprochées de leur entourage. Un bénéficiaire des

ateliers exprime que ce qui lui a le plus manqué est le simple fait de discuter avec ses collègues. Cette fermeture lui a montré à quel point la relations avec ses collègues était importante. Une autre personne note que durant cette période elle s'est rapprochée de sa mère et de sa soeur et que cette dernière lui a proposé de l'aider dans ses démarches administratives. En parlant des contacts avec ses proches, une personne dit ceci : « Avant c'était une routine, j'avais l'impression qu'on se voyait pour se voir, mais là, on a une période un peu floue devant nous, donc on apprécie plus ces moment-là ». Une autre encore dit se renseigner davantage sur ce qui se passe dans le monde « dans la bienveillance de savoir comment les autres pays s'en sortent ».

Quelques-uns, en revanche, n'ont pas remarqué de changements particuliers dans leur rapport à autrui. Cela vient généralement du fait que les relations avec leur

proches, et en particulier leur famille, sont définitivement rompues. Au contraire, un autre, estime que les restrictions liées au covid ont augmenté son impression de se sentir piégé. Aussi, dans ce contexte, il se sent encore davantage dépendant des autres. Selon lui, le covid a achevé de « l'éteindre ». Enfin, une peræen elle : « On ne voit plus les émotions sur le visage ». Ce manque de visibilité des émotions ajouté à la suppression de la poignée de main et de se faire la bise a engendré beaucoup de distance entre les personnes, ce qu'elle vit mal.

ARP : COMMENT VOYEZ-VOUS L'AVENIR ?

Bénéficiaires de la Fondation le Tremplin.

Sur les 11 personnes interrogées, 4 voient un avenir plutôt positif. L'une d'entre elles : « essaie de voir le positif ». Elle espère que, grâce à la vaccination, on puisse enfin en finir avec cette pandémie. Elle craint néanmoins : « Que ce ne soit qu'un début et que d'autres épidémie de ce genre arrivent ». Deux autres personnes imaginent que ce sera compliqué ces prochaines années mais que nous entrerons ensuite dans une nouvelle ère qui sera meilleure. Une dernière personne remarque : « Je suis en pleine ascendance » en faisant référence à des événements qu'elle juge positifs qui lui sont arrivés pendant cette période.

2 personnes ont un avis plutôt mitigé quant à l'avenir empreint de grandes incertitudes. Les 5 personnes restantes prévoient un avenir difficile et sombre. L'une d'entre elles exprime son souci quant à ses enfants et petits-enfants. Une autre va jusqu'à déconseiller à son fils d'avoir des enfants,

car : « ...je ne vois rien de réjouissant, ça mute tout le temps, on ne va pas vers les beaux jours ». Comme beaucoup de personnes dans la population générale, elles ont des doutes sur l'avenir et n'arrivent pas à estimer de quoi il sera fait.

REMARQUES GÉNÉRALES

Il s'agit là d'un échantillon de 11 personnes sur les 200 qui fréquentent régulièrement au moins l'un de nos secteurs d'activités (chaque année, environ 550 personnes viennent au Tremplin au moins une fois). Ce petit sondage nous apprend déjà que la période que nous venons de traverser n'est pas systématiquement vécue comme sombre et déprimante. Comme pour tout un chacun, les ressentis ont fortement varié en fonction de la situation des personnes sur les plans sociaux, psychologiques et financiers ainsi qu'en fonction de leur consommation. Alors qu'une majorité importante des personnes qui viennent au Tremplin vivent dans la grande précarité, on aurait pu supposer qu'elles portent un regard plus pessimiste sur cette période de pandémie. Or, nous constatons que la « quarantaine sociale » dans laquelle sont plongés bon nombre de nos bénéficiaires depuis de nombreuses années a, en quelque sorte, atténué les effets des restrictions mises en place. Par ailleurs, nous supposons que leur marginalisation les a « protégé », en partie du moins, du virus. En effet, à notre connaissance, très peu de bénéficiaires de nos secteurs ont été contaminés, et nous n'avons constaté chez elles aucun problème de santé particulier en lien avec le covid.

En ce qui concerne les produits illégaux, contrairement à nos prévisions, ils n'ont généralement pas été difficiles à se procurer, mais c'est leur qualité qui a été critiquée. On peut en déduire que si l'approvisionnement a sans doute été assuré, c'est peut-être sa régularité qui a subi des variations. Néanmoins, il est probable que ces différents constats doivent très varier d'un pays, voire d'une région à l'autre.



Nadine Berndt (Ph.D.)
Chef du Point Focal Luxembourgeois de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (PFLDT), Service Epidémiologie et Statistique, Direction de la santé, 20 rue de Bitbourg, L-1273 Luxembourg-Hamm

Rita Seixas (Ph.D.)
Collaboratrice du Point Focal Luxembourgeois de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (PFLDT), Service Epidémiologie et Statistique, Direction de la santé, 20 rue de Bitbourg, L-1273 Luxembourg-Hamm



Eva Tayssier (BASc)
Bachelor of Arts and Sciences, University College London, Faculty of Arts and Humanities, Department of Arts and Sciences, Gower Street, London, WC1E 6BT United-Kingdom

Alain Origer (Ph.D.)
Coordinateur National Drogues, Direction de la santé, 20 rue de Bitbourg, L-1273 Luxembourg-Hamm

IMPACT DE LA COVID-19 SUR LES PRATIQUES DE CONSOMMATION ET L'UTILISATION DES OFFRES SPÉCIALISÉES PAR DES USAGERS DE DROGUES À HAUT-RISQUE

ABSTRACT

Les usagers de drogues à haut risque (UDHR), en majorité marginalisés, sont exposés à des risques accrus lors de crises sanitaires telles que celle de la COVID-19. Pour mieux comprendre l'impact de la crise sanitaire COVID-19 sur les différentes sphères de la vie des UDHR, une enquête quantitative a été menée auprès d'un groupe d'UDHR, bénéficiaires

d'offres de traitement et de réduction de risques, au G.-D. de Luxembourg. Les UDHR ont été questionnés quant à leurs habitudes de consommation, l'appréciation de l'impact de la crise sur le marché des drogues, ainsi que quant à leurs vécus émotionnels et leurs comportements à risques avant et depuis la mise en œuvre des mesures restrictives COVID-19. Par ailleurs, l'accès et le recours à un traitement de substitution et à des perma-

nences médicales mises en place dans le cadre de cette pandémie, et la perception de la disponibilité et de l'accessibilité des offres sanitaires et sociales, ont été considérés. Les résultats de l'enquête permettent à mieux cerner les besoins des UDHR dans le contexte d'une crise sanitaire et à optimiser les réponses à y apporter à moyen et à long terme.

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

La crise sanitaire COVID-19 et l'ensemble des restrictions mises en œuvre par les gouvernements pour atténuer la propagation du virus ont eu un impact considérable sur les UDHR. Vivant pour la plupart dans des conditions précaires, ces personnes sont davantage exposées aux risques sanitaires et en particulier aux maladies infectieuses. De même, il s'agit d'une population davantage affectée en cas d'infection car les UDHR peuvent présenter un système immunitaire affaibli, des problèmes respiratoires chroniques et des maladies cardiovasculaires. À cela s'ajoutent les difficultés respiratoires engendrées par la COVID-19, et une augmentation du risque de surdoses fatales pendant une infection active au SARS-CoV-2 chez les personnes qui consomment des opioïdes. Les UDHR sont dès lors une population particulièrement à risque dans le contexte de la COVID-19, notamment en raison de leur exposition accrue à des situations à risque, leur état de santé général et le développement de formes et de complications graves (Dubey *et al.*, 2020 ; EMCDDA, 2020a ; EMCDDA, 2020b).

Les offres de traitement et de réduction de risques spécialisées pour des UDHR ont dû adapter leurs services afin de respecter les mesures d'hygiène et de distanciation sociale, mais aussi afin de gérer une réduction des ressources humaines disponibles (p. ex., réduction des horaires d'ouverture et des offres). Par ailleurs, on ne peut pas exclure qu'en raison des perturbations du marché de la drogue et une diminution des moyens financiers, les UDHR se sont tournés vers des substances autres que leurs produits préférentiels, pouvant déboucher sur des comportements à plus haut risque et induire des nouveaux défis pour les services d'encadrement et de soins (EMCDDA, 2020b).

Au G.-D. de Luxembourg, les offres de soins et de réduction de risques ont indiqué avoir observé parmi certains UDHR une baisse de la consommation, tandis que d'autres se sont tournés vers des substances alternatives, moins chères et davantage accessibles, notamment afin de gérer leur(s)

dépendance(s). En temps de crise sanitaire, ces personnes sont encore davantage dépendantes des offres de soins et d'encadrement, déjà perturbés par les effets de la crise sanitaire. À souligner dans ce contexte que des initiatives innovantes nationales ont vu le jour en réponse aux défis liés à la COVID-19, telles que les permanences médicales couplées au traitement de substitution bas-seuil et l'instauration d'offres à distance (Ministère de la Santé, 2020a).

La présente étude était la première réalisée au G.D. de Luxembourg pour évaluer l'impact de la crise sanitaire COVID-19 spécifiquement sur la population des UDHR. L'étude a été réalisée durant l'été 2020 dans le but de mieux comprendre les risques et les défis auxquels les UDHR étaient confrontés, ainsi que d'évaluer l'impact de la crise sanitaire COVID-19 sur leurs pratiques de consommation, leurs comportements à risques, et l'accès et l'utilisation des offres spécialisées mises à disposition par des centres de réduction de risques. Par ailleurs, l'étude a aussi évalué la perception des UDHR des changements constatés depuis les restrictions liées à la COVID-19 au niveau du marché de drogues illicites. Mieux appréhender les besoins de cette population permettra de pouvoir prendre, le cas échéant, des mesures appropriées ou optimisées.

MÉTHODOLOGIE

Description de l'échantillon

L'étude a été menée auprès des clients des centres bas-seuil de réduction des risques pour usagers de drogues au G.-D. de Luxembourg. Tout UDHR fréquentant ces services était éligible à participer à l'étude sous condition d'avoir une bonne compréhension d'une des deux langues du questionnaire (français ou allemand) et présenter un état mental permettant de compléter le questionnaire. Un total de 195 clients UDHR ont été invités et 138 (74.6%) ont accepté d'y participer.

Procédure de l'étude et description du questionnaire

Pendant la période de l'état de crise (13 mars 2020 - 24 juin 2020), à l'instar de plusieurs pays, un confinement a été décrété au G.-D. de Luxembourg (Ministère d'Etat, 2020). La collecte de données a eu lieu entre le 16 juin 2020 et 28 août 2020 dans deux centres bas-seuil (Abrigado et JDH¹). Un questionnaire pseudo-anonyme était auto-administré et distribué aux UDHR par le personnel des centres. Essentiellement quantitatif, le questionnaire in-

cluait des sociodémographiques suivi par des questions sur les habitudes de consommation, ainsi que des changements observés depuis l'introduction des restrictions liées à la crise sanitaire COVID-19, notamment au niveau du marché illicite de drogues, des substances consommées, et des émotions vécues. Le questionnaire évaluait aussi les changements dans les comportements à risque et la réalisation d'un test COVID-19. De plus, il comprenait certaines questions sur l'utilisation actuelle des offres des centres bas-seuil (salles de consommation, permanences médicales et le recours au traitement de substitution). Enfin, une question concernait les changements observés au niveau de la disponibilité et de l'accessibilité à des offres d'aide.

Considérations éthiques

La pseudonymisation du questionnaire a été réalisée utilisant un code unique en conformité avec le règlement européen relatif à la protection des données physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (Commission Européenne, 2016). Chaque participant a été informé de la finalité du traitement des données collectées et sur le droit de refuser de participer et/ou de se retirer de l'étude à tout moment. Lorsque la collecte de données a été terminée, les questionnaires ont été transférés au PFLDT, responsable pour le traitement et l'analyse des données.

Traitement des données

Dix-huit questionnaires ont été retirés de l'étude, soit parce qu'ils faisaient état de trop de valeurs manquantes, soit parce qu'il s'agissait de doublons identifiés sur base du code unique utilisé. Au total, 120 questionnaires valides ont pu être exploités sur lesquels des analyses statistiques ont été menées (SPSS version 25). Des analyses descriptives ont été réalisées pour l'ensemble des variables étudiées. Des analyses comparatives ont été utilisées afin d'examiner des différences significatives des habitudes de consommation des drogues avant et depuis l'introduction des restrictions COVID-19. Les tests de signification statistiques Khi-carré ont été appliqués avec un niveau de signification de $p < 0.05$.

RÉSULTATS

Description sociodémographique

Les répondants étaient majoritairement de sexe masculin (76.7%) et l'âge moyen était de 42.7 ans

(SD=9.1). Une situation de logement stable a été rapportée par la majorité des répondants (53.3%), suivi de personnes indiquant une situation instable ou être sans logement (31.6%), ou un hébergement dans un foyer de nuit (13.3%). Une minorité a indiqué de vivre dans une institution (1.7%). Un peu plus de la moitié ont indiqué avoir une situation de logement leur permettant de respecter les mesures de confinement (59.6%). Enfin, la plupart des répondants ont indiqué être né au Luxembourg (51.7%) ; environ un tiers dans un autre pays de l'UE (34.2%), une minorité dans d'autres pays d'Europe (1.7%), et 12.5% dans un pays hors Europe.

Changements au niveau de la consommation de drogues

Selon les résultats des analyses descriptives obtenus, il n'y a pas eu de changements importants au niveau des habitudes de consommation de drogues - que ce soit avant ou depuis l'introduction des mesures nationales COVID-19. Les opiacés sont cités comme les substances les plus consommées, suivies de la cocaïne, bien que légèrement moins de répondants citent les opiacés comme « drogue principale » depuis les restrictions, et légèrement davantage ayant indiqué la cocaïne. Les modes de consommation n'ont pas non plus connu de changements marquants avant et depuis les mesures de restriction. Environ la moitié des répondants déclarent consommer leur substance principale par inhalation, suivis des personnes indiquant consommer par injection. Les autres modes de consommation (par voie orale et intranasal) sont déclarés par une minorité des répondants, néanmoins ils augmentent très légèrement depuis l'introduction des mesures de restriction.

L'échantillon étudié est composé de consommateurs fréquents, dont approximativement la moitié consomment quotidiennement, et plus d'un tiers consomment entre deux à six fois par semaine. Cette fréquence de consommation semble toutefois diminuer légèrement depuis les mesures imposées suite à la crise COVID-19, avec une légère réduction de la proportion de répondants indiquant consommer tous les jours. Presqu'un quart indiquent consommer une plus faible quantité de drogues lors d'un épisode de consommation depuis les mesures COVID-19, alors que près de deux-tiers disent consommer la même quantité, et quelques-uns une plus grande quantité.

Des analyses comparatives supplémentaires révèlent néanmoins que les drogues primaires, les modes de consommation et la fréquence de consommation de la drogue primaire ont changé de manière

Tableau 1 :

Consommation de drogues avant et depuis l'introduction des restrictions liées à la COVID-19 parmi les UDHR (n=120)

		Avant mesures COVID-19 (n=120)	Depuis mesures COVID-19 (n=120)	χ^2	Valeur p
Drogue primaire	Opiacé ; n (%)	73 (60.8)	69 (57.5)	217.25	0.000
	Cocaïne ; n (%)	34 (28.3)	36 (30.0)		
	Cannabis ; n (%)	7 (5.9)	8 (6.7)		
	« Speedball » ; n (%)	3 (2.5)	3 (2.5)		
	Hypnotiques et sédatifs ; n (%)	2 (1.7)	1 (0.8)		
	Hallucinogènes ; n (%)	--	1 (0.8)		
	Alcool ; n (%)	1 (0.8)	2 (1.7)		
Mode de consommation	Par injection ; N (%)	52 (43.3)	48 (40.3)	158.73	0.000
	Par inhalation (blow) ; n (%)	62 (51.7)	62 (52.1)		
	Par voie orale ; n (%)	3 (2.5)	4 (3.4)		
	Intranasal ; n (%)	3 (2.5)	5 (4.2)		
Fréquence de consommation de la drogue primaire	Pas consommé les 30 derniers jours ; n (%)	2 (1.7)	2 (1.7)	62.67	0.000
	1 jour ou moins par semaine ; n (%)	11 (9.2)	18 (15.3)		
	2-3 jours par semaine ; n (%)	33 (27.7)	34 (28.8)		
	4 à 6 jours par semaine ; n (%)	13 (10.9)	11 (9.3)		
	Tous les jours ; n (%)	60 (50.4)	53 (44.9)		
Quantité consommée par épisode	Plus petite ; n (%)	27 (23.1)		--	--
	Pareil ; n (%)	72 (61.5)			
	Plus grande ; n (%)	18 (15.4)			

Note : Pour certaines variables, le total est inférieur à n=120 en raison de valeurs manquantes (% valides). Pour des analyses du χ^2 effectuées, des catégories comportant peu de cas (≤ 5) ont été regroupées pour obtenir un nombre plus important de cas par cellule.

Tableau 2 :

Changements observés depuis l'introduction des restrictions COVID-19 parmi les UDHR (n=120)

CHANGEMENTS OBSERVÉS	Supérieur	Identique	Inférieur	Ne sait pas
Disponibilité/accès aux drogues usuelles ; n (%)	7 (5.8)	64 (53.3)	46 (38.3)	3 (2.5)
Quantité de drogue(s) habituelles obtenue/reçue (par achat) ; n (%)	6 (5.0)	71 (59.2)	39 (32.5)	4 (3.3)
Qualité des drogues* ; n (%)	10 (8.3)	35 (29.2)	70 (58.3)	5 (4.2)
Prix des drogues ; n (%)	21 (17.8)	86 (72.9)	10 (8.5)	1 (0.8)
Consommation d'autres drogues illicites ; n (%)	10 (8.3)	73 (60.8)	17 (14.2)	18 (15.0)
Consommation d'alcool ; n (%)	26 (23.0)	55 (48.7)	8 (7.1)	24 (21.2)
Consommation de médicaments de substitution ; n (%)	19 (16.4)	53 (45.7)	12 (10.3)	32 (27.6)
Consommation des drogues licites (p. ex. benzodiazépines) ; n (%)	13 (11.9)	43 (39.4)	12 (11.0)	41 (37.6)
Possibilité de se procurer de l'argent** ; n (%)	11 (9.2)	52 (43.7)	44 (37.0)	12 (10.1)
Demande(s) d'aide pour réduire/arrêter la consommation ; n (%)	21 (18.3)	57 (49.6)	14 (12.2)	23 (20.0)
Socialisation et consommation en groupe ; n (%)	12 (10.6)	73 (64.6)	19 (16.8)	9 (8.0)
Émotions négatives/comportements violents (disputes, bagarres) ; n (%)	58 (49.2)	43 (36.4)	13 (11.0)	4 (3.4)
Sentiment de vulnérabilité et d'exclusion sociale ; n (%)	46 (38.7)	57 (47.9)	9 (7.6)	7 (5.9)

Note : Pour certaines variables, le total est inférieur à n=120 en raison de valeurs manquantes (% valides).

*Qualité des drogues : pureté/puissance d'effet ressentie, produits de coupe ;

** Possibilité de se procurer de l'argent : p. ex. travail au noir, prostitution, mendicité.

Tableau 3 :

Comportements à risques et utilisation des offres parmi les UDHR avant et depuis les restrictions COVID-19 (n=120)

		Total (n=120)
Partage de seringues ou d'autres matériels de consommation	Jamais partagé ; n (%)	93 (79.5)
	Moins qu'avant ; n (%)	6 (5.1)
	Pareil qu'avant ; n (%)	12 (10.3)
	Plus qu'avant ; n (%)	6 (5.1)
Surdosage	Jamais eu de surdosage ; n (%)	69 (58.5)
	Moins qu'avant ; n (%)	23 (19.5)
	Pareil qu'avant ; n (%)	22 (18.6)
	Plus qu'avant ; n (%)	4 (3.4)
Test COVID-19	Oui ; n (%)	39 (32.8)
Utilisation de la salle de consommation supervisée depuis les restrictions COVID-19	Oui ; n (%)	97 (81.5)
Utilisation de l'offre de permanences médicales depuis les restrictions COVID-19	Oui ; n (%)	68 (57.1)
Traitement de substitution en cours (initié avant les restrictions COVID-19)	Oui ; n (%)	57 (47.9)
Débuté un traitement de substitution (depuis les restrictions COVID-19)	Oui ; n (%)	19 (16.0)

Note : Pour certaines variables, le total est inférieur à n=120 en raison de valeurs manquantes (% valides).

Tableau 4 :

Disponibilité et accès à des offres d'aide depuis l'introduction des restrictions COVID-19 (n=120)

PERCEPTION DE LA DISPONIBILITÉ DE ...	Plus que suffisante	Suffisante	Insuffisante	Ne sait pas
... seringues et autre matériel d'injection propre et stérile ; n (%)	33 (27.5)	50 (41.7)	17 (14.2)	20 (16.7)
... autre matériel hygiénique distribué (p. ex. désinfectant) ; n (%)	22 (18.3)	71 (59.2)	18 (15.0)	9 (7.5)
... préservatifs ; n (%)	17 (14.4)	63 (53.4)	4 (3.4)	34 (28.8)
... traitement de substitution, n (%)	9 (7.7)	52 (44.4)	13 (11.1)	43 (36.8)
... médicaments essentiels (autres que la substitution) ; n (%)	12 (10.5)	48 (42.1)	8 (7.0)	46 (40.4)
... soins médicaux ; n (%)	17 (14.2)	69 (57.5)	14 (11.7)	20 (16.7)
... nourriture et boissons ; n (%)	28 (23.3)	63 (52.5)	25 (20.8)	4 (3.3)
... endroits pour l'hygiène personnelle (douches/WC/linge) ; n (%)	10 (8.4)	51 (42.9)	45 (37.8)	13 (10.9)
... salles de consommation supervisée ; n (%)	14 (11.7)	67 (55.8)	28 (23.3)	11 (9.2)
... endroits pour dormir ; n (%)	13 (11.0)	52 (44.1)	29 (24.6)	24 (20.3)
... endroits pour se confiner ; n (%)	11 (9.3)	36 (30.5)	49 (41.5)	22 (18.6)

Note : Pour certaines variables, le total est inférieur à n=120 en raison de valeurs manquantes (% valides).

significative au sein de l'échantillon étudié depuis l'introduction des mesures COVID-19 (Tableau 1). Ces résultats doivent néanmoins être interprétés avec prudence car l'échantillon est de petite taille et certaines catégories sont surreprésentées.

Perception des UDHR concernant l'impact des restrictions COVID-19 sur le marché de drogues et leurs comportements et vécus émotionnels

Selon la majorité des répondants, la disponibilité/accès aux drogues usuelles depuis l'introduction des mesures de restriction est « *identique* » ; néanmoins un tiers des répondants perçoivent une diminution. Environ un tiers de répondants décrivant la quantité de drogues comme « *inférieure* ». En ce qui concerne la qualité et le prix des drogues acquises depuis la crise sanitaire, plus de la moitié des répondants disent que la qualité s'est dégradée ; peu de répondants indiquent avoir connu des prix « *supérieurs* ». La consommation d'alcool est rapportée « *supérieure* » par près d'un quart des répondants depuis l'introduction des mesures COVID-19. La possibilité de se procurer de l'argent est jugée comme « *inférieure* » par plus d'un tiers des UDHR. Finalement, une dégradation au niveau émotionnel ressort de cette étude. La majorité des répondants déclarent un vécu d'émotions négatives et de comportements violents « *supérieures* », et plus d'un tiers se sentent plus vulnérables et socialement exclus (Tableau 2).

Changements dans les comportements à risques et utilisation des offres spécialisées

Les pratiques de consommation à risques ne semblent pas avoir radicalement changé depuis les mesures de restriction. La majorité des répondants indiquent ne jamais avoir partagé de seringues ou d'autre matériel de consommation ; peu disent partager autant qu'avant ou avoir changé leurs habitudes. Le taux de surdosage semble suivre une tendance à la baisse. Un répondant sur cinq indique une diminution d'épisodes de surdosage ou avoir eu autant qu'avant, et une minorité déclarent avoir subi davantage de surdosages qu'avant. Un tiers des répondants déclarent avoir déjà été testés pour la COVID-19. La majorité des répondants fréquentent actuellement une des salles de consommation supervisées, et un peu plus que la moitié utilisent l'offre des permanences médicales depuis les restrictions COVID-19. Presque la moitié des répondants indiquent suivre un traitement de substitution, initié avant les restrictions et quelques répondants rapportent avoir commencé un traitement de substitution bas-seuil depuis (Tableau 3).

Perception des UDHR concernant la disponibilité et l'accès aux offres d'aide

La disponibilité de l'ensemble des offres considérées est globalement qualifiée comme étant suffisante. La disponibilité de matériel « *safer-use* » et « *safer-sex* » et de médicaments, ainsi que l'offre de soins médicaux, de traitement de substitution et de nourriture/boissons sont considérés « *suffisante* » ou « *plus que suffisante* » par la majorité des répondants. Les trois offres qui ont été jugées plus fréquemment comme étant « *insuffisantes* » sont par ordre d'importance les lieux pour se confiner, les endroits pour l'hygiène personnelle et les endroits pour dormir (Tableau 4).

CONCLUSION

Étant la première étude menée spécifiquement parmi les UDHR suite à l'entrée en vigueur des restrictions liées à la COVID-19 au G.-D. de Luxembourg, cette étude a la spécificité d'avoir mis les UDHR en situation de précarité au centre des préoccupations et d'avoir analysé l'impact de la crise sanitaire selon leurs points de vue et vécus. Contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, cette étude a révélé peu de changements par rapport aux habitudes de consommation, voire aux habitudes de partage de matériel de consommation ou des épisodes de surdosage dans le contexte de la crise sanitaire. Néanmoins, une diminution de la qualité des drogues sur le marché illicite a été rapportée par la plupart des répondants et certains ont témoigné une augmentation des prix. Seulement un tiers des répondants de l'étude ont indiqué avoir déjà été testés pour la COVID-19, similaire aux résultats rapportés par d'autres études menée à cette époque (Uporova et Peacock, 2020). Aujourd'hui, ce pourcentage a considérablement augmenté et de nombreux UDHR sont désormais complètement vaccinés grâce à des programmes de dépistage et de vaccination mis en œuvre par le gouvernement luxembourgeois. Malgré l'impact inévitable de la crise sanitaire sur le fonctionnement des centres de traitement et de réduction de risques, peu de changements ont été observés en matière de la disponibilité et l'accès aux services d'aide, et ils ont été majoritairement jugés comme suffisants par les UDHR. Les permanences médicales et la substitution bas-seuil sont des offres indispensables en temps de crise sanitaire et au-delà. Bien que les centres de réduction de risques aient réussi à ne pas réduire les capacités d'hébergement depuis la mise en vigueur de mesures COVID-19 et que les capacités en question n'aient saturées à aucun moment, les UDHR enquêtés ont

mentionné l'insuffisance d'endroits pour se confiner, pour l'hygiène personnelle et pour dormir, confirmant qu'il s'agit d'une population à risques accru d'être contaminée (EMCDDA, 2020a). Il s'agira dès lors d'analyser plus en détail cette apparente dis-crépance entre une offre existante et sa percep-tion par les bénéficiaires potentiels. Finalement, le vécu d'émotions négatives a été rapporté par la majorité des participants, ce qui corrobore le résul-tat d'autres études ayant constaté une détériora-tion de la santé mentale des UDHR au cours de la crise sanitaire (Uporova & Peacock, 2020 ; De Jong *et al.*, 2020 ; Stack *et al.*, 2021). Les services de prise en charge thérapeutique sont d'ailleurs considérés comme les plus essentiels après les offres d'abris et de logements (Ministère de la Santé, 2020b).

Cette étude a été réalisée parmi un échantillon mo-deste et non-représentatif de la population d'UD-HR, et ses résultats ne sont pas exempts du risque de biais de sélection et de désirabilité sociale. Néanmoins, elle a permis une meilleure compréhen-sion de l'impact de la crise COVID-19 sur différen-tes sphères de vie des UDHR, particulièrement expo-sés pendant cette crise sanitaire. Cette évaluation est importante à des fins de surveillance et afin d'optimiser les réponses à apporter à moyen et à long terme pour répondre de manière holistique aux besoins de santé mentale, physique et sociale des UDHR pendant la crise sanitaire COVID-19 et au-delà.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les directions et les membres du personnel de l'Abrigado et de la Fondation « Jugend- an Drogenhëllef » pour avoir soutenu et distribué le questionnaire à leurs clients pendant la crise sanitaire COVID-19. De plus, nous aimerions remercier tous les clients des deux institutions pour leur contribution à cette étude. Enfin, nous tenons à remercier Dr Martine Debacker pour sa relecture et ses propositions précieuses.

Bibliographie

- **Commission Européenne. (2016).** *Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE).* Bruxelles : Commission Européenne.
- **DeJong, C., DeJong Verhagen, J. G., Pols, R., Verbrugge, C., & Baldacchino, A. (2020).** Psychological Impact of the Acute COVID-19 Period on Patients With Substance Use Disorders: We are all in this Together. *Basic and clinical neuroscience*, 11(2), 207-216.
- **Dubey, M. J., Ghosh, R., Chatterjee, S., Biswas, P., Chatterjee, S. & Dubey, S. (2020).** COVID-19 and addiction. *Diabetes Metab Syndr*, 14(5), pp. 817-823. Doi:2020.06.008. 10.1016/j.dsx
- **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2020a).** *Rapport de l'EMCDDA sur les implications du COVID-19 pour les usagers de drogues (UD) et les personnels des services dans le domaine des addictions.* Lisbonne : EMCDDA.
- **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2020b).** *EMCDDA trendspotter briefing May 2020: Impact of COVID-19 on drug services and help-seeking in Europe.* Lisbonne : EMCDDA.
- **Ministère d'Etat. (2020).** *Règlement grand-ducal du 18 mars 2020 portant introduction d'une série de mesures dans le cadre de la lutte contre le Covid-19. Version consolidée au 4 mai 2020.* Luxembourg : Ministère d'État, Service central de législation.
- **Ministère de la Santé. (2020a).** *Flash-COVID N°2 : L'impact de la crise COVID-19 sur les usagers de drogues et les services d'encadrement spécialisés.* Luxembourg : Ministère de la Santé, Direction de la santé, Point Focal Luxembourgeois de l'OEDT & STATEC.
- **Ministère de la Santé (2020b).** *Stratégie nationale en matière d'addictions et plan d'action gouvernemental 2020-2024 en matière de drogues d'acquisition illicite et de leurs corollaires.* Luxembourg: Ministère de la Santé.
- **Stack, E. Leichtling, G., Larsen, J. E., Gray, M., Pope, J., Leahy, J. M., Gelberg, L., Seaman, A. & Korthuis, P. T. (2020).** The impact of COVID-19 on Mental health, Substance use, and Overdose Concerns of People Who use Drugs in Rural Communities. *J Addict Med*, doi: 10.1097/ADM.0000000000000770. Online ahead of print.
- **Uporova, J., & Peacock, A. (2020).** *Impact of COVID-19 and associated restrictions on people who inject drugs in the Australian capital Territory: Findings from the illicit Drug Reporting System 2020.* Illicit Drug Reporting System Australia.

1 <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/lusage-et-loffre-des-droques-durant-la-pandemie-de-covid-19-en-belgique>



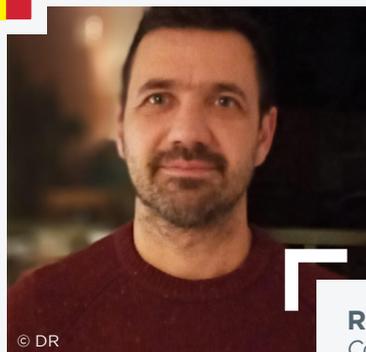
Éric Husson
Coordinateur du projet
LAMA asbl



Moudane Mahdih
Fixeuse



Sabri-Ben Abdelhafidh
Psychologue



Rémi Deconinck
Coordinateur du projet Combo

BRUXELLES : ALLER HORS-LES-MURS, POUR DES INTERVENTIONS AU PLUS PRÈS DES USAGERS

Interview réalisé par *Natalie Castetz*

Crise sanitaire, crise migratoire : à Bruxelles, le Projet Lama, centre ambulatoire pour usagers de drogues, a mis en place de nouveaux dispositifs d'interventions adaptés à ces nouveaux défis. Entretien avec Eric Husson (Projet Lama), Rémi Dekoninck (Projet Combo), Sabri Ben Abdelhafidh (Projet Artha).

ARP : QUE S'EST-IL PASSÉ À BRUXELLES PENDANT LA CRISE SANITAIRE ?

Éric Husson (Projet Lama). Le premier confinement lié à la pandémie de la COVID-19 en mars 2020 a entraîné, comme partout, la fermeture des centres d'accueil de jour, des services psychomédico-sociaux, des restaurants sociaux, des institutions. Nous ne pouvions plus accueillir personne dans nos murs, malgré les demandes quotidiennes.

Cette situation a entraîné une dégradation de la situation socio-sanitaire des sans-abris usagers de drogues, en restreignant leurs ressources matérielles, en les exposant à la répression policière,

en limitant l'accès aux services de soins et en générant d'importants troubles liés au stress et à l'anxiété.

Lors de la deuxième vague de la Covid, d'octobre 2020 à juin 2021, les services ambulatoires bas seuil ont progressivement repris une activité normale, sans toutefois pouvoir prendre en charge la totalité des demandes en traitement. Les restrictions des ressources institutionnelles ont laissé beaucoup des sans-abris usagers de drogues sans protection sociale ni accès aux soins. Une enquête de Sciensano¹, portant sur plus de 3 500 usagers de drogues, a montré que sur les personnes interrogées qui bénéficiaient avant les mesures sanitaires d'un trai-

tement lié à leurs dépendances, seul un tiers d'entre elles étaient encore en mesure de le suivre pendant le confinement

ARP : QUELLES RÉPONSES AVEZ-VOUS APPORTÉES À CETTE SITUATION ?

Rémi Deconinck. Lors du premier confinement, une équipe mobile a été créée au sein du bas-seuil Bruxellois, pour aller hors les murs à la rencontre des usagers et des consommateurs là où ils étaient hébergés, en intervenant directement dans leurs lieux de vie quels qu'ils soient.

Le projet Combo s'est mis en place en partenariat avec différentes institutions : le Service d'accompagnement mobile du réseau Hépatite C (Sampas), la Maison d'accueil socio-sanitaire (Mass), le centre d'accueil non-médicalisé pour personnes majeures, dépendantes aux drogues Transit.

La mission de Combo était de (re)créer le lien et permettre des passerelles entre les personnes ayant une consommation active de produits avec le système de soin et de santé existant : les services ambulatoires, les maisons médicales, les hôpitaux... Passer les portes de l'hébergement en tant que professionnel spécialisé en toxicomanie a permis de toucher des personnes ne connaissant pas le réseau bruxellois. Et élargir le réseau de partenaires nous a aussi permis de réduire le temps nécessaire pour ré-affilier ce public précaire à un réseau de soins stable.

ARP : CONCRÈTEMENT, COMMENT L'ÉQUIPE A-T-ELLE TRAVAILLÉ ?

Rémi Dekoninck. L'équipe est mobile et transdisciplinaire. Elle est composée d'un psychiatre, de deux médecins généralistes, deux psychologues et d'un travailleur social et intervient dans des lieux inhabituels pour nous, tels que les centres d'hébergement du Samu social, de Médecins sans frontières, de la Croix-Rouge, ou les hôtels réquisitionnés pour accueillir les sans-abris et les migrants en transit. Nous y tenons deux à trois permanences par semaine, en faisant le tour des réfectoires, en collant des affiches, en discutant autour d'un café. Un bar social a été mis en place pour éviter que les usagers quittent leur centre sans autorisation, en pleine pandémie, pour aller chercher des produits.

Dans ces lieux inhabituels, il s'agissait d'apporter l'offre de soins - dépistage VHC/VIH, distribution et échange de seringues, traitement de substitution-, de mettre en place des groupes de paroles, de faciliter l'accès aux droits. Le projet s'est structuré, la Fondation Roi Baudouin a soutenu diverses associations pour l'acquisition de matériel de protection et le ministère de la santé a apporté un soutien financier pour aider les publics vulnérables : usagers de drogues, gens en précarité de séjour, travailleurs du sexe.

ARP : QUELS TYPES DE PRISES EN CHARGE AVEZ-VOUS EFFECTUÉES ?

Rémi Deconinck. Environ 80 personnes ont ainsi été prises en charge sur quinze mois, des gens qui

souvent n'avaient jamais eu de contact avec nous auparavant et dont beaucoup n'étaient pris en charge nulle part ailleurs : des jeunes hommes d'origine maghrébine, poly-consommateurs de benzodiazépine, surtout le Rivotril, et de prégabaline dont le Lyrica avec l'alcool, et dans une moindre mesure de la cocaïne et du cannabis, ainsi que des femmes plus âgées belges. Nous sommes également intervenus dans les squats et dans la rue. La plus grande part des consultations a concerné au départ les problèmes médicaux, puis, de plus en plus, des motifs sociaux ou psychologiques.

ARP : QU'A CHANGÉ CETTE CRISE DANS VOS FAÇONS DE TRAVAILLER ?

Éric Husson. Tout le monde a dû innover et tester de nouvelles méthodologies pour poursuivre l'offre en termes de réduction des risques et de traitement. Cette crise a été pour nous l'occasion de concrétiser des réflexions qui étaient en cours, en donnant un coup d'accélérateur à des projets d'interventions mobiles. Nous nous sommes déployés de manière plus large, intervenant à la demande de diverses institutions. Combo s'est organisé selon le modèle de « plateforme de services » et cette période inédite a conduit à un déplacement de logiques par des services qui se connaissaient bien : les différents partenaires sont passés d'une logique d'établissement à une logique territoriale, en transcendant les frontières institutionnelles et en échangeant les expertises.

La plateforme de services a privilégié la démarche ascendante et co-construite, qui consiste à faire émerger un projet d'intervention basé sur la réalité de terrain et sur l'expertise des travailleurs de plusieurs institutions partenaires. En termes de gouvernance, elle adopte plutôt des prises de décisions de type « ad hoc », qui implique que les travailleurs ont ainsi une plus large marge de manœuvre.

Cette période a donné de la visibilité à tous ceux qui étaient invisibles et des centres se sont retrouvés confrontés à des publics qu'ils ne connaissaient pas, dont ils avaient chacun une représentation spécifique, tels que les usagers de drogues. Certains services ont dû remettre en question leur vision de la consommation de produits illicites dans leurs murs. Nos interventions ont permis de faire bouger des tabous sur ce type de consommation.

Nous sommes aujourd'hui convaincus que ce dispositif partenarial et intersectoriel est une vraie réponse innovante dans la prise en charge de la problématique des dépendances à Bruxelles. Aujourd'hui, la plateforme Combo souhaite pérenniser son activité et élargir l'offre.

ARP : MAIS C'EST POUR RÉPONDRE À UNE AUTRE CRISE QUE LAMA A RENFORCÉ SON DISPOSITIF EN CRÉANT ARTHA.

Éric Husson (Projet Lama). Il s'agit cette fois-ci de répondre à la problématique des usagers de drogue en situation d'exil sur le territoire bruxellois. Dans cette ville très cosmopolite qu'est Bruxelles qui compte plus d'1 million d'habitants, on estime à plus

de 100 000 les personnes vivant en situation irrégulière.

La crise migratoire n'est pas nouvelle à Bruxelles mais les acteurs de la précarité et de la prise en charge ambulatoire ont constaté que beaucoup de patients étaient en situation d'errance depuis des années sans avoir accès aux services de santé : des citoyens de l'union européenne (Polonais, Portugais, Roms...) et, plus récemment, des patients marocains, iraniens, soudanais, libyens... Ces usagers sont souvent les grands oubliés des plans de soins conventionnels et ont du mal à exercer leur droit à la santé.

Nous avons pensé qu'il était important d'imaginer un dispositif qui fasse la liaison entre les différentes institutions pour prendre en charge les différents besoins psycho-médico-sociaux et puisse combiner des interventions dans les langues maternelles du public plutôt que de mobiliser des traducteurs. C'est ainsi qu'une équipe polyglotte a été créée en septembre 2019, en partenariat avec Médecins du Monde.

ARP : COMMENT LE PARTENARIAT MÉDECINS DU MONDE ET LAMA S'EST-IL MIS EN PLACE ?

Sabri Ben Abdelhafidh (coordinateur et psychologue d'Artha). Les deux services avaient du mal à communiquer au départ : Lama est spécialisé dans l'addiction et Médecins du monde dans la migration. Et chacun avait sa propre vision sur un public doublement discriminé : de par ses origines, sa culture, sa langue, et de par sa consommation.

Pour faciliter l'accès aux soins et aux droits de ces usagers, l'idée était de conjuguer les compétences des deux équipes, de combler les interstices entre les acteurs de l'immigration qui n'avaient pas les expertises nécessaires afin de pouvoir prendre en charge tant les aspects liés aux dépendances que les situations liées à l'exil et la clandestinité.

ARP : EN QUOI LE DISPOSITIF ARTHA ? ÉTAIT-IL NOUVEAU ?

Sabri Ben Abdelhafidh. Unique en Belgique, il a consisté à créer une équipe cosmopolite, composée de travailleurs issus des métiers du social et de travailleurs ayant connu l'expérience migratoire, dans leur parcours de vie, à des degrés différents, et qui peuvent ainsi mieux comprendre la réalité du vécu de l'exil de la personne. L'utilisation de ce vécu permet une relation totalement différente avec un public qui peut être méfiant. Par ailleurs, la langue étant l'une des barrières qu'il fallait lever, à côté des barrières administratives et culturelles, notre service se distingue des autres grâce à la maîtrise des langues. Les sept travailleurs psycho-sociaux dont deux psychologues, un infirmier et un assistant social ont une langue maternelle autre que le français, comme l'arabe, le russe, le polonais, le four parlé au Soudan...

Nous avons développé un nouveau type de fonction appelés « fixeurs / fixeuses » : comme des guides, les « fixeurs » sont des intervenants qui font office de traducteurs, médiateurs, facilitateurs dans les démarches, accompagnateurs en contexte hostile au bénéficiaire,

et agissent autant avec les institutions qu'avec les bénéficiaires.

ARP : COMMENT L'ÉQUIPE DES "FIXEURS" ENTRE-T-ELLE EN CONTACT AVEC CE PUBLIC ?

Sabri Ben Abdelhafidh. Notre objectif est de permettre à ce public exclu des soins d'entrer dans le système de santé via un accompagnement mobile. Entrer en contact avec le public passe principalement en effectuant des maraudes, des permanences hebdomadaires chez nos partenaires, notamment le Hub humanitaire, géré par Médecins du Monde. Les différentes institutions à qui nous avons présenté nos services viennent nous demander une intervention directe : le Projet Lama, mais aussi les maisons médicales, les hôpitaux ou encore les centres d'hébergement (Hub humanitaire, Samu social, Porte d'Ulysse, plateforme citoyenne).

Enfin, le bouche à oreille fonctionne bien. Certains membres de l'équipe sont issus de communautés de migrants et ont ainsi une capacité à entrer en contact directement avec les communautés, sans passer par un intermédiaire, institutionnel ou professionnel, ce qui facilite la communication. Ainsi, Inas Houssaini est d'origine marocaine, Dorota Kwiatkowska polonaise : connue aujourd'hui du réseau des polonais en situation de migration et d'addiction qui n'ont pas forcément connaissance de leurs droits et possibilités en termes de santé, elle peut être désormais contactée par un membre de cette communauté.

Cinquante personnes ont été accompagnées en 2019, 110 en 2020.

Même si nous visons à terme leur autonomisation, notre travail consiste à les accompagner dans les institutions aussi longtemps que nécessaire, quelle que soient les démarches à effectuer : cartes médicales, demande de régularisation, rendez-vous en médecine somatique, etc.

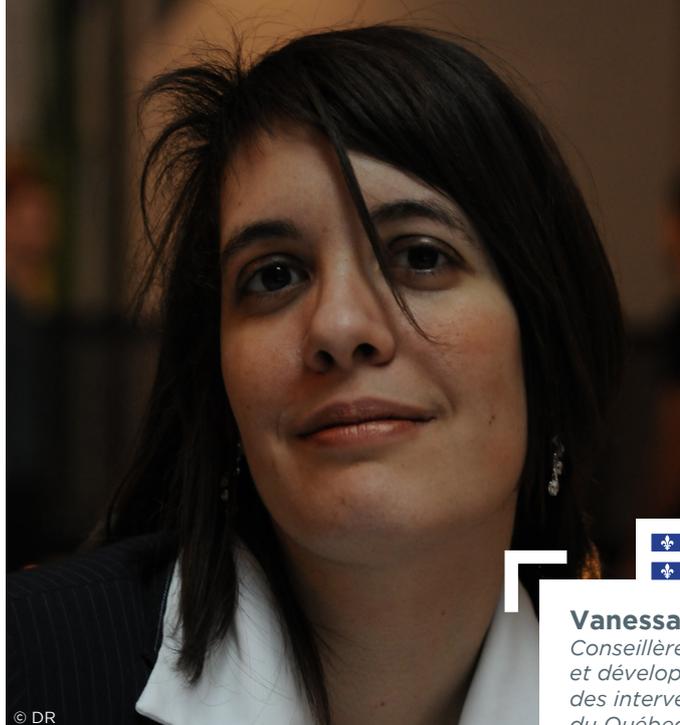
L'accompagnement physique dans les démarches des bénéficiaires fait qu'en tant que travailleurs nous sommes témoins, au même titre que l'accompagné, de toutes les souffrances et discriminations qu'il peut subir.

ARP : QUEL A ÉTÉ L'IMPACT DU COVID 19 ?

Sabri Ben Abdelhafidh. Il a fallu adapter nos méthodes de travail, une grande partie de nos partenaires ayant stoppé leurs activités ou diminué la présence des travailleurs sur place, les lieux de soins sont devenus plus difficiles d'accès. Nous avons dû travailler par voie électronique et par téléphone mais pour beaucoup de bénéficiaires, le contact était déjà rompu.

Depuis, les activités ont peu à peu repris. Nous avons le soutien renouvelé de l'organisme d'intérêt public Bruxelles Prévention Sécurité dans le cadre des appels à projet qui viennent consolider son Plan Global de Sécurité et Prévention. Nous aimerions à terme développer un réseau transnational, c'est-à-dire dépasser les frontières institutionnelles et géographiques entre Bruxelles et les étapes des transmigrants en route vers l'Angleterre.

1 Gouvernement du Canada. (Septembre 2021). Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada en toxicomanie!. [en ligne]. <https://sante-infobase.canada.ca/me-faits-associes-aux-substances/opioïdes-stimulants>



© DR



Vanessa Nonat

Conseillère en communication et développement, Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ)

LA TRIPLE CRISE AU CANADA ET L'AVANCÉE PLUS RAPIDE VERS UNE RÉFORME DES POLITIQUES SUR LES DROGUES

Le Canada est profondément touché par une triple crise, soit celles de la COVID-19, des surdoses et du logement. En effet, la pandémie n'a pas effacé les difficultés rencontrées par les populations qui composent les collectivités du pays. Au contraire, elle les a plutôt exacerbées en affectant de surcroît et de manière disproportionnée, les personnes utilisatrices de substances, ainsi que les communautés racisées, autochtones et à faibles revenus.

Nul doute, le coronavirus a entraîné de multiples pertes de vies canadiennes. Toutefois, ce calcul quotidien de décès ne tient pas compte de l'ensemble des êtres chers qui nous ont quittés en raison de la présente crise sanitaire.

Au Canada, entre janvier 2016 et mars 2021, les morts liées à une intoxication aux opioïdes ont été au compte de 22 828. Entre avril 2020 et mars 2021, les décès ont représenté une hausse de 88 % par rapport à la même période avant la pandémie de COVID-19.¹

Cet article présente rapidement les contextes favorables à un débat sur la régulation des drogues en ces temps de pandémie. Il aborde entre autres les opportunités perçues par divers acteurs des milieux élargis de la dépendance et donne quelques

exemples de percées. Les citations sont tirées d'entrevues réalisées à l'automne 2021 pour les besoins de l'article. Finalement, le texte soulève des questions sur la capacité même de saisir et de concrétiser ces opportunités et sur le maintien des avancées visant une réforme des politiques sur les drogues.

Mentionnons que bien que l'article mette l'accent sur des aspects plus positifs de la crise de COVID-19, nous reconnaissons qu'un regard tout aussi important doit être porté sur les multiples difficultés et défis rencontrés par les organisations canadiennes et intervenant(e)s, de même que sur les répercussions sur le terrain depuis les débuts de la crise.

DES ORGANISATIONS AGILES ET DES COLLABORATIONS QUI ENTRAÎNENT LE CHANGEMENT

Dès l'adoption du discours de pandémie par les autorités publiques, le milieu de la dépendance a rapidement réagi afin de renseigner les populations sur les manières de consommer à moindre risque, permettant de limiter l'exposition au coronavirus. Documents d'information, boîtes à outils et portails virtuels sont au nombre des ressources créées,

en vue de rendre accessibles au plus grand nombre des contenus adaptés au présent contexte sanitaire. Fait notable, la mise à jour en continu et le développement ponctuel d'outils à vitesse grand V dans des formats et des langues multiples, visaient non seulement à faire connaître les meilleures pratiques aux personnes utilisatrices de substances, mais aussi à équiper les organisations et les intervenant(e)s travaillant dans des environnements variés.

Cette réponse immédiate à l'état d'urgence et aux normes sanitaires restrictives s'est poursuivie les mois suivants, les services des institutions œuvrant en dépendance, et la pratique même des intervenant(e)s étant appelés à s'adapter et à changer. En effet, la fermeture des frontières, ou encore les mesures de distanciation sociale et de confinement ont mis en évidence l'augmentation importante des risques liés à l'approvisionnement et aux méthodes de consommation des substances. Pire encore, la situation s'est exacerbée, par la diminution de l'accès, voire l'interruption de services, particulièrement en réduction des méfaits. La résilience face à ces réalités inédites a engendré des occasions d'apprentissage et de croissances sans pareil pour les organismes du milieu et leurs équipes. L'accroissement de l'expertise lié à l'hétérogénéisation des approches et le développement de nouveaux publics suscité par la création d'activités et de services Web sont aux nombres des avancées de cette crise.

Cette agilité s'est aussi reflétée à travers l'essor de groupes de discussion, communautés de pratiques et comités de partenaires rassemblant des parties prenantes de localités et provinces diverses. Ces échanges rendus possibles par le biais du virtuel ont favorisé le transfert de connaissances, le partage d'expériences et une compréhension plus juste des réalités actuelles du terrain. Qui plus est, ils ont permis de mieux cerner les méthodes d'intervention probantes et les actions de mobilisation sur lesquelles coopérer.

La crise a entre autres eu un effet marqué sur la reconnaissance de l'approche en réduction des méfaits et sur la concomitance entre les divers troubles (ex. entre un trouble de santé mentale et un trouble lié à l'usage de substances), réunissant les membres des différents corps professionnels autour d'enjeux communs.

Par exemple, la pandémie a engagé la communauté scientifique dans une mobilisation d'envergure, contribuant à un rapprochement et un maillage plus serré des parties prenantes du processus de recherche. En vue de recueillir des résultats rapides, le mécanisme de financement des projets a été allégé et les montants accrus, bouleversant ainsi le rythme traditionnel des chercheur(-euse)s canadien(ne)s.

« Dans un court laps de temps, nous avons été en mesure, grâce à la collaboration et le soutien des acteurs du milieu, de réaliser nos mandats de re-

cherche. En outre, la crise actuelle a conduit à un plus grand partage de ces résultats que ce soit sous la forme de publications scientifiques ou de webinaires », déclare Céline Bellot, Professeur titulaire et Directrice de l'Observatoire des profilages de l'École de travail social de l'Université de Montréal.

Alors que les libertés civiles et l'accès aux services se réduisaient, le maillage entre le réseau communautaire et le réseau public de la santé et des services sociaux s'est aussi renforcé. La trajectoire de soins s'est modifiée, permettant des voies rapides et une certaine flexibilité quant à l'évaluation clinique, ou encore l'accessibilité aux services et aux soins. Dans certains cas, la création de dialogues plus directs, l'adoption de démarches moins contraignantes et l'adaptabilité des stratégies d'intervention ont mené à l'acceptation et l'intégration au sein de ces services spécialisés, des personnes marginalisées qui s'en voyaient autrefois refuser l'accès. L'ensemble de ces rapprochements ont entraîné non seulement l'élargissement et la solidification des liens existants, mais aussi l'accroissement du pouvoir d'action.

« Dans notre région, beaucoup d'organisations d'hébergement d'urgence n'étaient pas contre l'approche de réduction des méfaits, mais ne savaient pas comment l'appliquer. Des établissements habituellement fermés à la consommation dans leur milieu se sont mis à offrir la distribution de matériel tel que des seringues et bandelettes de tests de fentanyl ou encore former leur équipe à l'administration de la naloxone. Cette nouvelle réalité a mené à une réflexion sur la création d'un "bouton panique" en hébergement transitoire ou d'urgence et d'un protocole permettant d'intervenir rapidement », affirme Yves Séguin, directeur général du Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais (CIPTO).

LA RECONNAISSANCE DU CARACTÈRE ESSENTIEL ET LA VALORISATION DU MILIEU

Alors que les projets amorcés avant la pandémie progressaient à petits pas, les étapes menant au financement et au déploiement de services désormais dits essentiels ont abouti de façon plus marquante au cours des derniers mois. La reconnaissance de l'état d'urgence, combinée à l'expertise développée par les organisations en réduction des méfaits, au soutien de la communauté médicale et scientifique, ainsi qu'à la prise de position des services publics dont les coroners ou les chefs de police sur l'approvisionnement sécuritaire et la décriminalisation, ont abouti à des avancées significatives.

Les exemples suivants d'adoption de politiques exceptionnelles d'approvisionnement sécuritaire



ou encore de création d'espaces bienveillants (safe space) sont des projets porteurs vers la déstigmatisation, la réduction des méfaits et la réforme des politiques sur les drogues.

Le modèle de prescription concernant l'ordonnance de substances désignées affectant dès mars 2020 les activités des pharmacies à l'échelle du pays a été l'un des premiers pas posés vers un modèle d'approvisionnement alternatif et sécuritaire viable.

L'analyse de drogues, un autre outil visant un usage de substances plus sécuritaire, a également connu des avancées. En exemple, CACTUS Montréal ouvrit en juillet dernier Checkpoint, son nouveau service d'analyse de substances. Puis en septembre, ce fut au tour du Groupe de recherche d'intervention psychosociale (GRIP) d'obtenir l'exemption de Santé Canada, leur octroyant le droit d'opérer le premier service mobile d'analyse de drogues au Canada.

«Avec le recul, la fermeture de nos services et l'apport financier de la subvention d'urgence aux organismes communautaires nous ont permis de prendre un temps d'arrêt et de faire les choses autrement, ce qui a facilité la mise sur pied de ce nouveau service», témoigne Magali Boudon, directrice générale du Groupe de recherche et d'intervention psychosociale (GRIP).

Bien que ce soit difficile d'évaluer le lien direct entre la pandémie et les exemptions ou financements accordés, il est fort à croire que les projets d'analyse de drogues et de prévention des surdoses ont bénéficié d'une plus grande écoute, de processus de cheminement des demandes parfois simplifiés et possiblement d'une accélération des décisions auprès des diverses instances.

«La pandémie a contribué à une plus grande flexibilité quant à la mise en œuvre et la temporalité des projets, tels que le nôtre. En effet, la fermeture des frontières empêchait la livraison d'un camion devant être transformé en une unité mobile de services de consommation supervisée. Puisque nous étions

très avancés dans le développement de ce projet, nous avons pu rapidement travailler auprès des instances publiques à l'obtention du financement et des permissions nécessaires afin d'offrir avec notre partenaire, BRAS Outaouais, un nouveau service dans la région, soit un site de prévention de surdoses. Non seulement cela a accéléré le processus, mais cela nous a donné la chance d'acheter par exemple une tente d'inhalation, tout en conservant le plan initial », évoque Yves Séguin, directeur général du Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais (CIPTO).

La crise a par ailleurs exposé au grand jour le rôle accru des personnes avec vécu expérientiel dans le succès de ces initiatives.

«J'aime croire que cela obligera désormais les responsables des ressources humaines à reconnaître à leur juste valeur les pair(e)s qui ont des compétences, un réseau et une expertise réelle, plutôt que de ne pas reconnaître financièrement leur apport», de dire Donald McPherson, directeur général de la Coalition canadienne de politiques sur les drogues (CCPD).

UN PLAIDOYER RENFORCÉ ET UN APPEL À LA RÉFORME

Avec l'exposition de faits et statistiques, des mythes se sont défaits. Les obstacles encourus pour bénéficiaire de services visant le mieux-être de la population ont été non seulement identifiés, mais aussi appuyés par des données probantes. La réorganisation et l'adaptation des services sont devenues incontournables. La santé publique et les droits de la personne ont été priorisés dans la couverture médiatique et les discours politiques, tel que le démontre l'attention portée au projet de loi C-22.

«La représentation de notre réseau dans les médias, ainsi que des parents et familles endeuillées par

la crise des surdoses, a mené à une hausse considérable de l'adhésion de membres à notre cause et à notre pouvoir d'action», affirme Isabelle Fortier, leader régionale – Québec, chez Moms Stop the Harm.

Avec la COVID-19, les organismes œuvrant en défense des droits sont en rapport de force. L'argumentaire s'est transformé et a été consolidé. Solidairement, les communautés se sont approprié le discours et ont affiné le plaidoyer en matière de politiques sur les drogues. Les conditions étant propices à la mobilisation, plusieurs opportunités ont été saisies. En voici des exemples significatifs.

À l'automne 2020, Vancouver est devenue la première juridiction au pays à demander au Gouvernement canadien la décriminalisation de la possession simple de drogues et une exemption de la loi réglementant certaines drogues et autres substances. Depuis, Toronto lui a emboité le pas, s'appropriant à envoyer sa demande d'exemption à l'automne 2021. Pendant ce temps, plusieurs autres villes canadiennes, dont Montréal, continuent d'exhorter l'État à la décriminalisation des drogues à la suite de l'adoption de motions lors de conseils municipaux.

Parallèlement, des groupes représentant des personnes utilisatrices de substance et leurs proches se sont unis, entre autres pour entamer des poursuites judiciaires envers les autorités provinciales de l'Alberta et de la Colombie-Britannique ou encore, pour développer une plateforme stratégique visant la décriminalisation des drogues au pays.

VERS UNE ÉVOLUTION ET UNE TRANSFORMATION DES POLITIQUES SUR LES DROGUES

La pandémie de la COVID-19 nous rappelle que les politiques changent plus rapidement lorsque la crise est publiquement visible et les décès augmentent. Avec le recul, cette pandémie et son lot de tragédies ont fourni les arguments additionnels et concrétisé des moyens pour mettre fin à ces injustices. L'évaluation des avancées depuis mars 2020 et de leurs impacts, de même que le maintien et le renforcement des acquis et des collaborations sont essentiels pour assurer la mise en place de politiques, mesures et projets structurants.

Les prises de position publiques nous laissent penser que la frontière entre stigmatisation et acceptation en regard de l'usage de substances psychoactives s'est atténuée. La déconstruction de ce que l'on considère comme drogue légale ou illégale est en cours. Les savoirs ont été valorisés et les données probantes davantage reconnues.

Cette conjoncture unique exposant les failles de la société offre un moment propice pour traduire les plaidoyers en actions mobilisatrices de changements qui mèneront à une réforme des politiques sur les drogues basées sur les personnes utilisatrices de substances et le respect des droits. Le cri du cœur a été entendu. Le temps est venu de faire le saut vers des politiques justes, équitables et inclusives qui transformeront et sauveront des vies.

Bibliographie

- **Gouvernement du Canada. (Septembre 2021).** Projet de loi C-22 : *Loi modifiant le code criminel et la Loi réglementant certaines drogues et autres substances* [en ligne]. <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csi/pl/charte-charter/c22.html>
- **Gouvernement du Canada. (Mars 2020).** *Exemption de catégorie de personnes en vertu du paragraphe 56(1) visant les patients, les pharmaciens et les praticiens pour la prescription et la fourniture de substances désignées au Canada pendant la pandémie de Coronavirus.* [en ligne]. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precurseurs-chimiques/politique-reglementation/documents-politique/exemption-accordee-article-56-1-patients-pharmaciens-praticiens-prescription-substances-designees-pandemie-covid-19.html>
- **Association canadienne des chefs de polices (ACCP). (Juillet 2020).** *Rapport sur les conclusions et recommandations - Décriminalisation pour la simple possession de drogues illicites : Exploration des répercussions sur la sécurité publique et la police* [en ligne]. https://www.cacp.ca/index.html?asst_id=2190
- **Initiative #DecrimDoneRight. (Mai 2021).** [en ligne]. <https://aidq.org/decrimdoneright-une-vision-des-droits-de-lhomme-et-de-la-sante-publique-pour-la-reforme-de-la-politique-en-matiere-de-drogues>
- **Argumentaire #DecrimDoneRight. (Mai 2021).** [en ligne]. <https://aidq.org/argumentaire-decrim-done-right>
- **Réseau juridique VIH. (Novembre 2021).** [en ligne]. *Guide Décriminalisation des personnes qui consomment des drogues : un guide d'introduction pour les gouvernements municipaux et provinciaux* <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/decriminalizing-people-who-use-drugs-a-primer-for-municipal-and-provincial-governments/?lang=fr>
- **Stimulus Drogues, politiques et pratiques au Canada (2020-2021).** [en ligne]. *Stimulus Connect et Webinaires.* <https://stimulusconference.ca/>
- **Moms Stop the Harm Society and Lethbridge Overdose Prevention Society v. Her Majesty the Queen in Right of Alberta.** Court file Number 2103 11484 (Court of Queen's Bench of Alberta). (Août 2021). <https://static1.squarespace.com/static/55de865ee4b019416bec193c/t/611c68f64df5a11cec66eb53/1629251831448/%5BFiled%5D+Statement+of+Claim+%28August+13%2C+2021%29.pdf>
- **Plateforme de la société civile sur la décriminalisation des drogues (Novembre 2021 ?).** [en ligne]. *À venir*



Jean-Michel Delile
*Psychiatre et président
de la Fédération Addiction*

« SOUS LES RADARS... »

Le virus SARS-CoV-2 circule toujours et nous ne sommes pas au bout de nos peines. Cette pandémie, par ses effets directs et indirects (distanciation, confinement, crise économique et sociale, anxiété sociale...) a bouleversé notre mode de vie. Son impact est majeur dans le champ des addictions, aussi bien sur les usagers de substances que sur les professionnels. Suite aux premiers travaux d'observation réalisés avec notre concours ("La réduction des risques à l'épreuve du COVID-19," 2020), il est nécessaire de procéder à un premier retour d'expériences pour évaluer l'adaptation des réponses à la crise et en tirer des leçons pour l'avenir.

UNE CRISE SANITAIRE MAJEURE

Dans ce contexte de crise sanitaire, le stress social majeur (angoisses pour sa santé, pour celle de ses proches, deuils, angoisse universelle) et au confinement (isolement, réclusion, cohabitation parfois difficile ou tendue, etc.) a conduit à des phénomènes contrastés quant aux pratiques addictives. Schématiquement, les usagers non-dépendants ont eu tendance à réduire leurs niveaux de consommation (moins de sorties, de fêtes, moins d'approvisionnement, etc.) alors que les usagers dépendants ont eu tendance à les augmenter par recherche d'autorégulation (tabac, alcool, cannabis, médicaments psychotropes...)

De même chez les adolescents, il a pu être observé chez les usagers occasionnels, plutôt une diminution des niveaux d'usage (cannabis, alcool, produits festifs...) mais plutôt une aggravation chez les

dépendants (tabac, cannabis). En résumé, les usages importants se sont intensifiés, les usages modérés se sont plutôt encore réduits jusqu'au sevrage total parfois. Par ailleurs, le confinement a amplifié des conduites addictives : écrans, réseaux sociaux, jeux d'argent en particulier poker en ligne, et les troubles des comportements alimentaires (avec un effet délétère accru en lien avec la sédentarité).

Les vulnérabilités psychologiques se sont accrues chez les jeunes en lien avec l'isolement et le sentiment de solitude particulièrement dommageables chez les adolescents pour qui la connexion avec le groupe des pairs est vitale. Leur toute première angoisse était ainsi d'être séparés de leurs copains comme cela a pu encore être rappelé dans une revue systématique récente (Loades et al., 2020). L'isolement et la solitude en contexte COVID, avec souvent des conduites addictives comme facteur aggravant (écrans, cannabis...), ont ainsi accru le risque pour les jeunes de présenter un trouble dépressif et/ou anxieux.

De même, la pandémie a eu un impact significatif sur la santé mentale de la population générale. L'enquête CoviPrev (<https://www.santepublique-france.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>), menée par vagues successives depuis le 23 mars 2020 (1^{er} confinement), indique que lors de la 3^{ème} vague, en mars 2021, 20 % des Français souffraient encore d'un état dépressif (+ 10 points par rapport au niveau hors épidémie), 21 % souffraient d'un état anxieux (+ 7,5 points), 9 % avaient eu des pensées suicidaires (+ 4 points). Ce n'est qu'après la vague suivante que ces chiffres ont commencé à décroître. La santé mentale était particulièrement altérée chez les précaires (emploi, finance, logement), les femmes et les jeunes (18-24 ans). De même, le récent travail du collectif « COVID-19 Mental Disorders Collaborators » (The Lancet, Oct. 2021, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)) confirme qu'au plan mondial, l'impact sur la prévalence des troubles dépressifs majeurs (+ 27 %) et des troubles anxieux (+ 25 %) a été plus particulièrement marqué dans les pays fortement touchés par la pandémie et dans des populations particulières (femmes, précaires, jeunes).

Cette période de stress social majeur a donc pesé sur les consommations de produits psychoactifs tout particulièrement chez les personnes vulnérables, en premier lieu celles qui en étaient déjà dépendantes et précarisées.

ADAPTATIONS DES ACTEURS DU MÉDICO-SOCIAL ET DU SANITAIRE EN RÉACTION À LA CRISE DE LA COVID-19, PROBLÉMATIQUES RENCONTRÉES ET RÉPONSES DÉPLOYÉES SUR LE TERRAIN - BILAN À L'ÉCHELLE NATIONALE

Cette crise a imposé une adaptation rapide des réponses : développer de nouveaux modes d'intervention (téléconsultations), assurer l'accessibilité aux traitements, au matériel de RDR, aux tests de dépistage puis aux vaccins, gérer les surconsommations et l'agressivité en contexte de stress, aller-vers les personnes les plus précaires, à la rue, confinées en centres d'hébergement d'urgence ou isolées en campements précaires... Autant de défis à relever auxquels les professionnels et équipes de première ligne ou spécialisées se sont attaqués dès les premiers jours, malgré l'absence initiale de moyens de protection (EPI, GHA...). Entretiens

à distance, groupes thérapeutiques sur internet, forums d'auto-support, équipes mobiles, *drives* RDR, maraudes... Ce sont autant de formes d'intervention qui ont été développées et qui, selon des modalités adaptées, pourraient être à conserver à l'avenir.

Une enquête nationale (Cottencin et al., 2020) a permis d'évaluer l'impact de la crise sur les services sanitaires et médico-sociaux en addictologie ainsi que leurs adaptations à ce contexte nouveau. Cette enquête a permis très rapidement d'obtenir les retours de plus de 350 établissements.

Sanitaire :

Le travail conduit auprès de 58 établissements sanitaires dont 38 hôpitaux a mis en évidence une forte diminution des capacités d'accueil en présentiel avec une diminution très généralement ≥ 50 % de l'activité habituelle (réaffectation des équipes en unités COVID), assez largement compensée par un développement généralisé des téléconsultations et une réelle proactivité des équipes avec des appels téléphoniques aux patients.

Médico-social : ANPAA et Fédération Addiction

La même enquête a été proposée aux établissements médico-sociaux avec 300 réponses (FA : 234, ANPAA : 66) concernant plus de 400 établissements (209 CSAPA Associatifs, 44 CSAPA hospitaliers, 90 CAARUD, 79 Centres résidentiels). Les CSAPA ont pu pour beaucoup maintenir leurs activités en présentiel et ont développé les activités en téléconsultations. Le maintien des activités en présentiel a été la règle pour les dispensations de TSO en CSAPA et la remise de matériels de RDR en CAARUD complétée de réponses aux besoins primaires présentés par les usagers précaires : eau, alimentation, kits d'hygiène... Les CAARUD ont développé des actions extérieures : équipes mobiles (EQSAM, centres de desserrement...), interventions en établissements sociaux (centres d'hébergement d'urgences, CHRS...), participation aux *drives* PCR-COVID notamment à destination des publics précaires... Le développement des téléconsultations (psychothérapies, suivi social...) a été bien accepté aussi bien par les patients que par les professionnels pourtant peu coutumiers de ce type d'interventions. Les centres résidentiels ont pu poursuivre leurs activités mais avec des interruptions de séjour et sans procéder à de nouvelles admissions pendant le confinement.

Diverses difficultés spécifiques au médico-social associatif ont pu être relevées : absence d'inscription de ces établissements sur la liste des catégories bénéficiant des dispositions particulières (gardes d'enfants, matériel de protection EPI, GHA), absence initiale de recommandations CSAPA/CAARUD... Les échanges avec les agences régionales de santé (de qualité inégale selon les régions) et surtout avec la Direction générale de la santé (contact hebdomadaire) ont permis de résoudre ces problèmes qui

illustraient la méconnaissance de notre secteur par les institutionnels. Nous étions « sous les radars ».

Globalement, les problèmes aigus rencontrés par les usagers des services ont pu trouver des réponses rapides grâce à l'excellente implication des personnels. La relative invisibilité initiale du secteur a progressivement été corrigée par une intensification des échanges avec les partenaires (GHT, équipes sociales...) et les autorités publiques ainsi que par un haut niveau d'intervention sur le terrain dans les centres et hors les murs.

PROPOSITIONS / PERSPECTIVES

La crise a permis de développer des initiatives qui, avec l'adaptation nécessaire, pourraient être prolongées comme notamment les possibilités d'accueil et de suivi en non-présentiel (téléphone, visio, *emails*...). Il est apparu que ces modalités pouvaient faciliter des premiers contacts (éloignement, crainte d'être jugé...), être aisément acceptées et investies par les patients et les professionnels, limiter les déplacements et le temps perdu... De même, le re-contact téléphonique systématique après une première consultation ou en cas de perte de vue semble à prolonger. Il est nécessaire de promouvoir des recherches cliniques visant à préciser les conditions de bonne utilisation de ces nouvelles formes d'intervention (Blanco, Compton, & Volkow, 2020; Haque, 2020; John C. Markowitz et al., 2020; Tami L. Mark et al., 2021). Les visioconférences devront également rester dans le paysage professionnel : beaucoup de réunions de service, de coordination, de synthèse ou d'échanges avec les autorités sanitaires ont ainsi pu se tenir plus rapidement et simplement avec souvent plus de participants qu'en présentiel et avec moins de temps perdu en déplacements.

Une autre leçon est de développer encore les équipes mobiles mixtes (sociales, RDR, addictologiques, psychiatriques) pour aller au-devant des personnes très précaires, notamment en centres d'hébergement, en campements, en squats...

Il semble aussi nécessaire de maintenir la possibilité de prescription simplifiée de traitements de substitution dans certaines conditions (éloignement/isolément ; patients stabilisés ; difficultés de relais en médecine générale...) ainsi que l'accès facilité à la naloxone et aux matériels de RDR y compris par voie postale.

Les services spécialisés ont donc été en première ligne mais une partie de la population qui pouvait bénéficier de leurs services les a découverts tardivement. Cela invite à renforcer leur maillage territorial mais aussi la visibilité/notoriété du dispositif, trop souvent méconnu des professionnels et du grand public, ainsi que leur coordination régionale afin d'améliorer et simplifier l'accès et le parcours des usagers.

MISE EN PERSPECTIVE INTERNATIONALE

Les données fournies par cette enquête et par le dispositif TREND (OFDT) sont cohérentes avec celles relevées au niveau européen avec le dispositif *Trendspotter* de l'Observatoire européen (EMCDDA) auquel nous avons participé (EMCDDA, 2020b).

Dans son récent Rapport Européen sur les drogues (EMCDDA, 2020a), l'EMCDDA souligne ainsi qu'au début du confinement, les services spécialisés de soins et de réduction des risques ont dû faire face à d'importantes difficultés pour assurer la continuité des soins tout en respectant les règles de distanciation sociale et en réduisant l'accueil en présentiel. Des approches innovantes ont permis de limiter l'impact de ces difficultés : plus grande flexibilité dans la prescription/délivrance de TSO ou dans la remise de matériel de RDR, développement des téléconsultations, développement de l'« aller-vers » en faveur des usagers confrontés aux restrictions de circulation.

Concernant la question particulière des TSO, une session particulière du colloque francophone TDO 6 organisée en mars 2021 par l'Institut Universitaire sur les Dépendances (Montréal) nous a permis de rappeler qu'en France lors de l'Etat d'urgence sanitaire, les règles de prescription et de délivrance des TSO avaient été rapidement assouplies pour prévenir des difficultés d'approvisionnement, grâce à des échanges entre la Direction générale de la santé (DGS) et la Fédération Addiction.

Plusieurs arrêtés (dès le 19 mars 2020) ont ainsi permis d'éviter des ruptures de traitement, des stockages et donc des variations de tolérance sources potentielles de surdosages. En effet, non seulement les commandes de MSO par les pharmacies d'officine durant cette période de confinement (17/03 au 11/05/2020) n'ont pas diminué mais elles ont même été en légère augmentation : + 1,8 %. Cette augmentation était due à une meilleure diffusion de la méthadone (+ 10 %), avec même un pic le mois du confinement (+ 44 % en mars 2020 par rapport à mars 2019 ou 2018) : près de 90 000 équivalents-patients contre un peu plus de 60 000 habituellement. De ce fait, le nombre de surdosages a été contenu (+ 20 %), à la différence de ce qui a pu être observé dans certains Etats des USA ou du Canada où les ruptures de traitements par MSO ont entraîné des hausses dramatiques des décès par surdosages.

Un autre point important, moins positif celui-là, est que l'EMCDDA relève sur le plan européen que les services de soins et de RDR en addictologie sont souvent assurés par des organismes associatifs ou communautaires insuffisamment intégrés dans les systèmes de santé. Cela a conduit dans de nombreux pays au fait qu'ils n'étaient pas inclus dans les politiques de prévention COVID et qu'ils avaient souvent été initialement « oubliés » en matière

d'équipements de protection ou de recommandations adaptées à leur secteur.

Pour l'avenir, une leçon à retirer de cette période est donc d'améliorer l'inclusion de ces services dans la gestion de crise et dans l'organisation générale des soins, afin qu'ils ne passent plus « sous les radars » des décideurs dans le même temps où ils sont en première ligne pour les usagers.

Il est frappant de constater que ces observations rejoignent celles du NIDA (USA) dans ses propres projections sur l'après-COVID (« *COVID-19 : Beyond Tomorrow* ») (Blanco, Compton, et al., 2020). Les auteurs soulignent la nécessité de produire des recherches associant chercheurs et cliniciens pour déterminer, sur des bases probantes, quelles sont les innovations réalisées dans le secteur des addictions pendant la période COVID qui mériteraient d'être prolongées et développées. Ils soulignent également la nécessité de questionner la structuration des systèmes de santé en prêtant une attention particulière aux déterminants sociaux de santé. La réponse ne devrait pas se limiter aux seuls besoins médicaux immédiats mais s'élargir à une meilleure prise en compte des besoins de logement, d'alimentation, etc. dans le cadre d'une approche intégrée de santé publique (Blanco, Wiley, Lloyd, Lopez, & Volkow, 2020).

COVID-19 : UNE SYNDÉMIE !

Les effets neurobiologiques du stress chronique contribuent à accroître les risques de présenter une pathologie duelle et aggravée, à la fois psychiatrique et addictive. Dans le contexte COVID actuel, c'est ce que vient de nous rappeler un récent éditorial du *Lancet* (Horton, 2020) : « *COVID-19 is not a pandemic, COVID-19 is a syndemic* ». Faisant ainsi référence au concept de syndémie développé par Merrill Singer lors de l'épidémie de SIDA, Horton souligne qu'une approche syndémique propose une orientation différente à la santé publique en montrant comment une approche globale, intégrative, peut être beaucoup plus efficace qu'une approche uniquement centrée sur le contrôle d'une épidémie ou sur les traitements individuels. Et Horton d'ajouter : « la crise économique qui est devant nous ne sera résolue ni par un médicament ni par un vaccin. Comprendre la COVID comme une syndémie invite à adopter une vision élargie englobant des politiques d'éducation, d'emploi, de logement, d'alimentation et d'environnement. »

Le modèle syndémique (*“syndemics model”*) de santé repose en effet sur un complexe biosocial qui intègre des maladies en interaction, des comorbidités, et les facteurs sociaux ou environnementaux qui favorisent cette synergie épidémique dans des populations vulnérables et augmentent leurs effets négatifs de manière réciproque. Les *“Syndemics”* bouleversent la compréhension conventionnelle des maladies en tant qu'entités distinctes en nature,

séparées des autres maladies et indépendantes des contextes sociaux dans lesquels elles se trouvent. Une approche « syndémique » examine pourquoi certaines maladies se regroupent (« *cluster* ») en affectant des individus et des groupes entiers, comment elles interagissent et donc comment elles amplifient la charge morbide globale. Mais l'approche « syndémique » examine tout autant les voies par lesquelles l'environnement, le milieu, et tout spécialement les conditions d'inégalité sociale et d'injustice, contribuent aussi bien à ces associations et interactions morbides qu'aux vulnérabilités qui les favorisent.

Une illustration actuelle de ce phénomène syndémique d'amplification conjointe des comorbidités psychiatriques et addictives en période de COVID vient d'être apportée dans une étude (Holland et al., 2021) qui, en recensant l'ensemble des passages dans les services d'urgence aux USA entre le 30/12/2018 et le 10 octobre 2020, a pu établir que si le nombre absolu de passages aux urgences s'était effondré le 16/03/2020 lors du « *lockdown* », du confinement, en termes relatifs, en revanche, il y avait eu à l'inverse une augmentation sensible et parallèle des passages liés à des problèmes de santé mentale, à des tentatives de suicide, à des surdosages et à des violences familiales.

Cela illustre bien le caractère indissociable, syndémique, de ces comorbidités surdéterminées par des vulnérabilités individuelles et sociales. Ces observations appellent un réel plaidoyer pour des approches intégrées, décloisonnant santé mentale et addictologie évidemment mais aussi les différentes approches d'accompagnement, biomédical, psychothérapeutique, social ou d'entraide entre pairs. Toutes sont nécessaires et doivent pouvoir bénéficier de la même reconnaissance.

Si, nous l'espérons, la dimension proprement sanitaire, épidémique, de la crise actuelle finira par être contrôlée, la crise économique et sociale reste largement devant nous. Or celle-ci s'accompagnera d'un fort risque de synergie épidémique, de syndémie, en ce qui concerne la santé mentale et les addictions, tout particulièrement chez les plus précaires ou vulnérables. Cela invite à adopter une vision élargie englobant des politiques d'éducation, d'emploi, de logement, d'alimentation et d'environnement, une réelle écologie de la santé, une politique globale investissant de manière massive dans les biens publics mondiaux (« *Global Public Goods* », *GPGs*). En septembre 2021, les co-présidents du groupe « pandémies » du G 20 rappelaient que les crises pandémiques risquaient de se répéter et de devenir de plus en plus meurtrières. Quelles réponses proposaient-ils ? La coopération internationale et un investissement massif dans les *GPGs*, ces biens communs aussi bien matériels, comme la nourriture, la qualité de l'air ou les vaccins que des services, comme l'éducation ou la santé.

À notre échelle, cette même vision globale de la santé nous amène donc à rappeler que si le rôle des professionnels du champ des addictions, quel

que soit leur statut, médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, pairs-aidants, acteurs de prévention, est déjà majeur en ces temps de crise sanitaire du fait de sa dimension globale et pluridisciplinaire, cette polyvalence va devenir toujours plus essentielle dans la période qui est devant nous. C'est pourquoi, si cette crise nous a permis de faire entendre la voix des acteurs de la prévention, du soin et de la RDR dans toute leur diversité, si elle leur a permis d'entrer dans les radars, elle doit aussi permettre une véritable reconnaissance et valorisation de tous ces métiers et de l'approche intégrative qu'ils proposent et permettent de mettre en œuvre pour répondre aux défis multidimensionnels à venir.

CONCLUSIONS

Ce premier retour d'expériences permet de reconnaître la vigueur de la réponse du dispositif d'addic-

tologie à la crise COVID avec une grande capacité d'adaptation et d'innovation. Des leçons sont à en retenir pour l'avenir afin de promouvoir les modalités d'intervention qui resteront utiles dans la durée. Cela nécessite des recherches évaluatives associant scientifiques, soignants et institutionnels.

Mais d'ores et déjà, il est frappant de constater le consensus national et international autour d'un constat général : la crise COVID a démontré s'il en était besoin encore que les réponses de santé publique doivent être globales et associer voire intégrer des réponses sanitaires et sociales sur un même plan de reconnaissance. Cela a été particulièrement évident dans le domaine des addictions. À l'image de nos patients trop souvent « invisibles », le secteur des addictions qu'il soit communautaire, social, médico-social ou hospitalier ne doit plus être « sous les radars » mais occuper toute sa place dans une approche globale de santé.

Bibliographie

- Blanco, C., Compton, W. M., & Volkow, N. D. (2020). Opportunities for Research on the Treatment of Substance Use Disorders in the Context of COVID-19. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.3177
- Blanco, C., Wiley, T. R. A., Lloyd, J. J., Lopez, M. F., & Volkow, N. D. (2020). America's opioid crisis: the need for an integrated public health approach. *Translational Psychiatry*, 10(1), 167. doi:10.1038/s41398-020-0847-1
- Cottencin, O., Paille, F., Anastassiou, V., Sicot, R., Basset, B., Delile, J.-M., & Benyamina, A. (2020). *COVID 19 : Retour d'expérience et propositions en Addictologie*

Retrieved from Paris :

- EMCDDA. (2020a). *European Drug Report 2020: Trends and Developments*. Retrieved from Luxembourg.
- EMCDDA. (2020b). *Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe*.

Retrieved from Lisbon :

- Haque, S. N. (2020). Telehealth Beyond COVID-19. *Psychiatric Services*, appi.ps.202000368. doi:10.1176/appi.ps.202000368
- Holland, K. M., Jones, C., Vivolo-Kantor, A. M., Idaikkadar, N., Zwald, M., Hoots, B., . . . Houry, D. (2021). Trends in US Emergency Department Visits for Mental Health, Overdose, and Violence Outcomes Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 78(4), 372-379. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4402
- Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396(10255), 874. doi:10.1016/S0140-6736(20)32000-6
- John C. Markowitz, M.D. , Barbara Milrod, M.D. , Timothy G. Heckman, Ph.D. , Maja Bergman, M.S. , Doron Amsalem, M.D. , Hemrie Zalman, M.A. , . . . Yuval Neria, Ph.D. (2020). Psychotherapy at a Distance. *American Journal of Psychiatry*, appi.ajp.2020.20050557. doi:10.1176/appi.ajp.2020.20050557
- La réduction des risques à l'épreuve du COVID-19. (2020). *SWAPS*, 19.
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., . . . Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.e1213. doi:10.1016/j.jaac.2020.05.009
- Tami L. Mark , Ph.D., M.B.A. , Katherine Treiman , Ph.D., M.P.H. , Howard Padwa , Ph.D. , Kristen Henretty , M.A. , Janice Tzeng , M.P.H. , & Marylou Gilbert , M.A., J.D. (2021). Addiction Treatment and Telehealth: Review of Efficacy and Provider Insights During the COVID-19 Pandemic. *Psychiatric Services*, 0(0), appi.ps.202100088. doi:10.1176/appi.ps.202100088



Rosalie Genoys
*Université de Sherbrooke,
 2500 Boulevard de l'Université,
 Sherbrooke, QC, Canada, J1K 2R1*

Jonathan Jin
*Institute for Mental Health Policy
 Research, Centre for Addiction
 and Mental Health (CAMH),
 33 Ursula Franklin Street, Toronto,
 ON, Canada, M5T 2S1*



Brian Rush
*Institute for Mental Health Policy
 Research, Centre for Addiction
 and Mental Health (CAMH),
 33 Ursula Franklin Street,
 Toronto, ON, Canada, M5T 2S1
 Dalla Lana School of Public Health,
 University of Toronto,
 155 College Street, Toronto,
 ON, Canada, M5T 1P8
 Campbell Family Mental Health
 Research Institute, Centre for
 Addiction and Mental Health,
 33 Ursula Franklin Street, Toronto,
 ON, Canada, M5T 2S1*

Rose A. Schmidt
*Institute for Mental Health Policy
 Research, Centre for Addiction
 and Mental Health (CAMH),
 33 Ursula Franklin Street, Toronto,
 ON, Canada, M5T 2S1
 Dalla Lana School of Public Health,
 University of Toronto, 155 College
 Street, Toronto, ON, Canada, M5T 1P8*

Daniel Vigo
*Department of Psychiatry, University of British
 Columbia, 2255 Wesbrook Mall, Vancouver, BC,
 Canada, V6T 2A1*

Jürgen Rehm
*Institute for Mental Health Policy Research,
 Centre for Addiction and Mental Health
 (CAMH), 33 Ursula Franklin Street, Toronto,
 ON, Canada, M5T 2S1
 Dalla Lana School of Public Health, University
 of Toronto, 155 College Street, Toronto, ON,
 Canada, M5T 1P8
 Institute of Clinical Psychology and Psycho-
 therapy & Center of Clinical Epidemiology
 and Longitudinal Studies (CELOS), Technische
 Universität Dresden, Chemnitz Str. 46, 01187
 Dresden, Germany
 Department of Psychiatry, University of Toron-
 to, 250 College Street, 8th floor, Toronto, ON,
 Canada, M5T 1R8
 Campbell Family Mental Health Research Ins-
 titute, Centre for Addiction and Mental Health,
 33 Ursula Franklin Street, Toronto, ON, Canada,
 M5T 2S1
 Department of International Health Projects,
 Institute for Leadership and Health Manage-
 ment, I.M. Sechenov First Moscow State Medi-
 cal University, Trubetskaya str., 8, b. 2, 119992,
 Moscow, Russian Federation
 Agència de Salut Pública de Catalunya, 81-95
 Roc Boronat St., 08005, Barcelona, Spain
 Center for Interdisciplinary Addiction Research
 (ZIS), Department of Psychiatry and Psy-
 chotherapy, University Medical Center Ham-
 burg-Eppendorf (UKE), Martinstraße 52, 20246
 Hamburg, Germany*

**L'IMPACT
 DE LA COVID-19
 SUR LES SERVICES
 EN DÉPENDANCE :
 RÉSULTATS
 D'UNE REVUE
 SYSTÉMATIQUE**

Peu après l'émergence de la pandémie de COVID-19, Vigo et coll. (2020) mentionnaient que l'impact de cette pandémie sur la santé mentale et sur la consommation de substances était significatif et détectable auprès de la population générale et de plusieurs sous-populations. D'une part, le stress de la pandémie et les mesures de contrôle connexes, telles que la quarantaine, peuvent exacerber les conditions légères ou modérées préexistantes et ainsi augmenter l'incidence et la prévalence de la consommation et des troubles liés à la consommation, qui à leur tour, nécessitent l'attention des services spécialisés tels que l'intervention de crise, le dépistage et l'évaluation, la gestion de cas et peut-être le traitement en milieu hospitalier. D'autre part, la pandémie peut aussi augmenter les niveaux de stress et les symptômes secondaires et conséquemment augmenter le besoin d'une vigilance et d'un soutien accru de la part des fournisseurs de soins de santé primaires.

Dans les contextes canadiens et internationaux, il est amplement démontré que les services en santé mentale et en toxicomanie (SMT) ont été traditionnellement financés selon différentes priorités, souvent motivés par des considérations politiques et sans modèle de planification globale. Conséquemment, la capacité actuelle des services de SMT comporte des lacunes importantes dans le continuum de traitement et de soutien.

Afin d'envisager une vision élargie des systèmes de planification des services en dépendance, Rush et coll. (2019) ont proposé la Planification des Services fondée sur les Besoins (PSB). La PSB est une méthode qui évalue l'entièreté du continuum des enjeux et des problèmes liés de consommation de substances dans une population afin d'estimer la capacité requise de services dans l'ensemble d'un continuum de services de traitement et de soutien (Rush et coll., 2019). C'est à partir de cette vision globale de la santé de la population que notre équipe a entrepris une revue systématique visant à examiner l'impact de pandémies, telles que la Covid-19 sur l'ensemble du spectre de la consommation (utilisation, gravité et complexité) dans le but de soutenir la PSB, l'allocation des ressources et les implications au niveau des programmes et des politiques.

MÉTHODE

Nous avons effectué une revue systématique avec les bases de données Medline, EMBASE, PsychInfo et CINAHL en utilisant des synonymes MeSH

et des mots-clés (la stratégie de recherche complète est disponible dans l'article de Schmidt *et al.*, 2021). Les 4030 articles identifiés ont d'abord été triés par titre et résumé. Trois membres de l'équipe ont codé le même échantillon aléatoire de 100 articles jusqu'à un niveau d'accord inter-juges de 80 %. Par la suite, les articles restants ont été cotés par deux des trois personnes : la troisième personne intervenant pour résoudre les divergences. Finalement, deux membres ont aussi complété les outils d'évaluation de la qualité des National Institutes of Health (<https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tool>).

Des articles évalués par les pairs publiés jusqu'en mars 2021 écrits en anglais, français ou espagnol ont été inclus dans cette revue systématique de littérature. Les articles inclus devaient rendre compte de l'influence de la COVID-19 sur les changements de consommation de substances au niveau de la population. Nous avons exclu les rapports succincts qui ne présentaient pas de données originales, les études sur des sous-populations et les études portant principalement sur le tabac. Les méthodes d'examen ont été enregistrées dans le Registre International Prospectif des Revues Systématiques (CRD42020198670, https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=198670).

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

Au total, 53 articles décrivant l'impact de la COVID-19 sur la consommation de substances au niveau de la population et de différents sous-groupes ont été identifiés. La majorité de ces articles utilisait un devis transversal ($n = 49$) pendant la première vague de la pandémie et s'appuyait sur des mesures auto-répondues comparant la consommation pré-pandémie à la consommation pendant la pandémie. Plus de données probantes ont été trouvées concernant les changements dans la consommation d'alcool que pour les autres substances.

En ce qui concerne les changements dans la consommation d'alcool dans la population générale, 24 articles rapportaient à la fois une augmentation et une diminution de la consommation d'alcool dans différents segments de la population. Certains types de consommateurs d'alcool se sont avérés plus à risque. Ceux qui consommaient déjà de l'alcool à un niveau à risque avant la pandémie étaient plus susceptibles d'augmenter leur consommation. Par exemple, les consommateurs excessifs d'alcool (« binge drinkers ») étaient plus susceptibles

que les consommateurs non-excessifs d'augmenter leur consommation d'alcool pendant la pandémie (60 % contre 28 %) (Weerakoon et coll., 2020). Trois études ont rapporté une augmentation des proportions de personnes qui ne buvaient pas d'alcool et de personnes qui présentaient une forte ou une fréquente consommation d'alcool (par exemple, Đogaš *et al.*, 2020).

Les résultats sont plus mitigés pour les substances autres que l'alcool. Une étude canadienne rapportait que 29 % des gens avaient augmenté leur consommation de cannabis et 48 % ne rapportaient aucun changement (Dozois, 2021). Un autre article concernant la consommation de « drogues récréatives » auprès de la population de la Pologne indiquait des augmentations (1,4%) et des diminutions (1,1%) pour ce type de consommation (Chodkiewicz *et al.*, 2020).

Treize études indiquaient que la santé mentale était associée à une augmentation de la consommation de substances (p. ex. Weerakoon *et coll.*, 2020). La dépression, l'anxiété, une piètre santé mentale globale et le traitement actuel de troubles santé mentale ont tous été associés à une augmentation de la consommation. (p. ex., Czeisler *et coll.*, 2020). Quant à elle, la détresse psychologique a été associée à des changements dans diverses mesures de consommation d'alcool, tel que le nombre de jour de consommation dans le dernier mois et le nombre d'épisodes de forte consommation. (Rodriguez *et coll.*, 2020). Les personnes qui buvaient plus ont déclaré avoir des difficultés à s'adapter dans le fonctionnement quotidien, et celles qui avaient des pensées suicidaires (10,7 %) étaient plus susceptibles de rapporter une augmentation de leur consommation d'alcool (Chodkiewicz *et coll.*, 2020).

Nous avons également étudié l'impact de différents facteurs sociodémographiques tels que le sexe, l'âge, l'ethnicité et le statut d'emploi. Par exemple, une étude indiquait que la détresse psychologique était associée à une plus grande consommation d'alcool chez les femmes, mais pas chez les hommes (Chodkiewicz *et al.*, 2020). Une seule étude s'intéressait à l'impact de l'ethnicité ; celle-ci indiquait que les Américains Noirs étaient plus susceptibles de déclarer avoir commencé ou augmenté leur consommation pour faire face au stress (Czeisler *et al.*, 2020). Des résultats mitigés ont été obtenus en ce qui concerne l'âge alors que trois études rapportaient une association entre la perte de revenu, la perte d'emploi et le chômage ont été associés et l'augmentation de la consommation de substances (p. ex., Vanderbruggen *et al.*, 2020).

Bien que l'équipe de Chodkiewicz (2020) aient observé que les personnes ayant des enfants étaient plus susceptibles de réduire leur consommation d'alcool que de l'augmenter, une majorité des études recensées révélaient plutôt une association positive entre la parentalité et l'augmentation de la consommation (p. ex., Czeisler *et al.*, 2020 ; Vanderbruggen *et al.*, 2020) incluant un plus grand nombre de consommations par occasion et un plus grand nombre d'épisodes de forte consommation d'alcool (Rodriguez *et al.*, 2020).

DISCUSSION

Afin de répondre aux besoins soudains et changeants d'une population touchée par une épidémie telle que la COVID-19 et aux mesures de santé publique qui en résultent, une grande variété de données sur l'administration et la santé de la population doivent être considérées et mises à contribution pour soutenir la planification, l'allocation des ressources et l'impact global de la prestation de services cliniques et psychosociaux. Cela comprend un grand nombre de considérations sur l'équité entre les sous-groupes de la population (Vigo *et al.*, 2020).

Les données probantes émanant de la revue systématique résumées ici suggèrent que l'impact de la pandémie n'est pas uniforme parmi des sous-populations comme par exemple, un risque accru pour les grands consommateurs d'alcool pré-pandémie ainsi que pour les personnes présentant d'importants problèmes de santé mentale et sociaux concomitants. Fait intéressant, une étude indiquait que les personnes abstinentes avant la pandémie étaient à risque d'augmenter leur consommation tandis que les consommateurs d'alcool occasionnels diminuaient leur consommation (Đogaš *et al.*, 2020). Du point de vue de la planification du système, de tels résultats soulignent l'importance de porter une attention accrue aux besoins des personnes ayant des problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie au moyen de modèles de services intégrés ou collaboratifs. De plus, cela met en évidence la nécessité d'accorder un rôle plus important aux soins primaires tel que le dépistage, les interventions brèves, le soutien virtuel et des outils d'autogestion pour soutenir les personnes ayant des défis moins importants graves.

Dans le cadre des services spécialisés de toxicomanie, en santé mentale et en soins primaires, il faut accroître la vigilance au moyen de dépistage systématique et, lorsque nécessaire, procéder à une

évaluation approfondie au cours de laquelle les antécédents de consommation de substances et les défis concomitants dans les domaines de la santé physique, de la santé mentale et des sphères sociales seront investigués (Rush, 2019). Compte tenu des données probantes résumées dans cet article qui suggère une augmentation de la consommation de substances suite à la pandémie chez les personnes plus vulnérables aux préjudices, qui souffrent de détresse psychosociale, de dépression et qui sont touchées par la perte d'emploi et le chômage, l'appariement au traitement et au soutien adéquat pour ces personnes peut être plus compliqué, nécessiter plus de temps et requérir une approche multidisciplinaire.

Il est actuellement incertain de savoir combien de temps ces changements dans la consommation de substances se maintiendront. Par contre, certaines données indiquent que l'augmentation observée au début de la pandémie diminue au fil du temps (Wright *et al.*, 2020). Il sera donc essentiel de mesurer en continu les changements de consom-

mation de substances au sein de la population en général et de populations cliniques spécifiques afin de planifier adéquatement les services et les systèmes.

L'application des données sur la santé de la population dans un modèle de PSB pour la santé mentale et la consommation de substances peut aider à comprendre l'impact de la pandémie de COVID-19 et fournir une orientation aux décideurs sur la répartition des ressources dans l'ensemble des besoins, tout en considérant les besoins de certaines sous-populations vulnérables. Les données populationnelles mettent également en évidence les divers besoins cliniques et psychosociaux qui peuvent nécessiter une attention particulière de la part des cliniciens et des équipes multidisciplinaires lorsqu'ils soutiennent les personnes et les familles tant pendant qu'après la pandémie.

Bibliographie

- Chodkiewicz, J., Talarowska, M., *et al.* (2020). Alcohol Consumption Reported during the COVID-19 Pandemic : The Initial Stage. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4677. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134677>
- Czeisler, M. É., Howard, M. E., *et al.* (2021). Early public adherence with and support for stay-at-home COVID-19 mitigation strategies despite adverse life impact : a transnational cross-sectional survey study in the United States and Australia. *BMC public health*, 21(1), 1-16.
- Đogaš, Z., Lušić Kalcina, L., *et al.* (2020). The effect of COVID-19 lockdown on lifestyle and mood in Croatian general population : a cross-sectional study. *Croatian medical journal*, 61(4), 309-318. <https://doi.org/10.3325/cmj.2020.61.309>
- Dozois, D.J.A., 2021. Anxiety and depression in Canada during the COVID-19 pandemic : A national survey. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne* 62(1), 136-142
- Rodriguez, L.M., Litt, D.M., Stewart, S.H., 2020. Drinking to cope with the pandemic : The unique associations of COVID-19-related perceived threat and psychological distress to drinking behaviors in American men and women. *Addictive Behaviours*, 110, 106532-106532.
- Rush, B., Tremblay, J., & Babor, T. F. (2019). Needs-based planning for substance use treatment systems : The new generation of principles, methods, and models. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. Supplement, 18, 5-8.
- Schmidt, R. A., Genois, R., Jin, J., Vigo, D., Rehm, J., & Rush, B. (2021). The early impact of COVID-19 on the incidence, prevalence, and severity of alcohol use and other drugs : A systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 109065. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109065>.
- Vanderbruggen, N., Matthys, F., *et al.* (2020). Self-reported alcohol, tobacco, and cannabis use during COVID-19 lockdown measures : Results from a web-based survey. *European Addiction Research* 26(6), 309-315.
- Vigo, D., Patten, S., Pajer, K., *et al.* (2020). Mental health of communities during the COVID-19 pandemic. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 0706743720926676.
- Weerakoon, S. M., Jetelina, K. K., & Knell, G. (2021). Longer time spent at home during COVID-19 pandemic is associated with binge drinking among US adults. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 47(1), 98-106.
- Wright, C., Livingston, M., Dwyer, R., & Callinan, S. (2021). Second, third, fourth COVID-19 waves and the 'pancession' : We need studies that account for the complexities of how the pandemic is affecting alcohol consumption in Australia. *Drug and alcohol review*, 40(2), 179-182. <https://doi.org/10.1111/dar.13188>



Carlos Paulos

Directeur de 4motion asbl. et responsable du projet PIPAPO. Docteur en Neurosciences Cognitives, psychologue diplômé et pédagogue risflecting®.

STAY AT HOME, NO PARTY - RESTER À LA MAISON, PAS DE FÊTE

L'accompagnement des consommateurs récréatifs pendant les temps de pandémie. Il y a un an et demi, toutes les fêtes ont été interdites, les festivals annulés, les bars, les clubs et les restaurants fermés.

Personne ne s'y attendait. À l'aube du 16 mars 2020, les portes du milieu festif et de tout le secteur de l'HORESCA ferment définitivement, et toutes les festivités et la vie nocturne se retrouvent en stand-by. Dorénavant, on écrit par tout : Restez à la maison et finit la fête.

Les consommateurs récréatifs n'ont pas arrêté de faire la fête, ni de consommer. Ils se sont adaptés à fêter et à consommer différemment. Notre service s'est aussi adapté et travaille de manière différente. Connectés et utilisant différents outils informatisés, il s'avère plus que jamais crucial de garder le lien et de pouvoir *reflecter* une consommation de substances récréatives, même à distance.

DE LA RÉDUCTION DES RISQUES À LA PROMOTION D'UNE CULTURE FESTIVE.

PIPAPO, une initiative de l'asbl. 4motion, œuvre depuis 2016 à promouvoir une culture festive auprès des fêtards visant une consommation à moindre

risque. Les comportements à risque font partie intégrante du milieu festif et de la vie nocturne.

Aussi bien la consommation récréative de drogues que les comportements sexuels sont des éléments incontournables définissant la manière et les modes de fêter au Luxembourg.

À partir de l'été 2016, l'asbl 4motion accompagne et s'investit activement dans les milieux festifs avec son projet PIPAPO - Sex, Drogen & Rock'n Roll. Le nom de notre projet reprend dans son sous-titre la triade et le slogan revendicateur des années 1970 plaidant le droit à faire la fête ainsi que celui d'utiliser des substances psychotropes et de faire usage de son corps à des fins hédoniques. Dans notre travail, nous soutenons ces revendications, mais en premier lieu nous souhaitons aborder ces sujets encore taboués afin de favoriser et de stimuler une culture festive.

Carlos Paulos est directeur de 4motion asbl. et responsable du projet PIPAPO. Il est docteur en Neurosciences Cognitives, psychologue diplômé et pédagogue risflecting®. Il est un passionné de musique et s'investit à promouvoir une culture festive.

1 Paulos C., Hagen L., Loverre S., PIPAPO 2019 - *Enquête sur la consommation récréative de drogues auprès du public festif luxembourgeois*, 4motion asbl., Luxembourg, 2020.
Berndt N., Seixas R., Origer A., *The state of the problem in the Grand Duchy of Luxembourg 2019. New developments, trends and in-depth information on selected issues*, Luxembourg, Ministry of Health, 2020.

2 Paulos C., « Just can't get enough. Depicting recreational drug use with drug checking service », dans *reduse 2018 - New aspects and development in recreational drug use*, Vienna, 2018

2 The Beastie Boys, (You gotta) Fight for right (to party). Licensed to ill, 1986. <https://www.youtube.com/watch?v=eB-ShN8qT4Ik>

Notre mission s'inscrit dans un travail de déconstruction des représentations sociales (stéréotypes, préjugés) par rapport aux différentes cultures festives. Ce sera à travers des représentations sociales construite ensemble, que nos actions et activités seront guidés par un respect réciproque. Elle nous met en relation aussi bien avec les fêtards, les organisateurs et les promoteurs d'événements festifs qu'avec les autorités compétentes pour les manifestations festives et la vie nocturne. L'objectif général de notre activité, décrite comme éducation à la

culture festive, est de promouvoir des messages et de mettre en place des stratégies de réduction de risques à faire la fête.

Au niveau du consommateur de drogues dite récréative, il s'agit de préparer la gestion des processus décisionnels : « Je décide de consommer ... » ; « J'ai décidé de ne pas consommer ... » ; de même pour les comportements sexuels, et de manière générale pour la façon dont l'individu décide de vivre et de partager son moment festif. Celui-ci lui appartient et il doit être conscient et responsable de ses actes, dans le respect de ceux qui font la fête avec lui. Faire la fête n'est pas un acte individuel, mais de groupe et de partage. Les messages véhiculés ne sont ainsi pas moralisateurs mais peuvent servir de guide.

La motivation à faire la fête et à sortir va de pair avec le désir et la recherche de contacts sociaux. Les rencontres entre personnes se font spontanément, et la recherche d'expériences intenses conduit à la prise de risque. Celle-ci se prépare par la recherche d'informations, par des discussions préalables dans le cercle d'amis et par la confrontation d'idées.

Idéalement, dans les préparatifs de la sortie ou de la fête, chacun devrait se poser ses propres limites. Outre une panoplie d'informations disponibles en ligne et sur des forums spécialisés (par ex. erowid.org, psychonaut.fr), des outils et des applications sont développés et partagés. L'application tripapp rassemble par exemple non seulement des informations mises à disposition par différents professionnels, mais également des informations venant directement de la population festive (cf. tripapp.org/ltz).

Afin de compléter ces préparatifs privés, PIPAPO peut intervenir, informer et sensibiliser le public festif. Notre approche méthodologique s'inscrit dans l'accompagnement pédagogique par les pairs. Des jeunes adultes sont formés spécifiquement aux thèmes de la consommation récréative de drogues, aux comportements à risques liés à la sexualité, et aux thématiques autour de la fête.

Une fête se prépare, se vit et se réfléchit. La vie nocturne, les drogues et la sexualité distinguent par l'ambiance recherchée, le style de musique et les différents groupes d'âge.

En observant les comportements associés à la fête, PIPAPO a pu constater que les substances typiquement consommées au Grand-Duché sont l'alcool, le tabac et le cannabis¹. Ces données sont recueillies depuis maintenant presque dix ans en utilisant un questionnaire à choix multiples. Les enquêtes sont réalisées dans le milieu festif. La population qui participe à notre étude a un âge médian de 24 ans. Selon les contextes festifs, en particulier le genre de musique et le genre d'événement, d'autres substances récréatives comme le MDMA et la cocaïne sont privilégiées.²

Certaines substances peuvent avoir un effet désinhibant (par ex. alcool, GHB, cocaïne). On connaît bien l'effet qu'a notamment l'alcool sur la désinhibition sociale. Les barrières sociales sont abaissées et favorisent ou encouragent des passages à l'acte. Ainsi, quelqu'un de timide abordera plus facilement une personne n'appartenant pas à son entourage ou encore sera prêt à explorer la piste de danse dans un club.

À partir de l'été 2020 et vers la fin du lockdown, la population festive a commencé à investir l'espace public afin de pouvoir se rencontrer et de passer un moment convivial. Les parcs, les lieux publics se sont remplis de personnes qui exploraient de faire la fête autrement. Une fois l'interdiction en place, et le milieu événementiel et festif fermé pour un bout de temps, les gros et les moins gros fêtards ont été très inventifs. Le mouvement alternatif des free party c'est quasiment généralisé, et l'espace public est non seulement devenu le lieu de rencontre privilégié, mais également un espace festif. Jamais l'appropriation de l'espace public, et non public, ne s'est fait aussi rapidement. Une nouvelle conquête des soundsystem et d'autres collectifs se sont appropriés des forêts, des intérieurs de ponts d'autoroute, et bien d'autres endroits pour revendiquer ce

que les Beastie Boys préconisaient dans les années 80 dans *Fight for your right*.³

C'est à ce moment-là, que 4motion met en place son dispositif Party Safe City. Une équipe de jeunes pairs est formée et va à l'encontre des personnes qui se retrouvent dorénavant dans des endroits insolites comme différents parcs de la ville, sous les ponts, ou encore le site des Dräi Eechelen. Un mouvement alternatif qui rappelle celui des free parties se généralise en un laps de temps très court. Les comportements à risque se retrouvent augmentés, et l'impression de rattraper le temps perdu est omniprésente auprès des consommateurs.

On ne peut pas prévoir l'imprévisible - réduire les risques est néanmoins possible. Party Safe : une fête se prépare, le choix du cadre et des limites se font lors de la préparation.

À partir de juin 2020, et face à la scène alternative festive un service de consultation en complément est mis en place. Aussi après une isolation et un enfermement force le besoin de se partager et d'échanger est très fort. La santé mentale est dorénavant au centre des débats publics, et la population la plus jeune s'avère la plus touchée.

PIPAPOTER est un service de consultation destiné à des consommateurs récréatifs. Dans le cadre d'une offre intégrée de drug checking, le consommateur peut faire un suivi et une évaluation de sa consommation. Une permanence est offerte tous les mardis de 16h00 à 20h00. Actuellement les consultations sont uniquement disponibles sur rendez-vous.

Avec la possibilité de bénéficier du service d'analyse de produits, une demande de suivi de la consommation est formulée par les consommateurs. Des consommateurs avertis sont les premiers à constater que leurs habitudes et que leurs manières de consommation sont massivement influencées par les effets de la pandémie. Avec la diminution des fréquences de plans fêtes et les contacts sociaux, le sentiment de devoir rattraper le temps perdu se fait sentir. Une augmentation de la prise de risques comme une consommation rapide, l'adaptation du dosage

Aussi afin de maintenir le contact avec la population festive, l'activité sur les réseaux sociaux a été multipliée. Une série de messages clés autour de la consommation à moindre risque a été lancée. Les

messages ont également été déclinés en prenant en compte les mesures sanitaires d'actualité. Des nouveaux gestes de réduction de risques à côté de l'utilisation du préservatif, du non partage du matériel de consommation sont maintenant également le port du masque, mais également la désaccélération de la consommation en soirée. Nos équipes mobiles ont été accueillies souvent à bras ouvert. Un vrai besoin de s'échanger et de parler de la consommation s'est ressenti plus que jamais. La fête dorénavant nécessite encore plus de préparation et se vit, et se vit différemment. Des webinars sur les drogues, leurs effets et leurs effets recherchés sont proposés pour le cannabis, la MDMA et la cocaïne.

Un questionnaire en ligne est également élaboré et proposé dans différents pays afin de mesurer les effets de la crise sanitaire sur la consommation. C'est à travers les membres du réseau NEWNet (safer-nightlife.org) que le questionnaire est construit en mettant l'effort à mesurer l'impact du COVID 19 sur les patterns de consommation. Avec le soutien des partenaires portugais et écossais, le questionnaire a été adapté et traduit en plusieurs langues. Dans le souci de maintenir également un contact avec les consommateurs, le questionnaire a été lancé simultanément en Allemagne, Belgique, au Royaume Uni et au Luxembourg. La crainte d'une augmentation de la consommation ne se confirme pas. Les réponses des consommateurs suggèrent néanmoins que les patterns de consommation se retrouvent modifiés. En particulier, pour la consommation d'alcool, les consommateurs ne rapportent pas d'augmentation concernant les unités d'alcool consommées. Un changement de consommation est observé en termes de fréquence et du nombre d'occasions de consommation par semaine. Aussi dans les habitudes journalières, le début de consommation se fait plus tôt : lors du déjeuner ou d'un apéro zoom. Les consommations restent contextualisées et de nouvelles habitudes et de nouveaux rituels se mettent en place.⁴

À l'heure actuelle, il n'existe pas de données sur les effets du confinement et de l'isolation forcée subie auprès des consommateurs récréatifs.

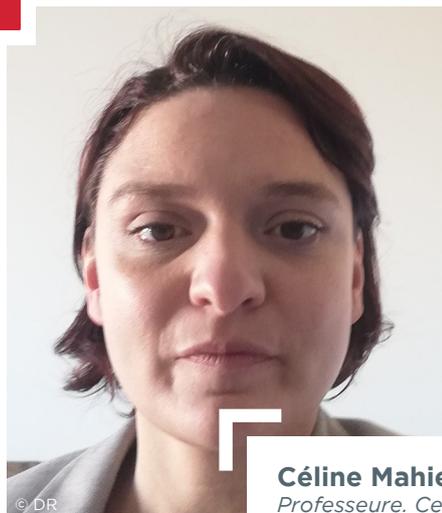
⁴ Trans-European Covid-19 and drug survey Luxembourg. https://pipapo.lu/wp-content/uploads/2020/05/graphic_report.pdf

1 La ligne 0,5 est définie par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et Médecins du Monde (2014) comme l'« ensemble de structures et/ou services ayant une approche multidisciplinaire, flexible et proactive, où les personnes exclues des soins peuvent bénéficier de soins de santé primaire [...], avec des conditions d'accès non discriminantes et respectueuses MAIS qui ont pour objectif à terme de réintégrer le patient dans la première ligne traditionnelle ».



Léa Di Biagi
Doctorante

© DR



Céline Mahieu

Professeure. Centre de recherche interdisciplinaire en Approches sociales de la santé, École de santé publique, Université Libre de Bruxelles.

COVID-19 : QUELLES STRATÉGIES MISES EN PLACE POUR MAINTENIR LE LIEN AVEC LES USAGERS ?

Lors de la 1^{ère} vague de la crise de la Covid-19, les professionnels du secteur socio-sanitaire ont dû adapter leurs pratiques afin de maintenir le lien avec leurs usagers. Quelles stratégies ont-ils mises en place dans ce nouveau contexte pour maintenir le lien avec les usagers ?

Depuis mars 2020, la crise Covid et les décisions politiques prises pour y faire face ont modifié le système de santé et le contexte d'exercice des professionnels de l'accompagnement social et sanitaire en Belgique francophone. Ces derniers ont dû s'adapter afin d'assurer la continuité de leurs activités et maintenir le lien avec les usagers.

Durant la 1^{ère} vague de la crise Covid-19 en Belgique, les professionnels interrogés (éducateurs spécialisés, infirmiers, coordinateurs de structures, psychologue, médecins) ont mis en évidence différentes modifications ayant eu un impact sur l'organisation de leur accompagnement des publics fragilisés :

- Le confinement imposé à l'échelle nationale belge a eu comme conséquence pour le public usagers de drogues et sans domicile fixe un relogement dans des espaces de vie différents (hôtels mis à disposition, logements privés) des lieux habituels d'errance ;
- L'imposition du port du matériel de protection, tant pour les professionnels que les usagers, a signifié pour certaines structures un temps d'arrêt afin de permettre l'approvisionnement en matériels (dans un contexte de pénurie) ;
- L'absence de données scientifiques concernant la propagation du virus au sein des publics fragi-

lisés a amené à une redéfinition de l'organisation et des pratiques de professionnels de la *ligne 0,5'* (limitation des contacts usagers-professionnels lors de rendez-vous et souvent à la porte de l'institution, suppression des contacts informels et des conditions spécifiques d'un accueil bas seuil, ...). Ne sachant pas dans quelle mesure leurs publics allaient être vulnérables face à ce virus par rapport au reste de la population (en raison de leur mode de structuration spécifique et de leur état de santé), les professionnels de la ligne 0,5 ont davantage anticipé et modifié leurs pratiques afin de protéger ces publics.

Ces différentes modifications du paysage institutionnel de la ligne 0,5, ont eu des conséquences sur le maintien du lien entre usagers et professionnels.

MÉTHODES

Nous avons mené 24 entretiens qualitatifs approfondis avec des professionnels travaillant dans le secteur de l'accompagnement social et/ou sanitaire (en ligne 0,5) auprès de publics fragilisés, spécifiquement ou en partie usagers de drogues en Région de Bruxelles-Capitale et en Wallonie (Bel-

gique). Des observations non participantes ont par ailleurs été réalisées lors de réunions de concertation du secteur assuétude. Ces entretiens et observations ont été analysés selon les principes de la théorisation ancrée.

Les profils des professionnels interrogés dans le cadre de cette recherche :

Métier	Social	7
	Santé	5
	Coordination /direction	12
Type de structure	Accueil de jour	18
	Accueil de nuit	4
	Travail en rue	2
Territoire	Bruxelles	17
	Wallonie	7

RÉSULTATS : L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT EN BELGIQUE FRANCOPHONE

En Belgique, les professionnels interrogés exercent en situation de routine (hors période Covid) dans 3 contextes d'exercice pour accompagner les publics avec des problématiques d'assuétudes :

- Accompagnement socio-sanitaire proposé au sein d'une structure d'accueil de jour.
- Accompagnement proposé au sein d'une structure d'accueil et d'hébergement de nuit : offre de service socio-sanitaire de jour et centre d'hébergement de nuit.
- Accompagnement par travail socio-sanitaire en rue.

L'offre de services d'accompagnement des professionnels interrogés est définie d'après les principes de l'accueil au sein de la ligne 0,5 (accueil inconditionnel).

LA RELOCALISATION DES SERVICES

Durant la 1^{ère} vague de la crise Covid, les directives politiques ont conduit à un confinement de la population à l'échelle nationale. Ce confinement a révélé pour les publics usagers de drogues et sans abris des besoins et difficultés spécifiques à ce public et/ou a exacerbé certains besoins :

- Besoin de trouver un logement pour les publics sans abris ;
- Difficultés d'accès aux professionnels et structures d'accompagnement socio-sanitaire ;
- Difficultés d'accès à l'approvisionnement (arrêt de la mendicité et diminution des stocks de substances illicites) et aux traitements de substitution (confinement sur des lieux éloignés des pharmacies) ;
- Difficultés d'acceptation et d'adaptation à un mode de vie « enfermé ».

Ces nouveaux défis ont nécessité l'adaptation des pratiques des professionnels de l'accompagnement mais aussi des pouvoirs publics afin d'apporter une aide pertinente et nécessaire aux publics.

Accompagnement en accueil de jour : un déplacement des professionnels à l'extérieur des murs de la structure d'accueil de jour, et une mobilisation d'usagers et professionnels-relais

La délocalisation et le confinement des publics usagers de drogues et sans abris sur les lieux mis à disposition par les pouvoirs publics (réquisition d'hôtels pour accueillir les publics sans domicile) ont conduit les professionnels exerçant en structure d'accueil de jour au sein de la ligne 0,5 du secteur assuétude à adapter leurs pratiques et à proposer leurs services d'accompagnement socio-sanitaire sur place.

Cette nouvelle configuration a amené de nouveaux freins au lien entre professionnels et usagers :

- Interdiction d'accéder à l'intérieur des nouvelles structures de logement des usagers pour aller à leur rencontre et comprendre les nouveaux contextes de vie ;
- Impossibilité d'accéder aux identités des usagers accueillis sur ces nouveaux lieux : si des personnes étaient en quarantaine ou ne désiraient pas sortir dans les zones communes, il était impossible de prendre connaissance de leur présence sur les lieux de confinement. Cela a engendré une difficulté d'identification et de repérage des usagers par les structures d'accompagnement ;
- Impossibilité de communiquer aux usagers les plus isolés les informations relatives à la nouvelle organisation des services du réseau assuétude (en cas de quarantaine, ou lorsque la personne étant absente des lieux communs au moment du passage des professionnels).

Les professionnels ont mobilisé une double stratégie pour pallier ces freins. Ils se sont appuyés sur ceux qu'ils ont appelé des « usagers-relais » et des « professionnels hôteliers-relais ». Les « usagers-relais » étaient des usagers avec lesquels les échanges tant avec les professionnels qu'avec les autres usagers étaient possibles et bien accueillis. Ils ont été identifiés par les professionnels après une première visite sur les lieux et un premier contact. Les « professionnels hôteliers-relais » étaient par exemple des réceptionnistes ou du personnel de ménage présents à l'intérieur des lieux de confinement. Ces deux acteurs ont été mobilisés par les professionnels pour transmettre les informations relatives à la nouvelle organisation de l'accompagnement (par exemple l'organisation des futures visites des professionnels sur les lieux de confinement) aux usagers moins accessibles confinés en ces lieux mais aussi pour jouer le rôle de porte-paroles concernant les besoins et difficultés émergents (par exemple difficultés liées à l'enfermement, aux obstacles à la consommation ou à l'obtention des traitements de substitution). Dans certaines situations spécifiques, une partie des « professionnels hôteliers-relais » ont été mobilisés par les professionnels socio-sanitaires pour fournir l'accès aux traitements de substitution aux usagers moins autonomes dans leur gestion du traitement.

Travail de rue : une relocalisation des professionnels sur des lieux centraux et accessibles

Afin de faire face au confinement des usagers, les professionnels exerçant en rue ont également dû revoir leurs pratiques. Les professionnels interrogés se sont organisés en collaboration avec d'autres structures (d'accueil de jour, épiceries sociales, ...) pour déplacer leur accompagnement sur des lieux en extérieur (grand place, parcs, ...) centraux et accessibles en transport public ou à pied.

Sur ces nouveaux lieux, les services d'accompagnement de routine étaient proposés (bobologie, distribution de matériel propre de consommation, maintien du lien ...) ainsi que des services plus spécifiques au Covid (distribution de matériel de protection, tests, accompagnement à la recherche d'hébergement en cas de nécessité de quarantaine pour les publics sans domicile ou encore distribution alimentaire pour pallier la fermeture des épiceries sociales).

La délocalisation de ces services vers ces nouveaux lieux en extérieur a été l'occasion d'assurer la continuité du lien avec les usagers déjà connus en période de routine mais aussi d'en identifier de nouveaux. Ceci résultait soit de l'apparition de nouveaux consommateurs de substance illicites dans le contexte pandémique, soit de l'identification d'usagers davantage en lien avec les nouveaux lieux occupés mais ne circulant habituellement pas sur les territoires couverts par les professionnels de rue.

Logement privé : le développement des outils de communication

Pour les publics usagers de drogues confinés au sein d'un logement privé et ne pouvant se déplacer, les professionnels des structures d'accueil de jour ont mobilisé différentes stratégies fondées sur l'utilisation des outils de communication à distance. En effet, la responsabilité de la garde des enfants à temps plein en raison de la fermeture des écoles, la peur de la stigmatisation lors d'un déplacement pour raisons médicales, une situation de dépendance aux drogues illicites cachée à l'entourage présent dans le lieu de confinement sont des situations qui ont freiné le déplacement des usagers. Pour lutter contre ces freins, les professionnels ont utilisé les appels téléphoniques et/ou les applications de communication comme WhatsApp afin de maintenir l'accompagnement et le lien avec les usagers. Même si ces outils de communication ont offert des solutions, les professionnels ont pu identifier d'autres obstacles lors cet exercice : accessibilité au matériel de commu-

nication, temps indisponible pour discuter, impossibilité d'avoir un lieu calme pour l'échange.

ANALYSE : L'OUTREACHING EN PÉRIODE DE CRISE

Le confinement ayant rendu illégal la majorité des déplacements pour la population, les professionnels ont dû adapter leurs pratiques afin d'aller sur les lieux de confinement des publics sans domicile et usagers de drogues. Les structures d'accueil de jour de la ligne 0,5 ont été obligées de fermer temporairement leurs portes durant une période plus ou moins longue. Afin de maintenir le lien avec les usagers durant cette période, les professionnels ont mis en place des pratiques que l'on peut qualifier d'« outreach » sur les lieux de confinement des usagers. « La pratique de l'outreach consiste à rejoindre la clientèle où elle se trouve et à l'aider à satisfaire ses besoins » (Denoncourt, *et al.* 2000). Cette pratique a pour but d'amener les professionnels sur les lieux de vie des usagers et permet « de détecter, d'initier et parfois de poursuivre un lien de soins avec des personnes difficiles à joindre » (Chauvin 2012). Ces pratiques se sont déployées grâce à la collaboration entre les membres des différents réseaux mais aussi avec les « usagers-relais » et les « professionnels hôteliers-relais » (déplacement physique des professionnels), la mobilisation des outils de communications (déplacement online vers le lieu de vie des usagers) et la délocalisation des services sur des lieux centraux et accessibles.

CONCLUSION

Durant cette 1^{ère} vague de la crise Covid 19, les stratégies d'outreach mises en place afin de maintenir le lien avec les usagers les plus fragilisés ont été pensées et effectuées en dehors des schémas classiques du système de santé. Les professionnels socio-sanitaires de la ligne 0,5 ont collaboré au sein de leur structure et avec leur réseau pour assurer l'accompagnement et le maintien du lien avec les usagers. La mise en place des stratégies d'outreach a non seulement permis de maintenir le lien mais aussi d'assurer la continuité d'un espace d'échange informel avec les publics lors des rencontres, condition nécessaire à l'adaptation de l'accompagnement aux publics les plus fragilisés. Afin de poursuivre cette enquête, nous envisageons aujourd'hui d'analyser les apprentissages que ces nouvelles formes d'outreach ont suscité chez les professionnels et les éventuels changements de pratique qu'elles ont entraînés sur le moyen et le long terme.

Bibliographie

- Baillargeon, Pierre, et Daniel Puskas. 2012. « L'alliance thérapeutique : conception, pratique. » *Défi jeunesse*, 4-9.
- Bioy, A, et M Bachelart. 2010. « L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. » *Perspectives psy*, 317-326.
- Chauvin, Pierre. 2012. « 9. Au-devant, auprès et avec La nécessité de développer de nouvelles pratiques et de nouveaux métiers conjuguant outreach, proximité et accompagnement dans le système de soins. » Dans *Innover contre les inégalités de santé*, de Pierre-Henri Brécha, 377-386. Rennes : Presses de l'EHESP.
- Denoncourt, Hélène, Marcel Desilets, Marie-Carmen Plante, Johanne Lapante, et Micheline Choquet. 2000. « La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités et contraintes » *Santé mentale au Québec*, 179-194.
- INAMI et Médecins du Monde. 2014. Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique. Bruxelles : J. De Cock.

Numéro 06, décembre 2021

Prix de vente : 6€

Directeur de la publication

Jean-Michel Delile

Coordinateur du numéro

Olivier Hurel

Comité éditorial

Sébastien Alexandre
Pascale Hensgens
Marie Jauffret-Roustide
Grégory Lambrette
Nathalie Latour
Emelie Laverdière
Stéphane Leclercq
Jean-Félix Savary
Sandhia Vadlamudy

Journaliste

Natalie Castetz

Conception graphique

Nelly Gibert - Mediis Studio

Impression

2950 ex.
Imprimerie ???