

« L'aller vers » en milieu rural

CPP
juin 2020

« Il s'est garé là, sous le préau de l'ancien collègue... A l'abri des regards. Il ne porte aucun logo : seuls ceux qui le cherchent doivent pouvoir le trouver. Le camping-car blanc de l'association d'aide aux usagers de drogues a déjà parcouru des milliers de kilomètres à travers les villages de la région. A son bord, une infirmière et, selon les jours, un médecin ou un psychologue, un matelas pour les consultations, des toilettes pour le dépistage, du matériel d'injection gratuit : ce dispositif mobile lancé en septembre 2012 vise à répondre aux besoins des toxicomanes installés en milieu rural. Donner accès à une prise en charge partout en France, notamment en développant les dispositifs mobiles en milieu rural, est l'un des axes du plan de lutte contre la drogue et les addictions, que le gouvernement doit présenter ».

La galère des toxicomanes des campagnes. Claire COLNET. Le Monde, 19 septembre 2013.

Introduction

Selon l'INSEE : « L'espace rural regroupe l'ensemble des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine. Cet espace est très vaste, il représente 70% de la superficie totale et les deux tiers des communes de la France métropolitaine ». Est qualifié d'urbain tout ensemble de communes bâties d'au moins 2 000 habitants dont les constructions sont séparées de leurs voisines de moins de 200 mètres.

Les espaces ruraux sont très différents les uns des autres, il est donc particulièrement difficile de s'entendre sur une définition qui englobe toutes ces disparités. Nous pouvons malgré tout trouver un terrain d'entente autour de trois critères :

1. La faible densité : démographique, des constructions, de l'emploi, d'équipements, de commerces, de services, de voies de communication.
2. Le paysage à forte prédominance de formations végétales dites « naturelles » (en réalité souvent fortement transformées par l'homme) : forêts, prairies, cultures, etc.
3. L'importance des activités agricoles sur le plan de l'emploi et des surfaces occupées.

Les politiques actuelles s'engagent à lutter contre les déserts médicaux, à favoriser l'égalité d'accès aux soins et à l'information des citoyens, quel que soit leur milieu de vie et leur environnement socioprofessionnel. Cependant, l'étendue géographique de certaines zones, les difficultés pour s'y déplacer et leur faible densité démographique rendent difficile la rencontre entre l'offre et la demande d'information, de formation et de soins.

Les ressources financières et humaines sont limitées dans nos établissements. Dans ce contexte, comment pouvons-nous concilier la préservation de la qualité de nos actions auprès de chacun et en permettre l'accès à tous ?

Cette fiche repère tente de poser des pistes de réflexion dans ce sens à partir des expériences que nous avons pu relever dans certains établissements de l'ANPAA¹.

¹ Ce contenu ne cherche qu'à évoluer. Nous vous remercions de partager vos expériences et réflexions avec la CPP.

L'aller vers : Pour qui ? Pourquoi ?

Certaines spécificités des zones rurales sont des entraves à l'accès aux soins et à l'information. Pour autant, l'accès aux substances et comportements potentiellement addictifs y est facile et répandu (cf. ZOOM : LES CONSOMMATEURS EN MILIEU RURAL). Ce déséquilibre accentue la gravité des dommages causés par les consommations de produits psychoactifs². Il apparaît alors comme indispensable de se préoccuper de ces territoires malgré les difficultés (coût, temps, énergie, relais, ...).

Le repérage des obstacles à l'accès aux soins peut motiver cette volonté « d'aller vers » :

- L'isolement géographique : la distension du maillage des transports en commun rend souvent complexe les déplacements vers « la ville », le recours à un transport individuel n'est pas toujours possible car cela nécessite de disposer d'un véhicule, d'un permis de conduire, d'une assurance, de moyens pour financer le carburant.
- L'isolement social lorsqu'un tiers ne peut accompagner la personne en souffrance.
- Des raisons qui tiennent à la personne et qui l'empêchent de se rendre vers nos lieux de consultation (impossibilité physique ou psychique (refus, déni...), situation clinique de non-demande (enfants, adolescents reclus, personnes âgées, état d'inhibition...).
- La stigmatisation des personnes en difficulté avec leurs conduites addictives et en miroir une forme de honte du recours aux soins, ou un souci de discrétion.
- Manque d'informations et de connaissances sur la diversité des structures existantes et leur maillage territorial.
- Des professionnels de santé en première ligne pas forcément compétents en addictologie : médecins libéraux, pharmaciens d'officine...

² Addictions et milieu rural : pratiques de consommations, accès aux soins et perspectives pour une prévention adaptée aux contextes locaux. Sato Picardie, Anne SOLER. « Ruralité & Addiction » Mars 2016 ANPAA Nord Pas de Calais.

Zoom : Les consommateurs en milieu rural³

« Le dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues de l'OFDT s'est penché entre 2012 et 2014 sur les problématiques liées au développement de l'usage de drogues dans les espaces ruraux. L'étude a permis d'identifier deux types de populations : les « autochtones » et les « néoruraux ».

Les néoruraux sont regroupés en 3 sous-groupes de populations :

1. les populations qui fréquentent les habitats précaires (camions et squats), majoritairement des hommes, d'âge moyen de 35 ans, polyconsommateurs, notamment d'opiacés et qui ont migré vers les zones rurales pour des raisons liées à la pauvreté et à la problématique du logement. Aussi, la population plus jeune, souvent en rupture familiale et qui s'inscrit dans un choix de vie alternative, a une consommation centrée sur les stimulants parfois associée aux opiacés.
2. les populations en recherche d'emploi saisonnier ou dans l'industrie agroalimentaire, a une consommation de substances psychoactives moins marquée.
3. une population plus âgée et intégrée socialement, anciennement héroïnomane, qui dans les années 1980-1990 a « quitté le monde urbain pour échapper à un milieu favorable à la consommation de drogues ».

Les autochtones regroupent, entre autres, une population isolée géographiquement des pôles de développement économique et marquée par le chômage lié à la désindustrialisation. L'usage de drogues est également observé, et dans certaines zones, les consommations d'héroïne «se transmettent parfois au sein même des familles, et dans un contexte où l'offre sanitaire est inexistante ».

Les auteurs s'attachent ensuite à décrire l'offre et la disponibilité des produits. La proximité avec le monde urbain et la dynamique des réseaux d'usagers revendeurs contribuent à expliquer l'uniformité de l'offre de drogues illicites sur l'ensemble du territoire français et l'absence de césure nette entre les zones géographiques.

Enfin, l'absence de moyen de locomotion et la pauvreté du maillage des transports collectifs aggravent la difficulté d'accès aux structures de réduction des risques et aux soins malgré l'existence d'antennes mobiles de CAARUD et la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues par voie postale depuis 2011.

De plus, le manque de médecins généralistes susceptibles de prescrire un traitement de substitution et de pharmaciens pour le délivrer renforce ces inégalités d'accès à la réduction des risques.

³ « <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-usages-de-drogues-en-espace-rural-populations-marches-reponse-publique-tendances-104-decembre-2015/> »

Michel GANDILHON; Agnès CADET-TAÏROU, Aurélie LAZESCHARMETANT; Etienne ZURBACH; Yvon SCHLERET; Guillaume PAVIC; Guillaume SUDERIE . Tendances, n°104, novembre 2015 4p.

Comment intervenir en milieu rural ?

« L'aller vers » qui cadrerait avec les missions de nos institutions serait une démarche à deux axes, c'est-à-dire « aller vers l'autre » et « aller vers un ailleurs ». Cela nécessite un déplacement physique en dehors des « murs », aller là où se situe la personne, sans jugement et avec respect. Cette démarche implique une modification des pratiques et une évolution des dispositifs selon des modalités à adapter.

Différentes formes « d'aller vers » :

Des antennes et consultations avancées

Définitions :

- **Antenne de CSAPA** : « Ses activités se déroulent dans une localité distincte de celle du site principal du CSAPA. Elle est destinée à tous les publics de cette localité rencontrant des difficultés pour se rendre sur le site principal. L'ensemble des prestations du CSAPA y est disponible. Elle reçoit le public régulièrement (au moins deux fois par mois). Elle nécessite la location ou la mise à disposition d'un local dédié. »⁴
- **Consultation avancée de CSAPA** : « elle vise à entrer en contact avec des populations ne recourant pas spontanément au CSAPA. Elle se déroule dans une structure préexistante (CHRS, mission locale, Maison de service, Mairie...). L'équipe du CSAPA délègue une ou des personnes pour tenir une consultation. Celle-ci est réalisée en lien avec l'équipe de cette structure ; elle est destinée à son public. Elle peut orienter vers le site principal du CSAPA »⁵.
- **Des consultations avancées qui portent une partie des missions de l'établissement.** Par exemple, des consultations jeunes consommateurs ou encore les Points Accueil Ecoute Jeune.

Des unités mobiles et maraudes

Les CSAPA et CAARUD peuvent disposer d'une équipe mobile avec un véhicule de type camion aménagé pour assurer des rencontres et consultations en plusieurs sites. Des mesures ONDAM dédiées aux CAARUD sont déployées depuis plusieurs années. Rien n'empêcherait un CSAPA de disposer d'une équipe mobile, sous réserve de moyens.

⁴ INSTRUCTION N° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2014/313 du 12 novembre 2014 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2014 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique (ACT), Lits halte soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), communautés thérapeutiques (CT), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM) et l'expérimentation « Un chez soi d'abord ».

⁵ idem

Un camion aménagé pour aller vers l'utilisateur



Camion CAARUD Ardèche

Exemples :

- Action locale tenue à discrétion : des arrangements ont lieu avec la gendarmerie.
- Permanences fixées par arrêté municipal ou permanences mobiles sur appel téléphonique d'utilisateurs.
- Des SMS sont parfois envoyés aux utilisateurs en amont.
- Ces moyens permettent une plus grande proximité avec les utilisateurs et une meilleure récupération du matériel souillé.

Des microstructures en addictologie

Une microstructure en addictologie est constituée d'une équipe pluridisciplinaire comprenant un psychologue et un travailleur social détachés en consultations avancées d'un CSAPA autour du médecin généraliste, dans son cabinet.

Le lieu d'exercice de la microstructure en addictologie peut être un cabinet individuel ou de groupe de médecine générale, une maison de santé, ou un centre de santé.

L'accompagnement et les soins pluridisciplinaires s'organisent sur rendez-vous avec l'utilisateur au sein du lieu d'exercice du médecin libéral :

- Le médecin compétent en addictologie assure l'évaluation de la dépendance, l'examen clinique, le diagnostic et le repérage des facteurs de risque, l'accompagnement médical, le dépistage des complications et comorbidités associées aux conduites addictives (notamment VIH et hépatites).

- Le psychologue assure l'évaluation psychologique des causes, les risques et dommages psychologiques liés aux conduites addictives, l'accompagnement psychologique et le soutien.
- Le professionnel socio-éducatif assure l'évaluation des risques et dommages liés aux conduites addictives, l'accompagnement par une aide au recouvrement et au maintien des droits sociaux, des actions et orientations visant l'insertion.

Les professionnels médico-psycho-sociaux et secrétaires analysent la situation de chaque usager dans le cadre d'une **réunion de concertation pluridisciplinaire** où s'organise avec l'utilisateur lui-même un **projet personnalisé** d'accompagnement.

La télémédecine et les consultations à distance

Afin de répondre aux difficultés liées au secteur géographique de certains territoires, au recrutement, ou encore au contexte sanitaire du covid-19, des dispositifs expérimentaux et innovants de téléconsultation ont été développés. Les objectifs à court terme sont d'éviter les ruptures de traitements, de suivi et de maintenir une offre de soin.

Quelques définitions sur les dispositifs de consultation à distance :

- **E-santé** : Désigne l'application des technologies de l'information et de la communication à l'ensemble des activités de santé.
- **Télémédecine** : Est une forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication définie légalement
- **Téléconsultation** : Pratique de télémédecine qui permet à un professionnel de consulter un patient à distance grâce à l'utilisation des technologies numériques. La téléconsultation peut concerner différents professionnels du corps médical : médecins, psychiatres, psychologues, infirmier(e)s,
- **Téléexpertise** : Pratique de télémédecine qui consiste, pour un professionnel médical, à solliciter l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux experts à partir d'éléments du dossier médical du patient.

Il est évident que les canaux de l'empathie passent aussi par la distance. Ce qui compte est la disponibilité et le temps.

Toutefois, des questions juridiques et éthiques sont à se poser :

- Nécessité d'une consultation avec le professionnel « de visu » ?
- Examen clinique au préalable ?
- Usager seul ou systématiquement accompagné ?

Aussi, les enjeux déontologiques relatifs à la circulation des données et à leur protection sont essentiels à réfléchir dans le cadre particulier de l'exercice du professionnel.

Les aspects méthodologiques sont également au cœur de ces pratiques encore assez nouvelles, notamment en termes de gestion du temps, de l'espace et de l'écoute dont les modalités sensorielles et interactionnelles sont modifiées par rapport au cadre de l'entretien en présentiel.

Une fiche repère sur la e-santé est en cours de rédaction. Elle apportera un éclairage détaillé sur ces différents aspects.

Les visites à domicile :

Dans le cadre de l'accompagnement des personnes entrées dans une démarche de soins, il existe des possibilités de soutien aux démarches de la vie quotidienne, par le biais d'accompagnements et de visites à domicile.

Elles doivent s'inscrire dans un projet individualisé d'accompagnement et dans le projet d'établissement. Elles peuvent avoir comme objectifs, notamment :

- Le contact avec des personnes dont l'état de santé ne permet pas de se déplacer ou dont la mobilité est réduite, du fait d'un handicap ou d'absence de modalité de transport individuel ou collectif,
- L'évaluation du contexte de vie de l'utilisateur,
- La réponse à un besoin spécifique.

Chaque demande de visite à domicile doit être évaluée et actée en réunion d'équipe. L'opportunité de la mise en place et de la poursuite de visites à domicile doit aussi être évaluée au regard des coûts, en particulier liés aux déplacements et temps de consultation et de l'activité de l'établissement. En matière de sécurité des salariés, il est recommandé la présence de deux personnes, dont l'une peut être un intervenant à domicile hors ANPAA.

Formation de personnes relais :

Les personnes-relais assurent des prestations d'accueil, d'accompagnement et de médiation auprès de publics en difficulté. Des formations ANPAA peuvent leur être proposées en présentiel ou e-learning, à destination de :

- médecins et infirmiers (exemple en e-learning ANPAA-CHEM en RPIB).
- pharmaciens en zone rurale pour améliorer leur capacité à recevoir des usagers de drogues, vendre des seringues ou délivrer des Traitements de substitution aux opiacés, avec soutien-relais par téléphone si besoin.
- tous les professionnels qui interviennent à domicile (structures d'aides à domicile, travailleurs sociaux, ...)
- bénévoles d'associations (sportives, festives, culturelles, ...)
- ...

Les animations de prévention en milieu rural

En milieu rural, plus qu'ailleurs, il existe une nécessité d'être repéré car le public n'est pas forcément habitué à un tel dispositif et n'a pas le réflexe de venir évaluer ses consommations.

Zoom : Certaines mutuelles se mobilisent sur les questions de la prévention.

Exemple dans l'Aube : tous les sociétaires d'un même secteur géographique ont reçu une invitation de leur mutuelle pour participer gratuitement au spectacle d'une humoriste locale présentant plusieurs sketches en lien avec la thématique des addictions. Après le spectacle, l'humoriste et un professionnel de l'ANPAA ont proposé de prolonger la réflexion autour d'un débat.

L'intérêt de ce type d'animation réside principalement dans le public rencontré, dans ce cas : public de plus de 60 ans majoritairement et milieu rural, que nous touchons très peu dans nos actions de prévention habituelles. Cela a permis également de communiquer sur notre antenne rurale du secteur.

Favoriser la réussite de ces interventions

« Aller vers » implique de trouver la bonne distance dans la relation : ne se tenir « ni trop loin », « ni trop près ». Ainsi, cela devient une « fonction passerelle » qui peut permettre la rencontre si l'on en prend soin.

Prendre en compte les parcours des usagers

- Parcours de vie (selon les âges...)
- Parcours de consommation
- Parcours d'accompagnement et de soins – non réductibles à l'addictologie
- Dynamiques de déplacement

Analyser les besoins du public

- Quel public veut-on cibler ? pour répondre à quels besoins (1er Rendez-vous, matériel, ...)?
- Identifier, mobiliser les partenaires présents (voir les contrats locaux de santé)

Choix d'implantation

- Lieux (être implanté dans les locaux d'une autre structure sociale ou sanitaire peut favoriser les partenariats et la banalisation de la fréquentation par les publics). Exemples : Maisons de santé, Maisons des services publics, Mairie, Centres médico-sociaux, ...
- Horaires
- Modalités de mise en œuvre. Négocier l'autorisation auprès de la municipalité. Il peut arriver qu'à l'évocation du sujet « usage de drogues illicites », les élus locaux oscillent généralement entre le déni du problème et les inquiétudes. Visibilité / discrétion (favoriser l'anonymat des personnes qui peuvent redouter d'être vu lorsqu'ils se rendent à la consultation « tout le monde se connaît et tout se sait dans un village »).
- Le tissu local : élus de collectivités territoriales, « acceptabilité » par les riverains.

Une communication régulière pour plus de visibilité

La communication auprès des partenaires et du grand public se doit d'être régulière afin de maintenir la dynamique des permanences.

Exemples : bulletins municipaux, Journal local, réseaux sociaux du village, panneaux d'affichage, ...

Eviter l'isolement des professionnels

- Toute situation de terrain posant question peut être communiquée à la direction ou discutée en réunion d'équipe, ce qui évite de laisser l'intervenant seul sur des accompagnements parfois lourds et sans solutions concrètes.
- Présence des intervenants en milieu rural durant les réunions d'équipe, aux réunions d'analyse de pratiques professionnelles, afin d'améliorer leurs pratiques et d'échanger sur leurs doutes et leurs interrogations.
- Travail d'exploration, de mise en place ou renforcement de partenariats et d'actions de réciprocité avec les acteurs de soins et structures locales.

Le transport comme facilitateur de l'accès au soin

- Bons de transports sur prescription médicale (ALD lorsqu'il y a une indication médicale).
- Le transport de l'utilisateur par les professionnels du centre vers une structure adaptée. Ce temps d'échange informel « côte à côte » facilite la parole, peut lever les réticences à entrer dans un programme de soin ou encore servir à débloquer des situations.

Adaptabilité et confidentialité

- Les permanences délocalisées peuvent se faire dans des lieux partagés, ce qui implique une rigueur de discrétion et les informations à caractère individuel sont soumises au secret professionnel. Toutefois, des faits relatés présentant un caractère grave ou inquiétant pourraient amener l'intervenant à alerter les services compétents, son équipe ou la direction.
- Parfois nécessité d'être « invité » par au moins un Usager de drogue pour entrer dans un squat, ou se rendre sur un terrain investi par un groupe.

Evaluer le danger

- Le seul frein ou la seule contre-indication « d'allers vers » pourrait se résumer à toute situation pouvant induire la mise en danger de soi ou d'autrui (patient, entourage, équipe, partenaires...).

Posture

- Il faut savoir essayer des refus, respecter et accepter qu'une personne ne souhaite pas engager une conversation, recevoir une aide ou une prestation quelconque.

Quelques références légales

La circulaire DGS/MC2 n°2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie dans ces premières lignes appuie sur l'importance de "l'aller vers" : "les CSAPA se caractérisent par : leur proximité : le maillage territorial des CSAPA leur permet d'être au plus près des publics en difficulté là où ils se trouvent, soit par la création d'antennes soit par des interventions en dehors de leurs locaux sous la forme de consultations avancées " (BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2008/3 du 15 avril 2008, Page 187.)

Les textes relatifs aux missions CAARUD vont également référence à l'aller vers. (Circulaire de janvier 2006 BO 2006/2) Dans les modalités d'accueil sont cités les CAARUD mobiles et bus (document n°2 p.174)

Au niveau de la psychiatrie : La circulaire du 23 novembre 2005, relative à la prise en charge en santé mentale des personnes en grande précarité et en exclusion évoque une forme de pratique qui tente de réduire les inégalités d'accès aux soins.

Conclusion

On observe une diversification de la population rurale : parfois précaire ou en recherche d'une meilleure qualité de vie (grands espaces, silence, autonomie alimentaire, entrepreneurs ruraux...).

Malgré la rareté et la dispersion des acteurs médico-psycho-sociaux et des institutions dans l'espace rural, il existe parfois de nombreuses ressources et initiatives : en matière de mobilité, d'accès au soin, d'emploi et de travail social. Les territoires ruraux ont la capacité de construire de véritables innovations à condition de favoriser les complémentarités et les cohérences des interventions, et de co-produire ces innovations entre acteurs sociaux, sanitaires et économiques s'appuyant sur de véritables projets politiques de territoire.

Au-delà de la nécessité pour l'intervenant d'adapter sa pratique de terrain aux territoires ruraux et à ses particularités, les politiques publiques et les acteurs doivent dans le même temps favoriser les complémentarités et les cohérences des interventions entre les différents acteurs.