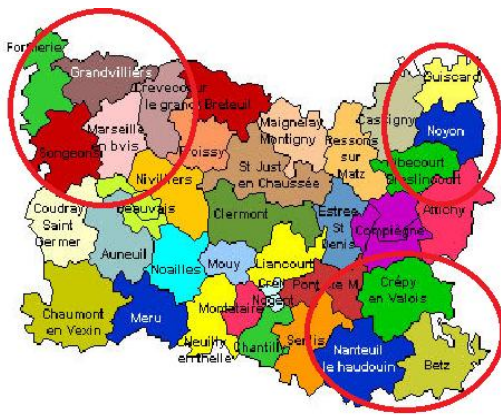


- *Pratiques, accès aux Soins et perspectives pour une Prévention adaptée aux contextes ruraux -*

Le **SATO-Picardie** est une association médico-sociale intervenant dans le champ des **addictions** depuis plus de 30 ans. Alertée par l'arrivée d'un nombre croissant d'usagers de drogues (UD) en provenance de zones rurales, l'association entreprend en 2012 de mener une **recherche-action sur trois territoires pilotes à dominante rurale de l'Oise : la Picardie Verte, Le Pays des Sources et Vallées, le Pays du Valois.**



Le projet entend renseigner les pratiques de consommations de produits psycho-actifs en zone rurale ainsi que les modalités de recours soins des usagers, cela afin d'évaluer les besoins et les modalités d'action les plus adaptées sur ces territoires.

Plus de 200 UD ont été rencontrés lors du travail de terrain, plus de 100 questionnaires ont été remplis et 43 entretiens ont été réalisés auprès d'UD. De nombreux entretiens, rencontres et échanges ont également eu lieu avec des professionnels des territoires visés par ce projet.

LE CONTEXTE - L'URGENCE D'AGIR EN ZONES RURALES ET PERIURBAINES

- ACCESSIBILITE AUX PRODUITS ET CIRCULATION DE DROGUES EN MILIEU RURAL

=> Aujourd'hui, **une large palette de produits illicites est accessible aux consommateurs en zone rurale** aussi bien, ou presque, qu'en ville. **La circulation des produits obéit à ses propres dynamiques dans les milieux ruraux**, passant principalement **par un faisceau d'usagers-revendeurs** plutôt que par un trafic organisé.

=> **L'organisation de fêtes alternatives d'une certaine ampleur** (souvent des free et rave parties) s'est développée sur la « scène rurale ». Le **contexte est favorable** à l'émergence et au succès de cette offre de divertissement : d'une part grâce à la présence de grands espaces où l'on peut se rassembler en nombre sans risquer d'engendrer de nuisances sonores (champs, champignonnières, clairières...), d'autre part en raison de la faible offre de divertissements accessibles par ailleurs à la jeunesse issue de villages et petites villes. Ces rassemblements se caractérisent par une **circulation significative de drogues, principalement des psychostimulants et des hallucinogènes. C'est bien souvent dans ce contexte que se font les premières expérimentations de drogues** (autre que le cannabis) pour les usagers.

=> **La consommation de ces drogues dites « festives »** (speed, hallucinogènes, voir kétamine) s'observe également lors **rassemblements de plus petite importance** à l'occasion, par exemple, d'anniversaires ou de fêtes entre amis dans un logement particulier, notamment dans les milieux aisés.

- UNE POLITIQUE DE PREVENTION FREINEE PAR DES CONTRAINTES PARTICULIERES

=> **Un maillage territorial insuffisant et le spectre de la désertification médicale** : Nul ne peut ignorer que le **maillage territorial en services de proximité est défaillant dans les zones rurales** : les structures d'accueil et d'information – vecteurs incontournables de prévention, en particuliers pour les jeunes et/ou les personnes précaires – sont trop rares en campagne et se raréfient encore. Les acteurs des territoires manquent cruellement de relais où adresser les usagers en difficulté. De plus, les zones à dominante rurale de l'Oise sont sérieusement menacées par le **risque de désertification médicale** : nous déplorons d'ores et déjà une **démographie médicale peu favorable** et le contexte risque de se dégrader en raison des difficultés de remplacement de médecins partant à la retraite. De fait, les dispositifs de prévention font défaut et de hautes barrières se dressent devant l'accès aux soins.

=> **Le défaut de mobilité : un certain enclavement qui pénalise particulièrement les plus précaires** : les difficultés de mobilité pour rejoindre les services ad hoc du territoire pénalisent plus lourdement encore les personnes les plus précaires pour qui les dépenses engagées pour rejoindre ces services grèvent lourdement le budget. Or, **les centres spécialisés en addictologie (CSAPA) se trouvent largement concentrés sur les villes et restent difficilement accessibles.**

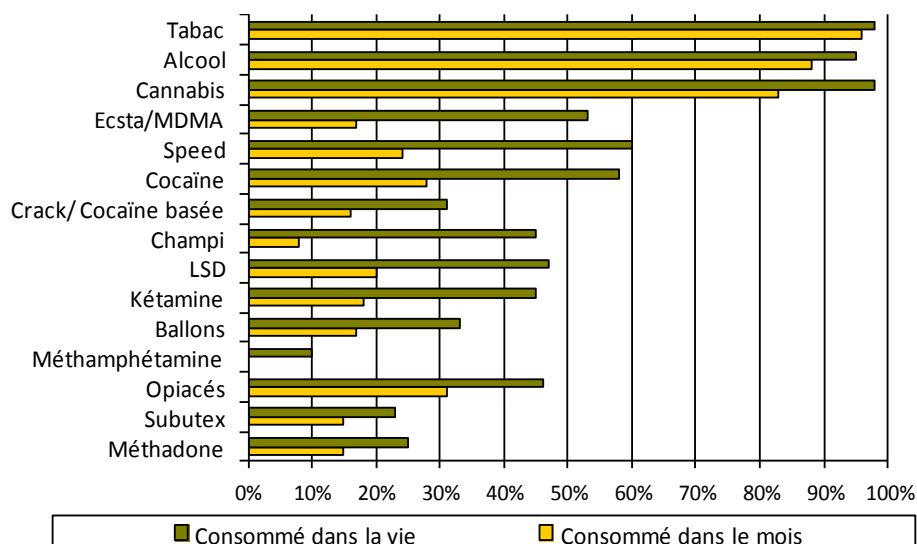
- UN CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE PLUTOT DIFFICILE POUR LES JEUNES ACTIFS

=> Les milieux ruraux de l'Oise offrent en majorité des **emplois peu qualifiés** et souvent marqués par des **conditions de travail difficiles et précaires**. Il n'existe alors que peu de possibilité pour la jeunesse rurale de gravir l'échelle sociale et de se construire une identité sociale valorisante au sein de la communauté. Parmi les usagers de drogues rencontrés, plus de 45% sont sans emploi, 60% perçoivent des revenus inférieurs à 1000€ net mensuel. Face aux **difficultés d'insertion sociale**, la consommation de drogues permet non seulement d'accéder à des « paradis artificiels » qui invitent l'utilisateur à échapper au manque de perspective, mais elle offre aussi un moyen de se construire une identité « en contre », contestataire, qui permet au sujet de garder le sentiment de rester acteur de la définition de son identité – par opposition à une situation et à une place dans la structure sociale qui, parfois, sont subies.

DES CONSOMMATIONS EQUIVALENTES MAIS DES PRISES DE RISQUES ACCRUS

- DES CONSOMMATIONS COMPARABLES A CELLES OBSERVEES EN VILLE

1. Produits consommés dans la vie et dans le mois par les usagers de drogues rencontrés (n=107), en %



=> Tous les produits sont consommés et disponibles en zone rurales comme en ville et les **prévalences de consommations y sont équivalentes**. Les usages de drogues ne se cantonnent pas aux zones périurbaines : nous observons des consommations à risques chez des personnes vivant dans les villages et les hameaux, parfois très isolés.

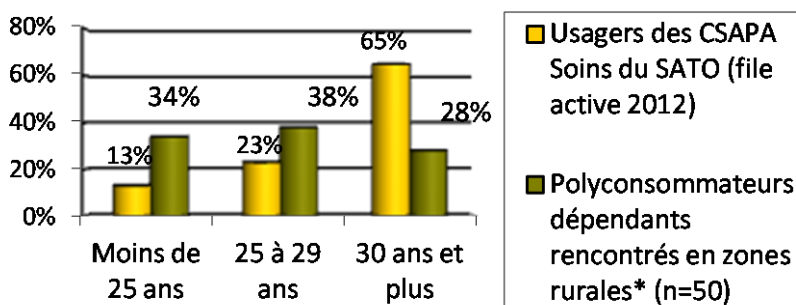
=> Comme en ville, les usagers de drogues rencontrés sont très majoritairement des hommes (80%) et relativement précaires. Elément particulier, nous notons un faible taux de décohabitation (75% des interrogés vivent chez des proches, des parents) : les difficultés d'insertion que rencontrent nombre de ces usagers n'a pas permis la décohabitation ou a engendré un retour chez les parents.

- DES EXPERIMENTATIONS PRECOCES

=> Selon notre échantillon, nous observons que, sur les trois territoires investigués, les expérimentations de drogues ont en moyenne eu lieu de façon relativement précoce: entre 14 et 15 ans pour l'alcool, le cannabis et le tabac et entre 18 et 20 ans pour les psychostimulants, les hallucinogènes et les opiacés ou sédatifs.

=> Avec une moyenne d'âge à 25,6 ans, les usagers rencontrés en milieu rural apparaissent relativement jeunes en comparaison avec la moyenne d'âge observée dans la file active générale du SATO-Picardie, pour laquelle nous notons une tendance au vieillissement des populations d'UD.

2. Comparaison de la répartition par âge des usagers « consommateurs problématiques » installés en zone rurale et des usagers des Pôles soins des CSAPA de l'Oise (file active 2012)

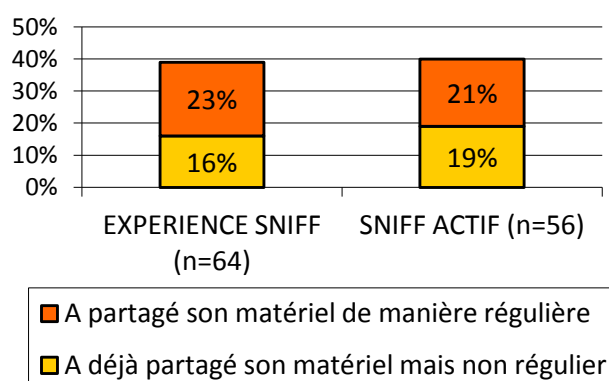


Parmi les poly-consommateurs problématiques rencontrés en milieu rural (largement consommateurs d'héroïne), 72% ont moins de 30 ans. A titre de comparaison, les moins de 30 ans ne représentent que 36% de la file active générale des CSAPA Pôles soins du SATO.

- DES PRISES DE RISQUES ACCRUES

=> Importance des pratiques d'échange de matériel : près de 40% des usagers consommant des drogues par voie nasale déclarent avoir déjà échangé leurs pailles avec d'autres consommateurs et plus de 20% attestent recourir à cette pratique de manière régulière. Les consommateurs s'exposent ainsi de façon accrue aux risques, notamment, de transmission de l'hépatite C. Concernant la consommation par injection de drogue, le constat est tout aussi préoccupant. Les pratiques visant à réduire des risques restent encore très peu inscrites dans les codes d'usages des consommateurs de drogues en milieu rural, faute de normalisation de la pratique et de dispositifs adaptés (PES, RdR...)

3. Prévalence de la pratique du partage de pailles de sniff, en fonction de la régularité de la pratique, en %



=> Poly-consommations et mélanges à risques

- Les pratiques de poly-consommations et d'usages concomitants¹ s'observent en campagne comme en ville. Parmi les usagers de drogues actifs rencontrés, 57% ont consommé plusieurs produits psycho-actifs illicites dans les trente jours précédents. Pour les poly-consommateurs dépendants à un ou plusieurs produits illicites, il est en outre très fréquent que des consommations sévères d'alcool soient associées aux autres consommations: 86% de ces usagers ont déclaré avoir consommé de l'alcool de manière régulière ou quotidienne dans le mois ayant précédé l'entretien.

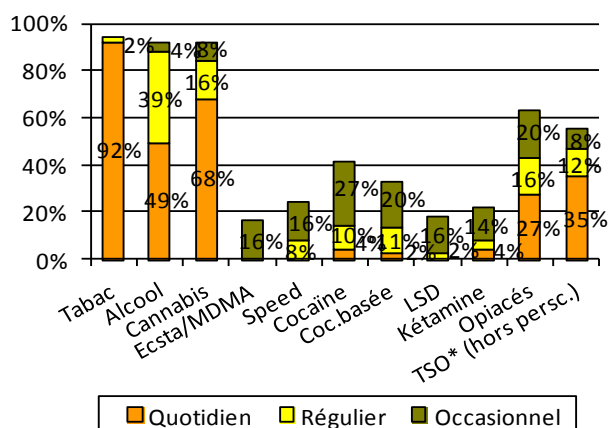
- L'usage concomitant de plus de trois produits psycho-actifs (tabac exclu) au cours d'une même occasion est une pratique relativement répandue lors des grands rassemblements festifs (notamment les raves et free parties), mais elle se décline également lors de plus petits rencontres d'usagers. Plus de 40% des UD interrogés ont consommé plus de trois produits psycho-actifs différents (hors tabac) lors d'une même occasion le mois précédent l'étude, souvent à plusieurs occasions. L'alcool et le cannabis sont fréquemment associés à des psychostimulants et/ou des hallucinogènes, mais aussi à des dépresseurs (opiacés et/ou kétamine par exemple).

- Dans les plus petites communes et les zones isolées, il arrive que certains produits viennent à manquer en fonction des allers et venus des usagers-revendeurs. Les UD dépendants usent alors de stratégies de remplacement pour pallier au manque du ou des produit(s) devenu(s) indisponible(s) : ils passent ainsi aisément d'un produit à l'autre en fonction des « arrivages » et des « ruptures ». A cela s'ajoute les difficultés d'accès aux soins qui poussent certains à recourir à l'automédication, à des associations hasardeuses de produits et à des modalités de consommations qui se révèlent parfois à hauts risques (usage successif de méthadone et de buprénorphine haut dosage, mélange d'alcool et médicaments, glissement vers un d'autre(s) produit(s) sans gestion des doses et des effets, etc.).

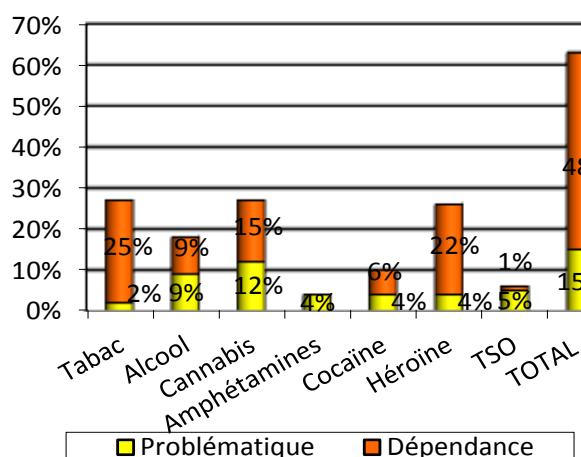
- L'ensemble de ces pratiques exacerbe les risques d'intoxications aiguës, de mauvaises expériences, de surdosages et de développement de dépendances et de poly-dépendances.

• USAGES PROBLEMATIQUES ET DEPENDANCE

4. Fréquence d'usage dans le mois précédent, en fonction des produits, en %



5. Auto-évaluation du rapport au produit en fonction des produits, en %



¹ Selon la définition donnée par l'OFDT, la poly-consommation désigne le fait de consommer, avec une certaine fréquence, plusieurs substances psycho-actives. Lorsque plusieurs produits sont consommés lors d'une même occasion, on parle d'usage concomitant (ou, ici, de mélange).

=> Face à ces consommations à risques, les effets de dépendances aux produits se font ressentir pour un mais aussi, fréquemment, pour plusieurs produits : dans notre échantillon, 63% des usagers interrogés considèrent qu'ils sont dépendants ou qu'ils ont un rapport problématique avec un ou, plus souvent, plusieurs produits. Le cannabis, les opiacés et l'alcool sont les produits les plus souvent incriminés.

=> 54% d'entre eux ont déclaré avoir déjà ressenti le besoin de recourir une aide extérieure concernant des difficultés liées à leurs consommations, sans toujours parvenir à trouver l'aide adéquate.

DES OBSTACLES MAJEURS DANS L'ACCES AUX SOINS

- VISIBILITE ET STIGMATE...

=> Si nous observons aujourd'hui un certain mouvement idéologique d'inspiration écologique de revalorisation des campagnes, le préfixe « re » est ici évocateur. On ne peut ignorer que les **milieux ruraux ont longtemps souffert d'une image bien peu valorisante. L'opposition ville/campagne n'a guère profité à la dernière : à la notion de territoire de « modernité » que représentaient les villes se sont opposés les villages, renvoyés par jeux de miroir à la notion d'« envers de la modernité », d'archaïsme.** Avec l'intérêt politique et, dans une certaine mesure, le travail, ce sont les hommes et les services qui ont déserté les zones rurales pour se trouver peu à peu concentrés sur les pôles urbains. **Les campagnes du Nord et de Picardie ont été affectés par ces stigmates:** territoires perçus comme isolés, figés dans le temps, clos et désolés parfois. Aujourd'hui, si la « terre », ou plutôt le paysage rural se voit heureusement réhabilitée, il n'en est pas de même des populations y résidant. On se figure encore que la population demeure, pour sa part, héritière et porteuse de cet archaïsme et elle se voit souvent renvoyée à l'idée d'un enfermement dont elle serait la victime (enfermement géographique, familial, intellectuel et culturel...). Pour lutter contre cette tendance à se trouver si cruellement et abusivement stigmatisés et **pour tenter de retrouver une certaine attractivité et/ou garder une part au moins de sa jeunesse et de ses forces vives, les milieux ruraux ont du lutter.** Il a fallu effacer, autant que possible, ses angles saillants, cacher ses fous, ses pauvres, ses « honteux » pour garder la main sur son image et, pour ce faire, **exercer vivement son contrôle social, même bienveillant, sur ces sources de potentiels stigmates.** Alors, le « toxicomane », être dont les pratiques sont socialement réprouvées, perçu comme délinquant et/ou malade, mais que l'on pense concentré sur les villes, ne gagne pas à être rendu visible. Au moins une chose qui n'est pas reprochée aux campagnes ! Tel le « fou du village », l'usager de drogue est caché et, donc, se cache.

=> Néanmoins, **le silence apparent est en réalité fort bruyant.** Car plus la communauté est petite, plus les informations - une fois révélées - sont mécaniquement susceptibles de parvenir à l'ensemble, ou presque, des membres de cette communauté. Alors, l'usager (alors qu'il est associé à l'identité du « toxico », image de la déchéance) est frappé d'un **stigmatisme rendu visible par tous (ou le craint-il) et il ne pourra guère profiter d'espaces de « repli », d'espaces neutres.** Le stigmatisme affecte donc sa vie personnelle, sociale, professionnelle et sa position sociale et symbolique dans la structure sociale du village. **L'enjeu n'est que plus fort à ce que les conduites addictives restent protégées par le sceau du silence et inconnues des « non initiés »...**

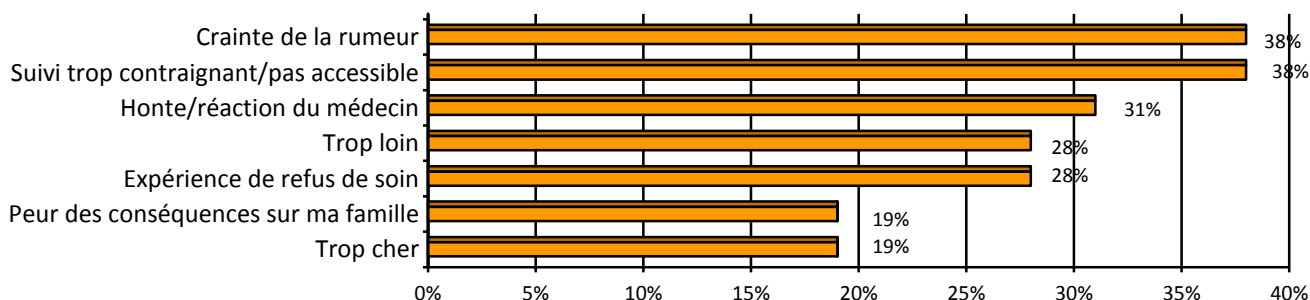
=> Plus petit, moins peuplé, **le village a, plus qu'en ville, de la « mémoire ».** Alors, l'identité de l'individu est plus fortement attachée à celle de ses aïeux, de sa famille. **L'individu hérite d'un nom de famille et il a son importance.** Le mouvement inverse est également possible : **un individu « déclassé » risquera, si sa « faute » est découverte, de faire peser sur sa famille et ses proches son stigmatisme.** Les conséquences sociales de cette visibilisation pourraient, alors, se répercuter à l'ensemble du « clan » - si celui-ci ne souffre pas, déjà, de déclassement.

=> Nous comprenons alors les difficultés à agir en milieu rural et la crainte des usagers à se rendre, par trop, visibles par les membres « non initiés » de la communauté.

- RECOURS ET CONTINUITÉ DE SOINS : L'INTERCONNAISSANCE COMME ÉLÉMENT PERTURBATEUR

=> En conséquence, plus de la moitié des usagers qui ont tenté de recourir aux soins font état de stratégies d'évitement du « médecin de famille » ou du médecin de proximité. Les liens parfois interpersonnels que le médecin entretient avec la famille et plus largement avec le village devient pour les usagers un élément perturbateur dans la relation thérapeutique. Or, la réponse fournie par le médecin, lui-même dépositaire du contrôle social, à la demande de soins est souvent décisive dans le parcours de soins qu'entreprend, ou non, le patient. Or, lorsque qu'un médecin non spécialisé est sollicité, beaucoup d'UD rapportent avoir été l'objet de **refus de soins** ou de réactions malheureuses du praticien ayant mis en échec la démarche – conséquence souvent de ce contrôle social qui se veut, pourtant, bienveillant : la demande de soins est par exemple révélée à la famille ou le patient est renvoyé à un autre médecin « inaccessible », etc. Or, le refus de soins est un renvoi patent du stigmate et exacerbe souvent la honte, le repli et la colère parfois, et appuie la contrainte du silence.

6. Barrières perçues dans l'accès aux soins par les usagers ayant renoncé aux soins, en %



=> Finalement, près d'un usager sur trois déclare avoir renoncé à recourir aux soins pour des conduites addictives. D'un côté, la crainte de la rumeur, la honte et les expériences de refus de soins constituent les éléments expliquant le non recours ou l'abandon d'un parcours de soins dans un cabinet médical généraliste. D'un autre côté, la distance associée, d'une part, aux difficultés de mobilité et, d'autre part, à l'aspect contraignant de l'accompagnement proposé en CSAPA (passages quotidiens puis très réguliers) complexifient considérablement l'accès à un accompagnement spécialisé et pluridisciplinaire et entraînent un retard, voir même compromettent, le recours aux soins. Enfin, pour se rendre dans un centre de soin, la barrière du temps nécessaire pour effectuer le parcours s'ajoute à la barrière financière, et au défaut, bien entendu, de transport et de mobilité.

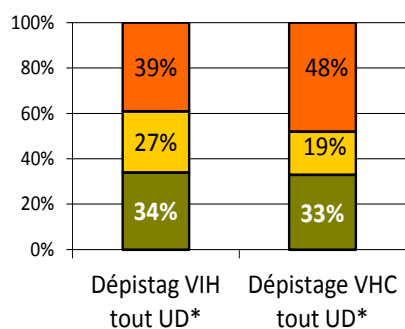
=> Du côté des professionnels du territoire, le manque de relais et le défaut de formation à l'accueil et aux soins des personnes en addictions se fait lourdement ressentir pour intervenir sans risquer, ou de craindre, d'engendrer des effets contreproductifs.

- RENONCEMENTS AUX SOINS : DES RISQUES MAJEURS

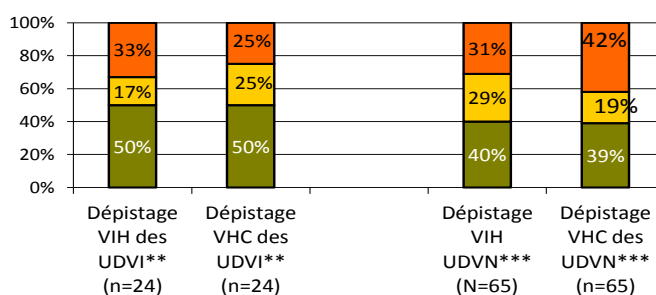
=> Prévention et recours au dépistage : dans notre échantillon, seul un tiers des usagers rencontrés a réalisé un test de dépistage du VIH au cours de deux années précédant l'étude, et seulement un peu plus de 3 individus sur 5 au cours de leur vie. La proportion est moins importante encore si l'on regarde les taux de recours au dépistage des hépatites : si la même proportion de personnes s'est faite dépister dans les

deux ans précédent l'entretien, la proportion d'usagers n'ayant jamais eu recours au dépistage de leur vie est la plus importante et concerne près de la moitié des usagers.

7. Recours au dépistage VIH et VHC tout usagers de drogues, en %



8. Recours au dépistage VIH et VHC des usagers injecteurs** (UDVI) et sniffeurs*** (UDVN), en %



■ Réalisé il y a moins de deux ans ■ Réalisé il y a plus de deux ans ■ Jamais

Concernant les usagers de drogues par voie intraveineuse et par voie nasale, potentiellement plus exposés aux risques de transmission du VIH et du VHC, les taux de recours au dépistage sont inquiétants et très largement inférieurs aux taux recensés parmi la population des usagers de drogues sniffeurs et injecteurs dans les villes selon l'enquête Coquelicot² : dans nos zones rurales, seuls 67% des UDVI (Usagers de drogues par voie intraveineuse) et 69% des UDVN (Usagers de drogues par voie nasale) ont réalisé un test de dépistage au moins une fois dans leur vie, contre 95%³ selon l'enquête nationale réalisée en zone urbaine⁴. Finalement, c'est moins de la moitié de ces usagers qui déclarent avoir réalisé ce test dépistage dans les deux années précédentes.

=> Accessibilité aux produits vs. inaccessibilité aux soins

A présent, en milieu rural, l'accessibilité au produit s'oppose durement à l'inaccessibilité aux soins. Or, si la parole circule rapidement en zone rurale, il peut en être de même des pratiques : les codes et les normes de consommations peuvent aussi bien se propager pour concerner une frange croissante de la population, qu'elle peut, inversement, évoluer vers moins de prises de risques si les conditions de cette évolution sont assurées.

De plus, si l'on observe que les consommations de drogues existent dès lors que le produit est disponible, nous pourrions faire le même constat concernant le soin : l'un a recours aux soins dès lors que l'accessibilité à ces soins est assurée. Alors, la réponse à l'expansion probable des pratiques ne peut se figurer sans assurer l'accessibilité aux soins. Il s'agit de se référer à la notion de droit applicable que Simmel définit d'humanitaire : **il est plus facile de demander et d'accepter une aide dès lors que, ce faisant, les personnes nécessiteuses ne feraient qu'exercer un droit acquis⁵. Un droit qui, s'exerçant, fait connaître son poids symbolique et participe à déconstruire le stigmate dont les conséquences sociales alimentent les conséquences sanitaires des consommations et précipitent l'addiction.**

² Enquête nationale pilotée par l'INVS

³ Avec une stratégie d'échantillonnage similaire.

⁴ Institut de veille sanitaire, JAUFFRET-ROUSTIDE M., COUTURIER E, LE STRAT Y, Barin F, EMMANUELLI J, *et al.*, *op.cit.* Un résumé de cette étude est disponible sur : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=4504

⁵ SIMMEL G. — 1998 (1908), *Les pauvres*. Paris, PUF, p43

- 1. Adresser les besoins à la fois en termes de prévention, de soins et de réduction des risques liés aux addictions dans une démarche globale pour plus d'efficacité.** Des micro-structures pluridisciplinaires « allégées » pourraient-être développées dans chacun des territoires : un accueil prévention jeunes et parents, un accueil micro-CSAPA Pôle Soins enrichi de partenariats forts avec les professionnels de santé des territoires, un accueil CAARUD.
- 2. Travailler en coordination avec les partenaires de terrain** pour s'apporter aide mutuelle et favoriser la formation des acteurs dans la perspective, d'une part, de briser le tabou , les incompréhensions et les dynamiques de stigmatisation et, d'autre part, d'assurer l'orientation adéquates des usagers voire développer des projets collaboratifs : des programmes d'échanges de seringues en pharmacies par exemple, le renforcement des liens de travail avec les médecins-relais selon des modalités de partenariats établis, le développement d'une prévention adaptée auprès des jeunes et dans les entreprises...
- 3. S'appuyer sur des usagers – relais en charge d'assurer une passerelle vers d'autres usagers « invisibles » et favoriser la formation de ces acteurs clés**, ce afin de promouvoir des pratiques visant à limiter les risques. Sur chacun des secteurs, les professionnels gagneront à tenter de pénétrer les territoires et multiplier le nombre de personnes-relais afin d'éviter que le départ ou le désengagement d'un l'usager-relais ne fasse périlcliter l'ensemble des projets. De plus, le travail de ces usagers gagnerait à être valorisé pour favoriser leur engagement, selon des modalités particulières et réfléchies en accord et selon l'intérêt de l'usager.
- 4. Les efforts de communication entre les différents acteurs, la population et avec les usagers et leurs proches devront être constants pour convaincre de l'utilité et de la pertinence de telles interventions.**
- 5. Le support numérique peut s'avérer un atout pour surmonter les difficultés de communication avec les usagers « cachés » qui souhaiteraient, sans trop se révéler, obtenir aide et/ou soutien.** Un espace virtuel à destination des usagers et visant à promouvoir l'échange, le débat, les bonnes pratiques pourrait être créé, animé et modéré par les acteurs. Cet outil dynamique et interactif offrirait alors un vecteur de transmission d'informations. Un espace différent pourrait être également être réservé aux professionnels.
- 6. Se fixer des objectifs permettant une implantation graduelle, non précipité, des projets, garder ce faisant une vigilance particulière aux risques d'effets contreproductifs pour les usagers et travailler à l'évaluation des dispositifs.**

