

Usager·ères de drogue âgé·es : faire face au « boom »

COMPTE-RENDU DE L'ATELIER 4 DU MÊME NOM, RÉDIGÉ PAR CÉCILE BÉDUWÉ

« La proportion de personnes âgées au sein de la population des usager·ères de drogues augmente en Europe »³⁹⁾. En Belgique, le vieillissement de la population en traitement pour une consommation problématique de drogues, notamment illégales, est également en hausse depuis les années 2000. Cette réalité soulève des « inquiétudes quant à la capacité des services spécialisés et non spécialisés à prendre en charge et à gérer un nombre croissant d'usager·ères âgé·es, leurs besoins de santé et leurs problématiques parfois complexes »⁴⁰⁾. Actuellement, il existe peu d'interventions ciblant les besoins spécifiques des personnes âgées qui consomment.⁴¹⁾

Quelle est la situation actuelle sur le terrain ? Quelles adaptations des programmes de Réduction des Risques, tenant compte de leurs besoins spécifiques, doivent être envisagées ? Comment les services (de traitement, soins de santé, de

santé mentale, sociaux, de soins et d'accompagnements à domicile, maisons de repos, logements, etc.) peuvent-ils s'articuler pour répondre de manière adaptée à la complexité de cette problématique ?

INTERVENANT·ES :

Yves Jabé, psychologue à La Pièce⁴²⁾

Valérie Paternotte, attachée principale à la COCOF⁴³⁾ en charge des secteurs de l'aide aux toxicomanes et des soins palliatifs

Amandine Kodeck, directrice d'Infor-Homes Bruxelles⁴⁴⁾

Eric Husson, directeur des Projets au Lama asbl⁴⁵⁾

⁴²⁾ L'asbl l'Equipe comprend deux communautés thérapeutiques, dont La Pièce. Cette communauté accueille depuis 1990 pour une durée limitée des personnes avec des difficultés psychologiques importantes et une (ex-) consommation de produits psychotropes – <https://equipe.be/services-et-lieux/la-piece>, consulté le 18/12/23.

⁴³⁾ Valérie Paternotte a également été durant plus de 10 ans responsable du secteur des centres de coordination de soins et services à domicile et référente « personnes âgées » du service de la santé pour la Commission communautaire française (COCOF).

⁴⁴⁾ L'asbl a pour objectif de promouvoir la qualité de vie de l'adulte âgé et ce, quel que soit son lieu de vie : conseils personnalisés et accompagnement dans l'adaptation ou la recherche d'un lieu de vie, dispositif régional de prévention de la maltraitance « Écoute Seniors » et rôle d'observatoire des réalités de vie et d'accompagnement des personnes âgées à Bruxelles – www.inforhomesasbl.be, consulté le 18/12/23.

⁴⁵⁾ Association « bas seuil » active dans l'accompagnement thérapeutique des usager·ères de drogues en milieu urbain, www.projetlama.be, consulté le 18/12/23.

³⁹⁾ Eurotox, Papy et mamy « boom » chez les usager·es de drogues, 2022.

⁴⁰⁾ Ibidem.

⁴¹⁾ EMCDDA, Older people and drugs : health and social responses, juillet 2023.

Retour sur l'expérience de La Pièce auprès d'usager·ères « vieillissant·es » présentant un double diagnostic

Yves Jabé, psychologue à La Pièce

La communauté thérapeutique « La Pièce » est née parce que des personnes usagères de drogues se faisaient refouler ou refuser l'hébergement dans des structures psychiatriques. Et inversement, des personnes présentant des pathologies ou des difficultés psychiatriques se faisaient refuser dans les institutions pour personnes usagères de drogues. La consommation est officiellement interdite au sein de la communauté, mais les chambres ne sont pas systématiquement fouillées. Les pro-

fessionnel·les sont ainsi amené·es à gérer une « marge compliquée entre les espaces privés – où il semblerait parfois que les pensionnaires consomment – et la scène publique – cour, salle des repas... – où iels essayent d'intervenir sur les conséquences de cette consommation ».

Chaque usage, chaque vieillissement est spécifique

Pour Yves Jabé, il est plus approprié de parler de vieillissements et de toxicomanies au pluriel, chaque usage de drogue et chaque vieillissement étant spécifiques, le produit joue une fonction différente pour chaque personne. Il prend l'exemple de trois patient·es (deux hommes, une femme). Leurs points communs : iels ont entre 55 et 60 ans, ont commencé à consommer à l'adolescence, ont fait plusieurs séjours à La Pièce et ont donc connu un accompagnement de longue durée. Iels ont fait plusieurs overdoses. Chacun·e de ces usager·ères a pourtant ses propres spécificités.

Le premier, consommateur d'héroïne par injection, lors de son 4^e séjour, est surpris alors qu'il s'injecte en pleine journée, à la fenêtre de sa chambre qui donne sur la cour centrale et sur les fenêtres des bureaux en face. Il a déjà vécu la même situation au sein d'un appartement supervisé dont il a été exclu. Après une réunion d'équipe, il est décidé de ne plus faire de compromis. Compte tenu du caractère de « mise en scène » que recouvre son comportement, son séjour est interrompu. Le patient a accueilli la décision avec beaucoup de calme : « Je me suis découvert, ça suffit qu'on fasse semblant, ça suffit qu'on fasse comme si ça n'existait pas ». La question qui émerge ici est : Comment gérer la donne lorsque l'on soupçonne parfois la présence d'une consommation dans l'institution ?

Deuxième situation : après 2 ans de crise liée à la COVID-19, la patiente âgée de 55 ans a enfin un chez-elle dans un appartement supervisé. Malheureusement, elle s'est sentie persécutée par les personnes avec qui elle devait cohabiter. Se pose ici la question de l'accès au logement qui n'est pas si simple. « Tout un travail est nécessaire sur le lien entre la consommation et ses consé-

quences sur le logement, sans jugement, mais en faisant payer les factures qui en découlent ».

Troisième patient : après 10 années à La Pièce, cet usager décide de « trouver le bon traitement », de « prendre sa retraite de carrière de personne consommatrice », de rompre avec la solitude. Cela s'est concrétisé pour lui par un compromis : occuper un logement dans la maison familiale, tout en effectuant des boulots de bénévole à différents endroits, notamment au Gate⁴⁶⁾ ou encore à La Pièce pour la préparation des repas.

En conclusion, la question de la précarité sociale et économique de ces usager·ères est particulièrement complexe. Liée à celle de l'accompagnement à la gestion de l'argent, au coût de la consommation, elle repose sur un paradoxe compliqué à gérer pour ces personnes : d'un côté, le besoin du produit, qui fait partie de leur identité à la fois physiologique, psychique et sociale et de l'autre, l'arrêt du produit « qui fait trop partie de soi pour s'en séparer, avec des dommages collatéraux et des risques en cas de séparation brutale et imposée du produit », termine Yves Jabé.



⁴⁶⁾ Salle de consommation à moindre risque (SCMR) à Bruxelles.

L'accompagnement du public des personnes âgées par la Commission communautaire française

Valérie Paternotte, attachée principale à la COCOF en charge des secteurs de l'aide aux toxicomanes et des soins palliatifs

Valérie Paternotte introduit son intervention en partant d'une comparaison qu'elle a réalisée entre différentes parties du monde concernant le vieillissement des usager·ères de drogues. Alors qu'en Europe peu d'informations sont disponibles sur la question, la situation se révèle différente aux États-Unis et en Australie qui disposent de concepts assez avancés en la matière. Le modèle australien, par exemple, distingue trois catégories d'usager·ères âgées : les usager·ères vieillissant·es appelé·es les « survivant·es » ; les « baby-boomer·euses » qui sont d'ancien·nes usager·ères qui reprennent la consommation ; et les « nouveaux·elles usager·ères » qui, en vieillissant, commencent à consommer.

Selon Valérie Paternotte, notre société a tendance à pousser les personnes âgées à être aussi productives que celles toujours dans la vie active. Un positionnement très stigmatisant pour les personnes âgées diminuées qui ne peuvent plus s'inscrire dans cette productivité. Elles se retrouvent dès lors dans le groupe des « mis·es à l'écart ». La crise de la COVID-19 a davantage creusé l'écart entre les catégories.

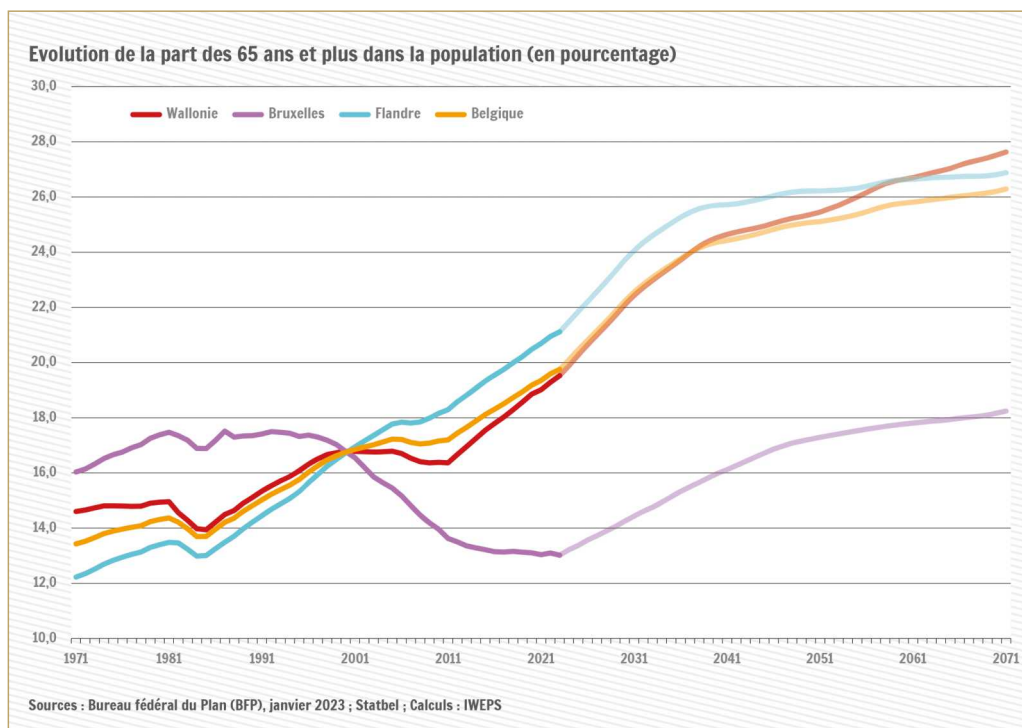
Bruxelles compte un peu plus de 10 % de personnes de 65 ans et plus contre environ 20 % en Wallonie.⁴⁷⁾ La tendance à la hausse devrait se confirmer dans les années à venir.

Une coordination des interventions à domicile à Bruxelles

Il y a une vingtaine d'années, la Commission communautaire française (COCOF) a mis sur pied des Centres de coordination de soins et de services à domicile⁴⁸⁾ qui deviendront, dès 2024, les Services de coordination de soins et d'aide à domicile. Ces centres organisent actuellement toutes les interventions des différentes professions et services : aide à la vie journalière, soins infirmiers, repas, accompagnement social, kinésithérapie, prêt de matériel, logopédie, ergothérapie, etc.

Les soins et services à domicile coordonnés varient fortement parce qu'ils s'adaptent aux besoins et à la situation de chaque usager·ère. Après avoir informé et accueilli la demande, les coordinateurs ouvrent un dossier de coordination, consultent le médecin traitant si besoin, constituent, avec le bénéficiaire, un plan de soutien qui prévoit tous les services nécessaires et organise la venue des prestataires à domicile.⁴⁹⁾

Ces centres reçoivent de 30 000 à 40 000 demandes par an. Valérie Paternotte souligne que la majeure partie des personnes âgées vit à domicile et non pas en maison de repos. Dans le nouveau décret qui organisera ces Services de



⁴⁷⁾ IWEPS, "Population des 65 ans et +" (Fiche D009-POP.65+ – dernières données régionales disponibles au 01/12/2023)

⁴⁸⁾ Décret du 30/04/2009 relatif à l'agrément des centres de coordination des soins et de l'aide à domicile en vue de l'octroi de subventions, https://etaamb.openjustice.be/fr/decret-du-30-avril-2009_n2009202584.html

⁴⁹⁾ <https://ccf.brussels/nos-services/bien-être-et-santé/accueil-aide-et-soins/centre-de-coordination-de-soins-a-domicile/>

coordination dès 2024, l'administration de la COCOF a proposé de donner une place à la participation de la personne, afin d'évaluer avec elle ce qui devra être mis en place pour répondre à ses besoins. L'utilisateur·ère serait partie prenante du plan de soutien pour renforcer son autonomie. Les professionnel·les se rendent au domicile de la personne suivie. Le travail au sein du milieu de vie des personnes concernées, ainsi que l'autonomie et la participation des publics-cibles, constituent des enjeux de taille pour l'accompagnement des personnes âgées, qui rejoignent les concepts de la Réduction des Risques, estime Valérie Paternotte.

Diversification du public des personnes vieillissantes

La démarche d'évaluation qualitative que les services agréés en COCOF doivent mener a été consacrée, il y a quelques années, à l'analyse des publics des 5 centres de coordination. Elle a démontré une diversification des bénéficiaires au cours des 30 dernières années. Deux tendances se dessinent. D'une part, un public « ultra-vieillissant » avec une augmentation importante de la tranche des plus de 80 ans, au détriment des 65 à 80 ans, ce qui implique un besoin accru de prestation des services à domicile. D'autre part, une diversification avec l'apparition de « sous-publics-cibles », tels que des personnes présentant des dépendances, des personnes sans chez-soi, isolées avec enfant(s), précarisées, etc.

Le décret qui organise les services vise à permettre à la personne de vivre sa maladie, son handicap ou son vieillissement à domicile. Ceci offre une approche plus souple dans les réponses apportées au public en termes d'accompagnement. Jusqu'à présent, en dessous d'un certain âge, il fallait réaliser une série de démarches pour intégrer une maison de repos même en cas de pathologie exigeant une mise en institution. À partir de 2024, cela ne sera plus nécessaire. Valérie Paternotte explique qu'une réflexion est amorcée sur le vieillissement et sur le moment à partir duquel des besoins en accompagnement apparaissent. La discussion est ouverte dans un bon nombre de services,



même si leurs modes et moyens de fonctionnement ne sont pas identiques et que certains peuvent faire preuve de plus de souplesse.

Après la COVID-19, un nouveau réseau de santé ambulatoire agréé par la COCOF est créé.⁵⁰⁾ Aujourd'hui renommé le Renfort et porté par le centre médical Enaden⁵¹⁾ actif en toxicomanie, il coordonne et organise un travail de collaboration, de liaison entre une structure spécialisée en assuétudes et toute une série d'autres services. Cette approche en réseau permet également de soutenir les centres d'aide à domicile dont le personnel se trouvait démuné, face à des personnes usagères d'alcool notamment. Le réseau en est encore à ses débuts et se renforce progressivement grâce entre autres à l'intégration de nouveaux partenaires. L'intervenante souligne qu'il n'existe cependant rien de spécifique en matière de soutien des personnes consommatrices âgées, qu'il s'agisse de produits licites ou illicites. Dans ce contexte, une approche « tout produit » favorisant le non-jugement de la consommation, y compris pour les plus âgées, serait des plus pertinentes.

⁵⁰⁾ Arrêté COCOF 2021/129

⁵¹⁾ <https://enaden.be/fr/les-unites-a-votre-service/le-renfort>

Retour sur l'expérience et le ressenti d'Infor-Homes en tant qu'observatoire des réalités de vie et d'accompagnement des aîné-es

Amandine Kodeck, directrice d'Infor-Homes Bruxelles

Actrice de seconde ligne, moins directement en contact avec son public-cible final, l'asbl Infor-Homes Bruxelles a pour objectif de promouvoir la qualité de vie de l'adulte âgé-e. L'association fournit de l'information à toute personne qui en fait la demande quand la vie à domicile pose question, pour envisager un changement de lieu de vie et réfléchir à comment la vie au sein du domicile familial peut être maintenue, etc. Ces questions émanent le plus souvent d'aidant-es proches ou de professionnel·les, mais également des personnes directement concernées. L'offre et le paysage institutionnels semblent peu lisibles pour le public, y compris pour les professionnel·les compte tenu notamment des différentes administrations compétentes en la matière à Bruxelles, témoigne Amandine Kodeck. Le rôle d'observatoire endossé par l'asbl vise donc avant tout à mieux comprendre et connaître ce que le paysage bruxellois offre, notamment en allant visiter les différentes institutions pour mieux en comprendre les projets.

Infor-Homes gère « Écoute Seniors », le dispositif de prévention de la maltraitance, qui consiste en une ligne d'écoute téléphonique accessible trois demi-journées par semaine que peut contacter toute personne qui s'estime confrontée à une situation mettant à mal la dignité d'une personne dite âgée : la personne âgée elle-même, son aidant·e, les professionnel·les qui gravitent autour. L'atteinte à la dignité recouvre des situations très diverses mais la plus récurrente est la dépossession de l'autonomie décisionnelle. D'une part, les coûts des maisons de repos et de soins peuvent constituer une entrave au réel choix des personnes âgées pour leur nouveau lieu de vie. Mais cette dépossession peut prendre d'autres formes, que ce soit en institution ou à domicile. Par exemple, des aidant-es proches qui décident ce qu'ils pensent être bon ou pas pour leur parent·e, qui décident qu'il est temps pour iel de changer de milieu de vie. « Le cadre institutionnel ou le recours à des

professionnel·es à domicile va rythmer les journées, le menu des repas, etc. sans que le·a bénéficiaire n'ait son mot à dire », précise la directrice d'Infor-Homes. Une mise sous protection de biens et de la personne va également énormément déposséder la personne de ses capacités décisionnelles quel que soit son lieu de vie. Enfin, que ce soit à travers les contacts avec le terrain, avec des professionnel·les ou grâce à cette ligne d'écoute, il semble que le sentiment d'isolement est également de plus en plus évoqué par les personnes avançant en âge.

Un secteur face à de nombreuses difficultés et défis

Dans un contexte où le nombre de résident·es en maison de repos a augmenté depuis la crise de la COVID-19, et où la crise des métiers et des vocations se fait ressentir dans le secteur avec des postes difficiles à pourvoir, les défis sont nombreux à relever. Les professionnel·les sont de plus en plus confronté·es à une grande hétérogénéité des profils des personnes hébergées, ce qui en soi est positif, mais qui peut se révéler problématique pour des services qui ne sont ni équipés ni formés pour pouvoir accompagner cette fragilité multiple.

Autre aspect complexe à gérer par les structures d'hébergement : des personnes présentant des situations très variées sont amenées à cohabiter sans moyens ni cadre institutionnel adaptés leur permettant de s'épanouir. Infor-Homes Bruxelles souligne également que les questions de santé mentale se posent de plus en plus et prennent des formes multiples. Davantage de personnes sont issues du secteur psychiatrique notamment par manque de places dans les institutions spécialisées, mais également parce que peu est prévu pour les personnes vieillissantes souffrant de troubles mentaux, qui sont plus nombreuses compte tenu de l'amélioration de l'espérance de vie. De même, un nombre croissant de personnes sans-abri intègre les maisons de repos.

Comment peut-on se retrouver dans une résidence à 55, 60 ans, avec des addictions, et partager le même étage que des personnes qui ont une génération de plus et qui souffrent peut-être d'une maladie de type Alzheimer ?

Éric Husson, directeur des Projets au Lama asbl, reviendra sur ce sujet plus tard dans les échanges : « Des maisons de repos se spécialisent dans l'accompagnement de personnes avec des grosses fragilités psychiques et parfois des addictions, des unités de vie de personnes avançant en âge, avec le syndrome de Korsakoff⁵²⁾... ; ces structures devraient pouvoir disposer de moyens pour penser cet accompagnement, avec des normes d'encadrement qui correspondent davantage aux besoins de ce public : plus de psychologues, d'éducateur·ices, peut-être moins d'infirmier·ères, etc. »

Une formation, un encadrement et des moyens inadaptés

Dans le secteur de l'accompagnement des aîné·es, c'est souvent la vision de la limitation maximale des risques qui prévaut et cela ne se limite pas au risque de chutes. Dans certaines maisons de repos, l'alcool est interdit que ce soit à la cafeteria ou dans les chambres. Fumer dans les chambres n'est pas autorisé non plus, quant à l'injection de substance, n'en parlons pas. En ce qui concerne les médicaments, seul le personnel est habilité à les gérer. À l'heure actuelle, de plus en plus de maisons de repos tentent d'être des lieux de vie avant d'être des lieux de soins. Le droit au risque reste cependant une notion d'éthique qui mérite d'être questionnée plus en profondeur au sein des institutions et certainement au regard des accompagnements des personnes souffrant d'addiction.

La directrice d'Infor-Homes précise que les professionnel·les de la santé en général sont avant tout formé·es à « soigner, réparer, guérir et sauver avec une réalité de terrain qui est tout autre ». Iels ne sont pas toujours en phase avec ces questions de consommation et sont encore peu outillé·es pour y faire face. Il s'agit d'une vision très médico-centrée alors que le vieillissement n'est pas une maladie. « En travaillant au sein du secteur de l'accompagnement des aîné·es, et certainement en maisons de repos et de soins, il y a un certain deuil du mythe du/de la soignant·e à effectuer. Cela ne signifie pas que le travail pour un·e soignant·e

n'a pas de sens, mais il est important de rechercher ce sens nouveau et de le cultiver ».

Quelle place pour l'autonomie et le libre arbitre des usager·ères ?

Comment en tant que consommateur·ices occuper une place citoyenne, faire des choix et vivre pleinement en collectivité dans des espaces où cohabitent 100 à 150 personnes aux profils très variés, dans des services aux modes de fonctionnement très différents ? Infor-Homes Bruxelles rapporte le vécu de nombreuses personnes âgées qui se sentent dépossédées de la liberté de choisir un mode de vie, y compris des prises de risque, en un lieu de vie décidé pour elles. Et ce sentiment est également partagé par des personnes qui ne sont pas nécessairement consommatrices de psychotropes. Il serait intéressant de réfléchir à la place qui est laissée aux choix de chacun·e en matière de prise de risque en institution mais également à domicile. Pour réfléchir à ces questions, il est indispensable de « sensibiliser, former, ouvrir et certainement décloisonner des secteurs qui fonctionnent beaucoup trop en silo », conclut la directrice.



⁵²⁾ « Le syndrome de Korsakoff est une pathologie liée à une carence en vitamine B1 touchant principalement les personnes alcooliques chroniques et parfois les personnes souffrant d'une malnutrition sévère. Il se caractérise par des troubles cognitifs, notamment une perte de mémoire à court terme ainsi qu'une désorientation spatio-temporelle », <https://www.concilio.com/neurologie-syndrome-de-korsakov>

La Réduction des Risques de 7 à 77 ans ?

Eric Husson, directeur des projets au Lama asbl

Le Projet Lama est une structure ambulatoire qui accompagne des usager·ères de drogue à Bruxelles depuis 1982. À l'époque, le public qui y suivait un traitement de substitution aux opiacés (TSO) était âgé d'une vingtaine d'années. Aujourd'hui, une partie se rend toujours dans l'institution une fois tous les quinze jours. Pour ces usager·ères, « un accompagnement dans la durée s'est installé. Il y a une temporalité, une chronicité dans le parcours », souligne le directeur des projets au Lama. On peut parler de « RdR de 7 à 77 ans, qui accompagne toutes les étapes de la vie finalement ».

Eric Husson a identifié un certain nombre de similitudes entre les champs du vieillissement et celui des addictions :

- La notion de dépendance : lorsqu'on vieillit, on devient tous·tes dépendant·es.
- La question de l'autonomie du choix : peut-on décider pour soi ? Cela résonne avec les valeurs du pouvoir d'agir qui se retrouvent dans la Réduction des Risques comme étant la pierre angulaire de la place des usager·ères dans la construction des programmes.⁵³⁾
- Les inégalités sociales en santé : la notion de gradient social de la santé : plus on est pauvre plus on est en mauvaise santé et/ou plus on meurt vite.⁵⁴⁾

Une inégalité d'accès aux structures d'hébergement

Un vent néo-libéral souffle sur l'Europe depuis les années 2000. Il façonne également les étapes de la vie. « Lorsque l'on vieillit, il faut rester productif, engranger des rémunérations, participer au marché, participer socialement, être indépendant·e, en sécurité, connecté·e et en bonne santé. C'est le paradigme du vieillissement actif⁵⁵⁾, avant tout possible pour les personnes âgées qui ont les moyens de se l'offrir », regrette Eric Husson.



Il faut rappeler que le secteur des personnes âgées est aussi percuté de plein fouet par la marchandisation du social et de la santé. On a laissé filer en Europe la gestion de la vieillesse aux mains du marché privé. Une chambre dans certains groupes privés peut coûter facilement 2 000 euros par mois. Il y a des inégalités d'accès.

Au niveau financier, un participant relève que 2 000 euros par mois est la moyenne, même plutôt inférieure, d'une inscription en maison de repos et que si l'hébergement de personnes âgées à Bruxelles n'est pas saturé, c'est parce qu'il n'est pas accessible financièrement. Même pour un accueil en institution du secteur public, il faut compter, si l'on ne bénéficie pas d'un revenu du CPAS, 80 euros la nuit. Par ailleurs, il existe des pratiques commerciales prévoyant des promotions en tous genres, comme en période de Noël par exemple. Celles-ci vont rendre l'hébergement accessible à certaines per-

⁵³⁾ Lire à ce sujet la Charte de la Réduction des Risques, disponible sur <https://modusvivendi-be.org/notre-vision/> (janvier 2024).

⁵⁴⁾ Sur cette notion voir BLACK D, MORRIS JN, SMITH C, TOWNSEND P, "The Black report", Londres : Pelican, 1982, np. cité par SEN A. "Why health equity". Health economics 2002 ; 11 : 659-66 [En anglais]. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/hec.762>

⁵⁵⁾ GUILLEMARD A-M., op. cit., pages 17 à 38.

sonnes mais souvent pour un temps limité, avec tout ce que cela va générer une fois la promotion terminée. Au niveau des soins à domicile l'accessibilité financière semble moins constituer un frein, mais on déplore une saturation des services.

Dans les structures d'accueil à bas seuil⁵⁶⁾, les bénéficiaires sont des personnes précarisées, à risques, percevant une pension ou des allocations de chômage peu élevées, disposant d'un budget très faible et qui par conséquent n'auront qu'un accès limité à des services de qualité. « Le secteur des maisons de repos, public ou privé, est-il accessible à certains types de publics qui ont moins de moyens ? Est-il perméable à un public qui consomme des substances ? », questionne Eric Husson.

Un accompagnement dans toutes les étapes de la vie

La Réduction des Risques a sauvé énormément de personnes dans les années 80. Il faut sans cesse le rappeler. Si ces usager·ères sont toujours en vie aujourd'hui, c'est notamment grâce à la mise en place de programmes d'échange de seringues, de traitements de substitution et de services d'accompagnement. En vieillissant avec son public, le secteur se doit désormais de le suivre dans d'autres étapes de la vie. Comment accompagner ces services dans ce travail ? Quelles formations organiser et dispenser ? Comment coordonner les interventions auprès de ces publics ? Cette réflexion doit être portée de manière commune par les différent·es professionnel·les, surtout en ce qui concerne les consommateur·ices d'héroïne qui sont le public vieillissant rencontré aujourd'hui à Bruxelles – dont une partie est déjà en maison de repos. S'il faut réduire les risques de la consommation, ceux liés à l'isolement, à la précarité et à la solitude ne sont pas à négliger non plus. Eric Husson cite l'exemple des programmes Housing First qui « ont été confrontés à Bruxelles aux

décès prématurés de personnes qui rentraient dans ces structures.⁵⁷⁾ Une fois sorties de la rue où elles ont développé une logique de survie, elles se retrouvent seules du jour au lendemain dans un autre environnement, [...] ce qui les propulse parfois vers un abandon, une espèce de retombée de tout ce qui était pulsion de vie ou de survie ». Face à ce constat, le programme ISSUE a été pensé pour renforcer le lien social, la connexion à un réseau ainsi que l'occupationnel afin de rendre vivant le séjour en « Housing First » et surtout pour tenter de rompre l'isolement⁵⁸⁾.

Surconsommation et surmédicalisation

Eurotox, l'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles, a relevé que les taux de prévalence de l'alcoolodépendance rapportés par les personnes âgées varient de 2 à 10 % au sein de la population générale, et de 20 à 25 % en institution⁵⁹⁾. Ces chiffres illustrent-ils que les maisons de repos sont des lieux festifs de fin de vie ? Ou pointent-ils une toute autre situation où l'alcool vise à surmonter l'isolement, comme une forme d'automédication pour réduire l'angoisse ?

« Le champ de la vieillesse est un formidable marché pour les firmes pharmaceutiques : les bons médicaments, les bons traitements. Toute la famille des benzodiazépines a été notamment mobilisée pour traiter l'anxiété de certaines personnes âgées. Le flunitrazépam⁶⁰⁾ ou encore le valium⁶¹⁾ sont des médications prescrites aux personnes âgées et qui ont également été consommées par des personnes en situation de précarité en rue. » Dans un contexte où la vieillesse est propice à la surmédicalisation, les médecins et les gériatres devraient selon Eric Husson être sensibilisé·es à la prévention et à la Réduction des Risques, pour notamment « faire face aux effets secondaires des consommations de traitements psychiatriques ou des somnifères. »⁶²⁾

⁵⁶⁾ « Le concept de bas seuil renvoie à la notion anglo-saxonne step by step (marche après marche) qui propose un accueil des usagers qui ne fait pas de l'élaboration d'un projet cohérent une condition préalable, mais une possibilité ouverte. » – TREMINTIN J., « L'accueil de bas seuil en protection de l'enfance », in Le Lien social, n°1141, 15/05/2014, <https://tremintin.com/joomla/articles/78-articles-de-2011-a-2015/338-bas-seuil-protection-de-lenfance>, consulté le 16/01/2023

⁵⁷⁾ <https://smes.be/fr/la-mort-dun-locataire-dans-un-projet-housing-first/>

⁵⁸⁾ <https://www.diogenes.brussels/fr/pages/108-le-projet-issue>, consulté le 18/01/2024.

⁵⁹⁾ EUROTOX asbl, ALCOOL Bonnes pratiques de prévention et de réduction des risques, 2020, chapitre 4.10, p. 145.

⁶⁰⁾ Médicament de la famille des benzodiazépines commercialisé sous le nom de Rohypnol

⁶¹⁾ Médicament de la famille des benzodiazépines

⁶²⁾ <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2010-1-page-91.html>

Des approches émancipatrices

La question du vieillissement et de sa prise en charge dans la société n'est pas une notion figée. Il est actuellement question d'une gérontologie sociale et émancipatoire : l'accompagnement de la vieillesse et du vieillissement sous l'angle de l'émancipation, du social et de la participation. Cette approche peut prendre diverses formes pour « vieillir autrement », qui pour Eric Husson méritent d'être soutenues : coopératives d'habitant-es, groupes d'action de personnes âgées qui se structurent, qui travaillent ensemble... Par ailleurs, les valeurs et les principes d'intervention de la Charte de la Réduction des Risques⁶³ seraient également pertinents pour des consommateur-ices âgé-es ou pour le secteur du vieillissement : reconnaître l'usager-ère de drogues comme un-e citoyen-ne à part entière s'apparente à reconnaître la personne comme ayant le droit, dans ses dernières années de vie, de choisir et de décider pour elle-même.

Toujours dans la lignée de la Réduction des Risques, il est possible de travailler l'aspect intergénérationnel dans l'accompagnement du grand âge : comment, dans une logique de RdR, les « ancien·nes » usager-ères pourraient-ils devenir des passeur·ses de conseils pour les plus jeunes ? Pour Eric Husson, il y a très certainement une place à créer pour elleux dans la RdR.

⁶³ Disponible sur <https://modusvivendi-be.org/notre-vision/> (janvier 2024).

Des questions qui devraient être impulsées dans leurs lieux de vie et réfléchies avec les résident-es. Comment gérer la consommation d'alcool, par exemple, dans les maisons de repos ? Que peut-on consommer ? Faut-il consommer seul ou en groupe ? « Le champ est assez vaste et peu investi par nos secteurs. Il y a un enjeu dans les années qui viennent à travailler sur des propositions dans ce domaine », conclut le directeur des projets au Lama.

Échanges et discussions avec la salle suite aux interventions

Des approches concertées, innovantes et respectant le pouvoir d'agir

Un participant confirme que s'il est bien nécessaire de penser les accompagnements, au sein même des institutions, de manière collective et intersectorielle, il faut également prendre en compte la dimension interculturelle. Comment, en fonction de son appartenance culturelle (religieuse, familiale, etc.), conçoit-on la mort, le droit à mourir dans la dignité... ? Comment conçoit-on la consommation d'alcool dans ce cadre ?



La salle ajoute que fort heureusement de plus en plus de logements alternatifs voient le jour. Certains sont plutôt théoriques, mais d'autres sont bien concrets. À Forest, par exemple, un petit habitat intergénérationnel regroupe 8 à 9 habitant·es. Y vivent des jeunes issu·es de l'immigration qui essayent de se former ou d'obtenir des équivalences de diplôme en Belgique, une personne âgée dépendante au rez-de-chaussée et des personnes avançant en âge qui ont soit des problèmes de mobilité ou des bas revenus. L'adhésion au projet dès le départ a créé d'emblée une entraide entre cohabitant·es. On le voit, le modèle unique et le fonctionnement des maisons de repos doit être repensé. Un champ de tous les possibles est ouvert.

L'expérience et l'expertise des usager·ères et leur rôle « d'expairs » – jeu de mot entre experts et pairs – sont également confirmés par l'assemblée. En outre, le libre arbitre, en matière de consommation notamment, l'importance de la dignité, l'autonomie des personnes directement concernées sont réaffirmés.

Se rendre dans les lieux de vie des personnes, aller vers...

Un accompagnement plus spécifique tel qu'il est géré par Enaden se révèle particulièrement intéressant⁶⁴: aller sur place, « aller vers », à la rencontre des personnes qui vivent dans la solitude, serait une recommandation à formuler pour lutter contre les échecs suite à un hébergement, comme cela avait été décrit plus tôt par Yves Jabé de la Pièce. La mobilité des équipes permet de donner la possibilité aux travailleurs de suivre leurs usager·ères là où iels vont. Les milieux de vie peuvent être variés et ne pas être ceux où les professionnel·les ont l'habitude d'intervenir. Par exemple, des usager·ères qui ont une longue expérience de consommation ne vont pas forcément se retrouver dans le même milieu que les novices. Il est même parfois compliqué de trouver leur environnement. Se pose également la question de comment accompagner un public mobile dans toute la capitale lorsque l'on est un·e intervenant·e cloisonné·e à un territoire.

Il pourrait également s'agir d'un accompagnement de transition entre un lieu de vie quel qu'il soit, à un moment donné, qui doit être quitté, et un autre qui est envisagé. Il existe un projet qui vise depuis un an ou deux à accompagner les personnes sans-abri vers des structures pour personnes âgées en collaboration avec Housing First et avec une équipe qui continue de suivre la personne une fois qu'elle est admise.

Un besoin de coordination et de communication intégrées

Actuellement, la situation qui prévaut est celle où l'hospitalisation s'arrête à la sortie de l'hôpital, les maisons de repos commencent à l'admission et les soins à domicile s'arrêtent au moment d'entrer en maison de repos... Il est donc nécessaire d'appréhender l'accompagnement des personnes de manière globale. Une vraie coordination des soins dans le milieu de vie quel qu'il soit est un élément central.

Des participant·es tiennent également à souligner qu'une violence institutionnelle peut parfois s'organiser par l'intermédiaire des professionnel·les qui y sont aussi exposé·es. Il est donc important de bien spécifier où s'arrêtent les responsabilités de chacun·e. Notons en passant que les secteurs de l'hébergement et des soins à domicile sont réellement sous tension.

Enfin, un travail doit être mené en matière de communication et de sémantique utilisée. Le public des personnes âgées dépendantes doit être visibilisé. Il est important de faire comprendre que les addictions existent bel et bien à long terme. Les personnes usagères vieillissantes doivent pouvoir s'exprimer, se faire entendre et être vues de manière positive, sans être réduites à leur seule identité de consommateur·ices. Les mots utilisés pèsent sur le parcours de soins. Cela sans oublier ceux et celles qui vivent dans la précarité et qui échappent aux structures.

⁶⁴ Le Renfort, équipe d'outreach spécialisée attachée à l'équipe de consultation d'Enaden, centre médical spécialisé en toxicomanie, www.enaden.be. Voir l'intervention de Valérie Paternotte supra.

Conclusion

Les présentations suivies des échanges avec la salle ont abouti à la formulation de plusieurs recommandations :

RECOMMANDATIONS

- ⇒ Sensibiliser, former et accompagner les 3 parties prenantes – personnes usagères, secteur des aîné·es, secteur des assuétudes – en veillant au décloisonnement des secteurs, à l'intégration des usager·ères et au respect de leur autonomie.
- ⇒ Créer des modes d'intervention mobile décloisonnés et coordonnés pour accompagner les usager·ères âgé·es dans les moments de transition. Par exemple : financement de temps partiels dans les institutions de repos ou hospitalières pour l'accompagnement des personnes en transition entre différents lieux de vie ou pour se rendre sur ces lieux. Ceux-ci se coordonneraient autour de la personne vieillissante en tenant compte de son parcours – en rue notamment – et de ses besoins.
- ⇒ Réaffirmer le droit au choix, à la dignité et à l'autodétermination en questionnant la place de la consommation autorisée, de l'autonomie et du choix de l'usager·ère en matière de consommation au sein des institutions, dans la société et dans tous les milieux de vie.

Cet article est basé sur les échanges tenus au sein de l'atelier 4 « Usager·ères de drogue âgé·es : faire face au « boom » » dans le cadre de la journée d'étude des 30 ans de Modus Vivendi « Aller jusqu'au bout du rêve » organisée au Beursschouwburg le 26 septembre 2023.

Animation et synthèse : Elodie Della Rossa et Charlotte Lonfils (Modus Vivendi)

Merci aux participant·es pour leur contribution aux échanges et à la réflexion.

