

**Comment les membres du personnel
d'une Salle de Consommation à
Moindre Risque (SCMR) voient-ils le rôle
et la place du médecin généraliste dans
ce type d'institution ?**

Travail de fin d'étude de master en médecine générale du Dr Jordan GILIOI

Promotrice : Dr. Martine NIEUWETS

Année 2019-2020

1 Table des matières

1	TABLE DES MATIÈRES	2
2	RÉSUMÉ	6
3	INTRODUCTION	8
4	APPORT DE LA LITTÉRATURE	11
4.1	Définition et objectifs d'une SCMR.....	11
4.2	Population et problèmes de santé rencontrés dans les SCMR :	13
5	MÉTHODOLOGIE	15
5.1	Recherche dans la littérature :	15
5.2	Méthode de l'enquête :	16
5.3	Analyse de données	17
6	RÉSULTATS	18
6.1	Présentation de la population interrogée.	18
6.2	Résultats des focus groups	19
6.2.1	La place du médecin au sein de la SCMR	20
6.2.2	Particularité des patients.....	21
6.2.3	La Place du médecin dans la communication avec l'extérieur	22
6.2.4	La place du médecin dans l'équipe.....	22
6.2.5	Rôle du médecin au sein de la SCMR.....	23
6.2.6	Les particularités de la consultation	24
7	DISCUSSION.....	26
7.1	Limite et biais de l'étude	26
7.2	Discussion des résultats :	28
7.2.1	Comment organiser la consultation de médecine dans le SCMR ?	28
7.2.2	Comment atteindre cette population décrite comme marginalisée ?	30

7.2.3	Le médecin a-t-il sa place hors du cabinet de consultation ?.....	31
7.2.4	La communication au sein de l'équipe et éthique professionnelle	32
7.2.5	Le médecin comme formateur au sein de l'équipe	34
7.2.6	Dans quel objectif alloué à la SCMR le médecin a-t-il sa place ?	34
8	CONCLUSION.....	36
9	BIBLIOGRAPHIE.....	39
10	ANNEXE 1 (QUESTIONNAIRE QUANTITATIF)	41
11	ANNEXE 2 (GUIDE D'ENTRETIEN).....	42
12	ANNEXE 3 : RETRANSCRIPTION DU FOCUS GROUPS DE STRASBOURG	45

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait pas pu être fait sans le soutien de différentes personnes.

Premièrement, je remercie le Docteur Marc JAMOULLE pour ses relectures, mais aussi pour m'avoir transmis sa passion pour la médecine générale.

Je remercie ma promotrice, le Docteur Martine NIEUWETS et Mme Laurence PRZYLUCKI pour leur aide et motivation à toutes épreuves. Je les remercie de m'avoir accompagné durant les différentes visites, ce TFE a été pour moi une vraie aventure et c'est grâce à vous.

Je remercie ma maitre de stage, le Docteur JADOT pour sa disponibilité et pour m'avoir accordé le temps dont j'avais besoin pour cette rédaction. Je profite de ce travail pour la remercier pour mes deux ans d'assistantat.

Je remercie ma compagne et binôme dans la vie Naomi VANZEVEREN pour ses connaissances de la langue Française qui m'ont été d'une aide non négligeable. Mais aussi pour son soutien au quotidien et lors de la rédaction de ce travail.

Je remercie ma collègue et amie le Docteur Aurélie SILON pour son aide et ses nombreuses relectures. J'ai pu m'appuyer sur ses connaissances médicales et orthographiques, la qualité de celles-ci mérite d'être soulignée.

Merci aux personnels des SCMR de Strasbourg et Liège, mais aussi celui du Comptoir de Charleroi de m'avoir accordé quelques heures de leur temps. Merci de m'avoir partagé votre passion.

Pour finir merci à tous ceux sans qui je ne serais pas là, ma famille et mes amis sur qui je peux toujours compter.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

OD	Overdose
FG	Focus group
SCMR	Salle de consommation à moindre risque
UDI	Usagers de drogue injectable

2 Résumé

Contexte

Historiquement, les premières salles de consommation sont apparues dans les années 80 pour tenter de rencontrer les besoins des usagers de substances illicites lors de la vague d'héroïnomanie. Depuis, de nombreuses villes ont suivi et il en existe, à ce jour, plus de 90 en Europe. En 2018, Liège inaugure la première salle de Belgique. Depuis plusieurs années, Charleroi a déposé un projet et celui-ci pourrait bien voir le jour en 2021 ou 2022. Ce sera le Comptoir d'échange de seringues déjà bien présent dans la cité qui devrait se transformer en salle de consommation. Ce projet émane directement de la constatation que, bien que l'échange de seringues soit efficace, il n'apporte aucune garantie sur la bonne utilisation de celles-ci. Une consultation par un médecin généraliste est déjà active au Comptoir, cette consultation sera reconduite et adaptée à la Salle de Consommation à Moindre Risque (SCMR). C'est dans ce contexte que ce TFE a été réalisé. En effet, ce changement est une opportunité pour se questionner sur la place de ce médecin dans la SCMR.

Méthodologie

Nous nous intéressons au point de vue des travailleurs de SCMR. Pour cela, deux SCMR seront visitées et des Focus groups (FG) y seront réalisés ainsi qu'une étude qualitative¹ avec les membres du personnel y travaillant. Les deux salles choisies sont celles de Strasbourg et Liège. Un troisième FG sera réalisé avec les travailleurs du Comptoir de Charleroi. Ces derniers formeront la future équipe de la SCMR qui nous intéresse et il est donc intéressant de recueillir leurs avis. Nous interrogerons en plus 2 médecins travaillant dans ce type d'institutions afin d'enrichir les données de l'enquête.

¹ La recherche qualitative implique une approche naturaliste d'interprétation du monde. Cela signifie que les chercheurs qualitatifs étudient les choses dans leur environnement naturel en tâchant de donner sens ou d'interpréter les situations dans les termes que les gens leur attribuent. (Denzin and Lincoln 2000)

Résultats

Au total, 22 personnes seront interrogées. Le questionnement restera centré sur le rôle et la place du médecin avec différents points abordés : Point de vue logistique, relation dans l'équipe, place dans la SCMR, rôle dans la réduction des risques, positionnement par rapport à la population rencontrée au Comptoir et, pour finir, les particularités de la consultation.

Conclusion

Le médecin occupe une place importante dans une SCMR. Son rôle est non négligeable. La pratique en SCMR est différente de celle qui est attribuée généralement au médecin généraliste. Il faut savoir s'adapter et revoir certains de nos préjugés pour s'épanouir au mieux et en faire bénéficier les patients.

Mots clés

Toxicomanie – abus de substance – médecine générale – assuétude - local d'injection sous surveillance - zone de tolérance - shooting room - safe injection facilities - salle d'injection à visée éducative – salle de consommation supervisée – accès aux soins de santé

INDEXATION

P19 usage abusif de drogue - QR31 étude qualitative – QR6 avis d'expert – QP21 accessibilité

3 Introduction

Durant toutes mes études, je me suis intéressé à l'usage abusif de drogues² et aux différentes approches de cette problématique. C'est en Master 2 que j'ai découvert le Comptoir, service qui développe un programme d'échanges de seringues à Charleroi et où j'ai pu assister à des consultations en tant que stagiaire. Par après, l'occasion m'a été donnée de faire quelques remplacements sous la supervision de ma maître de stage et du médecin référent du Comptoir.

Le Comptoir d'échange de seringues existe depuis 2001, il s'agit d'un service de proximité spécialisé dans l'aide et les soins en assuétude qui, au-delà de pratique d'échanges de seringues, permet aussi aux usagers de drogues de bénéficier de consultations médicales, de soins infirmiers quotidiens, d'un dépistage HIV et hépatites. Mais il permet aussi d'accompagner les usagers dans différentes démarches sociales et/ou médicales et de leurs procurer les différentes informations dont ils ont besoin.

Une salle de consommation à moindre risque (SCMR) propose tous ces services, mais offre en plus un espace où la consommation est possible de manière sécurisée et sans jugement. Les SCMR ne sont pas à confondre avec les scènes ouvertes d'injection ni avec les programmes de délivrance d'héroïne médicale (Diacétylmorphine) où le produit est délivré sous prescription médicale. Dans les salles d'injection que nous étudions, l'usager de drogues injectables (UDI) vient avec son produit et le consomme sur place.

A Charleroi, la problématique de la consommation de drogues est présente partout, que ce soit dans le centre-ville ou la périphérie. Une partie des usagers étant sans logement, il est fréquent que ceux-ci utilisent des solutions alternatives comme des abris de nuit, des campings sauvages ou encore certains bâtiments abandonnés utilisés comme squats. Même si les beaucoup d'UDI participent à l'échange de seringues, avec près de 500 personnes qui se sont adressées aux comptoirs en 2018 et 2019, leurs conditions de vie sont telles qu'il est aisé de conclure que bien que le matériel d'injection soit stérile, celui-ci ne le reste pas longtemps.

² **Usage abusif de drogue** : trouble consécutif à l'emploi de substances psychoactives induisant une dépendance avec pour conséquence au moins un des problèmes suivants : intoxication aiguë; usage dommageable avec altération cliniquement significative de la santé; syndrome de dépendance; état de sevrage; trouble psychotique (https://www.hetop.eu/hetop/3CGP/fr/?rr=CIP_D_P19&q=CIP_D_P19)

Face à cette problématique, une des réponses apportées par les professionnels du secteur est l'ouverture d'un espace d'accueil pour usagers de substances, où la consommation de drogues est autorisée et encadrée par des professionnels de la santé.

Ce projet est « sur la table » à Charleroi depuis de nombreuses années et prendra effet normalement dans un ou deux ans. Il reste à régler la mise en place de conditions légales favorables à l'ouverture d'une salle de consommation dans cette région. Dans ce contexte, il m'est proposé de travailler en binôme avec le médecin actuel du Comptoir à partir de l'année prochaine. Je commencerais donc au Comptoir et serais directement engagé lors de sa transformation.

Face à ce projet, j'ai commencé à me poser différentes questions. Je me suis très vite aperçu que le travail de médecin généraliste dans un comptoir d'échange était très différent de la manière de fonctionner dans une maison médicale. Il n'est pas toujours facile de trouver sa place dans ce genre de structure. La dynamique est différente de celle que l'on connaît habituellement. La présence d'un médecin dans une SCMR est, selon moi, essentielle mais compliquée car on se trouve face à des consommateurs qui n'ont, pour la plupart, aucune envie d'arrêter de consommer. Ils ont juste envie d'être accompagnés. Il faut réussir à créer un lien avec une population qui se dit « *rejetée et mal aimée* » par le système de soins de santé traditionnel. J'ai vite compris que j'allais devoir sortir de mon cadre habituel de consultations. Les UDI sont à la recherche d'institutions qu'ils décrivent comme « *spécialisées pour des gens comme eux* ». En ce qui me concerne, je vois la dépendance aux substances comme un problème de santé pour lequel les tentatives de soins n'ont pas prouvé une grande efficacité et qui est donc accompagnée de nombreuses rechutes avec une guérison qui est rarement complète³.

Partant de mes constatations au Comptoir, j'ai voulu en savoir plus en allant visiter d'autres SCMR. Mes principales préoccupations concernaient la place à occuper et comment adapter ma pratique pour entrer au mieux dans la dynamique de la SCMR et ainsi participer à la

³ L'expérience montre que la dépendance morphinique est à l'évidence un type de maladie endocrine. Il y a une incompétence (partiellement réversible) du système endorphinique, qui sollicité lors d'une perte, d'un deuil, ou d'un évènement insupportable, ne parvient pas à produire suffisamment d'endorphines, ce qui précipite le sujet vers les substances externes, même après plusieurs années de 'guérison' ou d'abstinence) Ceci est décrit dans le mécanisme de cognition affective. Les endorphines ayant un rôle dans les biais affectifs négatifs (23)

réalisation de ses objectifs. De plus, le travail d'équipe prend du sens lorsqu'on travaille dans ce genre d'association, il faut donc adapter sa pratique à cette modalité.

Je suis allé visiter les SCMR de Strasbourg et Liège pour y réaliser des focus groups et ainsi interroger les professionnels de terrain sur le rôle du médecin et la place de celui-ci dans l'équipe. J'ai aussi interviewé des médecins travaillant dans ce genre d'institution et réalisé un focus group avec l'équipe du Comptoir de Charleroi. Sachant que cette équipe sera affectée au futur SCMR, j'ai jugé pertinent de collecter leurs points de vue sur la place qu'ils imaginaient pour le médecin dans la SMCR.

Ce travail de fin d'étude devrait pouvoir servir à n'importe quel médecin voulant travailler dans une SCMR et ainsi lui donner quelques pistes simples pour lui permettre le plus d'impact possible. Je veux m'intéresser ici à la place du médecin en consultation mais aussi en dehors de celle-ci. Les questions que j'ai posées lors de mes focus groups et interviews sont simplement celles que je me suis posées moi-même lorsque l'on m'a proposé de travailler dans la future SCMR de Charleroi.

Toutes les salles de consommation n'ont pas de médecin présent dans leurs murs. C'est un choix qui est habituellement fait dès son ouverture. Chaque SCMR doit s'adapter à la population qu'elle vise. Et les besoins changent en fonction du lieu mais aussi du temps. Un autre critère qui a un grand impact est que le budget alloué aux salles ne permet pas à toutes les SCMR de bénéficier d'un médecin dans leur équipe.

Il y a 2 volets dans les SCMR, un volet « santé publique » que je commenterai dans ce travail et un volet « *tranquillité publique* », ce dernier volet sera juste cité (1). Bien que l'efficacité des SCMR dans la réduction des nuisances publiques a été prouvée (2). L'aspect « *tranquillité publique* » reste, selon moi, un argument plutôt politique pour permettre l'ouverture des SMCR. Cette vision des choses est personnelle et n'engage que moi, je ne développerai donc pas ce point de vue dans ce travail.

Je ne m'engagerai pas non plus dans les différents arguments détracteurs du principe des SCMR qui disent que celles-ci encourageraient à la consommation et augmenteraient le deal. Je préfère me concentrer sur la place du médecin et son rôle dans la réduction de risques des usagers.

Je commencerai mon travail par une courte revue de littérature permettant de comprendre ce qu'est une salle de consommation, quels sont ses objectifs, quelle population y est rencontrée et à quelles pathologies nous sommes confrontés. Dans un second temps, j'expliquerai la méthodologie utilisée pour la réalisation de mes focus groups et interviews. Par la suite, je présenterai les résultats et je poursuivrai avec quelques commentaires critiques de ces résultats. Une conclusion clôturera ce TFE qui débouchera vers d'autres questions, lesquelles pourraient faire l'objet de futurs TFE.

4 Apport de la littérature

4.1 Définition et objectifs d'une SCMR

Au préalable, il est important de préciser ce que recouvre la notion de la salle de consommation. La première salle de consommation a vu le jour en 1986 à Berne (3) et sera reconnue officiellement en 1988. Ce type de salle a vu le jour pour répondre à un constat interpellant de l'augmentation des décès par overdose (OD). D'autres constats viendront par la suite encourager le développement de tels dispositifs : un taux d'échec important des tentatives de sevrage, une augmentation de la propagation du VIH, le refus ou même l'incapacité de certains UDI de rentrer dans un système de soins (4). Il fallait trouver des alternatives à la criminalisation de la consommation de produits stupéfiants.

La réduction des risques se définit différemment selon les besoins nationaux et culturels. Elle se décline en six axes qui sont (5) :

- la distribution de matériel d'injection stérile,
- la diffusion de conseils portant sur les comportements à risque qui sont liés à ce mode de consommation,
- un dépistage des maladies infectieuses,
- la vaccination contre l'hépatite B,
- le traitement du VIH et des hépatites
- les traitements de substitution aux opiacés.

Les salles de consommation sont définies comme étant « *des lieux reconnus par la loi, qui offrent un environnement hygiénique sûr, où les personnes qui le souhaitent peuvent venir consommer les drogues préalablement possédées, sans le moindre jugement moral et sous le contrôle d'un personnel qualifié* » (6).

D'une manière générale, les SCMR possèdent (7):

- Un espace d'accueil avec enregistrement et vérification de l'état de santé de l'UDI;
- Une salle d'injection qui est supervisée par des professionnels et soumis à des règles spécifiques (ex : temps passé dans la salle limité);
- Parfois un espace destiné à l'inhalation;
- Un espace de repos;
- Un lieu de soins de première ligne et de conseils (présent dans 75% des SCMR);
- D'autres services peuvent être proposés tel que : des salles d'eau, une restauration, des coiffeurs, voir même des logements.

En outre, les SCMR ont pour but de répondre à certains objectifs (2) ; (7) ; (3)):

- Relier les populations dites « marginalisées » aux différents services médico-sociaux dont elles ont besoin;
- Diminuer la mortalité due aux injections, notamment la surdose, en disposant d'un personnel formé et entraîné à agir lorsqu'apparaît une situation d'urgence;
- Éduquer les UDI à des comportements favorables à leur santé;
- Diminuer les risques liés aux injections en valorisant la prévention et l'éducation aux pratiques d'injections plus sûres, en proposant un espace plus hygiénique pour l'injection de substances et en offrant du matériel stérile pour l'injection et la préparation du produit. Des conseils durant et après l'injection sont également dispensés. Il est important de rappeler ici que le personnel travaillant dans une SCMR ne pratique pas l'administration du produit à l'utilisateur ;
- Améliorer les conditions sanitaires au niveau local en renforçant la prévention, l'orientation médicale ainsi que le dépistage des personnes ;
- Favoriser les différents programmes qui prennent en charge les dépendances ;

- Diminuer les incivilités déclenchées par la consommation de drogues injectables dans les lieux publics (insalubrité - violence - criminalité - trafic)
- Diminuer les coûts liés à la consommation de drogues dans les services de santé. En effet, certaines études démontrent que lorsqu'une personne a recours à une hospitalisation, elle est en moyenne moins longue si les UDI ont été référés par une SCMR (8)

En résumé, les SCMR ont été créées afin d'amoindrir les répercussions négatives de l'usage de drogues, sans jugement de valeur, ni répression.

Si l'on demande l'avis des UDI, ceux-ci disent que les SCMR leurs facilitent l'accès aux soins et aux services sociaux. Ils y trouvent un endroit où être soigné et orienté rapidement et efficacement sans jugement (9).

Bien que l'objectif premier d'une SCMR ne soit pas l'introduction d'un traitement de substitution ou encore l'abstinence, une étude sur l'impact des SCMR a été menée en 2003 montre que sa fréquentation est associée à une augmentation significative d'une prise en charge de la dépendance (10).

La littérature sur le sujet ainsi que les données citées proviennent en général d'études menées en Australie et au Canada. On citera ici une revue de littérature de 75 études sur les centres d'injection supervisée qui a fait l'objet d'une thèse de médecine en 2014 écrite par le docteur C. POTIER de l'université de Lille. Cette thèse arrive à la conclusion que les SCMR répondent aux objectifs qui leurs ont été imposés (voir ci-dessus). Toutefois, on note un biais de confusion dans ces différentes études car il est difficile de séparer les SCMR des autres dispositifs de réduction des risques mis en œuvre (11).

4.2 Population et problèmes de santé rencontrés dans les SCMR :

Les études démontrent que les SCMR sont fréquentées par une population particulière et caractérisée par des conditions de vie précaires, une fréquence d'injection quotidienne élevée et un haut risque d'infection et d'OD. (2)

Pour de nombreuses SCMR, l'accès n'est pas autorisé aux personnes de moins de 18 ans (sauf en Allemagne où l'âge autorisé est de 16 ans), aux femmes enceintes ou encore aux personnes qui veulent faire leur première injection (2). Il peut encore y avoir d'autres critères d'accès. Par exemple en Allemagne, l'accès est interdit aux personnes qui sont sous traitement de substitution (3). Ces différentes réglementations amènent une limite à l'accessibilité des SCMR. Une partie des UDI ne peut pas y accéder et de ce fait, une partie de la population marginalisée n'est pas atteinte (12). Les études désignent les jeunes consommateurs comme ceux qui adoptent le plus une pratique à haut risque avec de multiples partages de seringues (13) et de cotons (filtres à héroïne conservés, séchés et véhiculant l'hépatite C) (14) .

Les UDI qui fréquentent les SCMR sont majoritairement des hommes (15).

Les usagers âgés de moins de 30 ans ont, pour la plupart, un état de santé dégradé, avec notamment de la malnutrition, de la dermatose, font fréquemment des infections pulmonaires et ont des troubles psychiatriques mal diagnostiqués et non soignés (15).

Du côté des personnes âgées entre 30 et 50 ans, une haute prévalence de l'hépatite C est observée. Ils sont souvent adeptes d'une poly-consommation, en particulier alcool et produits de substitution détournés (15).

D'autres problèmes comme des endocardites, des infections osseuses et articulaires, des septicémies sont aussi signalés chez des personnes ayant déjà des facteurs de risques (16).

Les SCMR accueillent ainsi une population très large avec des pathologies variées. Elles se doivent d'avoir des critères d'accès les moins contraignants possibles afin de permettre la réalisation d'un de leurs objectifs principaux, c'est-à-dire toucher une population déjà marginalisée. En ce qui concerne les sous-groupes qui se verraient refuser l'accès, dans la pratique, cela se fait au cas par cas. Certaines études (2) démontrent cependant qu'il est préférable de les accepter en définissant des mesures et protocoles particuliers.

5 Méthodologie

5.1 Recherche dans la littérature :

Une recherche de littérature a été réalisée préalablement à la rédaction de ce travail.

Des explorations sur des moteurs de recherches comme « Google » et « Ecosia » ont été réalisées en utilisant des mots clés tels que « salle de consommation en Belgique », « salle de shoot » et « Toxicomanie ». De nombreux articles de presse et publications intéressantes ont ainsi été obtenus.

J'ai profité de mon statut d'étudiant à l'UCL pour bénéficier d'un accès à la base de données « LIBellULE » (accès à de nombreux sites tels que science-direct)

Une autre partie des recherches se sont centrées sur PubMed avec des mots clés tels que « Supervised injection site » qui n'est pas un MeSH, mais qui, croisé avec des filtres de médecine générale, permet de trouver quelques articles intéressants. Avec cette méthode, 9 articles ont été retenus.

Pour trier les articles, une revue de littérature faite en 2014 (2) reprenant l'ensemble de la littérature disponible à ce moment-là a été largement utilisée. Ce travail a fait l'objet d'une thèse de médecine par le docteur C. POTIER pour l'université de Lille. Son algorithme et ses analyses étant pertinents, ils ont été utilisés pour sélectionner les études jugées intéressantes pour ce travail. Le travail réalisé par le Docteur C. POTIER mérite d'être souligné ici.

Malheureusement, dans la littérature internationale, très peu d'études sont issues de SCMR européennes, toutefois certaines données sont transposables à notre région. Pour pallier à cela, dans un second temps, les recherches littéraires se sont concentrées sur certains sites officiels comme : belspo.be ; politiquedrogue.be ; salledeconsoommation.fr ; reductiondesrisque.be ; emcdda.europa.eu.

Ces dernières années, de nombreux articles sont sortis, ce qui a été d'une grande aide pour ce travail. L'intérêt récent porté par nos politiques sur les SMCR a donc facilité les recherches.

Le comptoir de Charleroi a accepté de mettre à disposition ses données statistiques et rapports d'activités. Il a aussi donné un accès exclusif à l'ensemble de ses ressources littéraires. Ces données ont ainsi été consultées et utilisées dans ce TFE.

5.2 Méthode de l'enquête :

Pour le travail d'enquête, différents professionnels des SCMR ont été rencontrés pour réaliser une étude qualitative. Deux SCMR francophones ont été visitées, l'une située à Strasbourg et l'autre à Liège. La demande adressée à la SCMR de Paris n'a pas reçu de réponse favorable en raison de la pandémie de COVID 19 survenue entre temps.

Pour réaliser les entretiens, la prise de contact s'est faite par mail avec les différents responsables des institutions afin de proposer une rencontre. La demande était de rencontrer une dizaine de membres de leurs équipes dans le cadre d'entretiens collectifs (focus group) d'environ une heure et demie. Pour simplifier la rencontre, il était proposé de les rencontrer juste après leur réunion d'équipe.

Un questionnaire quantitatif a été élaboré et distribué à chaque participant avant le Focus afin de quantifier au mieux l'échantillon (âge, profession, sexe ...). Ce questionnaire est disponible en annexe.

Un guide d'entretien a été élaboré avant la réalisation des FG. Celui-ci se divise en 3 étapes et a été présenté de la même manière lors des 3 Focus Groups.

Les étapes du questionnaire

- Une première étape questionne sur le passé, avec des questions plutôt portées sur le « pourquoi » une consultation médicale et donc pourquoi un médecin. L'objectif étant de connaître le contexte et le rôle que les membres de l'équipe donnent au médecin dans leurs institutions. Cette question a pour but de trouver la place du médecin dans les objectifs alloués pour la SCMR.
- Dans un second temps, on parle du présent. « Maintenant que la consultation médicale existe ». Le but étant ici de s'attacher aux points forts et faibles de cette consultation (quand faire intervenir le médecin ? comment communique-t-il ?). Ce

questionnement permet de cerner la place du médecin actuellement occupée dans la SMCR et son fonctionnement.

- Et une troisième étape portant sur le futur. Il est demandé aux participants de s'exprimer sur leur vision d'une consultation idéale dans cette situation. On cherche ici à partir de leurs idéaux pour bâtir le futur projet au sein de la SMCR de Charleroi.

Avant chaque Focus, les responsables des différentes SCMR nous ont permis de visiter leur établissement, ce qui a permis de s'inspirer des lieux pour mieux comprendre le travail du médecin et le fonctionnement de la salle. Un entretien personnel avec les médecins et la direction a été réalisé avant le FG pour poser toutes les questions « pratiques », c'est-à-dire les questions plutôt fermées qui n'avaient pas lieu d'être posées lors du Focus. L'ensemble des visites, se sont réalisées avec la promotrice du TFE et la directrice du Comptoir de Charleroi. Celles-ci avaient un rôle d'observateur, elles prenaient des notes et géraient le dispositif audio utilisé pour l'enregistrement des Focus groups. Un « débriefing » a été réalisé après chaque focus.

Pour enrichir les données, 2 interviews de médecins travaillant dans ce genre d'institution ont été réalisées. Une seule des interviews a été retranscrite. Pour l'autre, les notes prises durant l'entretien ont suffi pour en retirer quelques éléments qui seront présentés dans les résultats.

5.3 Analyse de données

L'étude a été réalisée de manière inductive, les données récoltées durant l'enquête ont ainsi guidé l'étude. Les différents résultats ont été analysés par théorisation ancrée⁴. Une retranscription mot à mot des différents focus groups ainsi qu'une remise au propre des notes d'interviews a d'abord été réalisée. Plusieurs relectures et réécoutes des entretiens ont été nécessaires pour étiqueter l'ensemble du texte. Comme enseigné dans le cours d'analyse qualitative du Docteur De ROUFFIGNAC (2020), les étiquettes ont été retranscrites en catégories et enfin les concepts ont été dégagés et seront discutés ici. Pour l'exercice, la retranscription du Focus Group de la SCMR de Strasbourg est jointe en annexe.

⁴ Identifier des patterns de sens à travers ma récolte de données qui peuvent donner une réponse à ma question de recherche (24)

6 Résultats

6.1 Présentation de la population interrogée.

FG = Focus Groups

	Sexe	Age	Formation	Année d'expérience en réduction des risques
Focus group 1 (FG1)	F	35ans	Médecin	6 ans
	F	33ans	Infirmière	11 ans
	H	27ans	Educateur	6 mois
	H	38 ans	Sociologue / Educateur	13 ans
	H	39 ans	Educateur	6 ans
	H	40 ans	Educateur	10 ans
	H	30 ans	Infirmier	7 ans
	F	28 ans	Infirmière	3 ans
	F	41 ans	Educatrice	12 ans
	F	36 ans	Infirmière	14 ans
	F	31 ans	Infirmière	9 ans
	H	53 ans	Directeur	25 ans
Focus group 2 (FG 2)	F	66 ans	Médecin	8 ans
	F	49 ans	Infirmière	8 ans
	F	50 ans	Educatrice	15 ans

Focus group 3 (FG 3)	F	53 ans	Directrice	20 ans
	F	29 ans	Educatrice	5 ans
	F	40 ans	Médecin	12 ans
	H	32 ans	Infirmier	8 ans
	H	54 ans	Educatrice	15 ans
Interview 1	F	37 ans	Médecin	6 ans
Interview 2	F	42 ans	Médecin	10 ans

Au total, 22 personnes ont été interrogées. Le seul critère de sélection était de travailler dans une SCMR ou un Comptoir d'échanges de seringues.

14 femmes pour 8 Hommes ont été interrogés. La moyenne d'âge est de 40 ans avec un maximum de 66 ans. Le plus jeune intervenant a 27 ans et seulement 6 mois d'expérience en réduction des risques.

6.2 Résultats des focus groups

Une présentation par concept abordé a été préférée ici afin de permettre plus de clarté. Vu le nombre de répétitions, les résultats sont plus parlants présentés de cette façon. La pertinence des différentes réponses sera discutée plus loin. Le verbatim est reproduit ici sans jugement. Les éléments qui permettent à un médecin de trouver sa place dans un SCMR ont été relevés. Il s'agit d'une démarche inverse de celle de l'analyse par théorisation ancrée. Au départ de thèmes préétablis, les réponses correspondantes ont été identifiées. Après plusieurs relectures et réécoutes des entretiens, certaines « phrases clés » ont été retranscrites.

6 grands thèmes ont ainsi été retenus :

1. La place d'un médecin dans la SCMR (niveau logistique, administratif, occupation de l'espace)
2. La particularité de la patientèle

3. La place du médecin dans la communication avec l'extérieur
4. La place du médecin dans l'équipe
5. Le rôle du médecin au sein d'une SCMR
6. Les particularités de la consultation en SCMR

6.2.1 La place du médecin au sein de la SCMR

Le médecin est intégré au fonctionnement de la SCMR

« Le médecin fait intégralement partie de l'équipe, je n'imagine pas une salle sans médecin. » FG1

« Le médecin est une option pour l'utilisateur, un service parmi d'autres. » FG1

Les groupes trouvent tous que le médecin doit sortir de son cabinet et investir les espaces de vie afin d'augmenter son accessibilité. Sa place n'est pas uniquement dans les espaces dédiés au médical. En revanche, la présence du médecin dans l'espace de consommation est discutée. Certains la voient comme un frein.

« L'utilisateur pourrait se dire : « attention il y a le médecin » et donc il pourrait avoir un comportement différent » FG1. Et avec ce genre de réflexion, les travailleurs ont peur que l'utilisateur se sente « contrôlé par le médecin. » FG3

D'autres la voient comme un avantage : ça permet « d'aller directement au contact de l'utilisateur » FG2. Certains proposent d'y commencer la consultation et voient le lieu de consommation comme une possibilité de créer un lien de confiance.

« Le médecin ne doit pas rester dans son cabinet, il doit sortir et partager la tâche des intervenants sociaux, ça permet d'entrer en contact avec l'UDI. » FG3

Niveau logistique, tous s'accordent sur l'intérêt d'avoir au minimum 2 médecins pour pouvoir permettre une présence médicale à temps plein, rémunérée à l'heure. Certains vont même jusqu'à imaginer un système de médecin rappelable. FG3

« Un médecin 3h semaine c'est trop compliqué pour développer quelque chose. » FG2

« Il est important d'avoir minimum 2 médecins pour garder une disponibilité mais aussi pouvoir se partager certaines situations plus difficiles. » Interview 1

Les travailleurs expliquent qu'avoir un médecin dans l'équipe permet de donner plus de crédibilité à leur travail. FG3

6.2.2 Particularité des patients

On est face à une population particulière. Notre approche doit en tenir compte.

« Il faut apporter une réponse face à une population précaire qui cumule les facteurs de risques et comportements risqués. » FG 1

« Les patients sont isolés et hors du système de soins traditionnel. » FG 1

« Il ne faut pas nier leurs connaissances sur le produit, ils ont une certaine maîtrise des effets que nous n'avons pas » FG3

Le médecin doit pouvoir faire preuve d'une adaptabilité face aux besoins des patients. La plupart des problèmes sont médico-sociaux.

« Il faut travailler autour du lien avec la personne » FG1

« Les patients sont dans une situation très intense, très changeante » FG1

« Les UDI cherchent un médecin qui connaît les problèmes de la toxicomanie hors du médical classique » FG3

« Les patients ne sont aimés nulle-part, ils sentent mauvais, ont des pathologies contagieuses, un déficit d'éducation, des problèmes de contact sociaux et ne sont pas aimés par les autres services » FG2

Tous les UDI ne sont pas forcément des patients, il faut du temps pour entrer en relation avec eux.

« Certains viennent ici uniquement pour prendre du plaisir » FG1

6.2.3 La Place du médecin dans la communication avec l'extérieur

L'ensemble des participants s'accorde sur l'importance d'avoir de bonnes relations avec les réseaux qui les entourent. Et que, par conséquent, le médecin a un rôle à jouer dans cet échange. Mais selon eux, le relais vers les hôpitaux reste un point à améliorer.

« Il (le médecin) aide à avoir de bonnes relations avec l'extérieur pour casser les représentations et surtout aider à la prise en charge avec l'extérieur » FG2

Le médecin permet de donner la crédibilité aux demandes faites vers les hôpitaux. Le relais est plus simple quand la demande est exprimée par celui-ci. L'ensemble des personnes interrogées s'accorde à dire qu'il est important d'avoir de bonnes relations avec les hôpitaux mais, ni le médecin ni la SCMR ne doivent être assimilés à un hôpital.

Certains voient la fonction du SCMR comme un moyen de soulager les centres de 2^{ème} ligne.

« On est en première ligne, on peut ainsi éviter aux hôpitaux de brasser cette population en répondant aux demandes de première ligne et ainsi soulager le milieu hospitalier qui n'a pas toujours les moyens de répondre à ces demandes » FG 3

6.2.4 La place du médecin dans l'équipe

« Le médecin est un membre de l'équipe comme les autres » FG 3

Le médecin est vu comme un membre de l'équipe avec des compétences propres, mais en aucun cas comme une autorité. Au niveau de la communication des données médicales, les intervenants s'accordent tous sur le secret partagé.

« Les situations médicales sont intrinsèquement liées au social, il faut donc communiquer avec l'ensemble de l'équipe pour le bien du patient. Le médecin reste l'expert médical, mais les autres (il parlait des travailleurs) ont une autre expertise » FG3

Ce sujet a mené à discussions, ils ont eu un peu de mal à s'accorder sur certaines situations particulières et sont arrivés à la conclusion qu'en effet, certaines informations ne doivent pas être communiquées, il faut juger au cas par cas. Certains pensent qu'il faut fonctionner sur un

principe intuitif, qu'ils comparent à une maison médicale ou un hôpital. Si le patient ne montre pas de désaccord, le secret partagé fait loi.

Certains vont même plus loin :

« Ce n'est pas par ce qu'on partage une information qu'on montre qu'on la connaît »
FG2, autrement dit, selon cet intervenant, pour le bien du patient, toute l'équipe doit avoir accès aux données médicales jugées essentielles. Certains disent que si l'utilisateur entre dans la salle de consommation, il en accepte les règles dont celle du secret partagé. Ce point de vue n'a pas été retrouvé dans tous les entretiens.

La transmission des informations peut se faire soit après chaque consultation soit en réunion d'équipe.

Le médecin apporte des connaissances à l'équipe mais il est aussi là pour les rassurer.

Un médecin : *« Je pense que ma présence rassure autant l'équipe que les patients »*
Interview 2

6.2.5 Rôle du médecin au sein de la SCMR

- Répondre à un besoin d'accessibilité des soins dans une population marginalisée.
- Remplacer temporairement le médecin généraliste, certains disent que le médecin d'une SCMR devrait pouvoir rester le médecin traitant des patients qu'il a commencé à suivre dans ce contexte, et ce, même si la personne ne consomme plus.
- Intervenir dans un programme de réduction des risques et ainsi aider aux objectifs de réduction des risques.

« Le médecin reste avant tout un médecin. Il doit soigner, par exemple, un toxicomane vient pour un rhume, le médecin soigne son rhume sans s'occuper de son problème de toxicomanie. » FG3

- Plus que de la médecine générale, le médecin en SCMR fait de la santé publique.

« Le rôle du médecin est d'accompagner les personnes vers là où elles veulent aller, mais surtout de favoriser la qualité de vie, de soins et la santé. » FG1

- Répondre aux besoins administratifs et techniques que seul un médecin peut faire (demande d'examens, de biologie, ordonnances, papiers administratifs).
- Apporter un regard médical pour certaines situations.
- Rôle important dans le dépistage de maladies infectieuses mais aussi de problèmes psychiatriques.
- Le rôle du médecin n'est pas de viser l'abstinence chez les usagers

« Il ne faut pas prôner l'abstinence envers et contre tout, il faut les aider à gérer leur consommation pour après peut-être arriver à une certaine abstinence » FG3

- Le médecin a un rôle d'éducateur à la santé, aussi bien pour les usagers que pour les membres de l'équipe.
- Il doit participer à la formation de l'équipe.

6.2.6 Les particularités de la consultation

Il est important de garder une consultation libre car les rendez-vous ne fonctionnent pas

« La consultation doit être plus souple qu'une consultation classique » FG 1

Le médecin ne doit pas forcément être la première personne que l'utilisateur rencontre à la salle de consommation. Comme dit au-dessus, il reste une option pour un usager.

« Susciter l'envie fonctionne mieux que d'obliger la consultation » FG1

L'idée d'une consultation médicale d'entrée, qui serait obligatoire pour l'ensemble des personnes voulant profiter de la salle, est rejetée par l'ensemble des intervenants. Mais tous s'accordent pour dire que proposer une consultation d'entrée est intelligent sans pour autant l'obliger. Il faut faire attention à ne pas être dans le jugement et sortir des préjugés que l'on pourrait avoir face à des personnes consommant des produits illicites n'ayant aucune motivation de sevrage.

Pour garantir l'accessibilité, toute notion d'argent est proscrite, le financier ne doit pas être un frein. Une des forces de cette consultation est qu'on donne des médicaments à la sortie. Ça permet de répondre à un besoin immédiat.

« Le médecin doit s'adapter aux patients et non le contraire. » FG3

En ce qui concerne la salle d'attente, il vaut mieux éviter d'en avoir, ça permet de garder une certaine intimité et de ne pas avoir l'étiquette « *j'attends le médecin* ». Il doit être possible d'aller voir le médecin sans que les autres usagers ne sachent que telle personne consulte.

L'approche doit rester « *centrée sur la personne et non le corps* » FG 1

Il faut profiter du cadre de la consultation et de la relation de confiance pour aborder le problème de consommation. On souligne aussi l'importance de ne donner aucun timing à la consultation afin de permettre d'offrir au patient le temps d'aborder tous les problèmes qui le préoccupe. La consultation est un élément de la prise en charge proposé par la SCMR. Elle est intégrée dans le fonctionnement.

Plusieurs intervenants proposent un horaire tardif, voire créer une consultation le dimanche pour toucher les personnes au moment où elles savent venir.

On a abordé la possibilité de consultation d'addictologie : l'ensemble des personnes interrogées ont des opinions opposées. En effet, définir une consultation d'addictologie est déjà compliqué. Ils se sont accordés à dire que ce serait une consultation pour parler uniquement des problèmes de consommation. Certains pensent que c'est le rôle du médecin dans la salle, d'autres que l'utilisateur n'a pas besoin de ça.

« C'est dans l'espace de consommation que ce genre de consultation se fait et avec l'infirmier ou l'éducateur. » FG2

« C'est un accompagnement qui ressemble à du palliatif, au final on ne veut pas guérir mais juste soutenir et soulager. » interview 1 Cette dernière intervention a été faite par un médecin qui voulait exprimer qu'il ne faut pas être curatif à tout prix.

La démedicalisation ⁵ de la consultation a souvent été abordée. Un des points abordés est le fait que le médecin ne doit pas porter de blouse blanche.

⁵ Utilisation commune mais erronée du concept de démedicalisation. L'intervenant voulait exprimer, une désacralisation en effet, la blouse blanche est un symbole d'appartenance et de pouvoir.

« Avoir un médecin sans avoir l'impression d'avoir un médecin. Sortir du « je vais voir un médecin, je sors avec une prescription et rentre chez moi. » FG3 Cette dernière citation témoigne de la vision pas toujours positive des usagers envers le monde médical.

La consultation ne doit pas uniquement être médicale mais doit rester aussi sociale. Ils insistent sur le fait que c'est une population qui a peu confiance en la médecine habituelle et donc, il est nécessaire de s'en démarquer.

Un autre grand débat a été l'accès au traitement à base de benzodiazépine et à celui de substitution : doivent-ils être distribués en consultation dans une SCMR ? L'aspect contradictoire entre la méthadone et la consommation a été souligné tout en rappelant la notion de non-jugement. Et que la méthadone peut être vue comme une béquille et non une visée de l'abstinence absolue. D'autres ont peur que cette prescription mène à certaines dérives avec une surconsommation et une demande très importante. Certains pensent que c'est un traitement comme un autre et qu'il faut l'utiliser car *« c'est se priver d'une arme importante dans la prise en charge. » FG3*

7 Discussion

7.1 Limite et biais de l'étude

L'objectif de ce travail est de réfléchir quant à la place du médecin dans une SCMR.

L'objectif secondaire est de créer une base de réflexion pour la mise en place de la consultation médicale dans la future SCMR de Charleroi. Pour cela, différents entretiens ont été réalisés mais ceux-ci ont leurs limites. En effet, les moyens disponibles pour un TFE ne sont pas ceux d'une étude professionnelle. De plus, les circonstances épidémiologiques (COVID 19) n'ont pas permis de réaliser le nombre de focus groups initialement prévu. Toutefois, les données récoltées semblent correspondre à celles que l'on retrouve dans la littérature et les entretiens sont assez riches pour permettre une évaluation qualitative. La méthodologie de la

recherche a été respectée rigoureusement. Tout cela plaide pour une qualité suffisante des résultats obtenus.

La population étudiée est représentative de l'ensemble des travailleurs d'une SCMR. Hormis pour le FG2, toutes les professions ont été représentées dans des proportions similaires à celles retrouvées dans une SCMR classique. Un accent particulier a été porté sur les médecins qui sont les sujets étudiés dans ce travail.

Le choix de la méthode par FG est dicté par la volonté de profiter de la dynamique du groupe pour créer la discussion. Cette méthode permet de profiter des interactions entre les membres pour lancer des débats et faire ressortir des données qui ne seraient pas dites dans de simples interviews (17).

On distingue 2 catégories d'acteurs dans les SCMR : les usagers et les professionnels du secteur. Nous avons interrogé les professionnels mais il serait judicieux d'interroger les usagers afin de les questionner sur leurs visions ainsi que leurs attentes vis-à-vis du médecin dans les SCMR.

Nous pouvons toutefois relever différents biais : le premier est celui de sélection, il est vrai que les SCMR qui ont répondu positivement sont celles intéressées par le sujet et soucieuses de montrer leurs façons de fonctionner. C'est évident que les équipes qui ont trouvé un certain équilibre dans la relation médecin-équipe-usagers sont plus enclines à débattre avec nous, contrairement aux endroits où la place du médecin a du mal à être définie. Pourtant, ça aurait pu être tout aussi intéressant dans le débat afin d'en relever les raisons et peut-être trouver des pistes ensemble.

Toujours dans cette idée, l'étude a sans doute été confrontée à un biais de désirabilité sociale (18). Ce qui signifie que les travailleurs ont envie de montrer le meilleur de leur travail et de nier les possibles dysfonctionnements.

En outre, la sélection des SCMR s'est faite selon des critères linguistiques et géographiques afin de permettre un déplacement plus aisé des chercheurs. Bien que plus confortable pour l'étude, ce mode de sélection peut engendrer aussi un biais de sélection.

Pour le FG2, le nombre de participant était sous-optimal. En effet, celui-ci ne comporte que 3 participants (un médecin, une infirmière et un éducateur). Par conséquent, la dynamique a été réduite. Mais les données récoltées restent intéressantes pour l'étude.

De plus, réaliser des FG où l'on demande à l'équipe de réfléchir sur le travail du médecin en sa présence peut mener à une perte d'information car certaines données n'ont sans doute pas été abordées par peur de blesser ce collègue.

L'idée d'ajouter des interviews individuelles de médecins a permis d'enrichir les données en interrogeant ceux-ci sur leur expérience personnelle.

Un autre biais est celui lié au chercheur. En effet, travaillant dans un Comptoir d'échange et étant un futur médecin d'une SCMR, l'analyse des données a sans doute été biaisée. Même si la méthodologie est respectée rigoureusement, l'interprétation reste sujette à la subjectivité de la personne qui rédige le travail. Etant intéressé directement impliqué dans une SCMR, le sujet a sans doute été rendu de façon moins objective.

Mais cette implication dans le domaine des SCMR a aussi été un avantage pour la réalisation du travail car les connaissances du milieu ont permis d'aborder le problème en profondeur et ainsi faciliter la rédaction du guide d'entretien. Nous sommes donc, dans une observation participative.

Finalement, les 3 FG et les 2 interviews ont permis de répondre à la question de départ. Bien que les résultats ne puissent pas être généralisés, ils permettent d'apporter des éléments de réponses suffisants pour la réalisation de ce travail.

7.2 Discussion des résultats :

Il est intéressant de discuter des résultats en confrontant les idées apportées plus haut avec les objectifs alloués à cette salle. Cela permettra certainement de clarifier la situation en donnant un sens à cette analyse.

7.2.1 Comment organiser la consultation de médecine dans le SCMR ?

Le médecin doit être un membre de l'équipe et non un intervenant extérieur qui consulterait 2x/semaine. Il est plus confortable de travailler avec plusieurs médecins car les situations

auxquelles nous sommes confrontés ne sont pas évidentes, et discuter avec un collègue permet de stimuler la connaissance, offrir des profils de personnalité différents aux patients, partager ses émotions et de rendre les choses moins contraignantes. Mais travailler en équipe implique de disposer d'un système d'informations partagés avec toutes les conséquences sur le plan éthique. (cfr infra)

Le temps de travail alloué au médecin doit permettre à celui-ci de participer aux différentes réunions d'équipe tout en gardant une permanence pour une consultation de plus ou moins 2h par jour. Ce timing peut être réévalué en fonction de la demande.

En portant la réflexion, l'idéal est d'avoir 2 médecins à mi-temps. C'est d'ailleurs ce qui est prévu dans le budget de la future SCMR de Charleroi. Ce projet se rapproche des attentes exprimées lors des différents entretiens.

Il faut garder une pluridisciplinarité dans l'équipe, le médecin y a certes sa place, mais il ne suffit pas. Dans l'étude de faisabilité d'une salle de consommation en Belgique, le médecin n'a pas été cité comme indispensable, cela à cause de son coût (6) Il reste tout de même important qu'un médecin supervise la SCMR (19).

Bien souvent, les professionnels rencontrés dans une SCMR sont les professions médicales (infirmier et médecin si le budget le permet) et les travailleurs sociaux (éducateur, assistant social). On y retrouve souvent des personnes spécialisées en santé mentale. Cette compétence trouve tout son sens quand on sait que les problèmes psychiatriques sont fréquents chez les usagers (3). C'est pourquoi certaines SCMR travaillent même avec un psychiatre dans l'équipe.

De plus, la SCMR doit faire partie d'une stratégie locale de la prise en charge de la consommation de substances illicites (6). Des études ont suggéré que, sans cette prise en charge intégrée dans un programme global de prise en charge de la toxicomanie, on ne peut pas répondre correctement aux dommages individuels et collectifs lié à la consommation (20). C'est d'ailleurs ce que nous retrouvons dans la configuration prévue pour Charleroi. Le Comptoir est régulièrement en contact avec les différents partenaires qui l'entourent. Ce partenariat sera reconduit et renforcé lors de sa transformation en SCMR. Le projet fait, par exemple, partie du plan Drogue du CPAS de Charleroi. Ce plan a été créé en 2017 et regroupe

un ensemble de services, qui de près ou de loin, s'intéresse à la problématique des assuétudes dans notre région. Notre consultation doit s'intégrer dans les différentes initiatives qui nous entourent, il est essentiel de s'y intéresser pour permettre une meilleure collaboration et donc une meilleure prise en charge des personnes.

7.2.2 Comment atteindre cette population décrite comme marginalisée ?

Les SCMR sont inscrites dans un programme de réduction des risques. Celle-ci se situe au « bas seuil », c'est par définition l'endroit idéal pour accrocher les populations les plus marginalisées dans les soins de santé habituels.

Une étude de faisabilité pour la SCMR de Charleroi (21) a été réalisée en 2010, celle-ci a interrogé 58 usagers et leur a demandé le type de personnes qui pourrait, selon eux travailler dans cette institution. Les premiers étaient bien évidemment les éducateurs. Les médecins arrivent en seconde position avec 44% des votants.

Dans cette même enquête, on peut lire que : « 57% estiment que l'intérêt d'une salle est de pouvoir consommer dans des conditions hygiéniques, 39% notent l'aspect sécurisé, 34% le matériel disponible, 27% l'aide en cas d'overdose et **27% l'aide médicale** » (3). Seulement 27% des usagers interrogés estiment que l'intérêt d'une salle de consommation est de donner accès aux soins de santé. Ces résultats peuvent remettre en doute la place du médecin dans la SCMR. Cependant, on est face à une population qui, souvent, ne comprend pas l'intérêt d'une consultation ou d'un suivi médical. Il suffit de travailler quelques jours dans une SCMR ou un comptoir pour comprendre que ces personnes sont souvent ancrées dans le « cercle de la consommation » et qu'ils en négligent leur santé.

Ces deux derniers paragraphes montrent toute la complexité de notre travail. Il faut rester humble et comme cité lors d'un des FG, le médecin reste une option envisageable pour l'utilisateur et non un passage obligatoire. La SCMR n'a pas comme vocation première de fournir une consultation médicale mais travailler avec un médecin permet de donner un accès « direct » aux soins et ainsi permettre de les réconcilier avec le système de santé. Toutefois, il faut pouvoir adapter sa pratique au cas contraire, l'objectif ne sera pas atteint et le médecin risque de jouer un rôle de figurant.

7.2.3 Le médecin a-t-il sa place hors du cabinet de consultation ?

Comme dit plus haut, la plupart des usagers ne feront pas la démarche « d'aller voir le médecin ». Le médecin doit sortir de son espace et aller à la rencontre des usagers. L'espace de détente est un lieu propice à la discussion et peut permettre de faire connaissance avec les usagers. C'est d'ailleurs ce que font tous les médecins interrogés pour l'enquête.

Une étude réalisée en 2008 explique que beaucoup d'usagers soulignent que la seule raison qui les a poussés à rencontrer un professionnel de la santé dans une SCMR est qu'un membre du personnel de la SCMR les a convaincus d'y aller (9). Suivant cette logique, il est intéressant que le médecin sorte de son cabinet pour aller directement à la rencontre de ceux-ci.

De plus, nous pouvons profiter de notre regard de médecin et repérer certaines personnes dans le besoin de soins médicaux et essayer de les convaincre de consulter. Cette présence hors du cabinet permet de donner une image d'intervenant « comme les autres » et ainsi de sortir des représentations de certains usagers. Ça permet de renforcer ou de créer une relation de confiance avec l'utilisateur. Elle rassure l'équipe et permet de créer des liens avec celle-ci.

Le sujet reste plus délicat en ce qui concerne le lieu de la consommation. Ici, tout va dépendre de l'attitude du médecin. La question a été posée de façon informelle à quelques usagers et la tendance générale était de dire que ça ne dérange pas de voir un médecin dans l'espace de consommation si celui-ci a un regard neutre et n'est pas dans le jugement de ce qu'il voit. Ce dernier commentaire est cité ici à titre indicatif, aucune méthodologie n'ayant été appliquée. Cette hypothèse mériterait d'être vérifiée par une enquête.

Si nous nous accordons à dire que le médecin a toute sa place dans l'espace de consommation, ceci expose le praticien à un possible dilemme. En effet, il n'est pas rare qu'en consultation, le patient livre des informations qui pourraient être une contre-indication à la consommation. Or, il risque de croiser ce même usagé occupé à consommer dans l'espace dédié à cet effet. Ce qui mettrait les deux protagonistes dans une situation inconfortable. Le lieu de consommation n'est sans doute pas l'endroit pour parlementer. Le risque étant que le consommateur ne se sente plus serein pour consommer et retourne le faire dans la rue.

N'oublions pas que le patient doit rester libre de ses choix. Il est préférable de voir l'utilisateur consommer dans un lieu sécurisé comme la SCMR plutôt que de consommer dans la rue. Le médecin doit donc sortir de ses a priori et accepter que le patient ne respecte pas ses conseils.

En résumé, différentes approches ont été proposées pour réussir à atteindre cette population. Sortir de son cabinet est l'une d'entre elles. Mais il est préférable de favoriser le contact dans l'espace de détente plutôt que dans celui de consommation. Si nous n'arrivons pas à attirer plus d'utilisateurs afin de nous rencontrer, nous passons à côté d'une de nos missions les plus importantes.

7.2.4 La communication au sein de l'équipe et éthique professionnelle

Le médecin doit-il prévenir l'équipe s'il y a danger lorsque le patient consomme ? Quelle place doit-il occuper dans ce cas particulier ? Cette question reste sans réponse, ce genre de situation reste anecdotique et doit être jugée au cas par cas.

La communication dans l'équipe est la base d'une coopération de qualité. Nous sommes ici confrontés à une institution avec différents corps de métiers travaillant ensemble autour d'une même personne qui est l'utilisateur de drogues. Tous les professionnels sont placés sur le même pied d'égalité. Chacun reçoit des informations différentes venant de l'utilisateur. Il est quelquefois important de les partager. Mais comment traiter ces informations et quand les communiquer ? Ceci est encore plus compliqué quand on parle de données médicales sachant que celle-ci sont soumises au secret professionnel. Les informations sur le patient ne doivent être communiquées si et seulement si c'est dans l'intérêt du patient.

Rappel de la législation :

Article 458 du code pénal : *“Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes, dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent à cinq cents euros. » (22)*

Cependant, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, nous permet de partager certaines informations si l'objectif est de nature professionnel. Cela permet d'utiliser ces informations pour augmenter l'efficacité du travail d'équipe.

Pour que le secret soit partagé, il faut répondre à certaines conditions (22) :

- *« Obtenir l'assentiment de la personne concernée*
- *Ne partager qu'avec d'autres personnes tenues au secret professionnel*
- *Ne partager qu'avec d'autres professionnels poursuivant la même mission*
- *Partager uniquement les informations strictement nécessaires ou utiles »*

Le cadre de la SCMR entre parfaitement dans les conditions du secret partagé si et seulement si le patient donne son accord.

Le patient doit être au courant, dès son arrivée, que certaines informations peuvent être partagées dans l'équipe. L'idée proposée ici est d'inclure cette notion dans la charte de la SCMR que l'utilisateur signe à son arrivée. De plus, le patient doit garder la possibilité de ne pas permettre le partage des informations qu'il juge privées.

Certains prendront le pli de dire que l'information est partagée dans l'intérêt du patient et qu'il n'est donc pas nécessaire de le tenir informé. En prenant ce point de vue, nous estimons que les travailleurs sont aptes à juger ce qui est bon ou non pour le patient.

Ma position est de dire que nous travaillons dans un système basé sur la réduction du risque et du non-jugement. Or, même si une personne est dépendante d'une substance elle n'est pas pour autant incapable de juger ce qui est bon ou non pour elle.

La prise de substance est, pour certaines personnes, la seule réponse trouvée à un problème physique ou psychique. Elle n'en reste pas moins le témoin d'une démarche active de l'utilisateur pour sa santé. Malheureusement, celui-ci se retrouve face à un effet secondaire qui n'est autre que la dépendance.

Dans ce contexte, l'utilisateur a montré qu'il est désireux de rester autonome et parfaitement capable de faire ses propres choix pour sa santé. Et nous devons respecter ce choix. Il faut rester attentif à ne pas entrer dans une médecine paternaliste qui pourrait brusquer

l'autonomie des patients. Imposer un secret partagé sans s'assurer du consentement éclairé du patient est une entrave au droit de celui-ci. Ainsi, le médecin peut avoir un rôle éducatif sur le plan éthique vis-à-vis de l'équipe et apporter un regard critique sur le fonctionnement interne de celle-ci.

7.2.5 Le médecin comme formateur au sein de l'équipe

Sur toutes les SCMR visitées, aucune ne mettait l'accent sur un possible rôle de formateur de celui-ci. Pourtant, toutes s'accordaient sur la qualité des compétences apportées par le médecin. Cette idée a émergé pendant les discussions avec les équipes mais ce n'est pas quelque chose qui est dit d'emblée, cela vient au fil des discussions presque systématiquement. Il ressort de cela que l'idée pourrait avoir un impact positif dans le fonctionnement des SCMR si une place de médecin formateur était mise en place. On voit souvent le médecin dans son rôle « classique » de soignant. Mais quand on travaille dans une équipe, ça peut être intéressant de faire profiter celle-ci des compétences médicales. Il ne faut pas oublier ici que l'équipe (éducateur, infirmier, assistant social, psychologue,..) ont aussi des compétences à partager et organiser un partage des connaissances renforcerait l'efficacité de la prise en charge des usagers. Quand cette idée de réaliser des formations internes est proposée, elle est tout de suite acceptée par les travailleurs. La place du médecin n'est donc pas seulement dans sa consultation mais aussi face à l'équipe. Il est garant du regard médical. C'est une place souvent oubliée mais essentielle.

Une parenthèse mérite d'être faite ici pour rappeler que le patient lui aussi a des compétences à nous partager.

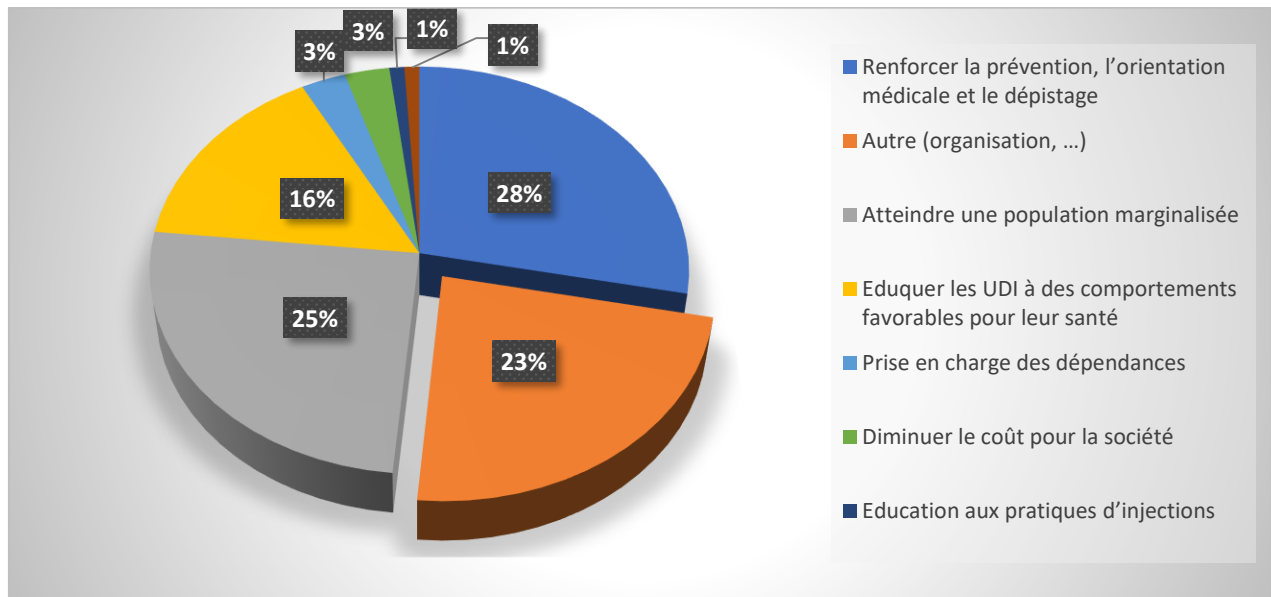
7.2.6 Dans quel objectif alloué à la SCMR le médecin a-t-il sa place ?

Il est difficile de trouver sa place si on ne sait pas quel est notre rôle. Autrement dit, dans quels objectifs intervient-on.

Les objectifs alloués aux SCMR ont été cités ci-dessus. Le médecin a un rôle à jouer dans chacun d'entre eux. Une analyse des résultats sur base de la technique d'analyse ancrée enseignée par le Dr. De Rouffignac a été réalisée sur l'ensemble des entretiens. Cette analyse passe par la création d'étiquettes reprenant les idées générales de l'enquête.

Pour la discussion, une seconde analyse a été réalisée, mais cette fois, en assignant chaque étiquette à un des objectifs alloués à la SCMR. Cette analyse permet d’avoir un regard sur le rôle principal que les professionnels attribuent implicitement aux médecins, et de cette manière de pouvoir quantifier les données sur un graphique.

FIGURE 1 : OBJECTIFS DE LA SCMR ABORDÉS DURANT LES ENTRETIENS



La catégorie autres regroupe toutes les idées discutées qui ne peuvent pas être affectées à un objectif. Cette catégorie est surtout occupée par les discussions qui concernent l’organisation au sein de la SCMR et les modalités de communications. On n’en parlera pas dans ce paragraphe.

On peut ainsi conclure que les tâches les plus souvent allouées aux médecins sont celles d’atteindre une population marginalisée, orienter médicalement les usagers, participer aux dépistages ainsi qu’un rôle important dans la prévention médicale.

Toutefois, certains rôles ont été peu discutés : ce travail ne parle pas du dépistage des hépatites et autres maladies infectieuses. En Belgique, la prévalence d’hépatite C chez les UDI oscille entre 47 et 85% (3). Le médecin garde une place importante dans ce dépistage et la réalisation d’un dépistage en SCMR est essentielle. L’impact des SCMR sur la transmission de ses maladies n’est pas clair, la littérature est pauvre sur ce sujet et juger de l’impact de la SCMR est difficile, cependant certaines études montrent un impact positif des SCMR sur le

partage de seringues ainsi que sur la diminution du taux de maladies infectieuses (HIV, Hépatite C) (14) .

Moins de 5% des informations récoltées parlaient de favoriser les programmes de prise en charge de la dépendance. Ceci est pourtant une des missions les plus importantes de la SCMR. On attribue ce manque au fait que les SCMR travaillent dans le non-jugement et sont souvent dans « l'acceptation de la consommation ». L'équipe, dont le médecin fait partie, vise une consommation contrôlée et non une abstinence. Pourtant, si une demande de sevrage est faite, les premières personnes à l'entendre sont les membres du personnel d'une SCMR. Il est donc important à rappeler que le médecin d'une SCMR a une place importante dans le sevrage des usagers si ceux-ci en font la demande. Cependant, beaucoup d'utilisateurs de la SCMR prennent un traitement de substitution mais continuent à s'injecter de temps en temps (par exemple 61.6% des usagers de la SCMR de Genève sont en traitement (3)). Il faut s'assurer une formation suffisante sur les différents produits de substitution et connaître le réseau qui entourent la SCMR. Bien que nous en ayons peu discuté, le médecin a une place essentielle pour la mise en route d'une tentative de sevrage chez un usager.

Etonnamment, la place du médecin dans les overdoses (OD) est peu débattue. Ce qui est logique quand on sait que toute l'équipe est formée pour réagir à cette situation. Il ne faut donc pas voir le médecin comme un urgentiste présent pour gérer les situations aiguës. Toutefois, sa présence rassure l'équipe et les usagers, et son intervention en cas d'OD reste utile.

8 Conclusion

La place du médecin généraliste dans une SCMR est essentielle. Ses missions sont riches et variées. Si on devait résumer son rôle, ça serait d'aider la SCMR à la réalisation de ses objectifs en termes de réduction des risques en apportant ses compétences médicales. Sa pratique doit s'adapter pour atteindre une population marginalisée, les places sont inversées par rapport à une pratique classique, dans une SCMR c'est bien souvent le docteur qui doit aller chercher le patient.

Ma conclusion serait incomplète si j'en oubliais de rappeler que le médecin fait partie intégrante d'une équipe sans rapports de supériorité entre les membres. Les membres de cette équipe voient le médecin comme un support, une aide dans leur pratique quotidienne.

Nous, médecins, devons trouver un équilibre entre le côté médecin et toutes les responsabilités qui en découlent et le côté travailleur de SCMR avec son volet plutôt social et empathique. Il faut rester proche des patients mais garder une certaine distance qui permet le bon déroulement de la relation thérapeutique.

Ce travail va servir de base de réflexion pour l'établissement de la future SCMR de Charleroi. La consultation médicale devrait être encore plus intégrée dans le projet. La manière de communiquer a aussi été repensée et une plage horaire est maintenant prévue pour que le médecin participe aux réunions d'équipe. De plus, une prise de conscience a été faite et les heures de présence du médecin seront réfléchies pour permettre à ce dernier de faire autre chose que de la consultation. Les différentes visites de SCMR ont permis de poser certaines questions pratiques. Les différents projets mis en place dans ces salles vont nous servir de base pour l'établissement de nos propres projets. Par exemple, nous envisageons d'ajouter une consultation de psychiatrie dans la SCMR.

Pour ma part, ce travail m'a donné une autre vision de ma mission comme médecin au Comptoir et bientôt dans la SCMR. Je pense que je vais mieux utiliser le temps que je consacre à ces institutions. Pour ma consultation, je la vois encore plus intégrée dans ce projet de réduction des risques et la philosophie de travail qui en découle. Réfléchir sur la particularité du patient rencontré en SCMR me permet de mieux aborder les possibles « échecs thérapeutiques ». Qui, finalement, ne sont jamais de vrais échecs, mais juste les témoins d'un premier pas vers une prise en charge de la santé de l'UDI ou du moins, vers une modification du mode de vie. Et si la prise du produit était la première étape de cette prise en charge de sa santé ? Cette hypothèse mériterait d'être abordée plus longuement.

Mais ce travail n'est pas fini, il serait intéressant de le confronter avec une nouvelle enquête qui interrogerait cette fois les usagers. Finalement, ce sont les mieux placés pour dire ce dont ils ont besoin. Beaucoup de données citées ici viennent d'interprétations ou d'expériences

vécues par les professionnels du secteur. Ces données mériteraient d'être confrontées au point de vue des usagers.

9 Bibliographie

1. **Baufay, François.** *SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUES (SCMR) : UNE TENTATIVE DE RÉPONSE PRAGMATIQUE À UN PHÉNOMÈNE MULTI-FACTORIEL.* s.l. : FEDITO BXL asbl www.feditobxl.be, 2018.
2. **POTIER, Chloé.** *Les centres d'injection supervisés : une revue systématique de la littérature.* 2014.
3. **Pottiez, F., et al.** *Salles de consommation à moindres risques : Note de synthèse.* Bruxelles : www.politiquedrogue.be, 2016.
4. **MacPherson, D.** *A Framework for action. A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver, Revised.* Vancouver : Drug Policy Coordinator, 2001, p. 85.
5. **F. AWADA, S. SCHERER, I. GREMY, H. HEURTEL.** *Salles de consommation à moindre risque Mise en œuvre et impacts.* PARIS CEDEX 15 : L'INSTITUT D'AMÉNAGEMENT ET D'URBANISME DE LA RÉGION D'ÎLE-DE-FRANCE, 2018.
6. **Laenen, Freya Vander, et al.** *Étude de faisabilité de salles de consommation à moindre risque en Belgique.* s.l. : Belgian Science Policy Office (BELSPO), 2018.
7. **INSERM.** *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris institut national de la santé et de la recherche médicale.* Paris : s.n., 2010. p. 592. ISBN 978-2-85598-878-0.
8. **E.Lloyd-Smith, et al.** *Determinants of hospitalization for a cutaneous injection-related infection among injection drug users: a cohort study.* s.l. : BMC Public Health, 2010.
9. *Access to health and social services for IDU: The impact of a medically supervised injection facility.* **W.Small, et al.** s.l. : Drug Alcohol Rev., 2009, Drug Alcohol Rev.
10. *Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users.* **E.Tyndall, et al.** 2007, Addiction.
11. **D.Hedrich.** *European report on drug consumption rooms.* Lisbon : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004. p. 96.
12. **L.Noël, et al.** *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée : Analyse critique de la littérature.* Québec : Institut National de Santé Publique du Québec, 2009.
13. **D.Barrett, N.Hunt et C.Stoicescu.** *Injecting drug use among under-18s.* London : Harm Reduction International, 2013.
14. *High prevalence of hepatitis C virus infection in Belgian intravenous drug users and potential role of the "cotton-filter" in transmission: the GEMT Study.* **Denis, B, et al.** 2000, Acta gastro-enterologica Belgica, Vol. 63, p. 147.
15. *L'ouverture de salles de consommation est un débat éthique.* **Avril, Elisabeth.** [éd.] SWAPS. 2012, Santé, réduction des risques et usages de drogues, Vol. 68, p. 9.
16. *Changes in supervised drug-injecting practices following a community-based educational intervention: A longitudinal analysis.* **S.Mezaache, et al.** 2018, Drug and Alcohol Dependence.
17. **Touboul, Dr Pia.** *Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale.* Nice : Département de Santé Publique CHU de Nice, 2011.
18. **Jacquemain, Marc et Fontaine, Sébastien.** *Analyse des résultats ~ Méthodologie de l'enquête.* Institut des sciences humaines et sociales, ULG. Liège : s.n., 2013. p. 63.
19. **BCCSU.** *Supervised consumption services: operational guidance.* British Columbia. Canada : Centre on Substance Use, 2017.

20. **Kennedy, M.C., Karamouzian, M. et Kerr, T.** *Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: a systematic review.* s.l. : Current HIV/AIDS Reports, 2017. pp. 161-183.
21. **BOONEN, Jérôme.** *Rapport de l'étude de faisabilité pour un « Local de consommation supervisé » à Charleroi.* Charleroi : B. De Clerck – Prévention Drogues Charleroi, Mars 2010.
22. **Christiane MARCHAL.** *Le secret professionnel partagé : PISTES DE RÉFLEXION POUR UNE BONNE PRATIQUE.* s.l. : AWIPH.
23. *Opioid system modulation of cognitive affective bias: implications for the treatment of mood disorders.* **Varastehmoradi, B., Wegener, G., Sanchez, C., Smith, K. L.** 2020, Behavioural Pharmacology, p. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32168024>.
24. *Analyse qualitative.* **De Rouffignac, Ségolène.** Bruxelles : UCL, 2020. Analyse qualitative.

10 Annexe 1 (questionnaire quantitatif)

Reproduction à l'identique du questionnaire distribué avant chaque Focus group

Questionnaire quantitatif (anonyme)

Age :

Sexe :

Formation :

Fonction exercée dans l'institution :

Années d'expériences :

11 Annexe 2 (Guide d'entretien)

(+/- 1h30)

NOTE : Avant tous les Focus groups ou Groupes focaux, je me suis entretenu avec les différents dirigeants des SMCR afin de poser quelques questions fermées.

- Combien de médecin travaillent dans l'institution ?
- Combien d'heures de consultation par semaine ?
- Comment est rémunéré le médecin ?
- Comment sont organisées les consultations ?

Toutes les personnes interrogées travaillent dans une SCMR ou un comptoir d'échange. Aucun critère de sélection n'a été imposé en fonction de la fonction exercée par ceux-ci. Le but étant que tous les intervenants soient représentés (éducateurs, infirmiers, travailleur sociaux, médecins...)

Introduction :

J'explique les principes et le but de mon TFE. Présenter ma question de départ.

J'explique le déroulement du Focus Group.

Pendant l'introduction, je distribue les questionnaires quantitatifs.

Attention, lors de tous les focus, je rappelle que celui-ci reste anonyme et je profite pour demander la permission d'utiliser un microphone pour les enregistrer.

Pour chacune des parties, j'ai présenté la question générale et puis posé les sous questions en fonction de l'évolution de la discussion.

Premier temps : Mise en place de la discussion, le but est ici de questionner sur le fondement de la présence du médecin.

Question ouverte générale / thème généraux	Sous-questions	Questions plus précises basées sur mes observations
<p><i>Pourquoi travailler avec un médecin ?</i></p> <p><i>Pourquoi pensez-vous qu'il faut ou pas un médecin dans une SCMR ? En quoi intervient-il dans la réalisation des objectifs alloués à une SMCR ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quels rôles donnez-vous au médecin, autrement dit, en quoi est-ce utile d'avoir un médecin dans l'équipe ? - Imagineriez-vous une SCMR sans médecin ? - Le médecin est-il un membre de l'équipe comme les autres ? 	<p>Le médecin a toujours été présent dans le projet, pourquoi ?</p>

Deuxième temps : Un temps de questionnement sur la place et le rôle actuel du médecin et sa consultation.

Question ouverte générale	Sous-questions	Questions plus précises basées sur mes observations
<p>Pour vous, la consultation de médecin répond-elle à vos attentes pour le patient ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Quels sont les avantages et inconvénients de cette consultation ? - Quand le médecin doit-il intervenir ? Doit-il y avoir une consultation d'entrée imposée aux UDI avant d'utiliser la SMCR ? 	<ul style="list-style-type: none"> - il n'y a pas de salle d'attente, est-ce voulu et pourquoi ? - J'ai constaté qu'il n'y avait pas de rdv, en quoi est-ce un avantage ou un inconvénient ?

	<p>- Comment la communication doit-elle se passer ? Quel est la place du secret partagé ?</p> <p>- le médecin a-t-il un rôle à jouer hors de son cabinet ?</p> <p>A-t-il sa place dans le lieu de consommation ?</p>	
--	--	--

Troisième temps : Question de fermeture (quelques minutes)

Un rêve pour l'avenir... Si vous deviez inventer le médecin/la consultation idéale pour ce genre d'institution que voudriez-vous ?

12 Annexe 3 : Retranscription du focus groups de Strasbourg

Mise en situation et explication du focus groupe et des différentes questions qui vont être posées.

Partie I

Pourquoi travailler avec un médecin ? Pourquoi pensez-vous qu'il faut ou pas un médecin dans une SCMR ?

- La consultation médicale a toujours été dans le projet dès le départ. Le médecin fait intégralement partie de l'équipe. C'est important de pouvoir proposer aux personnes, (que ce soit le médecin, travailleur social qui intervient, mais aussi le psychiatre et le psychologue) de pouvoir proposer aux personnes des consultations dans la semaine pour qu'ils puissent avoir un repère et pour qu'ils puissent répondre aux difficultés que rencontrent les personnes que l'on accompagne et puis toutes les salles de consommation qu'on a visitées avaient des médecins (rires).

Imagineriez-vous une SCMR sans médecin ? quel rôle lui donnez-vous ?

- L'association a toujours fonctionné avec des médecins et des consultations libres pour les personnes. C'est sans rendez-vous, et il n'y a pas d'obligation d'avoir la sécurité sociale, on s'est rendu compte que c'était primordial. Ce sont des patients qui sont souvent en très mauvaise santé et qui cumulent un peu les risques dans le sens où certains vivent à la rue et ont des pratiques à risques, et qui ont un parcours avec les institutions qui est parfois douloureux. Ils n'ont pas toujours un accueil comme la population générale, soit parce que les personnes qui accueillent sont dans les représentations de la personne qui se présente, soit parce qu'eux même ont des représentations sur les services qui peuvent les accueillir. Il y a donc des freins de part et d'autre. Et le fait qu'il y ait un médecin qui soit sur place et qui puisse répondre aux questionnements ou aux demandes de soins de la personne au moment où elle est là et aller vers elle, c'était vraiment l'idée de la présence médicale pour l'association. L'idée des salles de consommations, c'est de s'adresser aux personnes qui sont le plus éloignées des dispositifs déjà existants, c'était un présupposé de dire qu'on rencontrerait de nouvelles personnes, ça s'est avéré vrai. Malgré les 30 années d'expériences de l'association sur Strasbourg et sa visibilité dans le monde de l'addiction et auprès des usagers, nous avons rencontré plein de gens qui n'avaient jamais rencontré de professionnels et du coup, le fait que ce n'est que deux permanences par semaine (même si nous aimerions que cela soit tous les jours) c'est vraiment le médecin qui sort de sa consultation et qui va là où les personnes sont en train de consommer. Elles vont chercher du matériel et c'est primordial car même s'il y a des usagers qui se rendent en médecine générale, ce n'est vraiment pas la majorité.
- Les gens peuvent accéder facilement au médecin. Mais, si on voulait pousser un peu plus loin, ce qui serait vraiment intéressant, c'est que la personne soit vraiment dans le fonctionnement. Notamment en salle, il faut voir ce qui est le plus pratique, et là, le lien se ferait encore plus. Car il y a souvent des problématiques de santé qui sont souvent évoquées au moment de l'admission. Ce n'est pas toujours facile, même s'il y a 100 mètres, de mettre

les gens en contact avec le médecin. C'est valable pour les psychologues, et pour tous les corps de métiers.

- Moi, je pense que ça pourrait aussi être l'inverse, cela pourrait mettre des freins. Si le médecin était en salle, il y a des personnes qui pourraient se dire « attention, il y a le médecin qui est là » et alors avoir un comportement différent etc... , alors que du coup, on a tous, par notre fonction et nos personnalités différentes des accroches avec certains usagers et là, s'il y a des choses qu'on repère (car nous sommes quand même 12 collaborateurs) on peut orienter ou en parler aux médecins et leur dire d'aller vers eux, en expliquant ce qu'ils ont et en essayant de pas les brusquer. C'est au cas par cas, mais c'est aussi une manière d'orienter et d'amener doucement les personnes. Parfois des personnes qui sont là et demandent s'il n'y a pas un médecin.
- (médecin) Au tout début, j'étais parfois en salle, ça n'a pas toujours été évident, surtout avec les personnes qui sont au centre de soins, et quand ils me voyaient ici alors qu'on devait parler traitement de substitution, cela créait des petits conflits: certaines personnes m'ont dit « ah si vous êtes là, je n'y vais pas ». C'est vraiment à double tranchant.
- Ce sera différent par exemple, s'il y a un médecin qui sera temps plein ici et qui ne ferait que ça. Parce qu'ici le médecin a une double casquette.
- Je tiens à dire que même historiquement, ce sont les médecins qui ont aidé à la réduction des risques, avec notamment « médecins du monde ». Et puis, avec tout le travail social qui s'est rajouté ... C'est un point de vue qui est discutable. (Les autres contestent la réponse concernant médecin du monde).
- Le médecin fait intégralement partie de l'équipe
- Pour le choix, si on en revient avec la salle de consommation, pourquoi a-t-on choisi un médecin. On a eu une grande discussion autour de la question du soin ici, on a, avant l'ouverture, visiter les collègues dans d'autres pays, etc... et on s'est inspiré de certaines choses. Mais il y a aussi des modèles qu'on ne voulait surtout pas, c'est à dire justement ne pas se contenter de faire de la réduction des risques. Parce qu'il y a beaucoup de dispositifs ou, des personnes usagers viennent simplement, consomment et repartent. Même s'il y a une consultation médicale, ils ne viennent finalement que pour l'urgence sans accompagnement vers le soin. Et c'est surtout ça notre spécificité depuis toujours : la réduction des risques, oui, mais on ne s'est jamais contenté de ça. On a toujours accompagné les personnes vers là où elles souhaitaient et surtout en favorisant cette qualité de vie, de soins et de santé. Et l'autre élément, j'en parlais rapidement tout à l'heure, quand on lit « salle de shoot » par exemple, « en salle de consommation, moins de risque » en vendant le volet sanitaire et le volet soins. Même si ce n'est pas la raison pour laquelle on accompagne ici, c'est un élément qui est important dans le débat.
- Le choix qu'on a fait nous, c'est de mettre l'accent sur le volet accès aux soins et santé publique, mais c'est aussi comme ça que c'est pensé à la différence d'autres pays. En France, de par les textes réglementaires, c'est réduction de risques, accès au droit et accès aux soins. Alors, cela ne passe pas nécessairement par une consultation médicale, mais c'est quand même mieux. Il faudrait revoir dans les textes, et si ça vous intéresse, vous pouvez replonger dedans pour voir comment est prévu le médecin ou la consultation médicale. Et après, c'est à chaque structure de l'organiser comme elle l'entend. Là, ici à ITAC on a une expérience, on a toujours eu des médecins. Il n'y avait aucune raison de s'en passer au sein de la salle de consommation. Ce sont peut-être les modalités qui sont un peu différentes, dans la mesure où, ici, c'est vraiment un dispositif de première ligne. La consultation, c'est quelque chose de plus souple, très accessible, sans rendez-vous, sans aucune obligation, en respectant la

temporalité des personnes. De ce fait, on est moins doté puisque la salle de consommation se veut en amont. Du coup, on est moins bloqué en terme de temps, et on fait ses deux permanences, on pourrait augmenter, mais pour l'instant, ce n'est pas dans l'ordre du jour.

- Moi, je voulais juste intervenir par rapport à des choses qui ont été dites. J'ai une expérience dans la salle de consommation de Paris dans le cadre d'échange où j'ai été une semaine et il y avait aussi un interne en psychiatrie qui intervenait, car, lui aussi cherchait des éléments pour un mémoire. Et en discutant avec l'équipe, il est ressorti que le psychiatre voyait des choses et des comportements en salle et du coup, il allait vers les gens en ayant repéré des symptômes et allait vers les gens en demandant s'ils pouvaient se rencontrer. Cela me fait me poser des questions sur le fait de laisser les personnes investir un projet de soins eux même et que ce ne soit pas quelque chose qui soit projeté par le médecin. En ce qui le concerne, l'avantage est qu'il ne restait pas sur la durée, à ce moment-là. Il faisait des petites choses, mais je me suis dit que ça pourrait créer aussi des difficultés parce qu'en salle, sous toxique, souvent des symptômes psychiatriques peuvent être déjà présents, sont un peu exacerbés et il y a ce filtre du fait qu'on le relate en réunion aux personnes et avec nos propres barrières et on essaye d'accompagner la personne, mais c'est vraiment délicat. Il faut voir quels enjeux sont derrière, il faut éviter que soit nous qui projetions des choses sur les gens. Tandis que, quand c'est le psychiatre ou le médecin qui est directement présent sur le lieu...
- Il faudrait peut-être plus proposer aux gens sans qu'ils ne le sentent ... voilà. (??)

Partie 2

Pour vous la consultation de médecin répond-elle à vos attentes pour le patient ? En quoi intervient-il dans la réalisation des objectifs alloués à une SMCR ?

(Silence, je décide de passer aux sous questions pour y revenir après)

Sous question : est-ce qu'un médecin est présent quand un patient s'inscrit ? Quand le médecin doit-il intervenir ? Doit-il y avoir une consultation d'entrée imposée aux UDI avant d'utiliser la SMCR ?

- On présente tout ce qui se passe ici et on dit qu'il y a un médecin.
- Cela pose tout de suite le contexte médical. Alors que c'est normalement un des intervenants qui va rencontrer les personnes nouvellement arrivées pour lui expliquer le fonctionnement et ce dont elle peut bénéficier. Mais, le médecin est une option possible, un service parmi d'autres. Ce n'est pas l'une des premières personnes qu'il va rencontrer
- En général, c'est pousser à l'échec, je trouve. Susciter l'envie chez la personne d'aller chez le médecin, cela fonctionne beaucoup mieux que de lui imposer. On le voit aussi dans le cadre des entretiens d'admission pour les traitements de substitution, ils doivent voir le médecin, et ce n'est pas toujours évident. Principalement pour la première rencontre avec le médecin et de lui raconter... c'est aussi différent, car il y a l'enjeu du traitement. C'est ramener aussi l'utilisateur à sa condition de malade et de patient, alors que quand ils franchissent la porte d'une salle de consommation, ce ne sont pas des malades. On est beaucoup axé sur la part soins, mais on a aussi l'accès au droit, ce sont des personnes comme les autres qui ont le droit d'avoir de la dignité même dans leur consommation. Ils ont le droit d'avoir un lieu respectable pour consommer.

- Je suis assez d'accord avec ça, et il ne faut pas non plus oublier qu'il y a des gens qui viennent et que pour eux, c'est déjà un effort, parce que là, on parle aussi des gens que l'on accueille et qui sont à la rue et dans des situations compliquées. Mais, il y a aussi beaucoup de gens qui viennent uniquement pour prendre du plaisir. Et du coup, de mettre tout de suite un médecin à l'entretien, dans l'idée de poser des questions assez médicales, je pense que ce n'est pas du tout adapté car il y a des gens qui n'ont pas du tout cette demande, qui ont déjà un médecin traitant, et ce sont des gens à qui ça va faire peur. Ils veulent venir, consommer, repartir et c'est tout, et, finalement le lieu est là pour ça aussi. Il ne faut pas oublier cette tranche de personnes qui ont une vie « classique » et sont déjà suivies.
- J'ajoute que nous sommes une association médico-sociale et que du coup, on est effectivement dans l'enceinte de l'hôpital civil de Strasbourg et que très souvent, il y a des personnes qui ont peur de pousser la porte, pensant qu'on fait partie de l'hôpital, alors que ce n'est pas le cas. On met déjà un peu de temps à déconstruire ça. Pour certains, aller à l'hôpital, voir un médecin, parler de soi et de ses problématiques, c'est compliqué. Ce n'est donc d'emblée, pas ce qu'on veut leur montrer de prime-abord, dès l'accueil, je pense que ça pourrait faire plus peur qu'autre chose.

Sous question : Au niveau de la communication, dossier médical, etc... quelle est votre conception du secret médical ? Je sais qu'ici, vous communiquez énormément. Dans d'autres salles, il y a des médecins plus salariés qui viennent juste prester une heure et ont le sentiment de ne pas faire partie de l'équipe. Est-ce que vous trouvez que c'est bien de partager toutes les données ? Est-ce que vous trouvez qu'il doit y avoir des limites ?

Martine : Par exemple, le médecin découvre en consultation qu'un usager a l'hépatite, ou bien qu'une femme est enceinte mais elle ne sait pas encore si elle veut garder le bébé. Comment partage-t-on les informations ?

- Concernant la question de la femme enceinte qui n'a pas envie de le dire, je lui explique quand même qu'on est une équipe et que je ne suis pas là tous les jours, que les autres personnes sont là pour prendre soin d'elle. Et que pouvoir le dire, c'est aussi s'occuper de sa sécurité et de son soin, qu'on ne l'obligera ni à arrêter de consommer ni à faire telle chose, mais que l'équipe entière est là pour l'accompagner. Et pour les autres choses, c'est pareil.
- On part aussi du principe que dès qu'on a l'accord du patient, on peut travailler en équipe.
- C'est surtout qu'en fait, les situations, dès lors qu'elles sont médicales, sont intrinsèquement liées à du social aussi, puisqu'il y a l'accompagnement qui va avec. Chez une femme enceinte, il faut des traitements et comme nous avons des personnes qui sont à la rue ou dans des situations de précarité, de toute façon, nous sommes amenés à savoir. Parce que lorsque nous faisons des demandes d'hébergement un peu spécifiques, on va aussi parler des différentes pathologies sans être dans l'expert, puisqu'après, il y aura l'expertise du médecin et on est forcément au courant. Et je pense que c'est un peu entendu parce qu'on est, comme le disais Aline, médico-social. Donc, on a les informations nécessaires pour travailler, mais il y a des choses qu'il n'est pas nécessaire que tout le monde sache.
- Ça peut aussi être valable dans l'autre sens, il y a des choses que vous apprenez et qu'ils ne veulent pas que le médecin sache.
- C'est à dire que ça va plus souvent dans ce sens-là, je prends l'exemple très fréquent, la question des consommations alors qu'ils sont sous traitement. Quelqu'un consomme de l'héroïne alors qu'il est sous méthadone. On le sait, alors, on doit lui donner des conseils de

réduction de risques pour éviter qu'il ne fasse une overdose. Et souvent, ils demandent de ne pas en parler au médecin. Ça arrive aussi que la personne souhaite que nous en parlions car elle n'y arrive pas. Il y a aussi des personnes qui disent à un éducateur spécialisé qu'il a un abcès, il y a un infirmier juste à côté, ce n'est pas forcément une mauvaise adresse, c'est parce que c'est plus facile. Nous sommes aussi dans un domaine où il y a beaucoup de culpabilité, de honte, de représentation des personnes que l'on accueille. Du coup, ils n'osent pas dire les choses et c'est un travail de susciter l'envie d'aller en consultation médicale ainsi que la confiance, le fait qu'ils peuvent partager des choses qui ne remettront pas en jeu leur présence ici ou leur accès au traitement.

- Pour nous, c'est une question qui nous traverse au quotidien. Récemment j'ai eu une situation où une personne avait le VIH et avait donné son accord pour discuter des choses. Et finalement, le fait qu'on se saisisse de ces questions en équipe, que la personne aie plusieurs retours, son traitement n'est pas adapté, ses marqueurs ne sont pas hyper stabilisés, donc il y avait beaucoup d'inquiétudes à cause de ça et deux/trois collègues ont été vers lui et ont eu une attention particulière et il peut y avoir un moment de saturation chez la personne. On essaye de juger si ça vaut le coup qu'on en parle en équipe. C'est délicat, et on voit parfois que ça ne fonctionne pas. Dans ce cas, on essaye de revenir plus subtilement. On n'a pas encore trouvé les bonnes règles pour ça.
- C'est parce que on n'a pas spécialement des référents par rapport à des cas.
- Nous travaillons dans le cadre du secret partagé. Après, la question porte sur le mode de diffusion des informations et à qui, dans la mesure où il n'y a pas de référents. C'est en train de se mettre en place de manière informelle, mais ce n'est pas défini de la même manière qu'au centre de soins tel qu'on l'a pratiqué jusque-là où il y avait des personnes désignées avec l'accord du patient. On avait vraiment des personnes identifiées qui passent les informations pour l'utilisateur, pour le patient, même si effectivement l'entièreté de l'équipe peut avoir accès, dans le cadre des réunions cliniques. Je me fais la réflexion que peut-être que le système de référents balise davantage le mode de diffusion des informations, le fait que ça soit partagé dans l'équipe. En plus, dans la mesure où nous sommes ouverts 7 jours/7, il y a beaucoup d'intervenants qui assurent le fonctionnement quotidien. Il y a des collègues qui sont là temps plein, d'autres à temps partiel, d'autres encore que ponctuellement. Même ceux qui ne sont là que ponctuellement participent aux réunions pour participer à la réflexion générale, mais il est vrai que parfois, dans certaines situations, ça peut être mal vécu par certains usagers.

Sous question : C'est une question que vous vous étiez posée avant ça, de décider si vous deviez désigner des référents, ou pas ? Ou bien, finalement, nous arrivons avec cette question-là aujourd'hui et c'est parce qu'on vous la pose que vous y réfléchissez ?

- Par moment, on a tenté ça sur des situations médicales d'avoir un peu plus de référents, mais c'est difficile car comme on travaille autour du lien avec la personne, il suffit qu'il y ait des choses clés qui se passent à un moment où un collègue est en congé que nous sommes passé de ce système à un système de référents qui communiquent. Ce n'est pas vraiment un référent identifié, c'est une personne avec qui l'utilisateur s'investit plus. Et naturellement si ce collègue n'est pas là, il va essayer de trouver une autre personne avec qui ça passe bien.
- Des collègues interviennent par roulements, il y a certaines semaines où ils sont là du lundi au vendredi et d'autres fois, ils sont là lundi - mardi - pas le mercredi - jeudi - vendredi - samedi-dimanche. Parfois, ils ne sont pas là deux jours et la structure continue de

fonctionner. Certains collègues n'interviennent qu'à temps partiels et sont là, par exemple, le lundi et le jeudi. Et en plus de cela, même quand les collègues sont sur place, on change les postes toutes les heures pour éviter la lassitude et pour aussi garder une attention constante sur les différents dispositifs. Mais voilà, ça « hache » un peu le travail que l'on peut faire, même si, de plus en plus, on s'autorise à ne pas tourner exactement quand il le faudrait parce qu'il y a quelque chose qui se met en place, etc... On essaye de favoriser, quand on est à plus de cinq (cinq étant le minimum d'intervenants dans le fonctionnement) qu'il y ait des accompagnements qui soient possibles vers l'extérieur, mais cela reste dépendant du planning. Dans une relation comme ça, qui est assez au jour le jour et dans l'instantanéité, ce qu'on remarque avec les patients qu'on accueille, c'est qu'on aimerait bien qu'ils puissent y avoir des référents, parce que l'information, à force de répéter les choses, ça se perd ou se transforme et on perd peut-être en efficacité. Mais d'un autre côté, avec des référents, dans le principe une salle de consommation doit avoir beaucoup d'adaptabilité, parce que Les patients sont dans une situation très intense, très changeante et il faut que l'on essaye de s'adapter, que cela soit dans les consultations médicales ou dans la manière dont on intervient. Ce n'est pas à nous d'essayer de faire rentrer les personnes dans une case, c'est nous qui essayons de les accueillir un maximum comme elles sont dans leur globalité et de proposer des choses qui sont parfois un peu étranges. On avait des protocoles comme ça à l'ouverture, mais qu'on va devoir remettre en cause au bout de 3 ans. Parce qu'on se rend compte que les réalités qu'on peut absorber dans un centre de soins ou dans un cas rude, les personnes qui franchissent la porte des soins sont déjà dans une étape autre que les personnes que l'on accueille ici. Elles ont leurs pratiques et si on ne les accepte pas, on aurait tout faux et elles ne reviendraient plus.

- Peut-être que c'est aussi le cas en Belgique, mais ici, l'anonymat dans l'accueil des personnes, ça aide déjà. Quelqu'un qui va à l'extérieur devra montrer sa carte vitale, alors parfois ils n'en ont pas donc c'est réglé, mais ils doivent décliner une identité. Pour nous, l'accueil anonyme facilite certaines choses, comme rencontrer un médecin, parler de ses problèmes à un infirmier sans savoir qui est vraiment la personne. Tu n'as pas de rendez-vous, tu n'as pas d'argent, etc... tu peux venir...
- Oui.

Sous question : Encore une autre question concernant la consultation : Quelles sont, pour vous, les forces et les faiblesses de la consultation ? Qu'est-ce qui marche bien ou pas ?

- Je trouve que les faiblesses, c'est qu'il n'y en a pas assez (rire).
- Je trouve que la force c'est le « sans rendez- vous ».

L'assemblée confirme à l'unanimité.

- les personnes, même si elles sont demandeuses d'un rendez- vous, nous leur répondons en leur indiquant les jours et heures où le médecin généraliste ou le psychiatre seront présents, et qu'en fonction de la demande, elle sera vue dans l'après- midi. Cela permet de ne pas mettre d'heure fixe, qui n'est pas souvent respectée. Or, le pire, c'est quand les gens ne la respectent pas, ils n'osent plus venir.
- Et que le médecin partage aussi des moments de convivialité, parce que de temps en temps, quand elle n'a pas de rendez- vous, que ça ne s'enchaîne pas, elle sort, elle est présente ici sur cet espace et non pas forcément sur les espaces qui sont prévus pour la consommation

mais ici qui est plus un espace de vie. Ou la consommation n'est pas en premier plan. Et cette présence lui permet, ne serait-ce que de présenter le médecin, de voir qu'on peut partager ces moments de convivialité ensemble et que c'est une personne plus accessible.

- Je trouve aussi important qu'il n'y ait pas de salle d'attente. Ici, l'espace est bien pensé parce que le bureau est là. Il y a l'espace d'accueil qui est ici mais la personne n'est pas forcément là, donc on fait un petit tour en saluant tout le monde. La personne est peut-être en train de fumer, on revient. Je trouve que ça circule bien, c'est plutôt bien aménagé. Et les personnes ne sont pas forcément dans un endroit où il est écrit dessus « j'attends le médecin » ... On peut bien attendre le médecin en buvant un café, en fumant une cigarette, en demandant du matériel, en allant s'injecter... Je trouve ça plutôt chouette de casser ce truc-là. Tout le monde n'a pas à savoir qu'untel attend le médecin, je trouve qu'en terme de confidentialité et d'anonymat, on est dedans.
- Nous avons parfois des couples qui viennent, quand la personne est en salle de consommation, l'autre peut voir le médecin plus discrètement.

... (pause)

- Mais la force c'est aussi les personnes qu'elle incarne, c'est, comme on disait avant, dans la manière d'aborder les personnes, ne pas forcer les choses. On n'arrive pas avec la grosse casquette et les gros sabots de médecin. On rencontre d'abord la personne avant de parler du corps. Maria, qui est médecin psychiatre a dû imaginer faire sa fonction différemment. C'est à dire sortir du bureau, boire du thé devant la structure puisqu'elle ne fume pas, elle est venue avec son chien à un moment. C'était l'idée de créer des conditions pour se rencontrer, surtout que les usagers ont une appréhension des psychiatres, ils ont tendance à fermer la porte tout de suite.
- Quant à la faiblesse, c'est concernant les temps de consultation, avoir des temps de forums est quelque chose qu'on devrait développer plus.

Question : qu'entendez-vous par forum ?

- Bien que le médecin, la psychiatre ou même les infirmiers ou autres, aient des temps d'information générale sur un thème qui préoccupe les usagers et selon leurs choix. On l'avait fait à propos des nouveaux traitements pour l'hépatite. Il y a eu des petites choses, mais il faudrait que cela soit plus régulier et qu'il y ait des professionnels différents pour susciter l'intérêt dans un domaine. ça permettrait encore aussi de faire se rencontrer les personnes puisque les médecins se seraient rencontrés encore autrement qu'en consultation.
- De plus le médecin pourrait organiser des formations pour l'équipe.

L'assemblée approuve

Question : être dans un hôpital a des avantages et des inconvénients. Pour la consultation, est-ce qu'il y a des éléments extérieurs qui sont des avantages ? Comme par exemple, ici, d'être dans un hôpital, est-ce que c'est plutôt avantageux ? Désavantageux ? Quels éléments extérieurs peuvent faire qu'une consultation peut bien se passer ou moins bien se passer ?

- Beaucoup pensent que le fait d'être dans un hôpital, c'est pratique pour les situations d'urgence, ce n'est pas du tout le cas chez nous, ce ne sont pas les urgences de l'hôpital qui se déplacent, c'est le quinze qui se déplace, dans un quartier tiers, qui vient et à un quart

d'heure de route. C'est vrai que ça passe plus vite quand on doit accompagner aux urgences somatiques, même quand nous ne sommes pas nombreux, on peut partir à pied les accompagner physiquement, on peut les accompagner à pied aux urgences psychiatriques qui sont juste à côté. On peut aussi leur rendre visite dans les services hospitaliers quand ils sont hospitalisés assez aisément car ce n'est pas trop une activité physique. Ça a suscité beaucoup de questions sur le personnel médical qui est venu visiter. C'est intéressant parce dans les personnes qui ont des représentations, le personnel hospitalier arrive en tête.

Les autres personnes rejettent un peu cette dernière remarque.

- Si, pour moi ils arrivent en tête car ce sont des personnes qui ont des formations et que c'est du public qu'ils accueillent et sont du côté des soins comme nous.
- Historiquement aussi, il faut dire que dans l'enceinte de l'hôpital civil de Strasbourg, il y a pas mal de bâtiments qui sont désaffectés, qui sont squattés et occupés par des personnes qui consomment depuis longtemps. Pour certains, c'était déjà leur territoire. De ce fait, il est vrai que le personnel des services extérieurs a pas mal de représentations et est stigmatisant pour les personnes consommatrices. Du coup, c'est tout un travail qu'on a du faire et que nous continuons de faire tous les jours. Nous avons des partenariats qui se mettent en place à force d'être en contact pour telle ou telle situation, il y donc parfois des choses qui se débloquent, d'autres choses restent compliquées même si on accompagne les personnes. Quand les effectifs le permettent, on va à l'extérieur et on est visible de certaines personnes qui travaillent dans l'hôpital, on va dans le nouvel hôpital civil, là où il y a les nouveaux services pour demander à l'accueil s'il y a eu des soucis avec des consommateurs, s'il y a du matériel qui traîne, s'il faut qu'on vienne en aide. En clair, on est en contact. Ce n'est pas simple tous les jours, je pense qu'il y a pas mal de choses à déconstruire, mais le temps fait que ça va se faire !

Partie 3 :

Pour clôturer : Est-ce que vous avez un rêve pour l'avenir ? Quelque chose que vous idéaliseriez ? Avez-vous des conseils à nous donner ?

- Forcément, vous avez visité les locaux du dessus et on pense à l'hébergement. Parce que malgré le fait d'avoir une équipe soignante : des infirmiers et même les travailleurs sociaux, qui font partie de l'équipe soignante, pour moi, l'accès aux soins reste assez compliqué pour certains. Il y a parfois des soins à faire qui sont impossibles, on essaye de comprendre quels sont les freins. Est-ce qu'il faut que l'on soit plus présent ou, au contraire, on l'est trop et ça met trop de pression ? Donc, notre pari et rêve futur dans l'association est de pouvoir les accueillir dans un dispositif d'hébergement et qu'elles obtiennent toutes les bénéfices à être hébergé, de pouvoir accéder à des sanitaires et à des repas, en plus d'un accompagnement médico-social.
- Le dimanche, il n'y a pas de médecin généraliste, mais on fait quand même beaucoup d'accompagnement ce jour-là, du coup la question du soin, vu que c'est un jour isolé dans la semaine où il n'y a accès à aucune permanence médicale, sauf les urgences, c'est ce jour-là où il y a parfois plus de problèmes. Il y a le manque mais aussi d'autres problématiques qui ressortent
- Non, c'est le manque de médecin, du coup, ils angoissent devant les petits trucs. C'est compréhensible aussi.

- La temporalité est différente. ?
- Il faut être plusieurs médecins, c'est important dans l'organisation et dans l'échange. Les problématiques sont partagées. Il n'y a que deux permanences médicales mais on a des médecins qui même quand ils ne sont pas présents sont très disponibles, on peut s'échanger des mails, des textos, etc.. et avoir un soutien. C'est un vrai plus car on ne se sent pas isolé non plus, et savoir que l'on peut potentiellement faire appel à quelqu'un est très rassurant.
- Dans l'idéal, il faudrait des spécialistes, notamment un chirurgien dentaire, un gynéco, un neurologue, etc... Car par exemple, dans les salles de consommation de cocaïne, on a plein d'utilisateurs qui font des crises d'épilepsie, ... Et ce qui est important aussi, c'est de ne pas mettre de blouse blanche.

Remerciements de la part de Jordan