

NOUVEAUX OUTILS DE SOIN POUR LES USAGERS DE DROGUES EN GRANDE PRECARITE

EXPERIENCE DU BUS METHADONE 31/32 A MARSEILLE

Dr. BEATRICE STAMBUL

PRESIDENTE DE L'ASSOCIATION BUS 31/32 (ex MDM)

DR. GUILLAUME BAYET

COORDINATEUR MEDICAL BUS 31/32

ROME SMES 23/01/2008

PRESENTATION DU PROGRAMME

- OUVERTURE EN 1998/1999 DE 2 PROGRAMMES MDM PARIS ET MARSEILLE
- PROJET EXPERIMENTAL BAS SEUIL OU SEUIL ADAPTE
- ACCES A LA SUBSTITUTION METHADONE DANS UN CADRE REGLEMENTAIRE ALLEGE:
 - ✓ Inclusion rapide après une consultation unique au local
 - ✓ Test urinaire initial unique
 - ✓ Délivrance quotidienne stricte 365 jours par an.

EVOLUTIONS ACTUELLES, NOUVEAUX SERVICES

- EN 2001, LE BUS ECHANGE DE SERINGUES FUSIONNE AVEC LE BUS METHADONE.
- DES CONSULTATIONS MEDICO-SOCIALES SONT PROPOSEES AU LOCAL.
- ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS VERS LE DISPOSITIF DE DROIT COMMUN.
- TRAVAIL DE RUE, INTERVENTIONS DANS LES SQUATTS ET EN MILIEU FESTIF.
- CONSULTATIONS REGULIERES DANS LES LIEUX D'ACCUEIL D'ASSOCIATIONS PARTENAIRES: ASUD, LE TIPI.
- EN 2005, LE PROGRAMME DEVIENT CSST ET CAARUD.
- EN 2006, LA MISSION SORT DE MDM ET DEVIENT ASSOCIATION INDEPENDANTE.

PROFIL DES PATIENTS

- Sexe :

En 2004 et 2005, 25 % de femmes et 75 % d'hommes

En 2006, 22 % de femmes et 78 % d'hommes

- Age :

2004 : La moyenne d'âge est de 34,6 ans (plus 1,6 an par rapport à 2003), 34,4 pour les hommes et 34,9 pour les femmes.

2005 : La moyenne d'âge est de 35,2. 35,6 pour les hommes et 34 pour les femmes.

2006 : La moyenne d'âge est de 33,6 ans. 33,8 pour les hommes et 32,9 pour les femmes.

- Nationalité :

2004 : 93 (76%) sont de nationalité française et 23 de nationalité étrangère (Non précisé 6)

2005 : 132 (76%) sont de nationalité française et 39 de nationalité étrangère (Non précisé 1)

2006 : 164 (77%) sont de nationalité française et 45 de nationalité étrangère (Non précisé 5)

Focus nationalité étrangère :

augmentation du nombre des ressortissants de l'UE de 3 à 9%

s'expliquant par l'entrée dans l'UE de 10 nouveaux pays en 2005.

En parallèle diminution des non ressortissants de l'UE : de 16% à 12%.

PROFIL SOCIAL

Facteurs de précarité

	% 2004	% 2005	% 2006
Inactivité de toujours ou prolongée	70	58	65
Bas niveau d'études (<4 ans)	80	66	72
Bas niveau de ressource (RMI, COTOREP...)	60	52	53
Absence de ressource :	25	20	21
Logement : Absence de logement individuel ou familial	50	47	49
Pas de qualification professionnelle :	47	40	42
Absence de couverture maladie	15	11	15
Sans entourage proche	28	31	37

Une part non négligeable des patients présente toutefois des facteurs d'autonomie :

	2004 %	2005 %	2006 %
Couverture maladie	77	66	78
Qualification professionnelle	42	43	48
Logement stable	45	43	47
Niveau scolaire secondaire 2 ^{ème} cycle ou plus	17	15	15
Revenus liés à l'emploi ou aux allocations chômage	14	15	17
Activité professionnelle continue actuelle	8	9	12

- Incarcération

	2004	2005	2006
% File active	52	51	50,5
Nbre moyen/personne	5	5	5

CARACTERISTIQUES

UNE POPULATION:

- AGE MOYEN 33 ANS
- POLYUSAGERS
- INJECTEURS A 75%
- SANS DOMICILE STABLE A 50%
- VHC+ A 60%
- VIH+ A 18%
- ANTECEDENTS CARCERAUX A 50%
- COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES A 50%

PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

- TROUBLES DEPRESSIFS MAJEURS
- TROUBLES DE L'HUMEUR
- PSYCHOSES CHRONIQUES en particulier
SCHIZOPRENIQUES
- PSYCHOPATHIE

ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

POSITION DU SECTEUR PSYCHIATRIQUE

➤ SATURE:

1. Diminution des lits,
2. réduction d'effectifs

➤ INADEQUAT:

1. Conçu autour de la domiciliation des patients
2. Structuré autour de la psychose chronique
3. Ayant perdu sa mobilité et sa proximité

➤ REJETANT PAR RAPPORT AUX PROBLEMATIQUES D'USAGE

1. Imperméable au double diagnostic
2. Non formé à la prise en charge des addictions
3. Stigmatisant et excluant par rapport aux consommations

POSITION DES USAGERS

➤ REFUS DE L'HOSPITALISATION

1. Lieu fermé
2. Traitement mal perçu
3. Cohabitation avec des malades mentaux chroniques

➤ PAS D'ALTERNATIVE THERAPEUTIQUE VIABLE

1. Pour les SDF l'hospitalisation temps plein est la seule interface avec le secteur.
2. Les alternatives à l'hospitalisation sont impraticables, à trop haut seuil, avec une offre de soins qui ne correspond pas.

➤ RELATION COMPLEXE AUX MEDICAMENTS

1. Recherche de certains produits (BZD) qu'ils peuvent surconsommer ou trafiquer
2. Méfiance vis-à-vis des neuroleptiques
3. Refus ou mésusage des traitements de fond (antipsychotiques, normothymiques, antidépresseurs)

SOIGNER AUTREMENT, ADAPTER LES INTERVENTIONS.

- INITIER DU TRAVAIL DE PROXIMITE
- ALLER SUR LE TERRAIN
- MEDICALISER DES LIEUX D'HEBERGEMENT NON SPECIFIQUES
 - Squats
 - Foyer d'hébergement
 - CHRS
- CONSTRUIRE DES PROJETS GLOBAUX DE LA RUE A L'INSERTION.
- STRUCTURER DES RESEAUX AVEC LES AUTRES EQUIPES DE PREMIERE LIGNE.

DELIVRANCE QUOTIDIENNE DES TRAITEMENTS

- Au Bus 31/32, comme dans beaucoup de CSST, nous pratiquons, de façon intuitive, légalement mal cadrée, l'administration quotidienne des traitements.
- La méthadone, excellent produit d'appel, permet de voir les patients quotidiennement et de leur donner, avec la substitution, les autres traitements qu'il nous ont confiés.
- Cette pratique est basée sur le volontariat, et peut concerner les traitements psychotropes comme les traitements somatiques, incluant les ART.

DOT ET DAART

- L'OMS préconise pour combattre les tuberculoses multi résistantes la délivrance directement observée des traitements (Directly observed therapy, DOT)
- L'étude de Clarke en 2002 s'en inspire pour délivrer dans des centre méthadone des traitements ARV aux UDIV (Directly Administrated Anti Retroviral Therapy, DAART).
- Jennifer Mitty 2003, Gregory Lucas 2006, tout en pointant limites et difficultés, soulignent les résultats positifs de ces pratiques sur la santé globale.
- Frederick. Altice 2005 rapporte l'expérience appliquée à une antenne mobile à New Haven.

BENEFICES RECHERCHES

- **MEILLEURE OBSERVANCE**

- Pour les personnes en grande précarité qui présentent des difficultés à gérer leurs cothérapies

- sans domicile, difficulté à garder les médicaments

- vie instable et chaotique

- comorbidités psychiatriques: les troubles mentaux sont un obstacle à l'observance, générant un mauvais contact avec les intervenants.

- Les traitements sont mal connus des patients qui ont besoin d'être informés, de comprendre l'efficacité les effets secondaires.

- Le mésusage est habituel: doublement des doses pour renforcer certains effets attendus ou interruption en cas de sensations désagréables ou indésirables

- Certains psychotropes sont détournés de leur action pour en rechercher des effets psychoactifs (ex. BZD). Plutôt que de les supprimer des prescriptions (avec le risque que le patient s'en procure hors contrôle), on peut proposer d'aider le patient à les gérer.

- **EDUCATION A LA SANTE**

La délivrance des traitements est l'occasion d'informer les patients sur l'action des médicaments, leur mécanisme, les effets secondaires.

Elle réalise une consultation soignante quotidienne qui favorise l'évaluation de l'état de santé physique et psychique, le discours sur le corps, et l'identification des besoins.

Elle est un médiateur pour aborder de nombreuses problématiques sanitaires, en particulier liées aux virus portés par le sang, mais aussi pour parler hygiène, nutrition, sommeil.

Elle contribue à l' «empowerment», à rendre le sujet acteur de sa propre santé.

CADRE DE DELIVRANCE

▪ REGLEMENTATION

Les textes actuels ne prennent pas en compte cette disposition.

L'article L3411-5 du CSP dit que « les CSST peuvent délivrer les médicaments correspondant strictement à leur mission »

Dans le projet CSAPA il est envisagé, sous la responsabilité du médecin, de façon exceptionnelle, à des fins de meilleure observance, de délivrer les traitements somatique et psychique prescrits hors du centre.

Les questions de stockage et de traçabilité doivent être précisés.

OBJECTIFS.

- Assurer la prise régulière des psychotropes, garante d'une stabilisation des symptômes, levier majeur pour l'accès aux droits et aux soins.
- Compléter le travail de proximité qui ne peut pas seulement être du « contact » et de la « confiance », qui ne peut pas se limiter à être « une passerelle entre la rue et les structures de droit commun » en construisant une vraie chaîne thérapeutique.
- Par la médiation de la délivrance, travailler l'oralité, la compulsion, l'immédiateté, l'automédication.

SITUATION A MARSEILLE

FACTEURS SOCIAUX

- Un grand port
- Un climat clément
- Pauvreté
- Chômage
- Explosion des loyers

SITUATION A MARSEILLE(2)

ETAT DES LIEUX DE LA SANTE MENTALE

- Au moins 500 personnes (MDM, 2006) vivant dans la rue présentent une psychose
- Discrimination à:
 - l'accès et la continuité des soins
 - L'hébergement et le logement
- Absence de logements adaptés aux pathologies des personnes

SITUATION A MARSEILLE (3)

- **DES EQUIPES DE RUE NON SPECIALISEES**
 - Le SAMU Social sans soignant ni travailleur social, qui transporte les sans abri vers les lieux d'hébergement d'urgence
 - ASUD, le TIPI, Bus 31/32, équipes spécialisées dans la Réduction des Risques
 - La mission MDM sans abri avec des volontaires soignants est dans l'accompagnement
- **LA SEULE EQUIPE LABELISEE PSYCHIATRIE DE RUE**, équipe de secteur, ne fait pas de rue et travaille en institution (!).

PERSPECTIVES A MARSEILLE

- CREATION D'UNE EQUIPE DE SANTE MENTALE MDM DE PROXIMITE
 - Avec des professionnels et des travailleurs pairs
 - Un partenariat avec l'APHM,
 - Un projet de prise en charge global de la rue à l'insertion,
 - Une idéologie proche de la RDR,
 - Des liens forts et des patients communs avec le Bus
 - Une complémentarité évidente à développer.

PERSPECTIVES GLOBALES

- Parce qu'un peu hors la loi (avant la loi?), nos pratiques de délivrance quotidienne de traitement n'ont pas été évaluées.
- Nous aimerions qu'elles soient reconnues, encadrées, modélisées de façon conforme à la problématique de nos patients et qu'on puisse en rechercher les effets bénéfiques comme les difficultés induites.
- Si la délivrance de méthadone réalise un « produit d'appel » très fort, on peut imaginer l'extension de cet outil à d'autres dispositifs attractifs pour les personnes vivant à la rue:
 - Boutiques, CAARUDs
 - Lieux d'hébergement
 - Restaurants sociaux
 - Lits Halte Santé
 - Etc..

CONCLUSION

- L'expérience du Bus 31/32 à Marseille doit être modélisée.
- Les équipes psychiatrie-précarité, aux pratiques disparates doivent s'engager plus précisément dans le soin direct, se mettre en réseau avec les programmes RDR de première ligne, et utiliser le savoir-faire de la RDR pour accroître leur pénétration du milieu des usagers de la rue et les traiter.
- L'outil DOT permet aux patients d'instaurer un mieux-être, de franchir des caps, d'accéder à un soin de qualité.
- L'amélioration des troubles psychiques, dont le secteur psychiatrique ne veut pas s'occuper et que les intervenants spécialisés ne savent pas gérer est une étape essentielle dans le processus d'accès à la citoyenneté.