

MIGRATION, PRÉCARITÉ, ADDICTION ET ACCÈS AUX SOINS : SITUATION À GENÈVE

Thierry Musset, Direction adjointe des soins, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), **Lore Barbier**, Service d'addictologie, Département de Santé Mentale et de Psychiatrie, HUG, **Eliana Induni**, Service de Médecine de Premier Recours, HUG et **Anne François**, Unité des dépendances, Service de Médecine de Premier Recours, HUG

Cet article décrit le fonctionnement du réseau mis en place à Genève pour la prise en charge des patients dépendants en situation de précarité liée à un contexte de migration. Travail en réseau, adaptation et surtout soutien politique sont les ingrédients nécessaires à la bonne marche de cette offre essentielle. (réd.)

VIGNETTE CLINIQUE : KARIM

Genève, décembre 2011 : Karim, 22 ans, est adressé aux urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) par le médecin consultant du Quai 9, lieu d'accueil avec possibilité de consommation, pour un abcès au pli de l'aîne sur injections d'héroïne et de benzodiazépines.

Ce jeune homme vit en Suisse depuis environ 5 ans, de manière clandestine. Il est originaire des faubourgs d'une grande ville d'Afrique du Nord, n'a pas de domicile, pas d'assurance maladie, dort dans les parcs ou dans les abris mis à disposition par la protection civile (abris PC) durant l'hiver et se nourrit dans les structures d'accueil pour personnes en situation de précarité. Il finance sa consommation de drogues avec des activités « marginales ».

Karim a commencé à consommer de l'héroïne à son arrivée en Suisse, en inhalation, puis par injection. Depuis environ deux ans, il consomme également du midazolam (Dormicum®), qu'il injecte le plus souvent dans le pli inguinal, car il n'a plus d'autre accès vasculaire.

A l'hôpital, il s'exprime assez peu, mais dit avoir très peur d'être laissé « en manque ». Il est opéré et doit rester hospitalisé une dizaine de jours pour l'antibiothérapie.

Dès le premier jour, un traitement de substitution à base d'opiacés et de benzodiazépines est instauré de manière à permettre de donner les soins nécessaires dans de bonnes conditions. Au cours de l'hospitalisation, Karim formule une demande de suivi addictologique à sa sortie de l'hôpital. Dans le cadre d'une collaboration entre le service d'addictologie (SA) et le service de médecine de premier recours (SMPR), ce patient pourrait bénéficier d'un traitement de méthadone en ambulatoire, en continuité des soins hospitaliers. Quinze jours plus tard, Karim quitte l'hôpital avec une antibiothérapie terminée, une plaie propre et poursuit son traitement basé sur la substitution en ambulatoire dans le service d'addictologie.

INTRODUCTION

A l'instar des grandes villes des pays riches, Genève connaît une immigration importante de personnes ayant quitté leur pays pour des motifs de guerre, de conflits ethniques, ou pour fuir la misère. L'absence de statut légal entraîne souvent une situation de précarité. En cas de problèmes de santé, l'accès aux soins est rendu difficile, entre autres par l'absence d'assurance maladie.

L'addiction aux drogues et/ou à l'alcool fait partie des problèmes de santé que présente une partie de cette population. Dans ce contexte, trouver un soutien thérapeutique s'apparente à un véritable parcours du combattant.

Dans cet article, nous décrivons une expérience pour permettre à ces personnes, victimes de la « triple peine » clandestinité/précarité/addiction, d'accéder aux soins. Après une rapide description de la population concernée et du dispositif genevois en matière d'addictologie, nous proposons une analyse critique d'un travail de collaboration entre les structures de type seuil bas, le Service de Médecine de Premier Recours (SMPR) et le Service d'addictologie (SA) du Département de Santé Mentale et de Psychiatrie.

POPULATION RENCONTRÉE

La population de migrants à Genève est estimée entre 6000 et 20 000 personnes (1). Le profil des migrants usagers de drogues (UD), difficilement quantifiables, rencontrés dans les lieux d'accueil et de soins à Genève est bien spécifique; cette population est surtout composée d'hommes, généralement originaires des pays de l'Est et d'Afrique du Nord. Il semble que les usagers en provenance des pays de l'Est, consommant principalement des opiacés en injection, de la méthadone acquise au marché noir et des benzodiazépines (BZD) sont, pour la plupart, déjà consommateurs dans leur pays d'origine (2). Les UD ressortissants d'Afrique du Nord sont fréquemment consommateurs d'une BZD spécifique, le clonazépam (Rivotril®), qui semble très présente dans les pays du Maghreb (3); sa consommation existe donc préalablement à la migration. La consommation d'héroïne, en inhalation principalement, est également fréquente dans cette population, qui passe souvent à l'injection dans un deuxième temps. Ce groupe de consommateur est très visible au niveau de la rue (4). L'usage occasionnel de cocaïne se retrouve dans ces deux groupes.

LE « RÉSEAU ADDICTION » À GENÈVE

Le dispositif genevois d'aide et de soins pour les usagers de drogues (UD) est composé d'unités de soins ambulatoires et hospitalières publiques et privées, de structures à vocation psychosociale et de structures de réduction des risques liés à l'usage de drogues.

La population décrite dans cet article n'ayant pas accès au secteur privé par absence d'assurance maladie, nous nous bornerons à évoquer les soins offerts par le service public. Deux départements médicaux proposent des soins spécialisés en addictologie : l'Unité des dépendances du Service de Médecine Communautaire (SMPR) et le Service d'addictologie (SA) du Département de Santé Mentale et de Psychiatrie.

Le SA propose des traitements ambulatoires et hospitaliers. La structure ambulatoire offre un accueil personnalisé, facile et rapide. L'entrée dans le programme de soins, par exemple pour un traitement basé sur la substitution aux opioïdes (TSO), se fait après l'identification des besoins du patient et la mise en place d'objectifs communs. Ces objectifs peuvent être modestes et sont régulièrement réévalués et adaptés lors d'entretiens médico-infirmiers et sociaux.

L'Unité des dépendances du SMPR offre des soins interdisciplinaires ambulatoires au sein des HUG, pour les patients présentant des problèmes d'addiction à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites. Elle a pour vocation de s'occuper des problèmes somatiques des patients dépendants, mais aussi d'offrir des consultations spécialisées d'addictologie. Elle

n'offre que peu de TSO à long terme, qui sont l'apanage du SA, mais elle permet souvent des premières prises de contact pour les patients sans statut légal, de par son appartenance au service de Médecine Communautaire. Elle est référente pour l'hôpital cantonal pour des questions d'addictions pour les patients hospitalisés et travaille en lien étroit avec les autres structures spécialisées en addictologie, publiques ou privées, et avec les infirmiers spécialisés en addictologie qui font les consultations pour les patients dépendants hospitalisés dans les unités de soins de l'hôpital cantonal.

Concernant la réduction des risques, l'association « Première ligne » gère des programmes d'échange de seringues ainsi qu'un lieu d'accueil avec possibilité de consommation, le « Quai 9 ». Ce lieu offre un accueil anonyme et gratuit, du matériel de consommation, des messages de prévention et des conseils de santé, ainsi que la possibilité de consommer sur place dans un espace sécurisé. Une consultation de santé primaire est proposée au Quai 9; tous les membres de l'équipe (infirmières et travailleurs sociaux) sont formés aux soins de base et à reconnaître les situations nécessitant des soins médicaux ou un transfert aux urgences. Une consultation médicale gratuite, anonyme et sans rendez-vous a lieu deux fois par semaine. Ses objectifs sont de reconnaître et traiter de manière précoce les lésions potentiellement graves, de répondre aux questions concernant la santé, les produits et les traitements et de faciliter l'entrée en traitement spécialisé de la dépendance. On n'y offre pas de suivi ni de prescription de traitements psychotropes. Un psychiatre consulte deux heures par semaine sur le même modèle.

Sur les 984 consultations pratiquées en 2011, 27% ont fait l'objet de relais médicaux sur l'hôpital, le médecin traitant ou sur des structures spécialisées pour l'addiction. Ce lieu est bien investi par les migrants usagers de drogues.

C'est environ un an après l'ouverture, en décembre 2002, qu'une population originaire de Géorgie a commencé à fréquenter le lieu et, en décembre 2003, on dénombrait une cinquantaine de personnes différentes, consommant principalement de l'héroïne et de la méthadone, ayant peu de contact avec la population francophone et fonctionnant en groupe. En raison d'une barrière linguistique évidente, certains d'entre eux parlant seulement des rudiments d'espagnol, d'anglais ou d'allemand, l'association a fait appel aux services d'un interprète de géorgien et de russe dès août 2003 (5). Cette prestation perdue et est toujours très utilisée. Outre leurs besoins sociaux, ces personnes ont rapidement demandé des soins, notamment en vue d'obtenir des traitements de substitution ou des traitements de leur hépatite C, dont la prévalence est extrêmement haute dans ce groupe.

ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION PRÉCAIRE

Depuis 1996, afin de garantir un accès aux soins pour tous (grands précaires, migrants précaires, sans-papiers) le Service de Médecine de Premier Recours a mis en place une consultation interdisciplinaire, la Consultation Ambulatoire Mobile de Soins Communautaires (CAMSCO), dont les objectifs sont de faciliter l'accès aux soins pour les personnes en situation précaire, coordonner les actions de soins et favoriser l'intégration dans les réseaux de soins et sociaux existants. Des recherches sur des sujets liés à la précarité sont également menées permettant de décrire cette population, d'identifier ses besoins de soins, de former, de soutenir les soignants et autres membres du réseau de précarité (6). Le fonctionnement du CAMSCO est caractérisé par un travail interdisciplinaire entre infirmières, médecins et assistants sociaux, tous rattachés au Département de Médecine Communautaire. Deux filtres d'accès aux soins (gate-keeping) sont appliqués. Un gate-keeping infirmier, régulant l'accès à la consultation médicale, et un gate-keeping médical, modulant l'accès aux soins spécialisés (7) et auquel une garantie financière est fournie après évaluation sociale. Les soins sont financés par le budget alloué aux missions d'intérêt général de l'hôpital public.

Les personnes dépendantes en situation précaire ayant besoin de soins spécialisés en addictologie, traitement de substitution basés sur les opiacés (TSO) par exemple, ont dès lors la possibilité d'être référées à un des deux services de soins spécialisés du service public. L'évaluation du statut social du patient revêt une grande importance : en sont exclus les personnes venant à Genève dans le but d'obtenir des soins financés par le service public. Les UD ressortissants de l'Union Européenne doivent, sauf exception, être référés en traitement en France, où ils peuvent obtenir un suivi en vertu du volet sanitaire de la loi de 1970 sur les stupéfiants, qui garantit anonymat et gratuité des soins; ils sont aidés dans cette démarche et un traitement transitoire peut leur être proposé dans l'intervalle.

Pour les patients précaires hospitalisés pour des raisons somatiques ou sortant de prison, ils peuvent être référés directement au SA, qui prendra en charge leur traitement dès le lendemain de leur sortie afin d'éviter au mieux les ruptures des traitements de substitution ayant été instaurés. Dans la consultation ambulatoire de traitement par substitution du SA, les patients sans statut légal représentent, en 2011, 22% des accueils réalisés. Malgré le contexte de précarité et d'instabilité, 78% d'entre eux viennent au second rendez-vous.

Des réunions de travail entre les acteurs concernés (SA, CAMSCO, Quai 9) ont lieu plusieurs fois par année afin de réguler les inévitables dysfonctionnements du système. Un document de travail a été élaboré, auquel tous peuvent se référer.

DISCUSSION

Avec un accès aux soins facilité, beaucoup d'UD sans statut légal peuvent s'inscrire dans des programmes thérapeutiques. La collaboration élaborée permet également de poursuivre des TSO instaurés chez ces patients lors d'incarcérations ou d'hospitalisations. Les objectifs thérapeutiques et la situation sociale sont ensuite revus pour évaluer la pertinence du traitement instauré.

L'importance du travail en réseau a toujours été soulignée dans le domaine de l'addictologie. Ce point est fondamental avec les UD sans statut légal, les spécificités culturelles et les barrières linguistiques rendant difficile la compréhension du système sanitaire. Une certaine méfiance envers les intervenants sociosanitaires peut se superposer aux problèmes cliniques liés à l'addiction et aux différentes comorbidités, la consommation de drogues étant généralement mal perçue dans le pays d'origine. Dans ce contexte, il est souvent utile d'impliquer des « médiateurs de communauté » comme interface entre les usagers et les intervenants. Le rôle des interprètes est essentiel, au moins pour les premiers entretiens de prise de contact. Il existe également des représentations et contre-attitudes de certains professionnels face à ces patients ayant parfois une mauvaise image en lien avec des activités supposées illégales. Le contact formel ou informel entre les membres du réseau doit être fréquent et systématique en cas de situations complexes, d'imprévus ou de tensions qu'ils peuvent générer.

Le dispositif intégré traitement/réduction des risques a démontré son efficacité par la diminution des overdoses mortelles et de la prévalence des maladies transmissibles (8). Une meilleure santé des UD, qu'ils soient avec ou sans statut légal, participe à une meilleure santé de la ville et une meilleure santé publique. L'accès aux soins des UD précaires est, à l'heure actuelle, accepté sur le plan politique. Il convient néanmoins de rester attentif à ce que les tensions économiques ne soient pas un prétexte pour le remettre en cause.

CONCLUSION

Le modèle genevois permettant l'accès aux soins des UD sans statut légal est accepté par tous les acteurs et donne un cadre à leur entrée en traitement. L'expérience démontre le sens du travail clinique auprès de cette population et va dans le sens de la politique suisse en matière de drogues et de respect des droits humains élémentaires. En raison de la complexité de la situation sociale, sanitaire et culturelle des personnes concernées, de nombreuses mises au point sont toutefois nécessaires pour s'assurer de son bon fonctionnement et garantir l'accès le moins discriminant possible à des soins de qualité pour une population largement précarisée. Il doit être affiné en fonction de l'évolution des migrations, du marché des drogues et de leur consommation et du système sociosanitaire.

Références

(1) Wolff, H. Unité mobile de soins communautaires (Umsco): un modèle d'accès aux soins pour les plus démunis à Genève. Thèse finale du Diplôme de santé publique, Université de Genève, 2004

(2) Avril, E. & Elias K. Aider les usagers de drogues originaires des pays de l'Est. Santé, réduction des risques, usages de drogues. Swaps 42. 2006.
<http://www.pistes.fr/swaps/42.htm>

(3) Kempfer, J. Mésusage du Rivotril®, un état des lieux. Santé, réduction des risques, usages de drogues. Swaps 47. 2007.
http://www.pistes.fr/swaps/47_101.htm

(4) Sommer, N. Les migrants maghrébins sans statut légal à Genève : situations et enjeux. Mémoire de maîtrise et rapport de stage en démographie. Univ. de Genève, 2008.

(5) Première ligne, rapport d'activité 2003,
www.premiereligne.ch

(6) UMSCO, la santé pour tous, dépliant. Avril 2006.
http://camsco.hug-ge.ch/_library/pdf/DepliantUMSCO270306.pdf

(7) Induni, E. L'accès aux soins des Sans-papiers : un droit ou un privilège ? Mémoire de Certificat de formation continue en éthique du travail social. Lausanne : Université, Département inter facultaire d'éthique : EESP ; Genève : HETS, IES, 2006

(8) Rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues. Juin 2011.
http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf

Courriel :

Thierry.Musset@hcuge.ch

Formation continue



Hes·so
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

L'Unité de formation continue de la Haute école de travail social et de la santé - EESP - Lausanne, vous informe des formations postgrades qui débiteront prochainement :

MAS en action et politiques sociales

Délai d'inscription : en fonction des places disponibles

Début de la formation : octobre 2012

Chef de projet : Stéphane Rossini

CAS en assurances sociales

Début de la formation : début 2013

Cheffe de projet : Marie McCormick

DAS en thérapie avec le cheval

Début de la formation : septembre 2013

Chef de projet : Charles Chalverat

Renseignements, descriptifs des cours et inscriptions sur notre site Internet ou au secrétariat de l'Unité de formation continue :

www.eesp.ch/ufc - Tél. : 021 651 03 10
formation.continue@eesp.ch

éesp

école d'études sociales et pédagogiques · Lausanne
haute école de travail social et de la santé · Vaud

GREAA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

LES MODES DE CONSOMMATION DES PRODUITS ET LES RISQUES ASSOCIÉS

DATE: Mardi 2 octobre 2012

LA PRÉVENTION DE LA RECHUTE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE

DATE: Jeudi 8 et vendredi 9 novembre 2012 et jeudi 24 janvier 2013

MÉDIAS ÉLECTRONIQUES: QUELS RISQUES POUR QUELS USAGES ?

DATE: Jeudi 15 novembre 2012

RÉDUIRE LES RISQUES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET PRÉVENIR LES OVERDOSES

DATE: Jeudi 22 et vendredi 23 novembre 2012

JOURNÉE DE SUPERVISION DE LA PRATIQUE DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

DATE: Jeudi 13 décembre 2012

Info et inscriptions | www.grea.ch | 024 426 34 34