

Analyse des besoins pour l'élaboration d'un dispositif de délivrance de méthadone « à bas seuil d'exigence » à Toulouse

Rapport établi par Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées à la demande du réseau Passages
Réseau Addictions 31 (PRA 31)

◆ Janvier 2011 ◆



Analyse des besoins pour l'élaboration d'un dispositif de délivrance de méthadone « à bas seuil d'exigence » à Toulouse

Guillaume Sudérie

Janvier 2011

Rapport établi par Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées à la demande du réseau Passages Réseau Addictions 31 (PRA 31)

Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées
Hôpital La Grave, Place Lange TSA 60033
31059 Toulouse Cedex 9
Tel : 0561777858
Site : www.graphiti-cirddmp.org

Sommaire

Introduction.....	4
1. Définition et contexte	7
1.1. Utilisation de la méthadone comme outil de Réduction des Risques.....	7
1.2. Les dispositifs à l'étranger.....	10
1.3. Les dispositifs « méthadone à bas seuil d'exigence » en France	12
1.4. Profils des usagers pris en charge dans les dispositifs « méthadone à bas seuil d'exigence », l'exemple de l'association Gaïa	13
2. Analyse des données existantes pour l'évaluation des besoins	15
2.1. Une nouvelle culture de l'héroïne pour une nouvelle forme de toxicomanie sans prise en charge.....	15
2.2. Les patients qui persistent dans leur usage d'héroïne.....	17
2.3. Injection de BHD : un problème à Toulouse.....	18
2.3. Trafic de Subutex®.....	19
2.4. Méthadone de rue.....	20
2.5. Hétérogénéité des profils cliniques dans les centres.....	21
3. Recherche auprès des populations cachées des dispositifs spécialisés en addictologie	23
3.1. Description de ces populations	25
3.1.1. Populations à la rue et situations d'errance.....	26
3.1.2. Précaires à forte morbidité psychiatrique	27
3.1.3. Migrants de tous pays	27
3.1.4. Les populations précaires de la grande couronne toulousaine	28
3.2. Une délivrance de méthadone à bas seuil d'exigence pour ces populations	29
4. Délivrance de Méthadone à bas seuil d'exigence, pour qui, pourquoi ?	31
5. Recommandations.....	32

Introduction

Le réseau PRA 31 mène une réflexion sur la mise en place d'un nouveau dispositif de délivrance de « méthadone à bas seuil d'exigence ». Différents constats et éléments de diagnostic sont à l'origine de cette réflexion. L'approfondissement de ces pistes empiriques apparaît nécessaire pour délimiter les contours des besoins en la matière. Pour cela, PRA 31 a mandaté Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées.

Les dispositifs de méthadone « à bas seuil d'exigence » existants s'inscrivent dans des contextes particuliers, en adéquation avec les accès « haut seuil » et « seuil adapté » des territoires dans lesquels ils s'inscrivent. Ces dispositifs se sont construits dans une dynamique de territoire et dans des périodes particulières conditionnant leur place en complémentarité avec les autres dispositifs dans un objectif global de réduction des risques.

La situation toulousaine de la prise en charge des toxicomanes en 2010, n'est pas la même que celle d'Amsterdam à la fin des années 80 ou celle de Paris à la fin des années 90. D'ailleurs, le cas de Paris sur ce point est exemplaire par sa construction historique. Ce dispositif s'est construit dans un moment de forte mutation des systèmes de prises en charge.

Ainsi, il apparaît indispensable de faire le point sur la situation toulousaine pour approfondir le constat empirique de la nécessité d'un dispositif de délivrance de méthadone à « bas seuil d'exigence ».

Ce diagnostic ne peut s'inscrire que dans une vision plus large de l'ensemble des dispositifs spécialisés, de la médecine générale et des dispositifs qui accueillent des personnes qui n'ont pas accès au droit commun.

Interroger les besoins pour un dispositif de délivrance de méthadone « à bas seuil d'exigence » ne peut avoir de sens que dans la compréhension globale des besoins en termes d'accès à la méthadone.

La prénotion « méthadone bas seuil » ou plus exactement « de délivrance à bas seuil d'exigence de la méthadone » peut être à l'origine de confusions dans l'esprit des acteurs. Les différents échanges lors des soirées organisées par PRA 31 sur ce thème ainsi que les travaux du groupe de travail pourraient en témoigner.

Il n'est pas question dans ce travail d'évaluer l'accès aux programmes méthadone existants, ni de remettre en cause le système de soins spécialisé actuel, même si la question de

« l'accès facilité à la méthadone » fut au centre des investigations, tant par les questionnements des informateurs que par la triangulation des observations elles-mêmes. En effet, des populations vivant en dehors de l'agglomération toulousaine sont par exemple décrites par les acteurs interrogés et plus particulièrement par ceux issus de la médecine générale et de la santé communautaire. Il n'est pas question ici de grande précarité. Il est question de personnes inscrites depuis plus ou moins longtemps dans des usages de drogues avec une dominante opiacée, prises en charge ou non par la médecine générale, mais pour qui cette réponse n'est pas adaptée. Toutes situations sociales égales par ailleurs, toutes situations sanitaires égales par ailleurs, la concentration géographique des acteurs du champ spécialisé aux moyens limités « impliquerait » selon certains acteurs, que des populations ne peuvent qu'utiliser les services de la médecine générale alors que pour ces populations, ces mêmes acteurs évoquent des difficultés à se maintenir dans ces traitements.

Notons comme autre exemple une petite enquête réalisée dans la base de données ADALIS qui indique que durant l'année 2010, sur les 52 fiches issues de la Haute-Garonne et concernant la question de l'héroïne, les appelants n'étaient que 10% à s'inscrire dans une prise en charge. La question de l'éloignement géographique revient régulièrement comme motif d'absence de prise en charge.

Toutefois, « l'accès facilité à la méthadone » va au-delà des questions des territoires et s'inscrit dans la rencontre entre une personne à l'origine d'une demande de prise en charge et des soignants qui répondent à cette demande. Une recherche ad hoc autour de la question de « l'accès facilité à la méthadone » sur le territoire permettrait d'y voir plus clair sur ces questions.

Quoi qu'il en soit, la réflexion autour d'un programme de délivrance de méthadone à bas seuil d'exigence s'inscrit dans une progression globale pour « l'accès à la méthadone » sachant que cet outil s'inscrit dans un cadre de réduction des risques.

L'objet de ce travail est de décrire les situations dans lesquelles une offre complémentaire par la mise en place d'un dispositif de délivrance de méthadone à bas seuil d'exigence pourrait résoudre une part des questions posées par les professionnels, les patients et les usagers de drogues.

La méthodologie utilisée pour la réalisation de ce travail s'établit en trois temps.

Dans un premier temps, il apparaît important de définir l'objet de la recherche et de recenser les expériences existantes pour avoir un référentiel commun de compréhension de l'étude.

Dans un second temps, le travail a consisté à extraire de l'ensemble des connaissances locales les éléments essentiels renseignant la problématique. L'analyse des travaux TREND fut le cœur de cette séquence de travail.

Enfin, un obstacle majeur dut être levé concernant les descriptions des typologies de populations n'ayant pas accès aux dispositifs utilisés par les systèmes d'informations existants. Il fallut alors élaborer une recherche spécifique pour recueillir les éléments nécessaires à la description des populations dites « cachées ». Les résultats de cette recherche sont présentés dans la troisième partie.

Après une synthèse des investigations (partie 4), le dernier point de ce travail consiste à faire une série de recommandations non exhaustives pour l'élaboration d'un dispositif de méthadone à bas seuil d'exigence construite exclusivement à partir des éléments présentés dans ce travail.

1. Définition et contexte

La méthadone est un opiacé analgésique synthétisé en 1937 par les Allemands Max Bockmühl et Gustav Ehrhart et est utilisée depuis 1960 comme substitut aux opiacés chez les consommateurs d'héroïne sous l'impulsion de Vincent Dole.

Cette molécule agoniste des récepteurs opiacés dispose d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés en France depuis le milieu des années 90. Cette molécule est classée stupéfiant à la différence de la Buprénorphine Haut Dosage, l'autre médicament de substitution aux opiacés (MSO) ayant le même type d'AMM, par ailleurs, beaucoup plus diffusé.

Depuis plusieurs années déjà, on note en France et plus récemment à Toulouse une volonté de rééquilibrage du nombre de prescriptions entre la BHD et la méthadone pour le traitement de la dépendance aux opiacés.

Utilisée majoritairement à des fins thérapeutiques de substitution, cette molécule peut être utilisée comme un outil de réduction des risques. En effet, différentes expériences à l'étranger, mais aussi en France indiquent des résultats significatifs en la matière.

1.1. Utilisation de la méthadone comme outil de Réduction des Risques

Au milieu des années 90, les Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) sont mis en place en France. En 2004, la conférence de consensus¹ rappelle le cadre :

« Historiquement, la pandémie du sida et les autres risques infectieux, notamment celui de l'hépatite C, sont venus à partir des années 80 bouleverser la prise en charge des consommateurs d'héroïne. Les acteurs de terrain se sont mobilisés pour promouvoir le développement d'une politique de prévention des risques et de réduction des dommages, qui a constitué le déterminant historique principal de l'élargissement, au milieu des années 90, de l'accès à deux MSO : la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD). Leurs indications telles qu'elles figurent dans leur autorisation de mise sur le marché (AMM) stipulent que ces molécules sont des « traitements substitutifs des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique » ».

¹ Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution, 23 et 24 juin 2004 ANAES/FFA

Ce document indique que « *la finalité d'utilisation des TSO est de permettre aux patients de modifier leur consommation et leurs habitudes de vie pour recouvrer une meilleure santé et une meilleure qualité de vie* ». Pour atteindre ce but, il apparaît ainsi dans ce texte que les objectifs des patients ou des professionnels de santé sont multiples. Il est indiqué que la flexibilité est indispensable à la réussite du projet thérapeutique, car les objectifs comme les motivations sont susceptibles d'évoluer au cours du temps.

Dans une réflexion globale sur la nécessité d'un accès facilité, il est primordial de souligner que la conférence de consensus dès 2004 constate les limites des dispositifs existants pour les « *sujets en situation précaire* ». Au même titre, la question du marché de rue est mentionnée comme une conséquence au système actuel d'accès à la substitution.

Ce texte préconise le « *développement des dispositifs spécifiques en direction des populations précarisées, afin de leur donner accès au TSO* ».

Dans ce texte, les sigles TSO et MSO (Médicaments de Substitution aux Opiacés) sont utilisés de façon distincte. Les TSO ne se limitent pas à la prescription de MSO, mais comportent des notions de prise en charge et d'alliance thérapeutique avec le patient.

Les TSO constituent une pratique, les MSO ne sont que des moyens. Cette distinction est fondamentale, car elle ouvre de nouvelles perspectives.

Elle acte le fait que les typologies d'usage de MSO peuvent être multiples selon les fonctions que lui attribue son utilisateur. Fonction « *drogues* », fonction « *thérapeutique* », ce texte prend acte des travaux de recherche sur le sujet.

Au-delà du constat, cette distinction permet de « *ré-attribuer* » aux MSO en général et à la méthadone en particulier sa fonction initiale de réduction des risques, donnée par le texte de son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).

En effet, notons que si l'utilisation de la méthadone est perçue par les personnes en demande de soins et les addictologues comme une pharmacothérapie efficace, n'oublions pas que l'AMM lui a été attribuée en 1995 à des fins de réduction des risques.

L'utilisation de la méthadone alors comme outil de réduction des risques, via un accès bas seuil, permet de donner un accès aux soins à des personnes qui, pour un temps, ne sont pas dans une démarche thérapeutique.

Utiliser de la méthadone alors comme outil de réduction des risques, c'est « *soulager un état de manque douloureux* », « *assurer une gestion personnelle de la dépendance* », « *diminuer, voire cesser la consommation d'opiacés illicites en s'accommodant du maintien de la pharmacodépendance de substitution* », trois objectifs soulignés par la conférence de consensus pour les personnes dépendantes des opiacés. C'est aussi permettre aux professionnels de santé « *de donner une réponse à court terme à la souffrance physique et*

morale, parfois dans l'urgence » et d'atteindre l'objectif de « *diminuer et si possible d'arrêter la consommation des opiacés illicites dans une perspective de réduction des risques en s'accommodant du maintien de la pharmacodépendance* », toujours préconisé par les experts de la conférence de consensus.

L'utilisation de la méthadone comme un outil de réduction des risques doit s'articuler et donc être pensée en complémentarité avec une offre de prise en charge multiple et diversifiée, plus large que la seule pharmacothérapie.

Développer un programme de délivrance de la méthadone à bas seuil d'exigence permet à **des patients ou à des patients/usagers de drogues de trouver momentanément un espace d'orientation quand les cadres thérapeutiques sont trop contraignants.**

Mais, ce type de programme permet surtout **aux usagers de drogues, ceux qui n'ont pas fait le choix de renoncer à l'usage de drogue ou qui sont en difficulté pour accéder au système de soin, d'y entrer.**

Catégorisation des utilisateurs d'opiacés

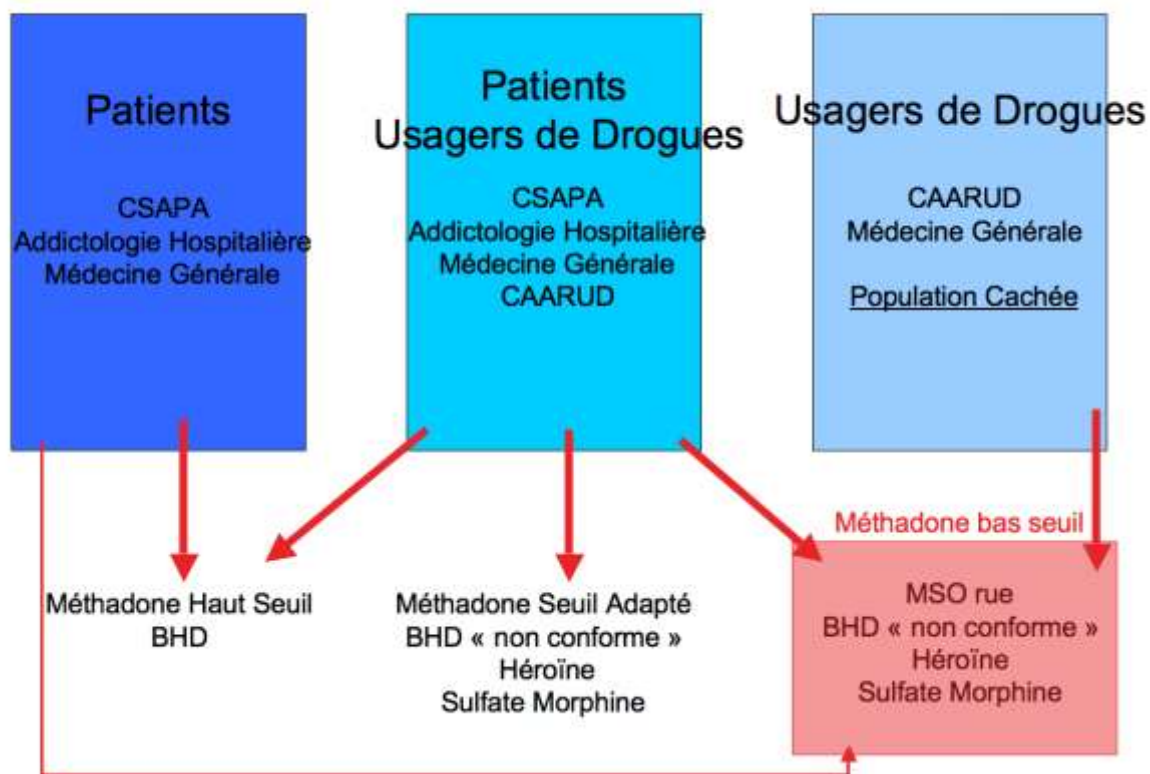
Il est entendu ici que le terme **patient** regroupe des personnes incluses en Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO).

Il est entendu ici que le terme **patient/usager de drogues** regroupe des personnes incluses en Traitements de Substitution aux Opiacés et qui consomment occasionnellement ou régulièrement des drogues ou qui utilisent les MSO de manière « non conforme aux préconisations AMM »².

Il est entendu ici que le terme **usager de drogues** regroupe des personnes qui consomment des drogues illicites (opiacés) ou des MSO issus du marché de rue ou de l'errance médicale.

² Nous utilisons cette désignation en lieu et place du terme « mésusage » qui apparaît impropre car il apparaît difficile de le définir autrement qu'au travers de la norme donnée par l'AMM. Dans les faits chaque acteur selon sa place va avoir sa propre définition du mésusage ce qui brouille les détails des pratiques dans ce type de recherche.

**Repérage des utilisateurs d'opiacés (MSO et drogues)
dans les espaces de prise en charge, toutes fonctions d'usages confondues**



1.2. Les dispositifs à l'étranger

La littérature n'est pas très fournie en matière d'expériences de mise à disposition facilitée de méthadone. Des contextes de prises en charge spécifiques selon les histoires et les organisations sanitaires spécialisées nationales sont à l'origine d'expérimentations en Europe et en Amérique du Nord.

Aux Pays-Bas et en Suisse, les villes ont compétence en matière de santé publique sur leur territoire. De ce fait, il n'est pas étonnant que ce type de dispositif ne s'inscrive pas dans des dynamiques nationales, mais locales.

Les travaux de Plomb³ et Van Brussel⁴ de 1996 indiquent que le premier dispositif de la sorte apparaît en 1987 à Amsterdam. Durant les années 70, la délivrance de méthadone a été mise en place par la municipalité d'Amsterdam pour faire face à la hausse des situations de toxicomanie à l'héroïne. Ici, la méthadone est distribuée aux toxicomanes dans un objectif

³ Plomp H.N., Van der Hek H., Ader H. J., The Amsterdam Methadone Dispensing Circuit : genesis and effectiveness of a public health model for local drug policy, Blackwell, Oxford, ROYAUME-UNI, 1996, vol. 91, no 5 (115 p.) (26 ref.), pp. 711-721, [Note(s) : 739, 742 [13 p.]]

⁴ VAN BRUSSEL G., Methadone treatment in Amsterdam: the critical role of general practitioners, Drugsafdeling, GGGD, Amsterdam Pays Bas. Netherlands, Addiction Research, 1996, 3, 363-368

substitutif, soit dans des programmes de santé publique (seuil bas – réduction des risques), soit dans des programmes de traitement (seuil élevé - sevrage). Le circuit de distribution de méthadone est une partie essentielle de la politique locale contre la drogue dans la ville. Il est conçu pour entrer en contact avec tous les toxicomanes aux opiacés qui sont en situation d'exclusion, et pour les encourager à régler leur problème d'addiction.

De ce fait, les observateurs évaluent au milieu des années 90, que 80% de toxicomanes suivent un traitement à la méthadone à Amsterdam.

Stigler⁵ décrit la mise en place d'un dispositif comparable à Zurich à la même période. En réponse aux difficultés et limites de la prise en charge, un dispositif de « *distribution de méthadone* » est mis en place au début des années 90. Il accueille rapidement 300 à 400 personnes par jour, la plupart du temps dans des situations sociales précaires.

Ce dispositif est autofinancé par la vente de méthadone aux patients⁶. Ce mode de financement peut paraître surprenant vu de France, mais permet d'être économiquement équilibré.

Perreault⁷ publie une étude en 2003 qui vise à déterminer l'efficacité d'un programme de méthadone « à exigences peu élevées ». Ce dispositif a pour objectif de toucher une population de consommateurs d'héroïne marginalisés de la région de Montréal. Pour l'auteur, « *les résultats démontrent la valeur de programmes d'interventions flexibles pour créer un lien avec une population marginalisée fortement exposée au virus du VIH qui n'aurait pas accès à un programme régulier étant donné les critères de sélection élevés et le manque de places disponibles* ».

⁵ Stigler M., Distribution de méthadone une au « seuil bas » d'entrée, *Pratiques* 1993,(32),35-39

⁶ Le patient doit payer un traitement à l'avance : la première semaine : 200 Sfr (150 euros), à partir de la deuxième semaine 100 Sfr (75 euros).

⁷ Perreault M. Et al, Accessibilité aux traitements de substitution à la méthadone et réduction des méfaits : le rôle d'un programme à exigences peu élevées, *Canadian Journal of Public Health*, 2003, 94, (3), 197-200

1.3. Les dispositifs « méthadone à bas seuil d'exigence » en France

Trois dispositifs existent depuis plusieurs années (1999, Paris et Marseille ; 2004, Rennes). Il est important de souligner que malgré une même dénomination « méthadone à bas seuil d'exigence », ces dispositifs se construisent autour de paradigmes d'action différents.

Les centres de Paris et Marseille⁸ via l'association Médecins du Monde⁹ sont des dispositifs élaborés autour d'une conception de la médecine humanitaire. Construite sur la médecine de « crise », la médecine humanitaire déclinée sur la question des addictions s'appuie principalement sur l'atténuation du manque dans l'urgence, le soin des problèmes somatiques de la vie du toxicomane, et plus particulièrement de ceux en situation sociale précaire. Cette posture fait l'hypothèse que la proposition de lien permet d'aider à construire des projets thérapeutiques à court, moyen ou long terme.

Le dispositif de Rennes¹⁰ est construit sur l'articulation « haut seuil »/« bas seuil ». Élaboré en lien étroit avec le dispositif à « haut seuil d'exigence » ce dispositif est le fruit d'une réflexion de professionnels pour dépasser les limites du « haut seuil ». En effet, le centre méthadone était confronté à des difficultés contradictoires¹¹ :

- Une augmentation des demandes de traitement par méthadone et de prise en charge médico-psychosociale ;
- Des demandes pressantes et ambivalentes de méthadone par des personnes qui n'envisageaient pas d'arrêter l'usage d'héroïne, mais qui avaient découvert la méthadone de rue qu'elles utilisaient déjà pour gérer le manque ;
- Un usage régulier d'héroïne et de morphine chez certains patients suivis dans le centre ;
- Des délais d'attente de plus en plus longs pour intégrer le centre ;
- Les conséquences des problèmes précédents : des relais prématurés en médecine de ville pour des patients non stabilisés.

Ces trois dispositifs construits dans deux logiques différentes ont comme point commun de faciliter l'accès à la méthadone dans une logique de réduction des risques.

⁸ MDM, Projet bus méthadone : un programme expérimental de rue à bas niveau d'exigence sur 2 sites Paris Marseille, Paris, MDM, 1997, 19p

⁹ Même si aujourd'hui pour des raisons administratives ces dispositifs sont des organisations indépendantes.

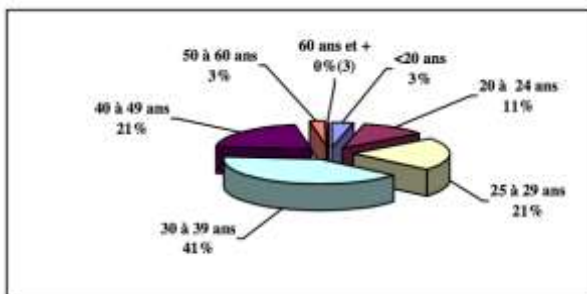
¹⁰ Centre de Soins aux Toxicomanes « L'envol »

¹¹ Le Ferrand P. Intérêt de l'accès facilité à la méthadone, alcoologie et Addictologie 2009 ; 31 (2) : 149-154

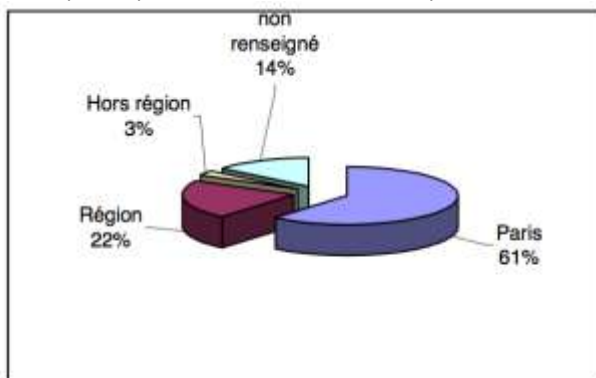
1.4. Profils des usagers pris en charge dans les dispositifs « méthadone à bas seuil d'exigence », l'exemple de l'association Gaïa.

Le rapport d'activité 2008 de l'association Gaïa indique que « la file active des patients venus au moins une fois au cours de l'année 2008 s'élève à 739 personnes différentes, dont 268 personnes nouvellement incluses ».

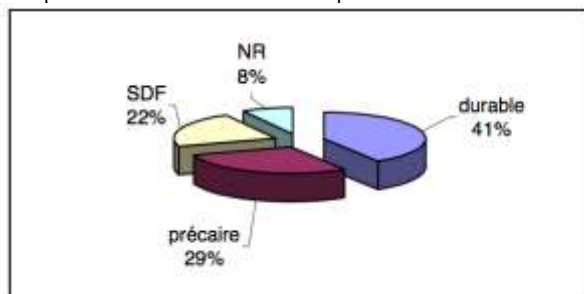
Age des personnes accueillies en 2008 par l'association Gaïa – Rapport activité



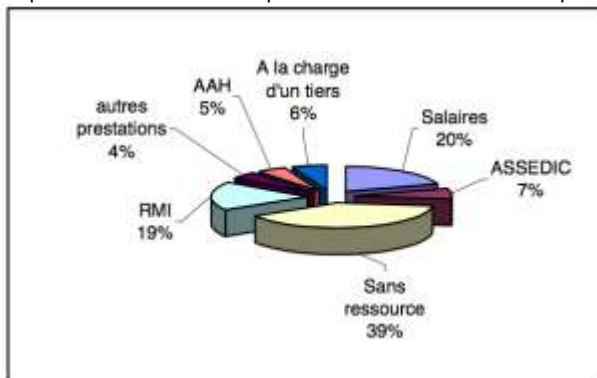
Domicile déclaré par les personnes accueillies en 2008 par l'association Gaïa – Rapport activité



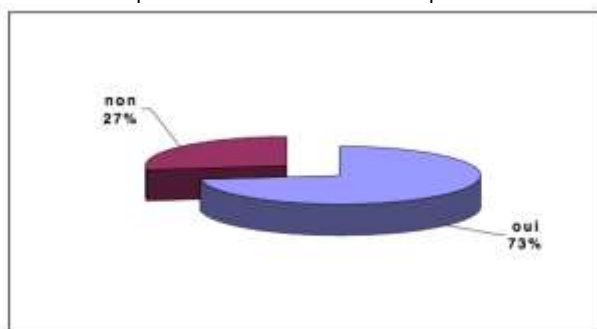
Logement des personnes accueillies en 2008 par l'association Gaïa – Rapport activité



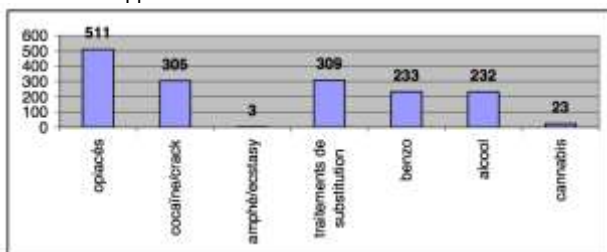
Origine principale des ressources des personnes accueillies en 2008 par l'association Gaïa – Rapport activité



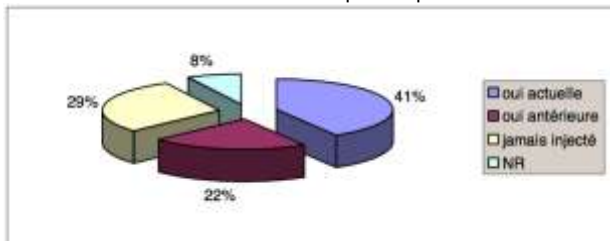
Couverture maladie des personnes accueillies en 2008 par l'association Gaïa – Rapport activité



Produits consommés motivant la démarche de soins (Plusieurs réponses possibles) des personnes accueillies en 2008 par l'association Gaïa – Rapport activité



Déclaration de l'utilisation de la voie veineuse par les personnes accueillies en 2008 par l'association Gaïa – Rapport activité



Le profil type d'un patient est un homme (4 hommes pour 1 femme) âgé entre 30 et 40 ans, polyusager de drogues, utilisant ou ayant utilisé la voie veineuse. L'origine de sa demande est en lien avec la dépendance aux opiacés (héroïne ou MSO).

« Habitant » sur Paris ou dans la région proche, la moitié des personnes ont un logement durable, 2/3 une couverture maladie. La majorité a accès aux prestations sociales (AAH, RMI, ASSEDICS...) même si une part déclare n'avoir aucune ressource.

2. Analyse des données existantes pour l'évaluation des besoins

Depuis 10 ans, le programme TREND fait des états des lieux du phénomène des drogues à Toulouse. Ces investigations annuelles réunissent à la fois des observations auprès des usagers de drogues et des enquêtes au sein des dispositifs de prise en charge. La synthèse de ces travaux a pour projet de mettre en évidence les éléments qui peuvent renseigner notre problématique.

Sera présenté ici un focus concernant les descriptions des usagers d'opiacés n'ayant pas accès au soin ou ne souhaitant pas s'inscrire au sein des dispositifs spécialisés existants. De même, un regard particulier est porté dans ce chapitre sur les descriptions de personnes en rupture avec les dispositifs actuels.

Ainsi, différentes typologies de situations décrites en creux par les acteurs du dispositif sont ici mises en relief.

2.1. Une nouvelle culture de l'héroïne pour une nouvelle forme de toxicomanie sans prise en charge.

Une nouvelle culture de l'héroïne construite sur de nouvelles représentations et de nouvelles pratiques du corps est déterminée à la fois par des profils sociaux culturels différents et par une offre d'opiacés abondante entre une héroïne disponible et des MSO très accessibles.

Ces « *nouveaux usagers* » sont des consommateurs par voie nasale ou inhalation à chaud¹². Ayant des carrières d'usage plus courtes, ils s'inscrivent pour une part dans des usages de râbla plus que d'héroïne¹³. Issus de l'espace festif alternatif, ils sont décrits par les observateurs ethnographiques, mais aussi par les dispositifs de soins et de réduction des risques. Là encore, les données TREND décrivent l'impact de l'utilisation de nouvelles

¹² « Chasse au dragon » en langage indigène

¹³ En terme symbolique puisque que la râbla n'est qu'une appellation de l'héroïne

modalités de consommations à l'origine de l'initialisation de nouvelles carrières d'usage d'héroïne¹⁴.

Appelés parfois maladroitement « *usagers récréatifs d'héroïne* », ces consommateurs ont connu les psychotropes en général, et l'héroïne en particulier, dans des moments festifs, mais ne s'inscrivent plus dans cette fonction d'usage. Pour une part, ils sont dépendants, parfois toxicomanes. La dynamique addictogène particulière de l'héroïne a transformé les contextes et les motivations des usages.

L'utilisation du terme « Râbla » en lieu et place de « l'héroïne » s'inscrit dans un processus de redéfinition de la notion de toxicomanie. En effet, si l'usage d'héroïne est perçu comme potentiellement toxicomane alors l'usage d'héroïne est proscrit. De même, si c'est l'usage d'héroïne par voie veineuse qui fait figure de toxicomanie, l'usage par voie nasale ou par inhalation de l'héroïne est totalement « permis ».

Notons que de manière générale, les jeunes usagers par voie nasale n'utilisent pas l'injection et réciproquement la « *chasse au dragon* »¹⁵ est peu utilisée par les personnes utilisant la voie veineuse. Dans ces cas, il n'y a pas de translation (escalade) dans les modalités d'usage sniff/inhalation à chaud/injection. Les modes culturels sont des facteurs de protection à la pratique d'injection.

La nouvelle diffusion de l'héroïne qui s'inscrit dans une nouvelle représentation du risque, de nouveaux contextes et de nouvelles fonctions d'usage impacte de nouvelles populations pour qui ces usages engendrent des problèmes.

Ce phénomène est repéré au sein de diverses populations et dans différents lieux. Des jeunes ayant les stigmates de l'errance, comme des jeunes plus insérés ayant un travail, un logement indépendant ou vivant chez leurs parents, peuvent rencontrer ce produit dans les zones urbaines habituelles, mais aussi dans des zones plus rurales des départements limitrophes de la Haute-Garonne.

Cette nouvelle définition de la toxicomanie peut être un facteur limitant l'inscription d'un usager dans une prise en charge qu'il considère ne pas le concerner. Une nouvelle perception des consommations est souvent synonyme d'une nouvelle définition des problèmes liés à ces consommations et donc de la nécessité de la démarche de soin.

L'accès aux MSO de rue est un facteur non négligeable à considérer pour comprendre ces nouveaux profils qui compensent souvent le manque par ces médicaments sans toutefois s'inscrire dans une démarche thérapeutique, qu'ils ne souhaitent pas.

¹⁴ Sudérie G. et col. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2008 sur le site de Toulouse – Rapport TREND, OFDT Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées, Juin 2009.

¹⁵ Modalité d'usage qui consiste à inhaler la fumée de la combustion de l'héroïne sur une feuille d'aluminium

Une délivrance de méthadone à bas seuil d'exigence pourrait être un outil supplémentaire pour que ces populations entrent dans le dispositif spécialisé sous l'axe de la réduction des risques aux usages.

2.2. Les patients qui persistent dans leur usage d'héroïne

L'ancrage de l'usage d'héroïne dans de multiples populations est observé par les investigations TREND. Ces trois dernières années, la réapparition des usages d'héroïne ou plutôt la nouvelle visibilité des usages dans ces populations a constitué une tendance majeure de ces observations. Si pendant un temps, les usages d'héroïne étaient moins visibles parmi les polyconsommateurs, depuis 2005, l'héroïne est de nouveau consommée même au sein des populations ayant un Traitement de Substitution aux Opiacés.

Ce phénomène a ses conséquences sur les polyconsommations des usagers de drogues ainsi que chez des patients en traitement de substitution.

Les « patients/usagers de drogues », souvent injecteurs, ont un long parcours de polyconsommations. D'âges très divers, leur carrière d'usage de drogue est relativement longue. Inclus souvent dans des protocoles thérapeutiques de substitution, ils représentent la figure classique de la toxicomanie associant problématiques sanitaires et des situations sociales en dégradation. Connus des dispositifs spécialisés de réduction des risques et de prises en charge, ils sont parfois en rupture avec les cadres thérapeutiques du fait du maintien des consommations de drogues.

Un programme de délivrance de méthadone à bas seuil d'exigence permettrait avec un minimum de contrainte de répondre à la problématique de dépendance de certains patients, en acceptant leurs usages de drogues. Cette orientation positive permet de maintenir un lien à l'origine de l'élaboration potentielle d'un nouveau projet thérapeutique au travers d'une offre d'accompagnement différent, basée en premier lieu sur la réduction des risques en laissant la place à la création possible d'un nouveau projet thérapeutique au travers d'une offre d'accompagnement différente.

2.3. Injection de BHD : un problème à Toulouse

Dans la gamme des traitements de substitution, la BHD constitue l'option thérapeutique la plus utilisée en France pour les personnes dépendantes aux opiacés, même si la tendance est au rééquilibrage avec la méthadone.

Si la BHD est un traitement de substitution entrant dans le cadre d'un protocole thérapeutique, l'accroissement de sa prescription s'est accompagné du développement de son détournement, d'usages « non conformes aux préconisations de l'AMM », voire d'usages non substitutifs¹⁶.

Différentes typologies d'usage de la BHD sont repérées localement depuis plusieurs années, et évoluent peu. Ce sont plutôt les carrières des utilisateurs de BHD qui changent, allant la plupart du temps de l'usage de drogues vers le soin, mais aussi, parfois, du soin vers l'usage de drogues. Le « sniff » reste une modalité répandue comme l'injection. Notons que les conséquences de ce type d'utilisation dégradent de plus en plus la perception thérapeutique de la buprénorphine haut dosage. Les traitements par la BHD deviennent des remèdes au long cours, quel que soit le groupe d'appartenance et même les modalités d'usage. Ce phénomène transforme le traitement de substitution en traitement d'une maladie chronique où la BHD devient l'insuline du diabétique.

Entre diminution, rechute et passage sous méthadone, la durée du traitement de substitution est parfois indéfinie. Les trajectoires de sortie de toxicomanie décrites avant la substitution se sont transformées radicalement au point parfois que la BHD n'est plus perçue comme une solution. Cette situation rend vulnérables ces personnes à la polyconsommation.

Le statut de la BHD et plus particulièrement du Subutex® est tel qu'une part importante d'usagers en détournement, particulièrement les injecteurs chroniques, ont de grandes difficultés dans la gestion des dommages causés par les longues années de consommations. Au-delà des conséquences somatiques, en particulier sur le réseau veineux mais aussi sur les voies respiratoires, la difficulté de cesser, voire dans certains cas de simplement diminuer les doses, a annulé dans les esprits le progrès de la mise sur le marché de cette molécule en 1996.

L'utilisation de la voie veineuse s'inscrit dans des carrières de toxicomanies où si la BHD a permis de pallier le manque physique de l'héroïne, aucune réponse fructueuse n'a été mise en place¹⁷ pour réduire les risques de ce type de consommation, soit par l'arrêt de l'injection soit par un médicament de substitution aux opiacés injectables.

¹⁶ Escots S., Fahet G., *Usages non substitutifs de la buprénorphine Haut Dosage*, Graphiti/ORSMIP/OFDT TREND, Août 2004.

¹⁷ À l'exception de la diffusion du Stérifilt®

Si ce phénomène est décrit par ailleurs en France¹⁸, les éléments de preuves récoltés par le dispositif TREND sur ce point, sont plus nombreux à Toulouse qu'ailleurs.

Un dispositif d'accès bas seuil à la méthadone pourrait être une nouvelle alternative pour des personnes qui sont dans une double problématique : Injectrices de BHD et polyconsommatrices. Les dispositifs haut seuil de délivrance de méthadone sont trop contraignants pour des personnes qui souvent souhaitent arrêter l'injection de BHD, mais n'envisagent pas encore l'arrêt des autres drogues.

Un dispositif de réduction des risques par la délivrance à bas seuil d'exigence de méthadone où le traitement de la dépendance serait pris en charge permettrait de créer un lien particulier en se rapprochant au plus près des situations des pratiques des personnes.

2.3. Trafic de Subutex®

Le trafic de BHD concerne plus particulièrement le Subutex®. Les observateurs décrivent la présence de grossistes qui centralisent les détournements de prescription et les *polyprescriptions* et qui revendent à l'unité des comprimés achetés par boîtes ou plaquettes. Les détournements de prescriptions sont de deux ordres :

- Des personnes pouvant avoir les stigmates de la toxicomanie simulent une dépendance aux opiacés et se font prescrire de la BHD qu'elles ne consomment pas, soit parce qu'elles ne sont pas dépendantes, soit parce que grâce à ce trafic, elles se donnent les moyens d'avoir accès à de l'héroïne ou à d'autres produits.
- Le second type de détournements concerne des personnes qui sont en protocole de substitution, mais qui détournent une part du traitement pour compléter leur revenu. Soit elles sont en surdosage, et leur détournement ne pose pas de problème en matière de manque, soit elles s'accommodent de ce manque en consommant de l'alcool, de la cocaïne ou de l'héroïne, et ce, dans cet ordre.

La *polyprescription* très importante jusqu'en 2004 sur Toulouse a été régulée grâce au contrôle de la CPAM et aux travaux du comité de suivi de la substitution de la Haute-Garonne piloté par la DDASS et en partenariat avec le réseau *Passages (PRA31)*. Toutefois, selon les observateurs « *les contrôles n'étant pas permanent* », ces pratiques se poursuivent. Il est important de souligner que si les *polyprescriptions* existent toujours, leurs

¹⁸ Rapport TREND locaux de Paris, Bordeaux, Marseille, Rennes Lille et Marseille

proportions se sont très nettement limitées, souvent à deux médecins. Si auparavant une même personne pouvait compter 5 à 6 médecins, aujourd'hui ce n'est plus le cas. Par contre, le nombre de personnes impliquées ayant deux médecins et deux pharmacies de délivrance est plus important.

Cette disponibilité de BHD a pour conséquence qu'une majorité de personnes ayant consommé la BHD via le marché parallèle de rue, sans prescription médicale, rencontre le dispositif pour initialiser des prescriptions. Entre formalisation d'une auto-substitution préexistante et usages de drogues remboursés par la CPAM, l'analyse du phénomène est complexe. Ce type de prescription permet la construction d'un lien avec des populations n'ayant pas clairement construit une demande de soins. Autrement dit, la disponibilité de cette molécule via ce réseau est une forme d'accès « bas seuil » qui, par des chemins peu orthodoxes, permet à certains d'accéder au soin. Toutefois, ce processus se confronte rapidement au fait que la BHD n'est pas un « bon » médicament de réduction des risques, car il peut être producteur de dommages somatiques sans pour autant être une solution au problème de dépendance.

Un dispositif de délivrance de méthadone à bas seuil d'exigence viendrait concurrencer ce trafic en mettant à disposition dans un cadre minimal de contrainte des opiacés à ceux qui trouvent dans le Subutex® de rue une facilité pour pallier le manque.

Ce type de dispositif permettrait d'avoir un impact dans l'amélioration de la santé des patients/usagers de drogues ou des usagers de drogues qui se procurent la BHD par le marché de rue, mais aussi d'avoir un impact sur le trafic.

2.4. Méthadone de rue

L'évolution à la hausse du nombre de patients inclus dans des protocoles méthadone augmente l'alimentation d'un marché de rue. Si concernant le Subutex® une structuration complexe est en place à Toulouse¹⁹, pour la méthadone, le « marché de rue » est réservé majoritairement à des patients en difficulté momentanée avec leur traitement.

Toutefois, la hausse de cet accès « bas seuil » rend cette molécule disponible à des personnes dépendantes aux opiacés qui cherchent une alternative à l'héroïne ou à la BHD, soit en autosubstitution, soit dans une amorce de démarche thérapeutique. Ce phénomène

¹⁹ C.f. Rapport de site de Toulouse TREND 2008 p.49, Suderie G., Baboulène N., Fournier, 2009 Op.cit.

en expansion est un élément de preuve indiquant une demande d'accès à la méthadone à bas seuil d'exigence. Pour autant, cette diffusion anarchique peut poser des problèmes majeurs, particulièrement lors de consommation de méthadone par des « sujets naïfs », ainsi que dans la structuration d'un trafic de produits classés stupéfiants.

Un accès facilité à la méthadone viendrait concurrencer une offre clandestine en donnant la possibilité de répondre à la problématique de dépendance par une approche médico-sociale globale.

Caricaturalement, accéder à la méthadone bas seuil apparaît comme une meilleure chose qu'accéder à de la BHD bas seuil, même si c'est par l'intermédiaire d'un marché de rue. Toutefois, c'est d'autant plus satisfaisant si cet accès est possible auprès de professionnels de la réduction des risques et du soin.

2.5. Hétérogénéité des profils cliniques dans les centres

La triangulation des informations issues des CSST/CSAPA fait apparaître un consensus.

Les acteurs indiquent que la **multitude de demandes de soins très hétérogènes pour une même molécule complexifie leur travail dans la prise en charge**. Pour ce médecin, *« dans une même salle d'attente il y a parfois des usagers de drogues actifs à qui on file de la méthadone, des patients stabilisés et ça peut poser des problèmes »*.

S'il est évident que prescrire de la méthadone ne soigne pas la toxicomanie, et que d'autres thérapies ont prouvé leurs « efficacités », les évolutions des représentations plébiscitent l'utilisation de cette molécule.

Cette demande de pharmacothérapie facilitée par les expériences individuelles rendues possibles par un marché de rue en expansion élargit les publics et les profils des patients. Ce phénomène met à mal certains cadres thérapeutiques de la méthadone à « haut seuil d'exigence »²⁰. Si l'utilisation des modèles de « seuil adapté d'exigences »²¹ a permis aux acteurs de s'adapter efficacement à ce phénomène, certains patients sous méthadone n'arrivent pas à tenir dans ces cadres même flottants.

²⁰ Méthadone haut seuil d'exigences : La méthadone est prescrite de façon individualisée, dans un cadre strict où délivrance et prise sont contrôlées. La prise du produit de substitution en centre est au départ quotidienne. Elle satisfait à un schéma rigoureusement prescrit, souvent dans le cadre d'un contrat. Le sujet vise à une abstinence totale d'opiacés ou d'autres substances psychoactives illicites ou licites. Si les contrôles urinaires sont positifs, le sujet peut être exclu du programme de soins. Ceci en théorie, car, à partir de la preuve que représente le résultat de l'analyse urinaire, il s'agit bien plus de travailler sur les prises de substances pour faire progresser le patient. L'arrêt de la consommation des substances psychoactives y est un objectif pas une exigence ou un préalable.

²¹ Méthadone à seuil adapté d'exigences Le seuil adapté est un ajustement du contrat thérapeutique à la réalité des usages des patients. L'assouplissement de ses contraintes permet aux patients de se maintenir dans un traitement.

De nouveaux cadres dans d'autres lieux semblent nécessaires pour ces personnes en lien fragile avec les dispositifs de prise en charge existants. D'autant qu'à la différence d'autres MSO, un sens thérapeutique est attribué à la méthadone par tous les usagers de drogues actifs ou s'inscrivant dans des projets thérapeutiques.

Parallèlement, une hausse des demandes allonge les délais de réponse d'un dispositif efficace, mais de plus en plus sollicité.

Un accès à la méthadone à bas seuil d'exigence serait une solution supplémentaire pour faciliter l'accès à la méthadone et optimiser la réponse publique en matière de prise en charge et de réduction des risques. Les orientations pourront être multiples selon l'évolution des profils des patients.

Entrés dans le système de prise en charge par « la délivrance de méthadone à bas seuil d'exigence », des patients peuvent être orientés vers le « haut seuil ».

Parallèlement, des patients inclus dans des cadres de délivrance « haut seuil » pourront être orientés vers le « bas seuil » dans des moments où le cadre thérapeutique devient trop contraignant.

Ce type de dispositif permet une alternative positive à des situations qui sont parfois complexes tant pour le patient que pour l'équipe de soin.

Développer une nouvelle offre dans d'autres lieux permettrait d'adapter la réponse thérapeutique aux situations de chaque patient dans un processus d'orientation positif.

3. Recherche auprès des populations cachées des dispositifs spécialisés en addictologie

Suite à ces différents constats, un travail proactif a pour objectif d'approfondir les connaissances concernant des populations qui ne sont pas en contact avec les dispositifs spécialisés. Si le programme TREND observe les usagers de drogues au travers des dispositifs de prise en charge et de réduction des risques, malgré les investigations ethnographiques, ce dispositif n'est pas en capacité de renseigner de manière exhaustive les profils de populations n'ayant pas accès à ces dispositifs spécialisés que l'on nomme habituellement « population cachée ».

Ces populations décrites régulièrement par les professionnels des CAARUD, sont à étudier plus en amont pour comprendre les difficultés d'accès aux dispositifs de prise en charge spécialisés.

L'hypothèse sous-jacente renvoie autant à la question des limites des dispositifs et de leurs champs d'intervention qu'à la définition réflexive et individuelle du problème avec les drogues et sa hiérarchisation dans une situation sanitaire et sociale globale souvent complexe de ces populations. En d'autres termes, soit les dispositifs ne sont pas adaptés à la demande, soit il n'y a pas de demande de prise en charge de la part de ces personnes.

La réflexion autour d'une délivrance à bas seuil d'exigence est certes envisagée pour faciliter l'accès à la méthadone, pour répondre aux limites du dispositif actuel, mais aussi pour élargir le spectre d'intervention et offrir de nouvelles possibilités de prises en charge afin d'aider à définir ou redéfinir une demande. Il est à souligner que les demandes de prises en charge sont grandement corrélées aux offres de réponses sanitaires et sociales repérables et repérées.

Ainsi, interroger l'ensemble des acteurs intervenant en dehors du champ spécialisé susceptibles de décrire des usagers de drogues actifs qui connaissent des problèmes d'ordre sociaux ou sanitaires du fait de leur usage, permet d'approfondir les premières pistes de recherches.

Nous reprenons ici la catégorie « usagers de drogues » définie dans le premier chapitre de ce travail. Ici, les populations peuvent avoir deux caractéristiques d'usage, indépendantes ou cumulées :

- Soit, ce sont des usagers de drogues actifs d'opiacés ou polyconsommateurs, en demande de soins ou non, mais qui ne sont pas en capacité pour l'heure de sortir des consommations.
- Soit ce sont des usagers utilisant les médicaments de substitution aux opiacés en dehors de cadre thérapeutique, par un approvisionnement de rue ou par l'errance médicale dans un usage non substitutif. Ils peuvent par ailleurs utiliser différents types de modalités d'usage même si dans ces populations l'injection est très répandue.

Le principal objectif de l'investigation est de documenter ces populations tant sur les problèmes qu'elles rencontrent avec leur usage, que sur les difficultés concernant leur accès aux soins en décrivant leur parcours dans les différents services sociosanitaires.

Ces deux types de profils sont donc recherchés dans des dispositifs non spécialisés sur les questions d'addiction. Notons que ce critère d'inclusion comprend aussi les populations, en lien fragile ou en rupture plus ou moins longue avec les dispositifs spécialisés de prise en charge. Le but de l'enquête est de décrire de la manière la plus approfondie possible les caractéristiques des personnes, leurs parcours, leurs situations sociales et sanitaires.

Ont été interrogés pour cette recherche tous les acteurs qui du fait de leur place en tant que travailleur social, médecin, infirmier ou autre, sont en capacité de documenter les profils précités, qui ne sont pas pris en charge par le dispositif spécialisé en addictologie. Sans être exhaustif, il apparaît que les acteurs suivants sont incontournables :

- Urgences
- CAARUD
- Médecine générale
- Acteurs de la santé communautaire
- Acteurs de la santé humanitaire
- Équipe mobile sociale
- Halte Santé
- CHRS
- Missions locales (RAJ...)

La trame des entretiens s'articule autour de différentes thématiques :

- Description de ces personnes (âge, situations sociales, problèmes à l'origine de la rencontre...)
- Parcours de ces personnes dans les différents dispositifs de soutien, d'aide et/ou de prise en charge.
- Descriptions des difficultés que ces personnes pourraient avoir avec les drogues
- Les difficultés de ces personnes à s'insérer dans le cadre de la prise en charge spécialisée.

Cette recherche auprès des acteurs de ces dispositifs postule comme hypothèse que des personnes rencontrant des problèmes avec leurs usages de drogues ne s'inscrivent pas automatiquement dans une demande de prise en charge au sein des services spécialisés.

Cette hypothèse repose sur deux éléments :

- La définition d'un usage problématique de drogue se définit individuellement selon la carrière d'usage, les modes de socialisation et les ressources psychosociales du moment.
- Le recours aux dispositifs de prise en charge, là encore, ne se fait que si la personne perçoit dans tel ou tel dispositif une perspective favorable à sa situation.

Ces rencontres avec des acteurs de dispositifs en dehors du champ spécialisé en addictologie n'ont pas pour objet de questionner, voire d'évaluer les limites de tel ou tel dispositif existant. L'objet ici est de décrire les populations en situation problématique avec les usages de drogues et qui sont repérées par d'autres dispositifs.

3.1. Description de ces populations

Au-delà des usagers de drogues actifs, les rencontres avec les acteurs ont permis de définir plusieurs catégories de populations, qui sans aucun contact avec les dispositifs spécialisés utilise le trafic de MSO de rue ou l'errance médicale pour pallier leurs problèmes avec les drogues. Ainsi, deux axes sont déterminants pour comprendre les caractéristiques de ces populations :

- La situation sociosanitaire des personnes et les ressources disponibles pour subvenir à leur problème avec les drogues.
- L'impact du territoire, toute situation sociosanitaire égale par ailleurs.

Les observateurs indiquent que ces populations sont en contact principalement avec les CAARUD, soit sur la question sociale, soit sur la question de l'échange de matériels stériles, mais rarement dans une démarche d'orientation pour traiter la dépendance. Les recours aux

CSAPA et à la médecine générale existent, mais la continuité du suivi est parfois fragile. De grandes difficultés à se maintenir dans des traitements de substitution apparaissent pour l'ensemble de ces populations.

Il est à noter ici que la question se pose plus particulièrement du côté de la définition de la toxicomanie et des priorités données aux problématiques individuelles. Plusieurs processus sont à l'œuvre, mais les principaux concernent la question des préalables à la santé et la hiérarchisation des besoins.

3.1.1. Populations à la rue et situations d'errance

Jeunes ou plus âgées, ces populations n'ont parfois aucun accès aux dispositifs de prise en charge du droit commun, et s'inscrivent parfois dans un lien fragile avec les dispositifs spécialisés ou la médecine générale. Souvent, elles utilisent les MSO dans de multiples fonctions.

La précarité ou la grande précarité, même pour des jeunes gens, surdétermine ici la problématique de toxicomanie.

Pour les plus jeunes, les observateurs interrogés indiquent comme les travaux d'Escots²² que « *si certains usagers ne parviennent pas à éviter de sévères conséquences à leurs consommations et se trouvent contraints de recourir aux structures spécialisées, d'autres « se débrouillent », seuls, ou avec des ressources amicales ou familiales et parfois avec l'aide d'un médecin généraliste (...) Parmi ces stratégies, il est nécessaire de distinguer entre celles qui visent à régler, souvent dans l'urgence, un problème ponctuel lié à des circonstances particulières, de celles plus ambitieuses qui ont pour objectif de modifier les comportements de consommations* ». À ce stade, les acteurs non spécialisés constatent un **vide réel en termes de ressources** pour ces personnes « ballottées » entre deux solutions, l'utilisation de la BHD qu'elles consomment en tant que drogue via le marché de rue et les programmes méthadone actuels qu'elles perçoivent comme très contraignants.

Pour les plus âgées, inscrites dans des usages de psychotropes depuis de longues années, il semble qu'une stabilisation des consommations s'établisse sans toutefois que l'utilisation des MSO ne s'inscrive dans une logique de substitution. Le problème alors est la chronicisation de ces usages, d'autant plus si la voie veineuse est utilisée.

En l'état, les acteurs indiquent que seule la médecine générale peut accueillir ces profils. Toutefois, les TSO sont pour beaucoup mis en difficulté du fait de l'expérience de la BHD à la rue. Il est vrai qu'il est complexe de « soigner » avec une molécule vécue jusqu'alors

²² Escots S., Michels D. et Sudérie G., Étude exploratoire sur les 15-25 ans consommateurs de substances psychoactives sans résidence stable, visibles au centre ville à Toulouse, IAC/Les Anthropologues Appliqués, 2010, à paraître

comme une « drogue ». Une des particularités toulousaines est la forte diffusion de Subutex® de rue au sein de ces populations. De ce fait, les logiques des consommations de ce MSO sont pour ces populations plus en lien avec les usages de drogues qu'avec le soin thérapeutique. Certains acteurs indiquent **un cercle d'orientation sans fin**. Les toxicomanes les plus précaires n'ont pas d'autres solutions pharmacothérapeutiques que la BHD qui a perdu pour beaucoup son statut de médicament.

3.1.2. Précaires à forte morbidité psychiatrique

Les acteurs décrivent des personnes où la polytoxicomanie s'ajoute à des problèmes psychiques ou psychiatriques importants. Ces descriptions s'inscrivent dans les descriptions déjà connues des cooccurrences chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un trouble psychiatrique. Consommant majoritairement des opiacés pour calmer l'angoisse, les drogues viennent s'ajouter à une pathologie complexe.

Les usagers précaires à forte morbidité psychiatrique sont décrits à plusieurs reprises par les observateurs des CAARUD, mais aussi par les acteurs des dispositifs humanitaires et de première ligne.

Ces usagers en situation de grande précarité expriment des troubles parfois aigus dans les lieux qui les reçoivent ce qui met à mal toute tentative de prise en charge ou toute continuité de suivi.

Il s'inscrivent difficilement tant dans les structures psychiatriques que dans les CSAPA. L'étiquette « toxicomane » est aussi dure à porter pour ces personnes que celle de « malade mental ».

Une triple prise en charge du trouble psychiatrique, de la dépendance aux drogues, mais aussi de l'accompagnement social devrait être élaborée. Pour les acteurs interrogés, ces personnes sont renvoyées d'un service à l'autre sans traitement adéquat avec une réelle difficulté du maintien du lien.

En d'autres termes, pour les informateurs, aucune offre de soins intermédiaires se situant entre la réduction des risques à l'usage de drogues et la psychiatrie n'est disponible localement.

3.1.3. Migrants de tous pays

Les populations les plus visibles dans l'espace public sont les migrants de l'Est de l'Europe. Au centre de nombreux discours, ils sont l'arbre qui cache la forêt. La mobilité Est-Ouest

n'est pas la seule décrite par les acteurs de terrain. D'autant que concernant les problèmes de drogues, les acteurs de la santé humanitaire ne repèrent pas de besoins particuliers en la matière pour ces populations roms ou bulgares.

Toutefois, des migrants de toute origine n'ayant pas accès au droit commun saisissent les dispositifs de première ligne. À la recherche d'un emploi, accueillis par des cadres amicaux ou familiaux plus ou moins solides, leur accès aux dispositifs de droit commun est quasi-inexistant. Selon les acteurs, la problématique « alcool » est la face visible d'une polyconsommation plus large et pour certains problématique. Les CAARUD ne sont pas privilégiés par ces populations, car trop marqués dans les représentations par le stigmate de la toxicomanie.

La question des psychotropes est repérée par les professionnels qui les reçoivent la plupart du temps sur d'autres questions de santé ou d'insertion sociale. Sans papier ou sans accès au droit, l'orientation pour la prise en charge des addictions est complexe autant via leur statut administratif que du fait d'une minimisation de leurs problématiques addictives.

3.1.4. Les populations précaires de la grande couronne toulousaine

Les observateurs interrogés indiquent une migration de populations précaires vers la périphérie urbaine du fait de la « *disparition* » de squats de grande taille dans le centre-ville. En effet, les acteurs des dispositifs humanitaires indiquent la disparition progressive depuis quelques années de squats pouvant accueillir des groupes de plus de 10 personnes. Un petit noyau dur de 2 ou 3 personnes structure les lieux, les autres membres n'étant que de passage pour des moments plus ou moins longs.

Cette évolution des lieux de vie autoorganisés repérés depuis quelques années maintenant s'accompagne d'une migration de populations précaires en zone périphérique.

Les acteurs rencontrés pour cette observation confirment ce phénomène éloignant alors des *usagers de drogues* et les *patients/usagers de drogues* des dispositifs spécialisés.

Colomiers, Auterive, Ramonville sont des communes dans lesquelles des squats ou des campements sont repérés. Constitués souvent de personnes aux caractéristiques proches de celles décrites pour les jeunes en situation d'errance, ces groupes se sédentarisent loin des lieux qu'ils pourraient solliciter comme ressources à leurs difficultés sociosanitaires du moment.

Cet éloignement géographique est à prendre en compte comme élément se surajoutant aux problématiques individuelles dans une réflexion globale concernant l'accès facilité au dispositif de prise en charge.

En effet, s'il est parfois difficile de s'inscrire dans des programmes de réduction des risques ou de soin quand la géographie n'est pas un obstacle, qu'en est-il pour ces populations aux caractéristiques similaires des urbains qui vivent à 15, 30 ou 50 kms de la première structure ?

3.2. Une délivrance de méthadone à bas seuil d'exigence pour ces populations

Pour l'ensemble de ces populations décrites par les professionnels de la santé humanitaire ou qui exercent dans des dispositifs en dehors du droit commun, la structuration du dispositif de prise en charge est perçue comme trop contraignante. Seuls les CAARUD peuvent être des lieux repérés au travers d'une offre de services globale. Le problème est que ces structures ne proposent aucune solution pour la gestion de la dépendance et les orientations vers d'autres dispositifs échouent en partie pour ces types de populations.

Pour des populations en situation d'errance, à forte cooccurrence psychiatrique, ou pour les migrants, de nouvelles solutions dans de nouveaux espaces sont à élaborer, dans une alternative complémentaire au système de prise en charge actuel.

Aujourd'hui, la disponibilité de MSO à la rue « *fait souvent la jonction* ». En d'autres termes, le « *Subutex® de rue*²³ » est utilisé comme solution transitoire ou permanente pour pallier le manque de ceux qui n'ont pas accès au dispositif. Dans l'entre-deux, la médecine générale prend le relais parfois avec succès, parfois sans pouvoir réellement maintenir un lien thérapeutique. Là encore, notons ici que tous les acteurs interrogés indiquent une place non négligeable du Subutex®²⁴ pour les polyconsommateurs qu'ils reçoivent. On rejoint ici les constats issus des travaux TREND exposés dans le chapitre précédent.

Consommant le Subutex® par la voie intraveineuse pour une part, ces populations n'utilisent pas ce MSO dans le cadre de TSO, et s'inscrivent dans une dynamique d'usage de drogue.

Dans ce cadre, un dispositif de délivrance de méthadone à bas seuil d'exigence proposerait une réponse au plus près des pratiques et des besoins des personnes en proposant un MSO sans trop de contraintes. Cette alternative à l'utilisation de la voie veineuse pourrait être au centre d'un nouveau projet thérapeutique autour de la réduction des risques associé à un accompagnement social.

²³ C.f. Mésusages et usages non substitutifs de BHD (Subutex®), dans ce rapport, p.10

²⁴ Le générique est rarement évoqué.

Ce type de programme créerait alors un entre-deux, proposant une alternative intéressante.

De même, ce type de programme pourrait « fidéliser » des personnes inscrites dans des situations sociales et sanitaires complexes « qui viendraient chercher leur méthadone ». Si cette relation arrive à s'instaurer, tout insatisfaisante qu'elle soit, elle permettrait de nouer une relation particulière pour envisager la complexité de la situation sociale et sanitaire de ces personnes.

Il est à noter qu'en dehors du champ spécialisé, évoquer l'utilisation de service attaché aux toxicomanes, c'est se définir dans le regard de l'autre comme toxicomane et en porter le stigmate. Cet élément rend d'autant plus complexe le travail partenarial d'orientation pour ces acteurs non spécialisés. Les acteurs recommandent que le nouvel espace à élaborer ne doit pas porter l'étiquette « soin en toxicomanie » car pour les populations qu'ils reçoivent, ce sera un facteur identique à celui qui les empêche de venir dans les services existants.

4. Délivrance de Méthadone à bas seuil d'exigence, pour qui, pourquoi ?

Ce chapitre de synthèse veut de manière schématique reprendre l'ensemble des investigations au travers d'un tableau recensant à la fois les phénomènes décrits et les sources d'informations permettant leur triangulation. Notons qu'une personne peut être repérée dans plusieurs catégories situationnelles.

Populations	Situations	Solutions en l'état	Objectifs d'un programme MBS	Sources
Usagers de drogues actifs, n'ayant pas fait le choix de s'inscrire dans un Traitement	Polyconsommateurs de drogues.	Usages de drogues. Utilisation de MSO de rue et errance médicale	RdR Accès au soin Aide à la définition d'une demande	TREND Soin spécialisé RdR
Usagers de drogues actifs, mais qui ont des difficultés à s'inscrire dans les dispositifs existants	Nouvelles formes de toxicomanie. Précaires de la grande couronne toulousaine.	Usages de drogues Utilisation de MSO de rue et errance médicale	RdR Accès au soin	TREND Soin spécialisé RdR Médecine première ligne Médecine humanitaire
Les patients/usagers de drogues qui persistent dans leur usage	Mettent en difficulté le projet thérapeutique initial.	Usagers de drogues opportunistes (opiacés et/ou stimulants) ou réguliers. Utilisation de TSO non équilibrés.	RdR Solution positive d'orientation Reformulation d'un projet thérapeutique	TREND Soin spécialisé
Injecteurs de Subutex® et/ou Polyconsommateurs	Injecteurs de Subutex® chronique dégradant l'état de santé général et pour qui un accès méthadone haut seuil est trop contraignant.	Aucune	RdR Solution positive d'orientation	TREND Soin spécialisé RdR Médecine première ligne Médecine humanitaire
Les personnes aux situations sociales et sanitaires fortement dégradées	Errants jeunes ou vieux Migrants sans papiers Précaires à forte morbidité psychiatrique.	Usages de drogues ou de MSO comme une solution à leurs situations.	RdR Accès au soin en addictologie et en psychiatrie selon les situations Reprise de contact avec des populations exclues.	RdR Médecine première ligne Médecine humanitaire

À noter :

L'ensemble des acteurs interrogés indique que le trafic de rue de Subutex® (et générique dans une moindre mesure) facilite une accessibilité à des opiacés. Cet accès pose des problèmes majeurs en termes de dommages de santé.

Un programme MBS serait une solution concurrentielle à ce marché de rue qui est aujourd'hui du point de vue de certaines personnes, une solution réelle, mais totalement insatisfaisante pour des personnes qui ne souhaitent pas ou n'arrivent pas à s'inscrire dans les programmes TSO.

5. Recommandations

De manière générale, plusieurs types de populations sont décrites par les acteurs pour qui une délivrance de méthadone à bas seuil d'exigence serait une alternative intéressante. Pour autant, les modèles connus dans d'autres villes en France ou à l'étranger ne peuvent pas s'appliquer stricto sensu à la situation locale.

Ce type de programme peut prendre de multiples formes allant de la création d'un nouveau dispositif de délivrance à bas seuil d'exigence jusqu'à l'évolution des dispositifs existants. Notons qu'un renforcement d'une délivrance à haut seuil sur des territoires plus larges, et une visibilité plus forte de la délivrance à seuil adapté est aussi à envisager dans une réflexion globale sur l'accès à la méthadone sur le territoire. De nombreux discours de professionnels, de patients et d'usagers recueillis dans le cadre de ce travail en sont autant d'éléments de preuves.

L'objet de ce travail est de faire une évaluation du besoin pour un dispositif de délivrance de méthadone à bas seuil d'exigence. À ce stade, il est important qu'une réflexion multipartenariale se mette en place pour envisager la faisabilité de ce type de programme.

Les auteurs de ce travail recommandent à ces acteurs plusieurs axes de travail :

- L'axe **Population** : une approche spécifique par population, corrélée aux problèmes qui les spécifient doit être au centre de l'élaboration du dispositif. Les populations les plus précaires apparaissent comme prioritaires avec une sous population très représentée : les injecteurs de Subutex®.
- L'axe **Accessibilité** : Il apparaît clairement dans les investigations que ce programme doit s'inscrire en premier lieu dans un cadre de réduction des risques. En ce sens, il est clair que ce dispositif doit permettre à ses usagers un accès large sur des plages horaires importantes, le week-end compris. Vient se surajouter à ce constat, le fait que les personnes en situations sociales très dégradées, cibles recommandées comme prioritaire pour ce dispositif, ont une perception relative du temps.

- L'axe **Mobilité** : Il apparaît dans l'enquête que la localisation de certaines populations est un frein important à l'accès au soin et à la réduction des risques. Il apparaît indispensable d'envisager la mobilité de ce type de dispositif. Il est donc primordial de trouver un équilibre entre les différents modes pour aller en direction de ces populations d'un tel dispositif (son rayon d'action et les modalités : bus, point fixe, point fixe et bus, point fixe associé à un travail de rue) et sa faisabilité.
- L'axe **Délivrance** : Les observateurs recommandent comme dans les autres dispositifs déjà existants la prise sur place sans possibilité d'emporter la méthadone, car il apparaît évident que tout autre type de délivrance viendrait plus ou moins alimenter le marché de rue. La délivrance de méthadone assistée par informatique apparaît comme un outil très intéressant. Cet outil permet de distinguer symboliquement la « méthadone du soin » par la gélule ou le flacon de la « méthadone de réduction de risque » par le gobelet.
- L'axe **Évaluation** : Il est primordial d'envisager un axe évaluation/observation dans ce type de dispositif tant pour mesurer l'impact de ce programme que pour mieux connaître les pratiques et les usages et développer des réponses les plus proches de la réalité des personnes.
- L'axe **Visibilité** : Il apparaît important de ne pas visibiliser ce dispositif au sein d'un lieu déjà existant perçu comme un espace de prise en charge thérapeutique, car si c'est le cas, il est probable que l'ensemble des populations cachées ne se sentira pas concerné.
- L'axe **Articulation** : Notons ici enfin que les acteurs interrogés soulignent l'importance que ce type de dispositif vienne s'articuler avec les CAARUD, CSAPA, l'Hôpital et la médecine générale.