

« ALLER VERS » ET PUBLICS CACHES AU PRISME DE L'ADDICTOLOGIE ET DU DISPOSITIF TREND

AURELIEN ZIELESKIEWICZ (CMSEA/LES WADS): COORDINATEUR TREND GRAND EST/SOCIOLOGUE



OBJECTIFS



- Clarifier/définir la notion de « publics cachés » et d'« aller vers » au prisme de la RDR et de l'addictologie (préciser « de quoi on parle ? » clarifier le sens et la complexité de ces thématiques)
- Distinguer la notion entre addictologie et « action sociale » (les publics « cachés » de l'addicto ne sont pas forcément ceux de l'action sociale, les modalités interventionnelles non plus)
- Cerner les enjeux qui gravitent autour de ces faits, notamment en addicto

CORPUS/FONDATIONS DE L'INTERVENTION

- Éléments issus d'investigations de TREND (discours, observation ethno)
- Autres immersions/expériences de diagnostics/observations/études sur ces publics
- Lectures, littérature scientifique

■ **Antoine 21 ans suivi en CJC** ancien gros consommateur de cocaïne, qui continue de façon *“plus raisonnée”* à prendre de la mdma et souvent de fumer de l’herbe. Il est abstinent de cocaïne depuis plus de 2 ans alors qu’il consommait à son mieux 2g/jour. Sa décision a été prise dans ce cadre : *j’étais en teuf et j’ai passé ma soirée à discuter avec le stand de RDR, notamment un infirmier vraiment calé, et je lui ai tout dit sur ma conso, que je faisais le malin mais que j’arrivais pas à m’en défaire. Il m’a filé les coordo à la fois d’un psy et d’un csapa. Moi j’étais pas chaud j’avais des appréhension, peur de me faire engueuler. Mais ça s’est vraiment bien passé en fait*

■ **Léa** Educ spé qui passe son temps à marauder dans une métropole du Grand Est, et qui dit adorer ce contact et ce *“secours”* qu’elle porte, pourtant Léa pense clairement à démissionner de son poste du fait des carcans bureaucratiques spécifiques à son taff: *je dois tout notifier, où j’étais , avec combien de personnes on a parlé, ce qu’on a donné, limite ils me demandent la température, et ça ça me prends facile plusieurs heures par semaine, je n’en peux plus*

■ **Jess** est aujourd’hui assistante dentaire, malgré un parcours (ASE puis rue) assez chaotique. Jennifer s’est sentie *“renaître”* après avoir pu fréquenter le dispositif TAPAJ qui l’a repérée lors d’une maraude partenariale: *ça a été un tremplin, à partir de là j’ai recommencer à avoir la banane, il m’ont fait le packaging total, j’ai vu, psy, médecin, assistante sociale genre 3 mois après j’avais mon appart et une formation.*

■ **André**, a 67 ans, vit dans un village assez reclus éloigné des dispositifs de soins (rares) de son département et ne peut plus avoir son traitement méthadone, son médecin prescripteur était un de ses rares contacts mais il est parti en retraite. Repéré toutefois par un dispositif de soutien aux personnes âgées isolées, il a refusé tout contact, son voisinage s’inquiète d’une consommation d’alcool qui semble devenue assez déraisonnable et de comportements qui semblent le mettre en danger.

1 L'ALLER VERS : UNE TENDANCE FORTE DU MEDICO-SOCIAL...

- Définit un processus « pro actif » afin **de lever des barrières** liées à l'accès à un accompagnement/soutien pour une ou plusieurs population(s) spécifique(s)
- Généralement « financé/subventionné » (aussi maraudes) bénévoles et mis en place par des TS, équipes de soin, psy...
- Objectifs/modalités : L'approche est centrée sur la **personne**, L'aide proposée n'est **pas subordonnée** au respect de critères administratifs rigides ou à l'adoption d'un comportement attendu. L'objectif premier est souvent de **créer ou recréer le lien de confiance** et de **réduire l'isolement social et/ou la rupture institutionnelle**.

L ALLER VERS, UNE TENDANCE FORTE DU MEDICO-SOCIAL...

-Des exemples (Action sociale):

Maraudes (la forme la + standard, protéiforme – TS, INF, partenariales... - en termes de modalités d'intervention)

Campagnes « petits frères des pauvres » pour les séniors isolés (se déplacent dans les habitats après repérage, cherche à transformer le voisinage en « sentinelles de veille et de contact ») : compliqué de toquer aux portes « venir au bon moment »

Promeneurs du web (prévention spécialisée établie sur les réseaux sociaux): parti du principe d'élargir le procédé AV vers l'espace numérique, volonté d'adaptabilité et d'optimisation de moyens.) : publics jeunes, volages, éloignés des centres villes....

L ALLER VERS UNE TENDANCE FORTE DU MEDICO-SOCIAL...

-Des exemples (addicto) :

-Toujours sur le numérique AIDES et les chemsexuels (groupe whats app de 700 personnes sur « tips » et problématiques du chemsex et des usages de produits, avec une personne/soignant/expert présent en permanence sur le groupe: informe, met en avant des témoignages, « normalise la pratique afin de la déstigmatiser...)

Prévention en festif, drugchecking « mobile » en caarud (vise « autres publics que les précaires, s'est fait accepter progressivement

TAPAJ (maraudes partenariales): propose des possibilités de ressources, s'en sert pour daignostiquer les besoins en termes de parcours, etc.

Etc. (Maraudes CAARUD en milieu rural)

L ALLER VERS UNE TENDANCE FORTE DU MEDICO-SOCIAL...

-Des enjeux forts:

Accès aux droits (AAH, logement, ressources)

Détection et prise en charge (soins, accompagnement)

Informier et casser les préjugés (« ce qui se fait » vs ce que la personne « croit » ex *Une CJC c'est beaucoup de préjugés avant même d'y avoir participé*). Pour TREND parfois des refus d'entretien au centre addicto

Agir en PRDR

Orienter (parcours de soin, insertion, etc.)

Présentiel ou numérique? (toucher + de monde, dilemme « visibilité ou pragmatisme? », le relationnel n'est pas le même, nécessite une maîtrise du numérique, ne convient pas à tous)

... PARFOIS DELICATE A METTRE EN PLACE

- Nécessite outillage et formation (« savoir –faire » relationnel, détection, moyens): on ne met pas n'importe qui en Maraude (cf situation Antoine « *l'infirmier avait les bons mots* »): *Posture pro*, *Goffman jeu de rôle*
- Certains publics sont réticents, besoin d'une « acceptation réciproque », de « savoir être » (cf André)
- Des barrières à lever: quand les publics « précaires » sont parfois chassés des centres villes, tisser une relation de confiance,
- Nécessite un « échange » et une « interaction »: information, nourriture/vêtement, orientation, « donner le change » (cf TAPAJ)
- Exige souvent a posteriori une « traçabilité » contraignante: combien de gens touchés? Adéquation avec le financement, nécessité de faire un bilan d'actions « humaines et spécifiques » (cf Léa l'Educ spé)
- CCL une activité « prudentielle » (F Champy): enjeux de tenue, composer avec des corps, des ethos différents... Grande diversité de potentialités en termes d'interactions....

2 LES PUBLICS « CACHES »

- Le public caché refuse ou ne peut pas accéder à l'offre d'accompagnement
- Le public caché et le // avec les facteurs de « non recours » en AAD (Warin): méconnaissance, stigmatisation, crainte de contraintes de type « trop perçu », « non adaptabilité du dispositif sensé appuyer à certains publics »
- Un public caché pour l'addicto ne l'est pas forcément pour l'action sociale (ex: personne en situation d'handicap mental placé en foyer qui consomme n'est pas « caché pour la MDPH ou l'établissement, un consommateur très régulier inséré)

LES PUBLICS « CACHES » AU PRISME DE L'ADDICTOLOGIE: OUI SONT-ILS?

Public	Caractéristiques de l'Invisibilité et Risques Associés
Personnes Âgées Isolées	Consommation de SPA (alcool, médicaments psychotropes) masquée par l'isolement ; risques somatiques aggravés.
Chemsexuels	Usages ritualisés, souvent confidentiels ; risques d'infections (IST) et de polyconsommations.
Jeunes "Cas Complexes"	Sortants de l'ASE, publics marginaux qui ont une vision très erronée ou négative des dispositifs d'addictologie.
Migrants, MNA	Barrières linguistiques, culturelles et méfiance institutionnelle rendant l'accroche et la fidélisation en soin difficiles.
Publics Intégrés	Mères de famille (opioïdes), sportifs, étudiants, salariés (restauration/spectacle). Leur statut social est un masque ; craignent le regard d'autrui .

LES PUBLICS « CACHES » AU PRISME DE L'ADDICTOLOGIE: QUI SONT-ILS?

- CCL des difficultés « polymorphes » pas seulement liées à des questions de « précarité » (représentations, image du « drogué » nécessite d'adapter pratique et discours, « un SDF n'est pas une mère de famille cadre et salariée », créer des « référentiels d'actions spécifiques », etc.)

3 LES INVESTIGATIONS/APPORTS DE TREND SUR LE SUJET

Au-delà des tendances sur les drogues et leur diffusion, TREND documente et identifie cette question d'aller vers et de publics cachés:

- L'acceptation progressive de la RDR dans les milieu festifs « electro »
- Les difficultés d'accès à l'addicto en milieu rural/péri urbain
- L'espace de la marginalité Urbaine
- TREND met en avant les difficultés d'approche et les barrières culturelles sur certains publics: MNA, publics en situation de migration, Géorgiens (notamment via entretiens et observations Ethno)

FONCTION « ANNEXE » DE TREND

- Détecter des spécificités (territoriales, d'usages, de carences, etc.) portant sur des publics « cachés » (jeunes de campagne, Personne en situation de migration...)
- Mesurer les conséquences de la « non détection » (« scènes » de consommation)
- Interroger (donner de la voix) à ces publics ou/et leurs accompagnants lorsque cela est possible
- Utilise des méthodes d'approche spécifiques aux sciences sociales (Sociologie, Anthropologie, Ethnologie) qui fonctionnent et sont très pertinentes dans ce cadre: immersion, neutralité, éloignement des prénotions, interroge le « sens » et non « la valeur morale » de l'acte, s'adapte aux configurations type « rue », etc.

- *Ces publics (migrant d'Afrique S Saharienne) on ne les capte pas, pourtant le CADA sait pertinemment leurs problématiques, et nous on n'a pas forcément la méthode pour intervenir en CADA aussi. TS en CSAPA/CAARUD*

Ca a vraiment changé, maintenant le drugchecking c'est limite la "star" de la soirée, dés fois ils nous proposent même de marauder pour nous en soirée, alors qu'avant les mecs et les nanas de la RDR, franchement on avait du mal, on se disait qu'ils allaient nous casser le délire, et qu'en plus ils allaient attirer les chtars (police).

Intervenant RDR salarié

Personnes en situation de migration et aller-vers

- **Divers groupes de personnes migrantes usagères de drogues observées par TREND depuis les années 2010** : usagers en provenance du Caucase (notamment géorgiens) et de pays de l'est de l'Europe (Pologne, Bulgarie, etc.), « mineurs non accompagnés » en provenance du Maghreb, etc.
- **En situation de grande incurie** : habitats de fortune/campements, état de santé psychique et physique très dégradé (peu/pas d'accès aux soins)
- **Ayant (très) peu de contact avec les structures d'accompagnement**

Extrait rapport TREND G-E paru en 2025 sur le monde rural:

Dans un contexte où l'accès aux SPA se développe fortement dans le milieu rural, l'accès aux soins pour les personnes usagères de drogues demeure un défi majeur, notamment en raison de la distance des lieux d'accompagnement et de la rareté transports. L'interconnaissance, caractéristique des zones rurales, continue également de jouer un rôle ambivalent vis-à-vis des consommations : elle contraint parfois à dissimuler ses usages par peur de la stigmatisation, tout en facilitant l'accès aux produits par des réseaux locaux, et rend enfin difficile de stopper car cela exige souvent de s'éloigner d'amis consommateurs (cercle de sociabilité restreint). (...)L'isolement géographique des individus exacerbe ces difficultés, tout comme la stigmatisation accrue par la promiscuité et le phénomène où « tout le monde connaît tout le monde » phénomène encore plus marqué chez les femmes.

Cette situation rend particulièrement délicate la démarche de consulter en CSAPA (ou même le fait de « savoir que cela existe »), où la crainte d'être immédiatement étiqueté comme « drogué » par le voisinage est prégnante. La population féminine se révèle d'ailleurs encore plus vulnérable à cette stigmatisation (...).Des initiatives « d'aller vers », portées notamment par les équipes mobiles des CAARUD de ces départements (composées souvent d'un infirmier et d'un travailleur social), tentent de pallier à ce manque d'accès, mais elles sont très limitées en termes de présence et de moyens.

Les espaces de la marginalité urbaine : dispersion, excentration et aller-vers les UD

- **Nombre d'usagers contraint de s'éloigner du centre-ville pour investir des interstices périurbains** (parcs boisés, tunnels routiers, parkings souterrains/supermarché, bâtiments en travaux ou abandonnés, véhicules ne pouvant plus circuler, hangars et friche industrielle, etc.) parfois à proximité des points de vente qui proposent des doses fractionnées
- **Excentration/dispersion résulte d'une pluralité de facteurs** (mesures municipales répressives comme les arrêtés anti-mendicité ou « anti-bivouac », délogements réguliers par la police de certains lieux de manche ou de couche, expulsions d'appartements squattés, hostilité de certains riverains etc.)

« [les habitats des UD marginalisés] ont tendance à s'écarter du centre, derrière la rocade par exemple, les zones intermédiaires, comme des minis-bois, des zones qui ne sont pas habitées comme elles sont proches des routes, qu'elles ne sont ni constructibles, ni habitables... à la limite de certaines communes donc très peu surveillées par les municipalités concernées. » intervenant social, Rennes 2022

Les espaces de la marginalité urbaine : dispersion, excentration et aller-vers les UD

=> *Enjeux d'adapter les maraudes à ces nouvelles temporalités liées aux usages de crack*

Les gens sont dans un espace-temps beaucoup plus restreint, ils restent 15 minutes à un spot faire la manche pour faire leur 10 balles, vont pécho [acheter du produit], vont consommer à un endroit. Reviennent à ce même endroit ou un autre faire la manche. On ne croise beaucoup plus de monde en étant statiques à certains points de passages, de consos, de vente, de manche. On voit plus difficilement des groupes de gens faire la manche pendant des heures à un même endroit, comme en ville [centre de Lyon]. Le travail se fait différemment. » [Travailleur social en CAARUD, observateur TREND]

⇒ *Des consommateurs plus insérés se rendant en structure pour prendre du matériel de consommations*

CONCLUSION

- Evaluer/réfléchir sur de l' aller vers « à la carte » qui s'adapte aux profils et aux besoins en termes de RDR
- La conso comme « porte d'entrée » vers des logiques de « rétablissement » plus larges chez les publics vulnérables
- De l'importance d'adapter les modalités interventionnelles selon les caractéristiques des personnes
- De la nécessité de « déstigmatiser » à la fois les PUD et les dispositifs d'addictologie (parfois mal vus)
- Des enjeux forts de coordination et d'interconnaissances entre dispositifs et acteurs
- Les rapports TREND peuvent être des ressources très intéressantes pour qui s'intéresse à la question des publics cachés



MERCI

A ZIELESKIEWICZ (CMSEA/LES WADS) COORDINATEUR TREND G-E

AURELIEN.ZIELESKIEWICZ@CMSEA.ASSO.FR 0668985290



GRAND EST
ADDICTIONS

