



Observatoire français des drogues et des toxicomanies

# **Évaluation du dispositif Bus méthadone**

**Décembre 2000**

# **ÉVALUATION DU DISPOSITIF BUS MÉTHADONE PARIS**

Décembre 2000



## PRÉSENTATION DE LA PUBLICATION

Le document présenté dans cette publication résulte des travaux conduits pour évaluer le « Bus méthadone de Médecins du Monde à Paris ». Ce dispositif mobile de prise en charge de personnes toxicomanes substituées à la méthadone constitue une des premières expériences françaises en la matière. C'est dans ce contexte institutionnel de recherche et d'expérimentation de nouveaux dispositifs sociosanitaires, qui doivent faire leurs preuves avant tout, que s'inscrit la présente évaluation. Celle-ci a été conduite dans le cadre d'une démarche participative associant les différents acteurs représentés dans le Groupe de pilotage de l'évaluation.

L'ouvrage comprend quatre livrets conçus pour être complémentaires. La lecture complète des quatre volumes doit servir à donner une vision d'ensemble de l'évaluation du dispositif et de ses recommandations, de la description des activités du Bus et de ses réalisations à l'appréciation de ses effets. En outre, chaque livret a été construit de telle manière qu'il puisse être lu indépendamment des autres pour que les lecteurs aient la possibilité de se référer directement aux parties susceptibles de les intéresser le plus. L'ouvrage s'adresse à deux types de lecteurs. D'une part, ceux qui sont plus concernés par le dispositif lui-même et son imbrication dans le tissu institutionnel existant. Les lecteurs de cette première catégorie participent notamment au processus de prise de décision qui intervient en amont et en aval de la mise en place des structures de ce genre. Les livrets 1 et 2 permettront à cette catégorie de lecteurs, dans un premier temps, de disposer des éléments indispensables pour apprendre ou mieux connaître le fonctionnement du dispositif et de ses effets attendus et inattendus et, dans second temps, de tirer des enseignements à l'égard de ces pratiques expérimentales. Les livrets 3 et 4 s'adressent plus particulièrement au second type de lecteurs auquel cet ouvrage est destiné. Ce sont principalement ceux qui souhaitent approfondir une question particulière ou examiner de plus près des données sur lesquelles s'appuient les conclusions et les recommandations présentées dans les deux premières parties du document.

Plus précisément, la publication est organisée selon la structure suivante :

- Le livret 1 fournit la synthèse de l'évaluation du Bus méthadone préparée par l'OFDT. Les principaux résultats de l'évaluation et les conclusions les plus importantes issus du rapport d'évaluation sont présentés à partir des questions posées dans la commande d'évaluation. Pour clôturer cette partie, le livret traite les contraintes et les restrictions méthodologiques que le lecteur devra prendre en considération afin de juger de la validité des conclusions de l'évaluation.
- Le livret 2 présente les recommandations élaborées par le Groupe de pilotage (composé de représentants de la DGS, de la DDASS, de la MILDT, de l'OFDT, du MDM et de l'équipe IREP/INSERM), compte tenu des résultats et des conclusions de l'évaluation. Certaines recommandations s'adressent surtout aux autorités de tutelle, d'autres sont destinées aux « maîtres d'œuvre » du dispositif.
- Le livret 3 décrit les activités du Bus pendant sa deuxième année de fonctionnement (1999). Il cherche à donner un aperçu plus complet de la partie du rapport d'évaluation, consacrée aux réalisations du dispositif, ne portant que sur la période pendant laquelle s'est étendue l'évaluation (depuis 1998). Il s'agit du Rapport d'activité de Médecins du Monde (MDM) réalisé par l'équipe du Bus.
- Le livret 4 comporte le rapport rédigé par l'équipe d'évaluation IREP (Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance) / INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale). Il est composé de deux parties distinctes : d'une part, l'étude ethnographique et, d'autre part, l'étude épidémiologique. Les recommandations élaborées par l'équipe d'évaluation servent à clôturer leur rapport.



# TABLE DES MATIÈRES

<b>Livret 1</b>	<b>5</b>
<b>SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION DU BUS MÉTHADONE PARIS - OFDT</b>	<b>9</b>
QUESTIONS D'ÉVALUATION	9
SATISFACTION DE LA DEMANDE	9
RÉSULTATS ET CONCLUSIONS ISSUS DU RAPPORT D'ÉVALUATION	9
CONTRAINTES/RESTRICTIONS MÉTHODOLOGIQUES À PRENDRE EN CONSIDÉRATION	16
<b>Livret 2</b>	<b>19</b>
<b>RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS OPÉRATIONNELLES - GROUPE DE PILOTAGE</b>	<b>21</b>
PRÉAMBULE	21
SOLUTIONS ET AMÉLIORATIONS PROPOSÉES	21
<b>Livret 3</b>	<b>25</b>
<b>RAPPORT D'ACTIVITÉ 1999 - MÉDECINS DU MONDE</b>	<b>27</b>
INTRODUCTION	27
BILAN QUANTITATIF	29
CLINIQUE	50
TRAVAIL DE RÉSEAU	67
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	69
ANNEXE	72
<b>Livret 4</b>	<b>73</b>
<b>RAPPORT D'ÉVALUATION - ÉQUIPE IREP / INSERM</b>	<b>75</b>
PREMIÈRE PARTIE DU RAPPORT D'ÉVALUATION : ÉTUDE ETHNOGRAPHIQUE	75
DEUXIÈME PARTIE DU RAPPORT D'ÉVALUATION : ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE	94
RECOMMANDATIONS ÉLABORÉES PAR L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION	137
ANNEXES	140



# **Livret 1**

## **Synthèse de l'évaluation du Bus méthadone Paris**

Cristina DÍAZ GÓMEZ (OFDT)



## **SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION DU BUS MÉTHADONE PARIS - OFDT**

---

Le livret 1 sert à présenter en quelques pages une synthèse de l'évaluation du Bus méthadone. Son contenu a été validé par le Groupe de pilotage mis en place pour accompagner les travaux d'évaluation de l'équipe externe et assurer la restitution de ses résultats.

### **QUESTIONS D'ÉVALUATION**

Les questions posées dans la commande d'évaluation portent sur l'effectivité du Bus et son efficacité au regard des objectifs à atteindre.

#### **Effectivité (efficacité de la mise en œuvre)**

Il s'agit d'examiner la mise en œuvre sur le terrain au regard de ce qui avait été prévu à l'origine.

- Le Bus a-t-il été effectivement mis en place ?
- Comment le Bus s'inscrit-il dans le système sanitaire et social existant ? De quelle manière les interactions entre les acteurs concernés (institutionnels et usagers) ont-elles favorisé la réalisation des objectifs du Bus ?
- Le public visé a-t-il été atteint ?

#### **Efficacité (effets produits par rapport aux objectifs fixés)**

Il s'agit dans un premier temps d'observer les changements produits par rapport à la situation initiale, notamment chez le public visé. Dans un second temps, et c'est beaucoup plus ardu, d'analyser les relations de cause à effet pour apprécier dans quelle mesure ces changements résultent de l'activité du Bus.

- Le Bus a-t-il produit les effets attendus au regard des objectifs de départ ? autrement dit :
  - du rôle de relais destiné à faciliter l'accès aux soins et au circuit social ;
  - des effets sur les consommations et sur les modes et pratiques de consommation ;
  - des effets sur la santé et l'insertion sociale.
- Les bénéficiaires sont-ils satisfaits des services du Bus ?

### **SATISFACTION DE LA DEMANDE**

Le protocole est respecté dans sa globalité : la réponse aux questions d'évaluation est présentée ci-après. Cependant, certains aspects n'ont été que partiellement traités : le contexte institutionnel, l'interaction des différents partenaires, l'acceptabilité par l'environnement au sens large, les difficultés dans la réalisation des implantations et enfin, la stratégie des acteurs.

### **RÉSULTATS ET CONCLUSIONS ISSUS DU RAPPORT D'ÉVALUATION**

Les résultats et conclusions sont notés ci-après selon leur validité : **[3]** pour les résultats et conclusions valides et crédibles ; **[2]** pour les conclusions intéressantes mais mal étayées par les résultats empiriques et l'analyse et enfin, **[1]** pour les conclusions qui, n'étant pas du tout étayées par les résultats de l'évaluation, nécessiteraient des études empiriques approfondies. Les limites méthodologiques sur lesquelles s'appuie la notation des questions ci-dessous sont jointes à la fin du présent document.

Par ailleurs, compte tenu de certaines limites méthodologiques qui pèsent sur les résultats de cette évaluation, nous attirons l'attention du lecteur sur la nécessité d'interpréter avec prudence les données présentées ici.

## Question n° 1 (effectivité) : Le Bus a-t-il été effectivement mis en place ?

[3]

En janvier 1998, Médecins du Monde met en place le dispositif *Bus méthadone de Paris*.

Le Bus est une structure :

- mobile, itinérante qui vise à susciter la demande (aller au-devant de l'utilisateur, recruter des patients) afin de faciliter l'accès aux *circuits* thérapeutiques et sociaux d'un public fortement marginalisé n'ayant que peu ou pas de contact avec les structures de prise en charge ;
- fonctionnant en réseau, qui cherche à développer davantage ses relations afin d'assurer le relais vers les structures socio-sanitaires. Le travail en réseau, primordial pour le circuit des patients et les bénéficiaires qu'ils en tirent en termes de soins, de prévention et de services, s'est réactivé en amont tout en se développant en aval ;
- de substitution de seuil à exigence adaptée qui a pour but de faciliter l'accès à la méthadone dans le cadre d'une démarche de santé publique de réduction des risques en termes de consommations, de modes d'usage et de pratiques (notamment, la réduction des pratiques d'injection et des maladies infectieuses et, *in fine*, de la mortalité chez les toxicomanes). Le Bus vise aussi à faciliter la prise en compte de problèmes sociaux.

### **FONCTIONNEMENT DU BUS : INCLUSION DANS LE PROGRAMME, RENCONTRES ET DISTRIBUTION**

La diversité de l'origine des personnes incluses s'explique par celle du point des modalités de recrutement. Autrement dit, celui-ci se fait à partir du programme d'échange de seringues pour une part des personnes et à partir d'autres institutions pour une autre part, qu'il s'agisse des Antennes toxicomanies (SMPR), des médecins généralistes ou d'institutions spécialisées. Il faut aussi noter l'importance du *bouche à oreille*.

L'inclusion se fait sans rendez-vous, au lieu fixe (avenue Parmentier) du lundi au vendredi de 14 h 00 à 18 h 00. Elle s'opère à la suite d'un entretien médico-social (consommations, état somatique et psychique, parcours, situation sociale). Les personnes incluses se voient attribuer un numéro de code et remettre une carte portant leur photo. Le Bus stationne chaque après-midi dans trois endroits successifs (de 13 h 30 à 19 h 30). Les rencontres avec les usagers se font à l'intérieur du Bus et les rendez-vous avec les cliniciens ou les travailleurs sociaux ont lieu dans la structure fixe. La distribution se fait dans le Bus sauf cas exceptionnels.

### **MONTÉE EN PUISSANCE**

La clientèle du Bus a évolué, tant au niveau du flux de patients qu'à celui du profil de la population reçue. Pour disposer d'une image fidèle du dispositif, il faut par ailleurs prendre en compte les changements intervenus au niveau des ressources humaines et financières déployées ainsi que l'amélioration et la diversification des services proposés.

Voici un aperçu du flux de patients (les chiffres ci-après sont donnés sur la période de la présente évaluation) :

- 391 patients accueillis de janvier 1998 au début mars 1999, soit 341 nouveaux usagers en 1998 et 46 de janvier à début mars 1999.
- Chaque jour de 60 à 70 patients ont approximativement recours au Bus (entre 100 et 120 en 2000).
- Le mouvement des patients est très intense : les admissions se font à un rythme régulier de 17 à 40 personnes par mois, et il faut compter de 16 à 32 sorties concertées par mois, 54 ré-inclusions au cours de l'année 1999 dont une vingtaine de patients réadmis dans le programme au cours des deux premiers mois de 1999.
- Sur 295 patients qui ont quitté le programme au total, 162 (55 %) correspondent à des sorties concertées décrites avec la fiche de sortie et 133 (45 %) à des sorties de fait (autrement dit, les patients perdus de vue ou non revus depuis plus de 2 mois par le Bus ni par les autres structures qui fonctionnent en réseau avec ce dernier). Des événements critiques (incarcération, hospitalisation, voire peut-être décès) ou des initiatives personnelles non repérées (inscription à un autre programme, changement pour une autre consommation, etc.) expliquent cette déperdition.
- Les patients restent en moyenne 3 mois dans la structure. Parmi les personnes perdues de vue 58 % sont restées au moins 1 mois. Un patient sur cinq (22 %) est toujours maintenu dans le programme après 6 mois d'inclusion.

En ce qui concerne le profil des patients à l'inclusion dans le programme :

- La presque totalité des usagers du Bus déclarent une dépendance principale aux opiacés : 67 % des sujets déclarent consommer de l'héroïne en tant que produit principal et 30 % des opiacés (Skénan®, Subutex®, méthadone, codéine). Les résultats urinaires portent à plus de 80 % le taux des consommateurs d'opiacés.
- 39 % des patients se disent usagers de cocaïne, pourcentage compris dans la fourchette fournie à partir des résultats urinaires positifs. 60 % des patients ont déclaré une consommation de médicaments et 26 % d'alcool.

- Près de 75 % des sujets ont utilisé la voie intraveineuse, avec en moyenne 24 injections par semaine, soit 3 à 4 par jour en cas de pratique quotidienne, près du tiers partageant le matériel d'injection.
- L'âge moyen est de presque 33 ans. Plus de 80 % des personnes ont entre 25 et 39 ans. L'âge auquel la consommation du produit principal a débuté est de 21 ans et demi en moyenne, ce qui signifie une durée de dépendance d'environ 12 ans.
- Ces patients présentent des signes de détresse psychologique et sociale importants : 18 % sont des personnes isolées et l'entourage de 21 % d'entre eux se compose uniquement d'amis, sans famille.
- Des situations de logement précaires : 23 % sont sans domicile fixe ou en squatt, 5 % dans un foyer, 16 % chez un tiers. Par contre, 25 % déclarent un logement indépendant et autofinancé.
- La part des actifs travaillant de façon continue depuis plus de 6 mois est seulement de 12 %. Le mode d'activité prédominant est celui d'une activité intermittente (30 %), sans travail effectif au moment de l'admission. 18 % des patients n'ont jamais travaillé. 38 % connaissent une interruption de leur activité, au cours des six derniers mois pour 11 % et sur une période prolongée pour 27 %.
- 34 % des patients du Bus déclarent au moment de leur admission ne pas avoir de couverture sociale (liée à la stabilité du domicile, à la légalité du travail, à la nationalité).
- Moins d'un patient sur cinq (17 %) tire ses ressources de son emploi, et éventuellement d'autres ressources. Une proportion semblable (16 %) affirme n'en avoir aucune. L'effectif restant, qui représente deux tiers des patients, déclare des allocations diverses comme principale ressource.
- Les patients du Bus sont pour un quart de nationalité étrangère (27 %). Le fait qu'un patient sur quatre soit de nationalité étrangère constitue un trait original, entraînant des spécificités sur le plan social comme sur les parcours des usagers.

Pour ce qui est des changements intervenus au niveau des ressources déployées et des services proposés :

- Le budget total du Bus a représenté un montant d'environ : 3,5 millions de francs (MF) en 1998 et 3,60 MF en 1999.
- Le principal bailleur de fonds du Bus est l'État : pour l'année 1998, 90,06 % de son budget a été financé par la Direction départementale des affaires sociales et sanitaires de Paris (DDASS 75) et 0,04 % par l'ANPE. La participation financière de la DDASS - Paris s'est réduite de 9,87 % en 1999 dont 2,76 % correspondent à la variation à tenir en compte par rapport aux quantités non reportées d'une année sur une autre. Les fonds propres de l'association MDM ont représenté 10 % en 1998 et 17 % en 1999 du total des recettes, ce qui signifie une augmentation d'environ 70 %. En 1999, l'association *Ensemble contre le Sida* (ECS) a aussi participé au financement du Bus-Paris (2 %).
- Entre 1998 et 1999, le temps de travail de l'équipe du Bus s'est réduit : en 1998 le programme mobilise 10,5 équivalents temps plein (ETP) et 10,24 ETP en 1999.
- Le profil de l'équipe du Bus n'a pas changé dans sa composition : des médecins (psychiatres et généralistes), des infirmiers, un assistant administratif, un assistant social, des éducateurs, des accueillants et un chauffeur-accueillant, ainsi que du personnel bénévole. La direction et la coordination interne sont assurées par les médecins généralistes de l'équipe. Une réunion hebdomadaire sert à maintenir celle-ci informée de tous les aspects de la vie de la structure, à faire le point individualisé de l'évolution des patients et à maintenir le lien entre le programme du Bus et celui d'échange de seringues (PES). Un comité de suivi, présidé par la DDASS et composé de représentants du Ministère de la Santé, de la Police, des municipalités d'arrondissement et des acteurs de terrain a assuré la coordination institutionnelle.
- Outre le travail quotidien d'accueil des usagers et de distribution de la méthadone à partir du Bus, il est proposé aux usagers une action d'accompagnement et de suivi (médical, psychologique, social). En 1998, d'après le rapport d'activité du Bus méthadone, 212 prestations sociales ont été effectuées, réparties entre hébergement (35 %), accès aux soins (15 %), à l'emploi (15 %), règlement de problèmes juridiques (15 %) ou financiers (10 %) et établissement de papiers (10 %).

## **Question n° 2 (effectivité) : Comment le Bus s'inscrit-il dans le système sanitaire et social existant ? [1]**

### **LE RÉSEAU MOBILISÉ EN AMONT : PES, BOUTIQUES, SLEEP-IN, LE SMPR DE FLEURY-MEROGIS**

Le Bus de Médecins du Monde a développé des relations plus étroites avec les autres structures préexistantes « de seuil à exigence adaptée », notamment les « Programmes d'échange des seringues » (PES) gérés par les CSST partenaires et plus particulièrement le PES dont la gestion est directement assurée par MDM ; les Boutiques ; le *Sleep-in* à Paris ; le SMPR de Fleury Mérogis ; le CSST *Espace Parmentier* également géré par MDM constituant le lieu fixe à partir duquel l'équipe du Bus assure l'inclusion dans le programme des personnes ayant eu recours au dispositif mobile.

- L'ensemble des partenaires se retrouvent annuellement à l'occasion d'une réunion organisée afin de faciliter des échanges de connaissances concernant la population traitée, ses comportements et représentations ainsi que l'évolution des pratiques thérapeutiques et autres actions (sociales, juridiques, etc.) ;
- L'équipe du Bus maintient des liens privilégiés et essentiels avec les structures dont la gestion est assurée par l'association, à savoir le PES - MDM (une dizaine de PES sont conduits en Ile de France) et le CSST *Espace Parmentier* - MDM.

#### **LE RÉSEAU MOBILISÉ EN AVAL : STRUCTURES DE SOINS (SPÉCIALISÉE ET GÉNÉRALISTE) ET STRUCTURES SOCIALES ET DE CONSEIL JURIDIQUE**

Structures de soins à vocation spécialisée ou psychiatrique, notamment les Centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les services médico-psychiatriques :

- Le travail en réseau de MDM s'est développé au cours de cette expérience vers les autres CSST de Paris, de la région parisienne ainsi qu'en province et à l'étranger.
- Plusieurs prises de contact ont eu lieu avec différents Centres spécialisés dans l'objectif d'un travail en partenariat.
- Une convention de partenariat a été établie avec le service psychiatrique du Pr. Lépine de l'hôpital Fernand-Widal dans le cadre d'un travail d'évaluation des pathologies psychiatriques, de la mise en route d'un traitement d'urgence et de l'organisation de relais adaptés à toutes les difficultés rencontrées dans la prise en charge des comorbidités psychiatriques.

Structures de soins à vocation généraliste, notamment les médecins généralistes de ville et les services hospitaliers pour sevrage, postcure :

- Le Bus mobilise un réseau institutionnel d'une cinquantaine de médecins généralistes à Paris et en région parisienne.
- Les raisons des professionnels pour devenir correspondants du Bus sont de divers type : relations professionnelles et amicales communes, un patient commun, etc..
- Les médecins peuvent être amenés à devenir correspondants à l'initiative de leurs patients. Parfois, ils ont été sollicités : 29 médecins généralistes ont été contactés par les membres du Bus.
- Ils sont tous actifs dans le champ de la toxicomanie, certains s'y étant de fait spécialisés et d'autres se disant au contraire peu expérimentés. Dans le réseau, le Bus joue un rôle double de partenariat actif (un rôle stimulateur) et de conseil-formation (rôle de diffusion de connaissances auprès des professionnels les moins spécialisés).

Structures sociales et de conseil juridique :

- Le travail en réseau s'est étendu également vers les structures sociales d'hébergement et de réinsertion.

A partir de la description du réseau préexistant de l'association, compte tenu de sa logique propre et de ces structures (PES, CSST), une analyse de la mobilisation complémentaire du réseau aurait du être développée : nouveaux partenaires éventuels, modifications de relations avec partenaires antérieurs.

#### **Question n° 3 (effectivité) : Le public visé a-t-il été atteint ?**

Plusieurs caractéristiques, en particulier d'ordre socio-économique, sont particulièrement sur-représentées au sein de la clientèle du Bus par rapport à celle des CSST parisiens observés :

- Les patients du Bus sont moins nombreux à avoir précédemment suivi un programme de substitution (par rapport aux usagers de centres spécialisés fixes) et, de manière générale, à avoir été suivis pour la toxicomanie.
- Ils sont victimes d'une plus grande précarité. Les différents indicateurs de situation socio-économique montrent que la population du Bus présente au moment de l'admission des niveaux d'insertion plus bas. La sur-représentation des étrangers entraîne des spécificités sur le plan social comme sur celui des parcours personnels. Les étrangers sont un peu plus souvent en situation de logement précaire ou sans logement (64 % versus 52 %). Ils déclarent également moins souvent une couverture sociale (46 % versus 74 %), bénéficiant plus rarement que les personnes de nationalité française de prises en charges spécifiques par le biais du RMI (11 % versus 21 %) de l'aide médicale, ou de la carte Paris-Santé (11 % versus 21 %). On retrouve davantage d'étrangers se déclarant sans ressources à l'admission (27 % versus 19 %). En revanche, les niveaux d'activité sont comparables (25 % des étrangers travaillent au moment de l'admission, contre 21 % des Français) de même que les niveaux de diplôme et de qualification professionnelle. Les étrangers ont moins souvent bénéficié antérieurement de prises en charge sanitaires spécialisées (contacts : 45 % versus 58 % ; suivi spécialisé ou en ville : 55 % versus 67 % ; sevrage institutionnel : 26 % versus 44 % ; substitution : 50 % versus 61 %)

En conclusion, la cible principale du Bus a été atteinte.

#### **Question n° 4.1. (efficacité) : Le Bus a-t-il joué son rôle de « relais » facilitant l'accès aux soins et au « circuit social » ? [2]**

Dans le cadre de la présente évaluation, l'analyse de *relais* a porté sur le devenir des sortants, notamment en examinant le type d'orientation qui leur a été proposé. Dans un souci de clarté, il est nécessaire de préciser ici les modes de sortie apparus (à noter qu'il y a eu des réinclusions dans le programme parmi les cas de *perdus de vue*) :

Les sorties décrites avec une fiche de sortie sont dites sorties *concertées*. Elles représentent 55 % des sorties. En ce qui concerne les conditions de sortie, les patients peuvent quitter le programme : à leur initiative (27 %), d'un commun accord entre le patient et l'équipe médicale (23 %), par une décision médicale (4 %) ou une rupture de fait (1 %) (notons que certains patients incarcérés sont toujours considérés comme faisant partie du programme, et que certaines réadmissions sont intervenues après un épisode d'incarcération) ;

Les *sorties de fait* qui correspondent aux sortants perdus de vue, autrement dit les patients non revus depuis plus de deux mois. Pour ce qui concerne les motifs de sortie de ces patients, différents cas de figure sont à envisager : rechute, abandon simple du programme, rupture (peut-être incarcération, hospitalisation), ou choix d'une autre modalité de soins.

##### **LE ROLE DE RELAIS JOUÉ PAR LE DISPOSITIF MOBILE**

- Pour continuer le traitement de substitution, le Bus oriente ses patients soit en médecine générale, soit vers des CSST ou les services spécialisés des hôpitaux, notamment en cas d'indication thérapeutique autre (sevrage, postcure). Ces informations concernent les sorties concertées.

- Voici quelques chiffres (en pourcentage arrondi) indiquant l'orientation après la sortie sur le total des sorties concertées : 50 % orientés vers un CSST, 33 % dirigés vers les médecins de ville, 9 % hospitalisés pour sevrage, 7 % autres ou non précisés. Ces données portent sur 162 sorties concertées (55 % des sortants) sur les 295 patients qui ont quitté le programme.

- Voici quelques chiffres indiquant l'orientation selon deux des modalités de sortie déterminées par la *condition de sortie* :

- Sorties à l'initiative du patient. Sur 79 sorties à l'initiative du patient (27 % sur l'effectif des sorties concertées) : 41 % orientés vers un CSST, 39 % vers un médecin généraliste, 18 % hospitalisés pour sevrage et 3 % autres. Ces pourcentages (arrondis) sont donnés sur 79 sortants soit le 100 %.

- Sorties issues d'un commun accord. Sur 69 sortants d'un commun accord (23 % sur l'effectif des sorties concertées) : 65 % orientés vers un CSST, 32 % un médecin généraliste, 1 % hospitalisés pour sevrage et 1 % autres. Ces pourcentages (arrondis) sont donnés sur 69 sortants soit le 100 %.

Aussi, une analyse des relais auprès des médecins généralistes a-t-elle été conduite lors de la présente évaluation. Les résultats obtenus sont présentés ci-après. Il est cependant, important de souligner qu'elle s'est limitée au rôle joué par les médecins de ville ; sont absents de cette analyse les structures spécialisées et les services hospitaliers du système sanitaire et social.

D'après les médecins généralistes qui ont fait l'objet de l'enquête, les patients passent vers d'autres structures lorsque :

- Ils sont régularisés, stabilisés et semblent avoir une vie sociale suffisamment équilibrée, ou en cas d'horaires du Bus non compatibles avec ceux du travail. L'usager est alors, orienté vers les médecins généralistes.

- Le dosage de la méthadone est jugé insuffisamment adapté.

- Il est nécessaire de traiter une pathologie infectieuse : relais vers l'hôpital lorsqu'une maladie infectieuse a été repérée.

D'après les médecins généralistes interviewés lors de l'enquête, les patients passent vers le Bus dans les situations suivantes :

- Pour raccourcir le délai d'entrée dans un traitement méthadone et prendre le temps d'organiser la démarche vers un centre spécialisé.

- Pour traiter l'urgence lorsqu'une réponse ponctuelle et rapide est nécessaire, solution simple qui a fait ses preuves.

- Lorsque, en raison du mode de fonctionnement, le centre du CSST n'est pas adapté à une clientèle gravement désinsérée socialement ou du fait de la qualité de structure de bas seuil du Bus, si les exigences d'un centre spécialisé (CSST) paraissent trop rigides.

- Pour cause de recherche d'anonymat.

- Pour gérer cette clientèle pas toujours bienvenue dans les cabinets médicaux.

Afin de répondre aux deux questions d'évaluation suivantes (4.2. et 4.3), une enquête de suivi à 3 mois a été conduite auprès de 60 patients sortant du programme. Ce recueil n'a pas été exhaustif et ces personnes représentent environ 30 % de l'effectif suivi au moins 3 mois. Un effort de représentation des situations rencontrées a été fait. Certains ont été interviewés alors qu'ils étaient toujours dans le programme du Bus, d'autres ont été vus dans d'autres structures de soins, après orientation. Sur la base des consommations déclarées à l'admission (produits principal et associés, consommations du mois précédant l'admission, usage intraveineux) et des usages dans le mois précédant l'entretien (usage de produits illicites, acquisition de médicaments au marché noir, consommation de médicaments, usage intraveineux), l'équipe d'évaluation a tenté d'apprécier l'évolution des pratiques des patients, de leur état de santé et de leurs caractéristiques sociales depuis l'admission.

Nous attirons par ailleurs l'attention du lecteur sur la nécessité d'interpréter avec précaution les données présentées ci-après, compte tenu des limites méthodologiques qui pèsent sur les résultats d'évaluation suivants, notamment sur les questions 4.2. et 4.3.

#### **Question n 4.2 (efficacité) : Le Bus a-t-il produit des effets favorables sur les consommations, les modes d'usage et les pratiques ? [1]**

##### **ÉVOLUTION ET MEILLEURE GESTION DES CONSOMMATIONS**

- Le maintien des conduites toxicomaniaques reste important. Cependant, il faut signaler que du fait qu'il se réclame de la notion de seuil à exigence adaptée, l'abstinence n'était pas une priorité du dispositif mobile.
- Pour certains usagers, la discipline qui consiste à se déplacer pour aller chercher la méthadone représente l'inscription dans le quotidien d'une démarche qui les éloigne un tant soit peu de leur milieu habituel.
- Les démarches de type social amènent certaines personnes à réduire les quantités consommées ou à espacer leurs consommations.
- Pour d'autres, la mise en place d'un projet à plus long terme avec en perspective le passage à une structure de soins ou de sevrage (remise en question de l'usage de produits, notamment lorsqu'il s'agit de femmes qui se prostituent).
- Pour près de la moitié des patients, on observe une évolution positive : il n'y a plus de mention de consommation d'héroïne, de cocaïne et de crack le mois précédant l'entretien, avec une fois sur deux un maintien ou ancrage d'usages de produits médicamenteux variés et alcool.
- Pour la moitié restante, il y a maintien de la consommation de drogues illicites (principalement l'héroïne, mais aussi la cocaïne ou le crack), avec toutefois une tendance prévalente à la réduction des doses et à l'abandon ou à la réduction de l'usage intraveineux. Il faut noter la fréquence de la consommation de médicaments, en particulier du Skénan®.

##### **ÉVOLUTION DES MODES D'USAGE ET DES PRATIQUES**

La tendance prévalente va dans le sens d'une réduction des risques, et pour certains d'une abstinence de produits illicites. S'il faut certes relativiser ces résultats dans la mesure où ils ne reposent que sur les déclarations des usagers eux-même, ils n'en témoignent pas moins d'une évolution qui correspond aux objectifs du programme :

- 28 des 46 (76 %) patients qui utilisaient la voie intraveineuse au moment de l'admission ne déclarent plus avoir recours à cette pratique, ce qui signifie une réduction de 45 % de l'usage intraveineux.
- Depuis leur inclusion, 42 % déclarent avoir fait un premier ou un nouveau test pour le VIH, sans qu'aucun des résultats sérologiques disponibles ne s'avère positif.
- La sérologie pour les hépatites reste très souvent inconnue par les toxicomanes, qu'ils soient ou non usagers du Bus méthadone. D'après les déclarations à l'admission, près de 30 % de ces derniers signalent une hépatite C actuelle et 11 % une infection antérieure par ce virus ; un tiers de patients n'ont pas fait le test (33 %) ou n'ont pas répondu à cette question. Depuis leur inclusion, on compte autant de cas non suivis (10 patients) que de cas suivis ou traités (10) pour les hépatites C (seul un tiers des sérologies sont connues).
- Par rapport au risque de contamination sexuelle, plus de la moitié des patients suivis déclarent ne pas systématiquement utiliser le préservatif.

**Question n° 4.3 (efficacité) : Le Bus a-t-il eu des effets favorables en facilitant l'accès des toxicomanes en situation précaire au système sanitaire et social dans le cadre d'une démarche axée sur la santé et enfin, a-t-il facilité leur insertion sociale ? [2]**

**ACCÈS FACILITÉ AU CIRCUIT THÉRAPEUTIQUE**

- Le Bus a souvent représenté une première demande de soins : 50 % des personnes n'ont pas eu auparavant de contact avec le système thérapeutique. Pour eux, le Bus a été le premier point d'attache institutionnel <sup>1</sup>.
- L'accès aux programmes méthadone se trouve facilité par un passage au Bus méthadone, parfois en solution d'attente pour une semaine ou deux, parfois en relais. D'une façon générale on trouve des modes de consommation intensifs et peu maîtrisés avant l'admission dans le Bus (Skénan®, Crack, Subutex® injecté...), et qui s'amendent par la suite. L'utilisation de la voie veineuse est abandonnée ou réduite, de même que les consommations détournées, sans pour autant que les usagers se conforment à un cadre d'utilisation standard. Très souvent, les patients manifestent la demande d'un sevrage radical, avec diminution rapide des doses de méthadone. Cette demande est d'une interprétation difficile. Elle témoigne fréquemment d'une compréhension imparfaite du rôle d'un traitement de substitution. En pratique, l'équipe explique que le Bus n'est pas un lieu de sevrage et oriente, si besoin est, la personne vers une structure adaptée.
- L'accès aux soins hospitaliers se trouve lui aussi largement facilité par l'inclusion dans le Bus méthadone dans la mesure où elle implique des contacts relativement réguliers avec l'équipe soignante. L'orientation vers les soins se fait le plus souvent en raison de pathologies associées et notamment des accidents, une maladie intercurrente ou, enfin, une situation d'urgence. Parmi ces dernières, citons l'orientation vers les soins préventifs de sujets s'étant exposés à un risque de contamination par le VIH. Ces orientations bénéficient de la bonne implantation du réseau de Médecins du Monde dans les structures hospitalières et en particulier les services d'urgence. Il est ainsi rare qu'un sujet soit adressé de façon impersonnelle vers une structure médicale ou psychiatrique. Il est en principe guidé vers une personne désignée, ce qui renforce l'efficacité de l'accueil. Une façon de procéder qui concerne également le réseau social du Bus.
- L'accès aux médecins généralistes est favorisé par le développement d'un partenariat entre ces derniers et l'équipe du Bus. Celle-ci est en mesure de répondre à leurs sollicitations éventuelles et leur facilite le suivi des patients. Ce type de coopération permet aux médecins les plus réservés de sortir de l'isolement qu'ils ressentent trop souvent dans l'exercice d'une médecine particulièrement difficile.

**ACCÈS AU CIRCUIT SOCIAL ET RÉINSERTION FAVORISÉS EN AIDANT SES PATIENTS À OBTENIR UN LOGEMENT OU UNE COUVERTURE SOCIALE**

- Le travail social (par le biais de la procédure de constitution d'un dossier social) contribue ainsi au rétablissement rapide des droits des patients (en cas de perte, la personne dépendante sait qu'elle peut s'adresser au Bus pour récupérer les photocopies de ses documents).
- Le Bus incite les usagers à entreprendre des démarches de type social (recherche d'un hébergement, inscription à la Sécurité Sociale, documents d'identité, etc.).
- 42 % ont bénéficié de consultations sociales dans le cadre du programme, la plupart du temps à plusieurs reprises, 37 % en ont bénéficié en dehors du programme, dont 13 % à plusieurs reprises.
- Environ 9 fois sur 10, le patient a précisé avoir obtenu des aides suite à ces consultations. Ces aides sont variées, et recouvrent le champ sur lequel on peut constater un progrès relatif par rapport aux situations des individus lors de l'admission. Elles concernent le logement (domiciliation, hébergement en hôtel ou *sleep-in*, aide financière pour un logement), les démarches de régularisation et de constitution de dossiers administratifs, l'obtention du RMI ou d'une couverture sociale, et certaines participations financières (cours, stages). Ces données vont de pair avec l'amélioration observée dans certaines situations de précarité (accès à un logement, à une couverture sociale). Elles permettent de préciser qu'au-delà de ces améliorations concrètes il existe aussi des situations où le bénéfice est en attente (travail d'accompagnement dans les démarches).
- Plus d'un tiers des patients (35 %) continuent à s'adonner à des activités illicites. 12 % ont été incarcérés depuis le début du programme et 26 % ont connu une garde à vue. 20 % déclarent une activité illicite régulière et 15 % occasionnelle. Pour 12 %, il s'agit de la prostitution, pour 16 % de *deal* et pour 25 % de vol. Les patients ayant cessé toute activité illicite depuis leur admission restent moins nombreux que ceux qui les ont poursuivies.

<sup>1</sup> Point de contact avec un CSST ou un médecin généraliste.

## **Question n° 5 (efficacité) : Les bénéficiaires sont-ils satisfaits des services du Bus ?**

**[1]**

L'évaluation n'a pas permis de répondre de manière satisfaisante à cette question. Le questionnaire de sortie n'a pas servi à recueillir d'informations sur le degré de satisfaction des usagers. Cependant, les quelques données présentées ci-après sur les motivations déclarées des usagers suivis à trois mois<sup>2</sup>, apportent certains éléments de réponse.

### **MOTIVATIONS DES USAGERS DU POINT DE VUE DES PATIENTS SUIVIS**

- Des situations de dépendance vécues comme intolérables et devant être maîtrisées.
- Des situations de désarroi, plus précisément chez les femmes quand elles sont dans la prostitution ou quand leurs problèmes de santé se compliquent (grossesse).
- Une recherche d'une dose complémentaire d'opiacés en relais du Subutex® ou d'autres substances.

### **MOTIVATIONS DES USAGERS DU POINT DE VUE DES MÉDECINS**

- Les patients ne souhaitent pas aller dans un centre spécialisé de type CSST, qui leur paraît peu adapté à leurs besoins et à leur situation, à la fois en ce qui concerne le niveau d'exigences et les modalités de fonctionnement de ces centres.

Aussi l'équipe du Bus a-t-elle émis des hypothèses sur les bénéfices que les patients pourraient en tirer.

### **MOTIVATIONS DES USAGERS PERDUS DE VUE SELON L'ÉQUIPE DU BUS MÉTHADONE**

Si l'on considère le nombre des patients perdus de vue, le taux de déperdition est important : ces patients représentent 27 % du total des inclus. Aucun recueil de données n'a été prévu concernant l'histoire des sujets pendant leur période de présence au Bus, et nombreux sont ceux qui avaient entamé des démarches ou bénéficié d'aides sociales, etc. Il semble qu'il s'agirait là des usagers les plus marginalisés et pour qui le Bus représente souvent une première demande de soins. Une analyse de leurs motivations (hypothèse de sevrage rapide) et des bénéfices qu'ils ont tiré de leur passage au Bus pourrait éclairer ce constat.

## **CONTRAINTES/RESTRICTIONS MÉTHODOLOGIQUES À PRENDRE EN CONSIDÉRATION**

Nous avons voulu présenter ci-après les limites méthodologiques qui grèvent l'évaluation afin que le Groupe de pilotage puisse valider les conclusions et les recommandations du rapport :

### **Limites portant sur les questions 2 (réseau), 4.1 (relais) et 5 (satisfaction des usagers) :**

#### **BIAIS IMPUTABLES À LA COLLECTE DE DONNÉES QUALITATIVES**

La collecte de données qualitatives s'étant limitée au point de vue des médecins généralistes de ville, les informations recueillies auprès des professionnels directement concernés par l'évaluation dans les CSST ou dans d'autres structures de soins, sociales ou associatives sont donc absentes du présent travail. Le recueil d'informations auprès des usagers est également apparu insuffisant. En outre, le point de vue des riverains n'a pas non plus été pris en considération. En conséquence, les résultats obtenus sont incomplets et ne répondent que partiellement aux questions d'évaluation.

### **Limites portant sur les questions 3 (atteinte du public visé) et 4.2 (effets favorables sur les consommations, modes d'usages et pratiques) :**

#### **BIAIS DE SÉLECTION<sup>2</sup> DU CAS TÉMOIN<sup>3</sup>**

D'une part, le critère de sélection du cas témoin (la cohorte parisienne) a été de compter parmi les patients des premiers CSST prescripteurs de méthadone. Par conséquent, ces échantillons ne peuvent pas être considérés comme représentatifs.

<sup>2</sup> Sept centres fixes (CSST) ont été sélectionnés par l'équipe d'évaluation pour représenter le contexte parisien de substitution (méthadone).

<sup>3</sup> Afin de dégager les spécificités de la population accueillie dans le Bus sur le plan socio-démographique et sur le plan de la toxicomanie (usages et parcours antérieur à la prise en charge), la population prise en charge par le Bus méthadone est comparée avec le contexte parisien de substitution à la méthadone. Quelques chiffres de cadrage sont également fournis pour la « cohorte nationale ».

D'autre part, le Bus n'est pas habilité à dépasser la dose de 40 milligrammes de méthadone, alors que les centres agréés peuvent dépasser cette dose.

« [...] Dans un souci de prudence et compte tenu des risques d'overdose chez des personnes supposées non abstinentes et de l'absence de contrôles urinaires lors du programme, la posologie autorisée a été de 40 mg dès le départ jusqu'à février 1999 [...]. L'adoption d'une machine et l'autorisation de moduler les doses distribuées ont permis une meilleure adaptation du programme aux besoins des usagers, notamment quand se prépare une orientation vers un médecin généraliste ou une autre structure d'après le rapport d'activité 1999 de MDM. [...] »

#### **BIAIS IMPUTABLES A LA COLLECTE DE DONNÉES QUANTITATIVES, NOTAMMENT LE MANQUE D'EXHAUSTIVITÉ DES DONNÉES POUR LA POPULATION DES CAS TÉMOIN**

Alors que la cohorte du Bus est décrite de manière exhaustive, la cohorte extraite de la base INSERM est incomplète et le recueil épidémiologique auprès des CSST accuse un certain retard de transmission des fiches. A titre d'illustration, la cohorte parisienne (= 356 admissions sur la période 1997-1998) et la cohorte nationale (= 1 119 patients) sont décrites pour la période 1998-1999. En effet, la comparaison avec la cohorte parisienne et nationale ne porte pas sur les mêmes périodes de référence. Par conséquent, la comparaison des cohortes n'apporte que quelques éléments du fait du manque d'exhaustivité des données. Parfois, la comparaison présente des problèmes de fiabilité : il existe certaines contradictions notamment sur l'aspect similarité/différences des clientèles entre le Bus et le CSST.

#### **Limites portant sur les questions 3 (atteinte du public visé), 4.2 (effets favorables sur les consommations, modes d'usages et pratiques) et 4.3 (effets favorables pour insérer les toxicomanes dans le circuit thérapeutique et social) :**

#### **BIAIS IMPUTABLES AUX INSTRUMENTS<sup>4</sup> DE COLLECTE DE DONNÉES**

Le questionnaire d'admission n'a pas permis de prendre en compte d'une part les évolutions dans le sens de la réduction des risques en termes de consommations, de modes d'usage et de pratiques et d'autre part, les changements dans le sens d'un meilleur accès aux soins.

Le questionnaire de sortie s'est révélé peu opérant pour suivre une file active très mouvante<sup>5</sup>, en particulier en ce qui concerne les sorties concertées. Aucun instrument n'a été prévu pour recueillir des informations sur les patients perdus de vue. Certains ont été réinclus plusieurs fois après avoir été orientés ou encore après avoir été perdus de vue.

D'autre part, tel que le questionnaire de sortie avait été conçu au départ, il n'a pas permis de tenir compte du terrain gagné sur la précarité en termes d'insertion sociale (en particulier, d'hébergement et de couverture sociale) ni d'évaluer les résultats en matière d'accès aux soins (le suivi VIH et le dépistage du VHC ne sont notamment pas décrits à trois mois) ni d'améliorer la prise en charge (effets sur la santé physique, psychologique et sociale.).

Aucun questionnaire de suivi n'a été prévu pour les usagers restant dans le programme trois mois et plus. Une focalisation sur les usagers maintenus dans le Bus au-delà de trois mois aurait été intéressante. Malgré ceci, une enquête de suivi<sup>6</sup> à trois mois a été conduite auprès de 60 patients sortant du programme. Ce recueil n'a pas été exhaustif, ces patients représentent environ 30 % de l'effectif suivi au moins trois mois.

<sup>4</sup> Les données quantitatives ont été collectées à l'aide de deux types de questionnaires : un questionnaire d'admission et un questionnaire de sortie.

<sup>5</sup> 55% correspondent à des sorties concertées avec une fiche de sortie versus 45% à des sorties de fait (ou patients non revus).

<sup>6</sup> Les déclarations étant confrontées à celles de l'admission.



# **Livret 2**

## **Recommandations et propositions opérationnelles**

Groupe de pilotage composé de :

Christine BARBIER (DGS)

Hélène MORFINI (DGS)

Catherine GÉRARD (DDASS)

Françoise BÉLINGARD-DEYBACH (MILDT)

Emmanuelle WOLLMAN (MILDT)

Anne GUITON (MILDT)

Françoise FACY (INSERM)

Rodolphe INGOLD (IREP)

Elisabeth AVRIL (MDM)

Jean-Pierre LHOMME (MDM)

Jean-Michel COSTES (OFDT)

Cristina DÍAZ GÓMEZ (OFDT)



## RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS OPÉRATIONNELLES - GROUPE DE PILOTAGE

Le livret 2 présente les recommandations élaborées par le Groupe de pilotage, compte tenu des résultats et des conclusions de l'évaluation. Certaines recommandations s'adressent surtout aux autorités de tutelle, d'autres sont destinées aux « maîtres d'œuvre » du dispositif.

### PRÉAMBULE

Soulignons que les recommandations de cette évaluation ont été élaborées dans le cadre d'une démarche pluraliste associant les différents acteurs représentés dans le Groupe de pilotage. Ainsi, les parties prenantes ont été associées à leur formulation dans une première étape et l'OFDT avec l'équipe chargée de l'évaluation a poursuivi cette réflexion.

Le tableau ci-dessous présente les recommandations compte tenu des résultats et des conclusions de l'évaluation. La première et dernière recommandation (A, H) s'adressent plus particulièrement aux autorités de tutelle, notamment la Direction départementale des affaires sociales et sanitaires et le bureau SD6B chargé des pratiques addictives de la Direction générale de la santé ainsi que la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Les suivantes (B, C, D, E, F, G) sont plus particulièrement destinées aux « maîtres d'œuvre », notamment à l'équipe du dispositif mobile.

### SOLUTIONS ET AMÉLIORATIONS PROPOSÉES

Des solutions et des améliorations sont présentées au regard de chaque recommandation de façon non exhaustive et à titre de suggestion.

Recommandations	Propositions opérationnelles
<p><b>A. Définir l'offre de prestations sanitaires et sociales du dispositif mobile dans le cadre d'un réseau multiple d'interventions, autour de deux grandes « missions - usagers » complémentaires : l'accueil « sans condition » et l'accès à une offre de traitement à la méthadone pour une population en situation de précarité et l'orientation vers des relais sanitaires et sociaux adaptés (pour une population moins instable) dès que possible.</b></p> <p>A l'attention de : DGS, DDASS, MILDT</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Préciser la mission du dispositif mobile qui tiendra compte du contexte institutionnel local et des stratégies des acteurs locaux de façon notamment à préserver sa valeur ajoutée par rapport aux autres dispositifs de prise en charge, notamment les CSST voisins.</li><li>▪ Redéfinir les prestations du dispositif mobile qui tiendra compte des spécificités des dispositifs voisins (des services hospitaliers, des structures spécialisées existantes et des médecins généralistes), notamment en ce qui concerne leurs rôle, fonctionnement, pratiques professionnelles et enfin leurs exigences afin de mettre en place des modalités propres.</li><li>▪ Développer des liens solides entre le dispositif mobile et les structures hospitalières et médico-sociales en assurant le respect de compétences mutuelles et de bonnes pratiques.</li><li>▪ Veiller au maintien du double rôle du dispositif mobile en termes de « repérage » et « passerelle ».</li></ul>

Recommandations	Propositions opérationnelles
<p><b>B. Orienter les personnes toxicomanes vers le dispositif de prise en charge le plus adapté à leurs besoins et à leurs situations.</b></p> <p>A l'attention de : Maîtres d'œuvre (équipes MDM à Paris et Marseille)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tenir compte des situations de difficulté socio-économique (paupérisation et exclusion) des personnes toxicomanes afin de les orienter au mieux en cohérence avec les structures sociales locales.</li> <li>▪ Se servir du « score global de désavantage socio-économique » mis au point dans le cadre de la présente évaluation tout en le complétant avec d'autres informations qualitatives sur l'histoire du sujet, les démarches sanitaires ou aides sociales dont la personne toxicomane a bénéficié.</li> <li>▪ Réfléchir par ailleurs aux facteurs qui sont associés au degré d'exclusion des usagers de drogues, notamment aux facteurs non sanitaires qui peuvent contribuer à maintenir ou renforcer telles situations de vulnérabilité</li> </ul>
<p><b>C. Valoriser les atouts du dispositif mobile en termes de sa capacité à cibler l'action sur les quartiers où les besoins sont les plus aigus tout en adaptant le programme progressivement au contexte et aux situations particulières de ses usagers.</b></p> <p>A l'attention de : Maîtres d'œuvre (équipes MDM à Paris et Marseille)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poursuivre les modalités qui caractérisent l'accueil dominées par un travail en réseau et un accès rapide au protocole d'admission, lequel est conçu dans le sens de la meilleure adaptation aux conditions de vie des usagers de drogues en situation de rupture.</li> <li>▪ Faire preuve de manière permanente d'une grande capacité d'adaptation en termes : de nouveaux stationnements, de prises de contact effectives avec les autorités et les représentants des riverains, ceci afin de faciliter l'acceptabilité du côté de l'environnement dans le tissu urbain ; d'une gestion attentive du flux des personnes traitées dans chacun des lieux de stationnement, ceci afin d'éviter tout débordement.</li> </ul>
<p><b>D. Développer la stratégie du dispositif mobile consistant à approcher la personne toxicomane (aller au devant), aider à entreprendre une démarche soignante et négocier cette demande (rôle de relais)</b></p> <p>A l'attention de : Maîtres d'œuvre (équipes MDM à Paris et Marseille)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Développer son rôle d'accès aux soins et de prévention globale en répondant à une demande qui vient de la rue et en proposant des soins qui seront vus comme une étape possible, plus ou moins prolongée, vers d'autres modalités thérapeutiques.</li> <li>▪ Mieux définir d'éventuelles pratiques thérapeutiques propres à la fonction « passerelle » du dispositif mobile.</li> </ul>

Recommandations	Propositions opérationnelles
<p><b>E. Consolider le caractère particulier du dispositif mobile en tant que structure de « repérage » et de « passerelle ».</b></p> <p>A l'attention de : Maîtres d'œuvre équipes MDM à Paris et Marseille</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réserver en priorité les prestations du dispositif mobile aux personnes toxicomanes qui sont en dehors du circuit sanitaire et social pour lesquelles le recours au dispositif mobile représente une première demande de soins.</li> <li>▪ Faire de manière permanente le bilan des usagers qui restent plus de 6 mois dans le programme afin de repérer plus efficacement les patients éventuellement « maintenus ».</li> <li>▪ Inciter les usagers « maintenus » à s'adresser à d'autres dispositifs de prise en charge soit sociaux soit sanitaires plus adaptés afin que le dispositif puisse jouer effectivement son rôle de relais.</li> <li>▪ Se doter des outils d'observation (questionnaires d'admission et de sortie) adaptés à une file active très mouvante.</li> <li>▪ Mettre au point un instrument d'observation identique pour le suivi et la sortie des usagers afin d'anticiper les déperditions, notamment en ce qui concerne les « perdus de vue ».</li> <li>▪ Établir des grilles d'évaluation suffisamment sensibles, en mesure d'apprécier l'atteinte des objectifs du dispositif mobile, notamment en termes de réduction des risques et d'insertion sociale.</li> </ul>
<p><b>F. Développer la stratégie de réseau, notamment en termes des relations en aval et en amont avec les professionnels dans les domaines du social et du médical</b></p> <p>A l'attention de : Maîtres d'œuvre (équipes MDM à Paris et Marseille)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organiser de façon régulière des réunions de synthèse, élargies au réseau lui-même.</li> <li>▪ Contribuer à mettre en place une stratégie de communication claire avec les membres du réseau à la fois en interne et en direction de l'extérieur.</li> <li>▪ Faire connaître l'expérience à l'occasion de colloques, séminaires ou journées de sensibilisation.</li> <li>▪ Participer à des formations auprès de prescripteurs des traitements de substitution, notamment sur les pratiques professionnelles spécifiques à la méthadone.</li> </ul>

Recommandations	Propositions opérationnelles
<p><b>G. Constituer une équipe stable et suffisamment dotée en mesure de mettre en place une procédure interne de fonctionnement afin de faciliter la rapidité de l'action et sa pérennité.</b></p> <p>A l'attention de : Maîtres d'œuvre (équipes MDM à Paris et Marseille)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sélectionner une équipe multidisciplinaire, compétente, stable et en mesure d'assumer une charge de travail importante pendant certaines périodes.</li> <li>▪ Réfléchir à l'intérêt d'une participation à cette équipe d'anciens toxicomanes, cet intérêt pouvant être apprécié par l'équipe elle-même.</li> <li>▪ Élaborer des règles facilement applicables pour tout ce qui concerne l'admission, la délivrance du produit, le suivi ainsi que les modalités concrètes du travail de chacun.</li> </ul>
<p><b>H. Comme préalable à l'engagement du soutien institutionnel et financier, dresser un diagnostic local sur l'étendue des besoins non satisfaits dans une grande agglomération tout en examinant dans quelle mesure un dispositif supplémentaire de « première ligne » pourrait y répondre mieux et, par la suite, veiller au maintien d'une procédure régulière d'évaluation des personnes accueillies.</b></p> <p>A l'attention de : DGS, DDASS, MILDT</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déceler l'existence dans les grandes villes de « scènes » de rue regroupant de façon plus ou moins permanente des groupes d'utilisateurs de drogues en situation précaire.</li> <li>▪ Surveiller les indicateurs de précarité des populations toxicomanes dans les plus grandes agglomérations françaises tout en tenant compte de tout indicateur en population générale permettant d'apporter de nouvelles données pour apprécier les besoins non satisfaits de la population toxicomane.</li> <li>▪ Étayer par des résultats empiriques les tendances identifiées sur une population toxicomane précarisée en privilégiant les méthodes d'observation participante (ethnographique).</li> <li>▪ Tenir compte du contexte institutionnel et de la stratégie des acteurs locaux.</li> <li>▪ Réfléchir aux éventuelles difficultés dans la réalisation de l'implantation et l'acceptabilité par l'environnement au sens large.</li> <li>▪ Juger la pertinence de l'implantation du dispositif au regard de sa valeur ajoutée par rapport aux autres dispositifs de prise en charge voisins, notamment les services hospitaliers et les structures spécialisées.</li> <li>▪ Surveiller les bilans globaux des questionnaires individuels.</li> </ul>

# **Livret 3**

## **Rapport d'activité 1999**

« Maîtres d'œuvre » du dispositif :  
Elisabeth AVRIL (MDM)  
Jean-Pierre LHOMME (MDM)



## RAPPORT D'ACTIVITÉ 1999 - MÉDECINS DU MONDE

---

Le livret 3 décrit les activités du Bus pendant sa deuxième année de fonctionnement (1999). Il cherche à donner un aperçu plus complet de la partie du rapport d'évaluation consacrée aux réalisations du dispositif qui ne porte que sur la période sur laquelle s'est étendue l'évaluation (depuis 1998). Il s'agit du Rapport d'activité de Médecins du Monde réalisé par l'équipe du Bus.

### INTRODUCTION

1999 est la deuxième année de fonctionnement du bus méthadone. Issu du travail et de la réflexion de l'équipe du programme d'échange de seringues, ce programme expérimental, ouvert depuis janvier 1998, a reçu 754 personnes désirant accéder à un programme de substitution. 673 usagers ont été inclus sur deux ans.

Objectifs du programme définis en 1998 :

- rencontrer une population d'usagers n'ayant peu ou pas de contact avec les structures de prise en charge existantes ou étant en rupture de soins ;
- améliorer l'accès à la substitution par la méthadone afin de réduire les risques liés aux pratiques toxicomaniaques et notamment à l'injection ; l'objectif n'est ni l'abstinence ni la maintenance ;
- améliorer l'accès aux filières de soins et aux structures de prise en charge sociale.

Le Bus méthadone défini au départ comme une structure *bas seuil* ou de faible niveau d'exigence s'inscrit dans le champ de l'intervention de santé publique. Cependant, le travail de l'équipe pluridisciplinaire a permis de prendre en compte l'histoire singulière des usagers ; leur trajectoire dans le Bus a montré au cours de l'année 1998 que ce sont eux qui définissent le seuil et non les soignants. Des demandes et des désirs apparaissent avec le temps, temps d'une relation construite au quotidien lors des passages au Bus. Ces constatations faites à la fin de l'année 1998 se sont affirmées tout au long de cette année. La population qui fréquente le Bus a augmenté régulièrement et a confirmé son hétérogénéité tant sur le plan social, culturel qu'administratif. La présence d'une conseillère juridique au sein de l'équipe a permis une mise en évidence concrète des difficultés qui s'opposent à la réhabilitation sociale de certains usagers. Le nombre de nouveaux patients (17 à 40 par mois) et de sorties, patients orientés ou perdus de vue (15 à 33 par mois), ainsi que les patients incarcérés créent un important *turn over* qui nécessite une disponibilité permanente de l'équipe.

Le travail avec les différentes structures d'accueil et de soins, les médecins généralistes, les structures d'hébergement et les organismes sociaux s'est poursuivi dans une atmosphère de meilleure collaboration et parfois dans la création de conventions de partenariat. Ces relations ont facilité le parcours des usagers et rendent moins chaotique leur itinéraire de réhabilitation sociale.

### La situation expérimentale

Ce projet va entamer sa troisième et dernière année d'expérience à Paris. L'équipe de Médecins du Monde de Marseille a mis en place un projet similaire qui a débuté en mars 2000. Le contexte est différent, mais cette deuxième expérience permettra de valider ou non la reproductibilité d'une telle structure et son intérêt dans la filière de soins proposée aux usagers de drogues en l'adaptant au contexte local. Plusieurs équipes ont pris contact avec nous et envisagent la création d'un programme de même type dans leur région : Montpellier, Metz et dans le Jura.

### L'équipe du Bus méthadone

Elle est composée de salariés et d'une bénévole et représente 10,24 ETP. Quelques changements sont intervenus par rapport à l'année 1998 :

- un directeur de projet : médecin généraliste 0,41 ETP, J.-P. Lhomme ;
  - un coordinateur général : médecin généraliste 0,5 ETP qui assure la coordination Bus méthadone/PES (un mi-temps sur chaque programme), A. Edwige ;
  - une coordinatrice de terrain : médecin généraliste 0,77 ETP, E. Avril ;
- deux médecins psychiatres : 0,5 ETP chacun, A. Dagha, C. Ziskind ;
- trois infirmiers (ères) à 1 ETP chacun. Une infirmière est passée à 0,5 ETP à partir du mois de juin, une infirmière a été en congé longue maladie à partir du mois d'août, G. Boubilley, C. Auger, C. Timmel ;

- un assistant social 0,5 ETP passé à 1 ETP en juin, O. Arbelaez ;
- deux chauffeurs accueillants à 1ETP chacun, C. Truwant, D. Bonnin ;
- deux chauffeurs accueillants, 0,5 ETP chacun, N. Diong, M. Rahiki ;
- un accueillant 0,31 ETP, L Ben Youssef, étudiant infirmier qui assure les permanences du week-end ;
- un éducateur spécialisé coordinateur du PES qui assure une permanence par semaine au Bus, 0,25 ETP, M. Jeanneteau ;
- une secrétaire, 0,5 ETP, A Ferry ;
- une travailleuse sociale bénévole qui assure 3 permanences au Bus, H. Humblot.

Certains membres de l'équipe du Bus travaillent également au programme d'échange de seringues : H. Humblot, N. Diong, M. Jeanneteau, A. Dagha. Ces échanges entre les deux programmes ont permis notamment des orientations du PES vers le Bus et de suivre les trajectoires de certains usagers perdus de vue du Bus qui continuent de fréquenter le PES.

Une réunion hebdomadaire est organisée en commun avec le Programme d'échange de seringues. Ce temps de réunion permet un travail clinique et une mise en commun des pratiques de chaque professionnel. Les règles de fonctionnement y sont discutées ainsi que les modalités de prise en charge des patients. Une synthèse clinique est réalisée sur les patients, discussion des relais, des demandes de sevrage, des postcures, décisions particulières et planning des accompagnements. Une partie de la réunion est consacrée au travail de liaison avec le CSST Parmentier de Médecins du Monde.

Un temps est réservé à la résolution des problèmes techniques liés au bon fonctionnement du Bus. Le Bus est hébergé gratuitement par le centre Bus LEBRUN (RATP) depuis le mois de novembre 1999. Nous tenons à remercier la RATP pour leur accueil et leur aide technique qui pourrait se concrétiser par une convention concernant l'entretien du Bus. Tout au long de l'année 1999 nous avons eu à déplorer des immobilisations du Bus pour entretien ou pannes d'où la nécessité d'un véhicule de remplacement de type *master*.

## **L'évolution du fonctionnement**

### **LES MODALITÉS D'ADMISSION DANS LE PROGRAMME**

- L'inclusion se fait sans rendez-vous, au lieu fixe du programme, 62 bis avenue Parmentier 75011 Paris, du lundi au vendredi de 14 h 00 à 18 h 00.
- L'inclusion de l'utilisateur se fait au décours d'un entretien médico-social et d'un test urinaire minute réalisé sur place : évaluation des produits consommés, du parcours de l'utilisateur, de l'état somatique et psychique, de la situation sociale. Cet entretien est souvent réalisé en binôme par un médecin et un accueillant ou un(e) infirmier(ère). L'assistant social peut également être sollicité dans des cas précis et urgents. En général, ce dernier reçoit les usagers sur rendez-vous après les avoir contactés sur le Bus ou à leur demande. Ce premier entretien nous permet de prendre en compte l'histoire particulière du sujet, d'appréhender ses demandes et simplement d'initier une relation.
- Ce programme est anonyme, l'utilisateur donne un prénom et nous lui délivrons une carte portant un numéro de référence et sa photo.
- La distribution se fait dans le Bus, certains cas particuliers nous amènent à délivrer la méthadone au lieu fixe pour un maximum de 3 ou 4 jours (reprise de travail, problèmes familiaux, rendez-vous, etc.).

### **L'ÉVOLUTION DES DOSES DE MÉTHADONE**

Au cours de l'année 1998 nous n'avons pas délivré de doses supérieures à 40 mg. Cette posologie limite avait été définie au début du projet compte tenu des risques d'overdose chez des personnes supposées non abstinentes et de l'absence de contrôles urinaires pendant le programme. L'analyse de notre pratique nous a amené à individualiser les doses que ce soit pour des dosages inférieurs ou supérieurs à 40 mg. Nous avons reçu l'autorisation du comité de suivi afin de délivrer des doses supérieures en février 1999. La dose de départ reste en général 40 mg et est réévaluée par la suite. Il arrive que la dose de départ soit plus élevée en fonction de l'histoire et des consommations de l'utilisateur. Par exemple, un usager adressé en relais temporaire par un CSST est repris à la même posologie. Pour tous les changements de posologie, que ce soit dans un sens ou un autre, nous demandons aux usagers de venir en entretien au lieu fixe afin d'évaluer leur situation et de redéfinir les règles de fonctionnement.

Du fait de l'individualisation des doses, les règles de fonctionnement ont évolué. Un patient qui reste à 40 mg n'est pas tenu de venir quotidiennement au Bus. Au-delà de 2 mois d'absence l'utilisateur est considéré comme perdu de vue et doit revenir au lieu fixe pour une réinclusion. Un patient dont le dosage est supérieur, s'il est absent plus de 2 jours, voit sa dose diminuée en fonction des circonstances et parfois ramenée à 40 mg.

## LE FONCTIONNEMENT DU BUS

- Le Bus fonctionne tous les jours, dimanches et jours fériés, de 13 h 30 à 19 h 30 sur trois sites. Deux sites nous avaient été accordés en 1998, Bd Ney et Cours de Vincennes. En mai 1999 nous avons eu l'autorisation de stationner près de la gare de l'Est après un long travail de communication et d'information auprès des différentes associations de riverains présentes dans cet arrondissement.
- Actuellement, nos horaires se répartissent comme suit :
  - Paris 10 : en face du Couvent des Récollets de 14 h 30 à 16 h 00.
  - Paris 18 : face au n° 62 du Bd Ney de 16 h 30 à 17 h 30.
  - Paris 20 : face au n° 37/41 du cours de Vincennes de 18 h 00 à 19 h 30.

Le quatrième site prévu au départ du projet dans le 13<sup>e</sup> arrondissement n'a pu être mis en place faute d'autorisation. Nous n'avons pas eu de problèmes notables avec les habitants de ces différents quartiers au cours de ces deux ans de fonctionnement. Les forces de l'ordre ont également respecté notre travail et les usagers, mais nous devons déplorer deux contrôles relatés par les usagers quelques instants après leur sortie du Bus.

## L'AUTOMATE DE DISTRIBUTION DE MÉTHADONE

M. Urban pharmacienne à la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris (PCH AGAM), attachée au CSST Parmentier depuis 1994, E. Avril et l'équipe infirmière ont travaillé depuis le début du projet à la qualification et à la mise en place d'un distributeur automatisé de méthadone mis au point par une société néerlandaise. Ce distributeur est alimenté par un récipient multidose de sirop de méthadone d'une contenance de 5 litres. Ce récipient multidose nécessitait l'obtention d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM). L'automate a été qualifié par M. Urban avec succès, le dossier d'AMM a été déposé fin juin 1999 et accepté début 2000. Depuis le 15 juin 1999 nous utilisons le distributeur dans le Bus grâce au statut provisoire de *préparation hospitalière* attribué par la Direction générale de la santé en attendant l'acceptation de l'AMM. L'automate est piloté par un ordinateur dont le logiciel permet de suivre la file active du Bus : date de dernier passage, fréquence des passages par patient, nombre de distributions quotidiennes, enregistrement de la dose délivrée et protocole d'augmentation ou de dégression des doses. L'intérêt de ce distributeur réside dans le suivi informatisé et personnalisé de chaque patient. Il permet de délivrer des doses individualisées sans risque d'erreurs lorsque la file active des patients est importante et le temps de distribution relativement court. La législation des stupéfiants étant complexe et lourde, la mise au point des procédures d'utilisation du distributeur a été longue et difficile. Nous tenons à remercier M. Urban pour son investissement et sa compétence.

## BILAN QUANTITATIF

### La file active

Nous avons reçu 369 personnes au lieu fixe pour un entretien d'admission, 332 personnes ont été incluses dans le programme. Les 37 personnes restantes n'ont pas été incluses et adressées soit à Marmottan pour un sevrage et un suivi ou une prescription de Subutex®, soit vers un médecin généraliste, soit encore dans un CSST dont les horaires correspondaient aux horaires d'activité de l'utilisateur (travail essentiellement, études). Certains patients, dont le passage au Bus semblait problématique et difficile (patients très jeunes, femmes enceintes, patients suivis dans des CMP pour une pathologie psychiatrique lourde), ont été directement réorientés vers d'autres structures.

Le tableau ci-dessous récapitule les grandes lignes de mouvement des usagers.

### Mouvement des usagers

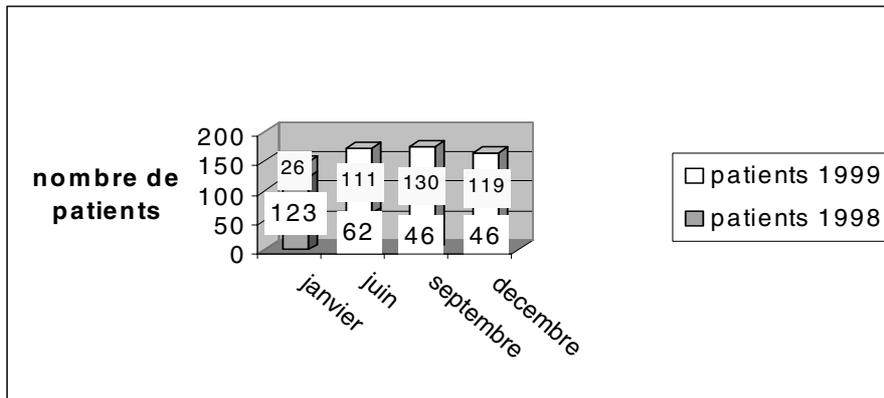
année	inclus	réinclus	orientés	perdus de vue	exclus	incarcérés
1998	341	10	114	94	4	10
1999	332	54	156	120	10	21

Source : MDM<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Source identique pour l'ensemble des tableaux, figures et graphiques présentés dans ce livret.

La file active des patients venus au moins une fois au cours de l'année 1999 représente 464 personnes différentes dont 332 incluses en 1999 et 132 incluses en 1998. Cette file active a évolué mois par mois du fait de l'important *turn over* des patients sur le Bus (tableau suivant). Les usagers restent en moyenne 3 mois sur le Bus avec un minimum de 2 jours et un maximum de 24 mois. Cette moyenne prend en compte les patients perdus de vue (120) et les patients qui après l'inclusion ne sont jamais venus (10 sur l'année). Les patients orientés rapidement sont souvent déjà en contact avec une autre structure avant l'admission et sont sur liste d'attente.

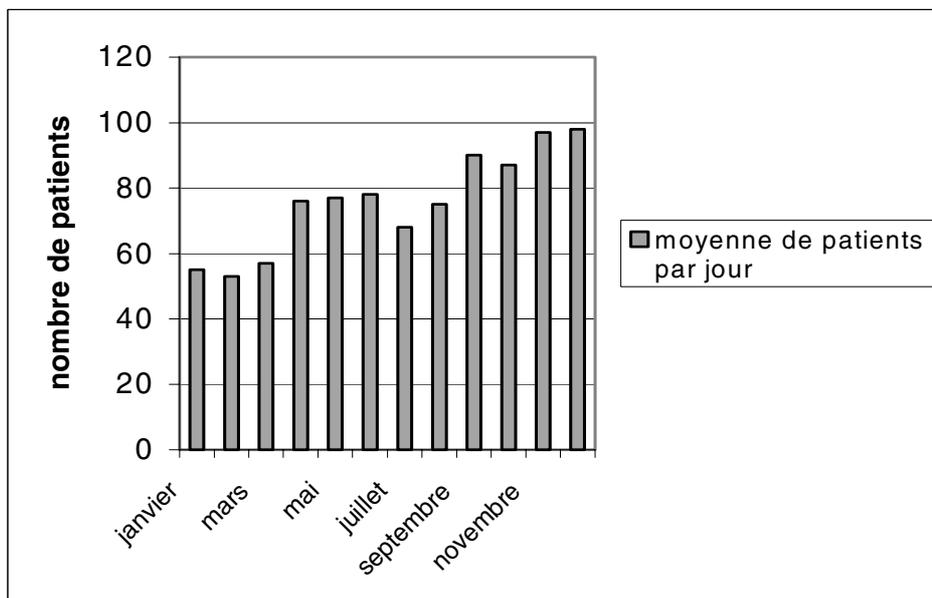
**Répartition des patients selon l'année d'inclusion dans la file active**



46 patients de 1998 venaient encore régulièrement au Bus fin décembre 1999 c'est-à-dire 13,5 % du total des inclus en 1998. Il faut prendre en compte dans ce pourcentage les usagers de 1998 réinclus en 1999 qui représentent 74 % des réinclus en 1999, soit 40 usagers.

On peut noter que la moyenne des distributions par jour au Bus sur chaque mois a augmenté tout au long de l'année surtout à partir du mois de mai, date de l'ouverture du site de la gare de l'Est. L'horaire plus avancé dans la journée sur ce site et sa localisation centrale en ont fait un des plus fréquentés sur les trois. Actuellement, il passe en moyenne 45 personnes au site de la gare de l'Est.

**Nombre moyen de patients par jour sur chaque mois**



## L'activité du lieu fixe

Outre les entretiens d'admission nous recevons les patients du programme à diverses occasions :

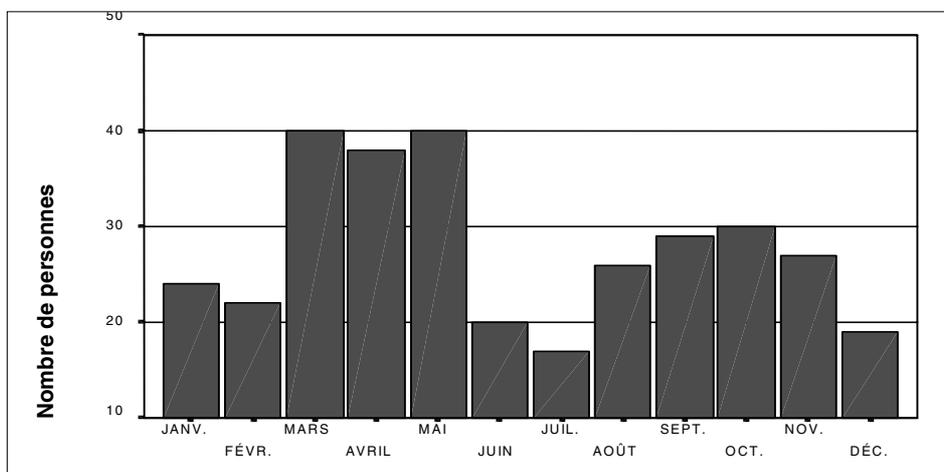
- une demande d'orientation qui se fait au minimum au bout d'un mois de passages réguliers au Bus. Orientation pour un relais méthadone soit dans un centre, soit chez un médecin généraliste si l'usager dispose d'une couverture sociale et qu'il peut gérer son traitement à la semaine ;
- une demande d'augmentation du dosage avec mise en place d'un projet thérapeutique ;
- une demande de diminution du dosage avec mise en place d'un schéma de dégression en vue d'un sevrage ;
- des consultations médicales ;
- des consultations avec les médecins psychiatres afin d'évaluer les troubles et mise en place de traitement antidépresseur, anxiolytique ou antipsychotique.
- des consultations de suivi psychologique ;
- des consultations sociales sur rendez-vous ;
- des consultations juridiques les jeudis ;
- des prescriptions de méthadone pour quelques jours, fonction des déplacements des usagers, demandes plus importantes lors des périodes de vacances ou de fêtes.

Ces consultations et ces entretiens ont représenté 815 actes sur l'année 1999 pour les consultations médico-psychologiques, 900 actes pour les consultations sociales et 227 actes pour les consultations juridiques.

## Profil des patients inclus en 1999.

Nous avons inclus 332 personnes au cours de l'année à raison de 17 à 40 personnes par mois, avec 3 pics en mars, avril et mai qui correspondent à l'ouverture du site de la gare de l'Est (voir graphique ci-dessous).

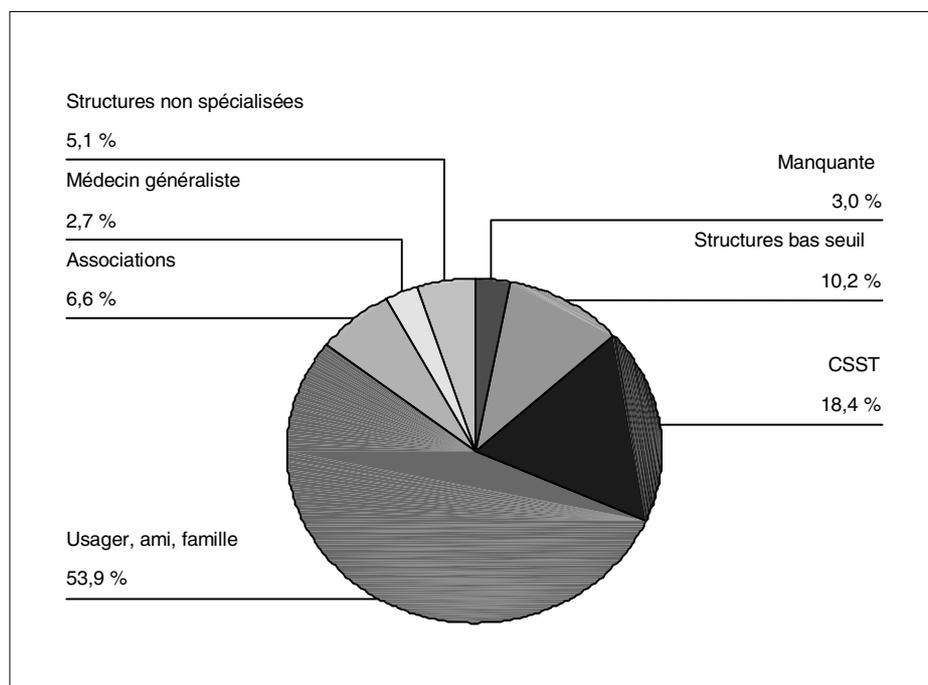
**Nombre de personnes incluses dans le programme**



## ORIGINE DES DEMANDES

La tendance observée en 1998 s'est confirmée cette année, 54 % des personnes sont venues par leur propre réseau : usager, ami, famille. Les autres personnes sont adressées par les structures spécialisées en toxicomanie : CSST, Marmottan, les ECIMUD ; par les structures bas seuil ; par les structures non spécialisées : urgences des hôpitaux, CMP, CMS, les maisons d'arrêt ; par les associations et les médecins généralistes (tableau ci-après). Quelques centres nous adressent des patients soit en rupture de contrat soit en attente de place et les reprennent par la suite.

### Origine des demandes



#### BILAN SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DES PERSONNES ADMISES

Les chiffres et les analyses statistiques présentés ci-dessous sont issus d'un recueil de données par questionnaires. Au décours de l'entretien d'admission et après décision d'inclusion, nous proposons un questionnaire aux usagers. Ce questionnaire aborde des données sociodémographiques, des données relatives aux consommations de produits licites et illicites, des données relatives au parcours de l'usager, aux recours aux besoins et aux démarches de droits communs, aux prises de risques et aux dommages liés à la consommation. Un bilan médical et psychologique est systématiquement réalisé au cours du premier entretien.

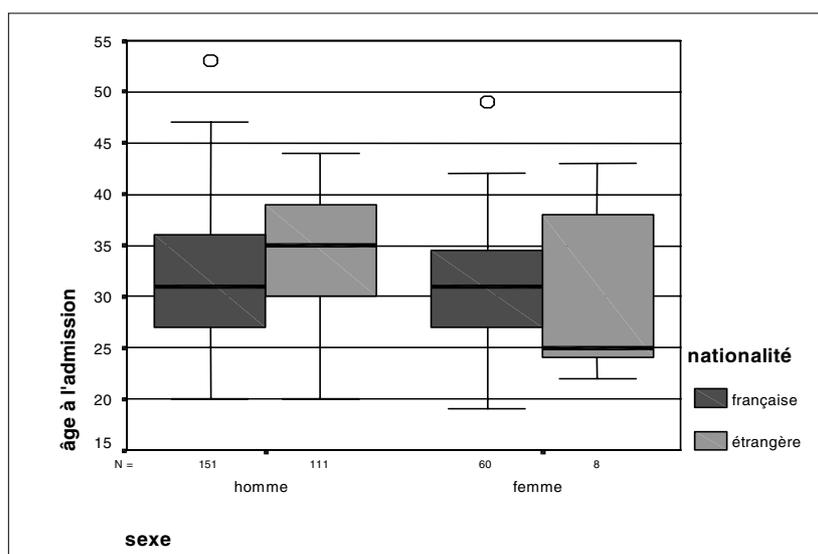
Il arrive que certains usagers refusent tout ou une partie du questionnaire ou alors que l'équipe ne juge pas opportun de poser certaines questions d'où des valeurs manquantes dans les analyses. Il est important de garder à l'esprit que toutes ces données sont déclaratives mais étant donné le nombre élevé de patients sur l'année on peut estimer que les biais liés à ce type de recueil sont atténués.

Par rapport à l'année 1999 on peut souligner quelques grands traits :

- Un pourcentage d'homme un peu plus élevé 79,5 % contre 72 % en 1998. Le graphique page suivante représente une distribution de l'âge à l'admission<sup>8</sup>. La médiane de l'âge à l'admission montre une différence significative entre les différents groupes nationaux et étrangers. 50 % des hommes français s'inscrivent entre 27 et 36 ans avec une médiane (valeur centrale) de 31 ans et des valeurs extrêmes atteignant 53 ans. Les hommes étrangers s'inscrivent entre 30 et 39 ans avec une médiane de 35 ans. Ce fait est à rapprocher de l'âge de début de la consommation qui est plus élevée chez les étrangers (24 ans versus 20 ans en médiane), mais peut s'expliquer surtout par les difficultés d'accès aux soins pour un nombre important d'entre eux ; difficultés liées au manque d'information et aux situations administratives. Les femmes françaises ont une médiane identique à celle des hommes. Les femmes étrangères, moins nombreuses (8), ont une médiane à 25 ans mais 25 % d'entre elles s'inscrivent entre 25 et 38 ans. Ces femmes accèdent aux soins lors de grossesses qui surviennent plus tôt que chez les femmes françaises.

<sup>8</sup> Voir en annexe pour une explication de ce graphique dit en *box plot* ou *boîte à moustaches*.

### Bilan sociodémographique des personnes admises



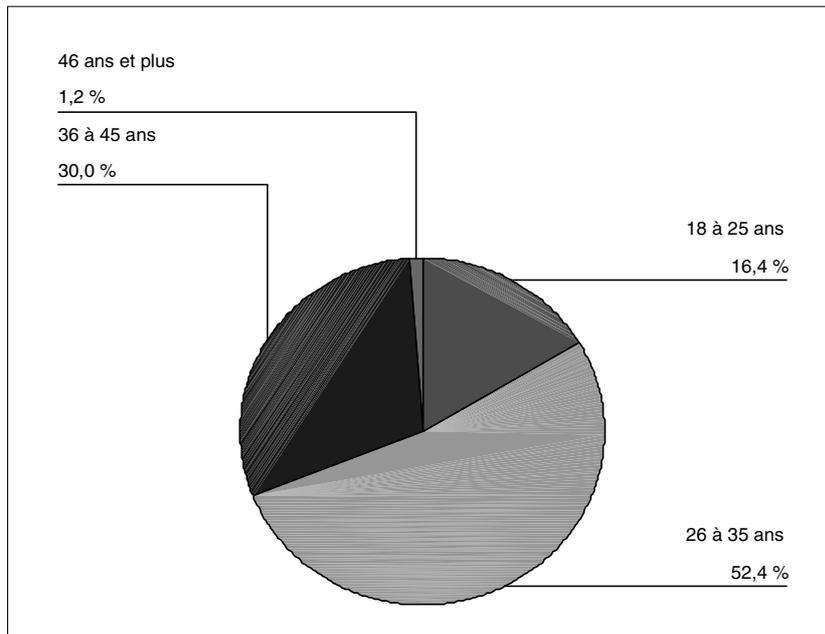
■ Les moins de 25 ans sont plus nombreux 16,3 % contre 10 % en 1998. Les femmes sont plus nombreuses dans cette tranche d'âge que parmi les usagers plus âgés, elles représentent 31,5 % des personnes de moins de 25 ans (voir tableau ci-dessous).

Il faut remarquer que dans la tranche d'âge des 18-25 ans 31,5 % sont des femmes, ce pourcentage diminue dans les tranches d'âge plus élevées.

**Tableau croisé tranche d'âge/sexe**

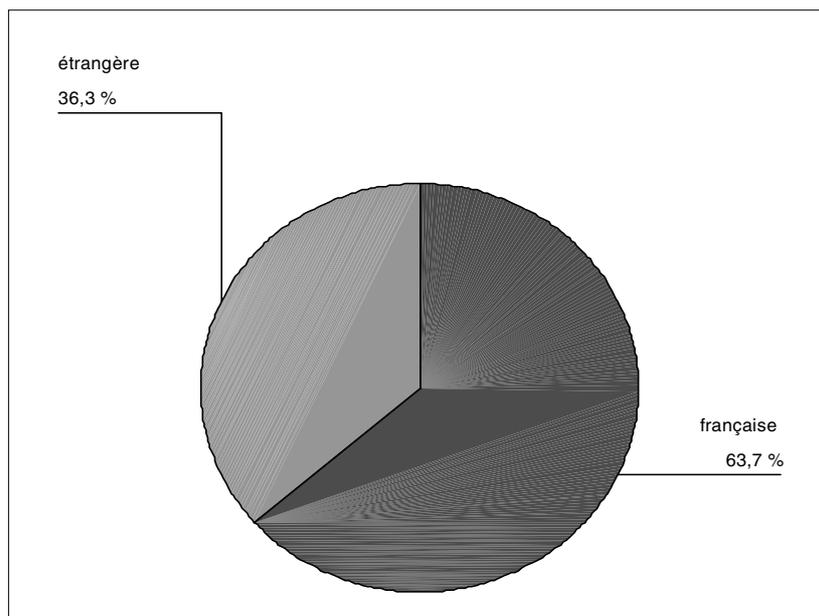
Tranche d'âge	Effectifs		Total
	homme	femme	
18 à 25 ans	37	17	54
% dans tranche d'âge	68,5 %	31,5 %	100 %
26 à 35 ans	138	35	173
% dans tranche d'âge	79,8 %	20,2 %	100 %
36 à 45 ans	84	15	99
% dans tranche d'âge	84,8 %	15,2 %	100 %
46 ans et plus	3	1	4
% dans tranche d'âge	75 %	25 %	100 %
Total	262	68	330
% dans tranche d'âge	79,4 %	20,6 %	100 %

### Répartition des personnes incluses par classe d'âge



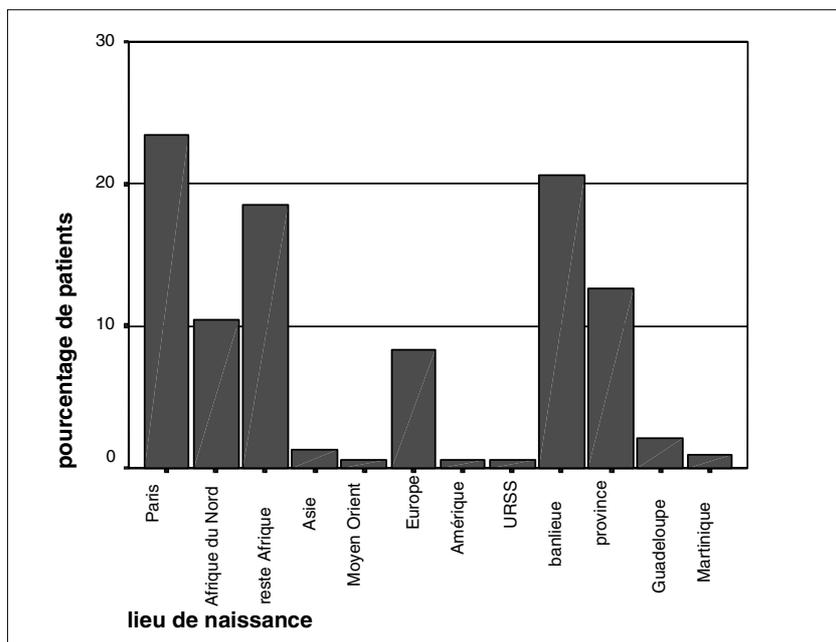
- Nous avons inclus 36 % de personnes de nationalité étrangère contre 25 % en 1998. En mars, avril nous avons reçu une importante communauté d'usagers consommateurs d'héroïne par voie nasale venue au Bus par le « bouche à oreilles » et attirée par l'anonymat. Ces personnes sont souvent sous le coup de la double peine et présentent des réticences à se déclarer usagers de drogues et ont d'importantes difficultés à accéder à une insertion sociale stable.

### Nationalité des personnes incluses



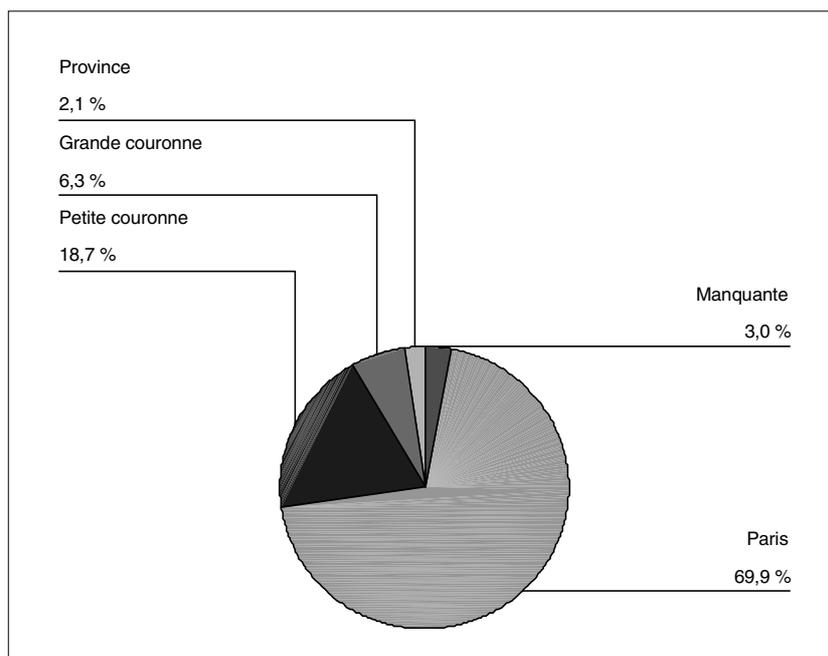
- Lieu de naissance des usagers et département de domicile : la majorité des patients est originaire de Paris et banlieue, respectivement 23 % et 20 %. On note une importante communauté originaire d'Afrique 18,5 %.

**Lieu de naissance des personnes incluses**



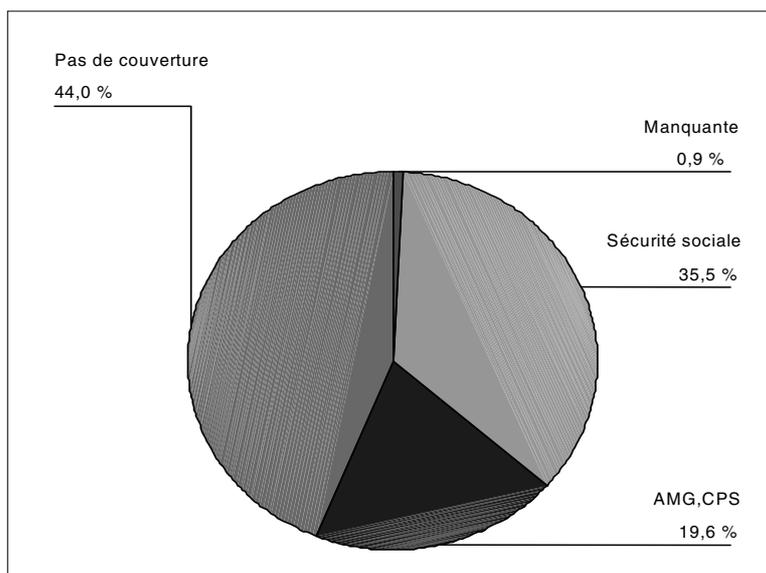
- Les usagers sont domiciliés majoritairement à Paris, mais *les usagers de banlieue représentent 25 % des admis*, 24 % en 1998. Cette constatation pose question sur l'offre et l'accessibilité des CSST en banlieue. Les usagers relatent des difficultés d'accès géographique : transports inter-banlieues peu aisés, difficultés liées au fonctionnement des centres, plusieurs rendez-vous, exigences élevées. Il serait intéressant de faire le point sur l'adéquation des places à la demande.

**Domicile des personnes incluses**



- Le nombre des usagers sans couverture sociale a augmenté cette année, 44 % versus 33 % en 1998. Cette augmentation peut être rapportée au pourcentage plus élevé d'étrangers inclus.

**Couverture sociale des personnes admises**



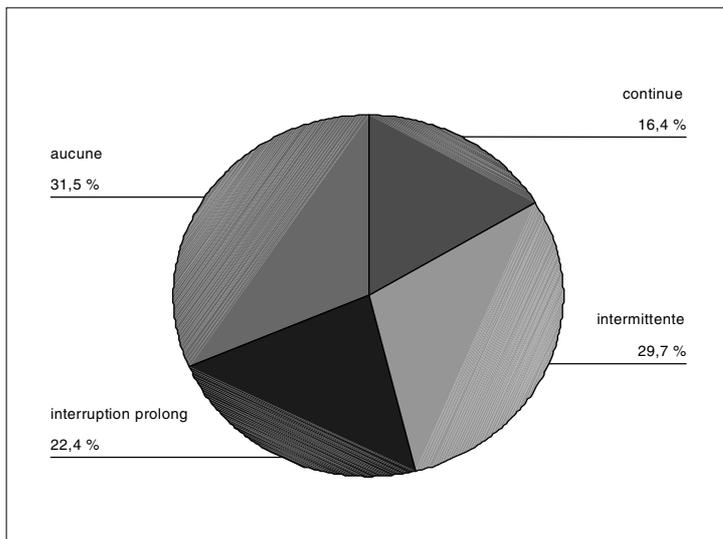
- Les usagers de nationalité étrangère sont surreprésentés parmi les personnes sans couverture sociale, 75,6 % contre 26,3 % chez les nationaux français. Une des explications semblerait être les condamnations à la double peine qui enferment les usagers dans un statut de non-existence sur le territoire. Ce point sera développé plus loin dans la partie juridique du rapport.

**Tableau croisé nationalité/couverture sociale**

Effectif	Couverture sociale			Total
	Sécurité sociale (100 %, mutuelle, ayant droit)	Aide médicale, carte Paris santé	Sans SS	
de nationalité française	96	58	55	209
%	45,9 %	27,8 %	26,3 %	100,0 %
étrangers	22	7	90	119
%	18,5 %	5,9 %	75,6 %	100,0 %
effectif total	118	65	145	328

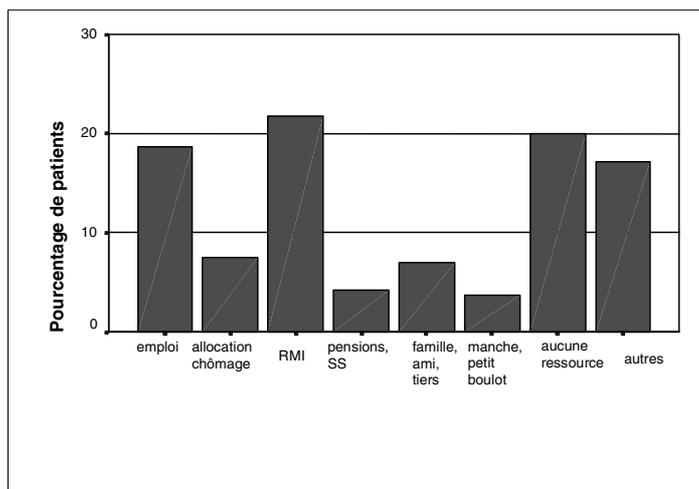
- Le nombre d'usagers déclarant une activité professionnelle déclarée ou non, continue ou intermittente a plus que doublé, 45,8 % versus 15 % en 1998. À noter le pourcentage important d'activité intermittente.

**Activité professionnelle des personnes admises**



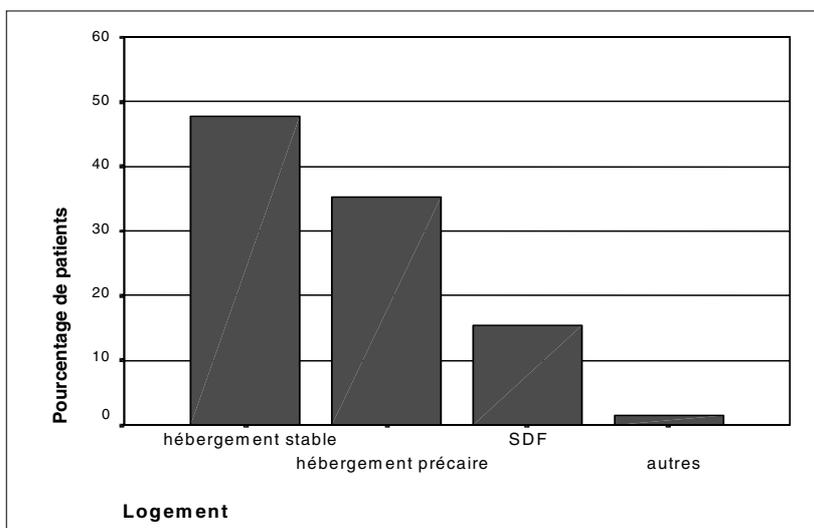
- L'origine des ressources : le RMI est moins représenté 21,7 % versus 28 % en 1998. Autres ressources (17,2 %) sont le plus souvent des activités illicites. 20 % des usagers déclarent n'avoir aucune ressource.

**Origine des ressources des personnes incluses**



- L'hébergement reste très problématique avec 35,2 % d'hébergement précaire et 15,4 % de SDF.

#### Hébergement des personnes admises



- 50 % des usagers déclarent n'avoir jamais eu de suivi pour leur toxicomanie par le passé contre 39 % en 1998 et 54 % disent ne pas avoir eu de contact avec un CSST contre 45 % en 1998. Le suivi est représenté à 36 % par les médecins généralistes et est défini par au moins 3 mois de consultation. Parmi les personnes qui ont été suivies, les moins de 25 ans représentent 21 %. La part des usagers de nationalité étrangère ayant augmenté dans le programme et n'ayant que très peu accès aux structures explique l'apparition de cette population cachée. Le non recours aux soins venant d'une part des peurs de ces usagers et de leurs réticences à se dévoiler comme usagers de drogues et d'autre part d'une réelle difficulté d'accès. Rares sont ceux qui connaissent la loi de 1970 et l'anonymat et la gratuité des soins, ces usagers vont peu dans les structures classiques. Le tableau suivant montre que chez les personnes de nationalité étrangère, 73 % n'ont jamais été suivies.

**Tableau croisé suivi antérieur/nationalité**

Effectif	Nationalité		Total
	française	étrangère	
« sans bénéficiaire de suivi antérieur »	79	87	166
% dans nationalité	37,4 %	73,1 %	50,3 %
« ayant été suivi »	132	32	164
% dans nationalité	62,6 %	26,9 %	49,7 %
Effectif total	211	119	330

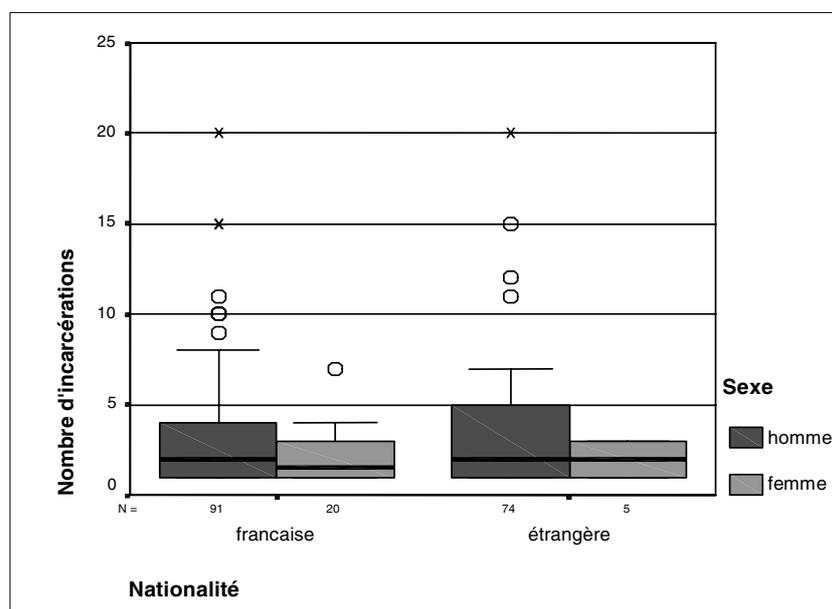
- De même pour le contact antérieur avec un CSST

**Tableau croisé contact centres spécialisés/nationalité**

Effectif	Nationalité		Total
	française	étrangère	
Pas de prise de contact avec un centre spécialisé	90	88	178
% dans nationalité	42,7 %	73,9 %	53,9 %
En contact avec un centre spécialisé	121	31	152
% dans nationalité	57,3 %	26,1 %	46,1 %
Effectif total	211	119	330

- 58 % des personnes déclarent avoir été incarcérées au moins une fois, ce pourcentage est similaire à celui de 1998.

**Nombre d'incarcérations des personnes admises**

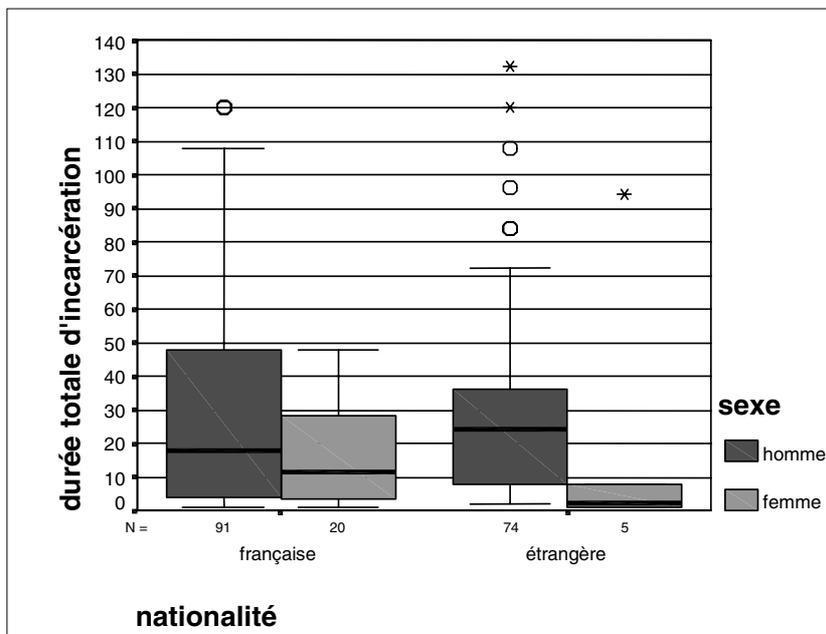


Sur le schéma ci-dessus, on peut voir que la médiane des incarcérations est de 2 pour la totalité des hommes et les femmes étrangères. Les femmes françaises ont une médiane plus basse égale à 1,7.

25 % des hommes de nationalité étrangère ont de 2 à 5 incarcérations, 25 % des hommes français ont de 2 à 4 incarcérations. Ce nombre d'incarcération est à comparer à la durée totale d'incarcération (voir ci-dessous). Une valeur extrême de 41 incarcérations n'est pas signalée sur ce graphique dans le groupe hommes français.

50 % des hommes français ont un temps global d'incarcération compris entre 4 et 48 mois avec une médiane de 18 mois ; pour les étrangers, le temps global est compris entre 8 et 36 mois avec une médiane de 24 mois. La durée médiane pour les hommes étrangers est donc plus longue que pour les Français. On peut avancer comme hypothèse que la double peine appliquée aux étrangers comportant l'expulsion et l'interdiction du territoire fait que 25 % des étrangers ont une durée globale d'incarcération plus longue sur un temps plus court car ils sont expulsés ensuite. Les étrangers sont incarcérés de manière itérative mais pour de courtes peines.

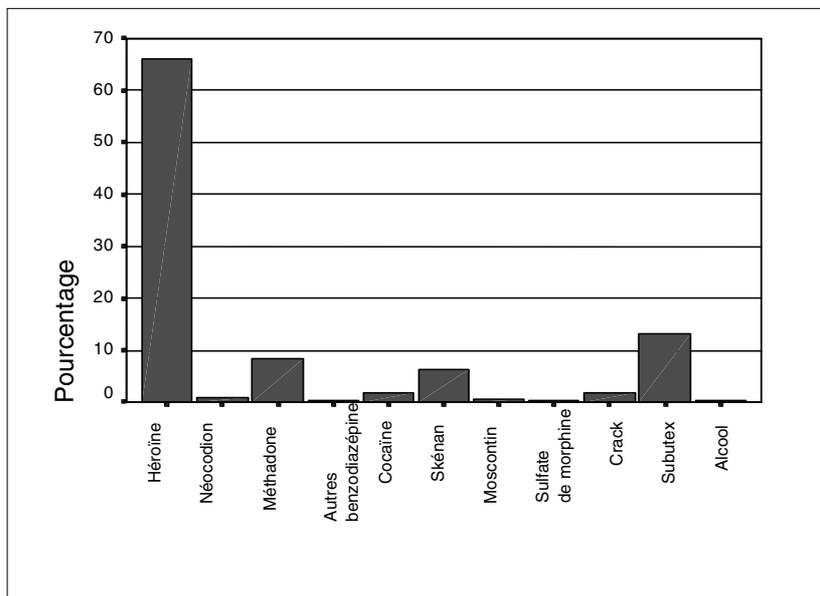
**Durée totale d'incarcération des personnes incluses**



**PRODUITS CONSOMMÉS À L'ADMISSION ET MODES D'USAGE**

- Le produit principalement consommé pendant le dernier mois reste l'héroïne 66 %, ensuite, par ordre décroissant, le Subutex® 13 %, la méthadone 8,5 %, le Skénan® 6,3 %.

**Produits principaux consommés à l'admission**

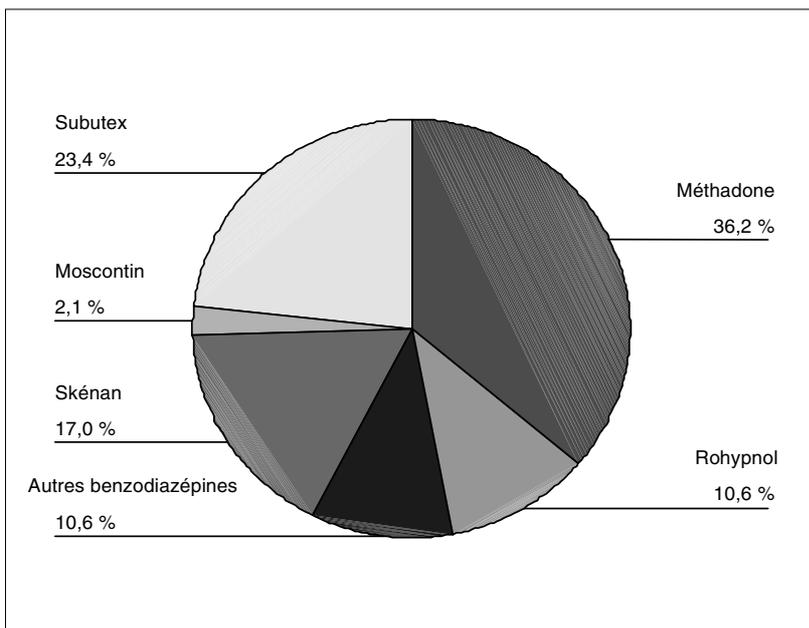


- 46 % des usagers déclarent une consommation secondaire outre les opiacés, 25 % deux produits, 9 % trois produits.

Les produits les plus souvent cités sont la cocaïne 43 %, le crack 24 % (35 % en 1998), le sulfate de morphine 11 % (38 % en 1998), la buprénorphine 45,5 % (37 % en 1998), l'alcool 25,6 %, le flunitrazépam 17 %, la méthadone 32,7 % (27 % en 1998).

- 59 % des usagers déclarent acheter au marché clandestin un ou plusieurs médicaments détournés de leur usage. Parmi ceux-ci : 44 % déclarent avoir acheté un produit au marché clandestin au cours du dernier mois, 13 % deux produits et 1,5 % trois produits. Les plus cités sont le Subutex®, la méthadone, le Skénan® (graphique ci-dessous).

**Produits principaux achetés au marché clandestin**



- Les résultats des analyses urinaires montrent une légère sous-déclaration des benzodiazépines. Ces analyses sont réalisées à l'admission au cours de l'entretien (nous utilisons des tests minute qui permettent un résultat rapide en 3 minutes). Le Subutex® déclaré à l'admission n'est pas détecté par les analyses, d'où la distorsion dans les résultats.

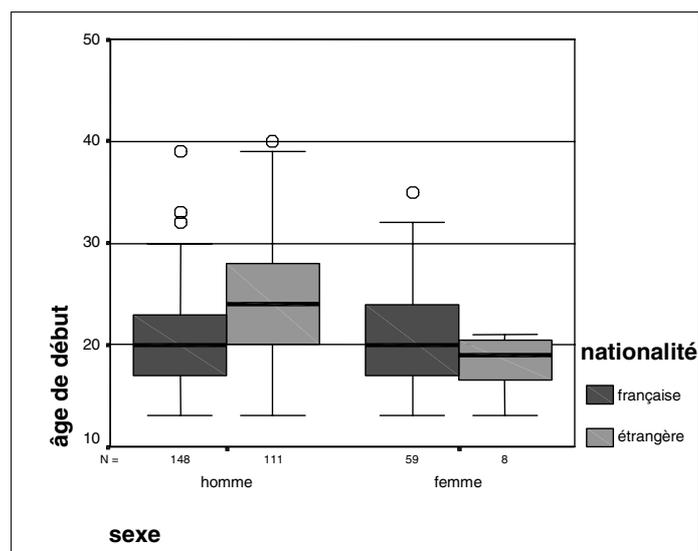
**Produits principaux consommés**

	Opiacés	Méthadone	Cocaïne/crack	Benzodiazépines
Déclaré	93 %	32 %	67,7 %	31 %
Test positif	81,3 %	32 %	43 %	35 %

- Le produit initial ayant généré une dépendance reste, pour 90,4 % des usagers, l'héroïne. Pour 1,5 %, le produit est un autre opiacé (opium, codéine, sulfate de morphine) et pour 2 % la cocaïne.

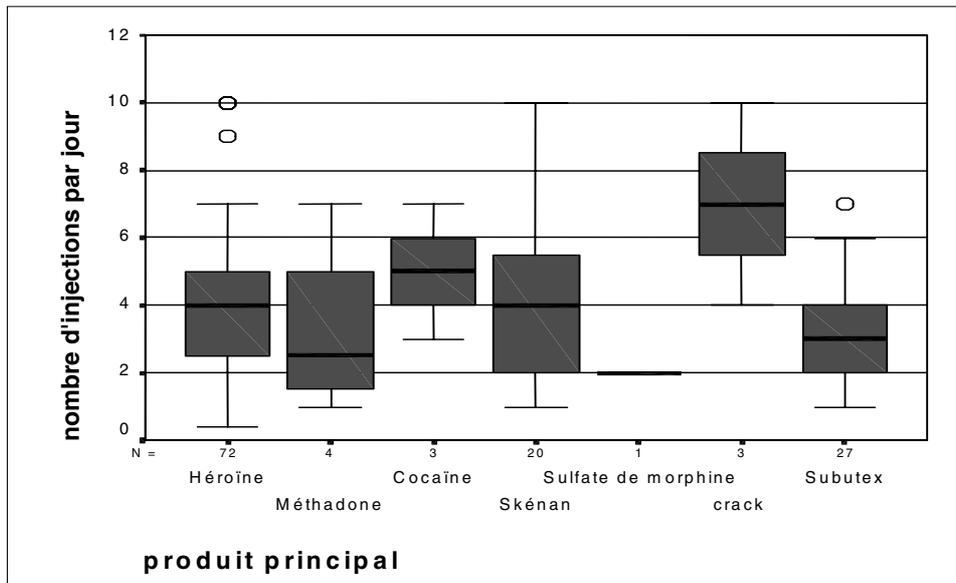
La médiane de l'âge de début est plus élevée et plus étalée chez les hommes étrangers (24 ans) que chez les hommes français (20 ans) et 50 % d'entre eux ont débuté entre 20 et 28 ans avec des extrêmes allant de 13 à 40 ans. De nombreux usagers étrangers relatent un début de consommation tardive après leur arrivée en France. Les femmes françaises ont un peu le même profil que les hommes, la médiane est identique 20 ans, mais l'âge de début est plus étalé, 25 % d'entre elles débutant entre 25 et 36 ans. Les femmes étrangères, peu nombreuses, ont débuté beaucoup plus tôt que les autres groupes puisque 100 % sont comprises entre 13 et 21 ans et que la médiane est de 18 ans. Ceci peut s'expliquer par des difficultés sociales et psychologiques intervenues plus tôt que dans les autres groupes du fait de leur extrême vulnérabilité (prostitution, hébergement précaire, isolement, absence de couverture sociale, incarcérations).

### Âge de début



- 64 % des usagers déclarent n'avoir jamais tenté un sevrage institutionnel par le passé. Parmi les 34,6 % qui déclarent avoir fait un sevrage, dans la tranche d'âge 18-25 ans, ce sont les femmes qui en ont fait le plus (jusqu'à 10), dans la tranche d'âge 26-35 ans la tendance s'inverse, les hommes en font le plus et dans la tranche 36 à 45 ans cette tendance persiste, par contre celle des femmes reste stable.
- 47 % des usagers disent ne jamais avoir eu de substitution prescrite antérieurement, 44,6 % déclarent une prescription, 7,5 % deux, 0,6 % trois. Ces prescriptions interviennent le plus souvent dans le cadre d'un suivi par un médecin traitant et plus rarement dans un CSST. Les produits les plus prescrits sont le Subutex® (34,6 %), la méthadone (15,4 %) et le sulfate de morphine (3 %). Parmi ces usagers 18 % déclarent injecter le Subutex® ou le sulfate de morphine.
- Le nombre d'usagers déclarant injecter quotidiennement a fortement baissé par rapport à 1998, 42 % cette année contre 65 % l'an passé. Cette baisse peut être rapportée au 62,5 % d'étrangers déclarant une consommation d'héroïne ou de cocaïne par voie nasale. De même, le pourcentage d'usagers déclarant partager leur matériel (cuillère, filtre, seringue) a diminué, 7,8 % contre 30 % en 1998. *La réutilisation du matériel est importante 30 %*. Sur le graphique page suivante on peut noter un nombre d'injections quotidiennes plus élevé quand le produit consommé est la cocaïne (médiane 6 par jour avec des extrêmes allant de 3 à 10), moindre avec l'héroïne (médiane 4 avec des extrêmes de 0,5 à 7), encore plus bas avec les opiacés de type Subutex®, Skénan® (médiane 3 avec des extrêmes de 1 à 6). Il est important de renforcer les mesures de prévention et l'information vers ces usagers de cocaïne qui présentent un risque plus élevé de contamination virale.

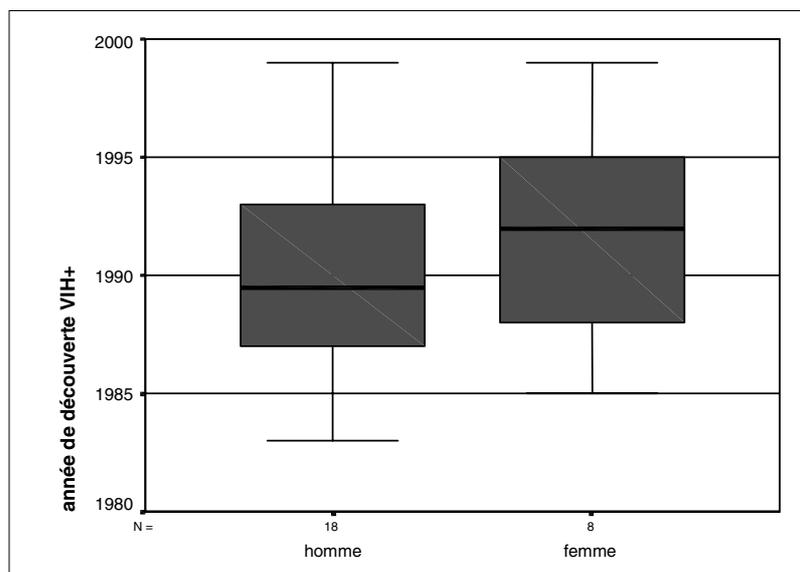
### Nombre d'injection par jour par produit



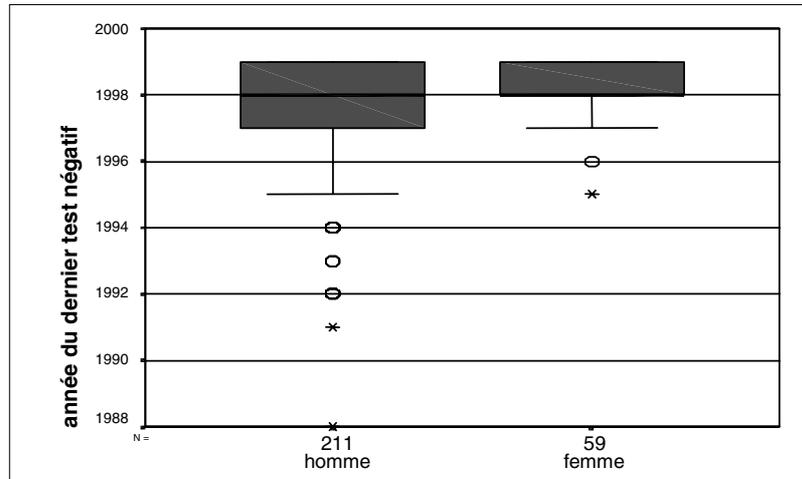
### ÉTAT DE SANTÉ DES USAGERS À L'ADMISSION

■ À l'inclusion 9,3 % (près de 31 personnes) déclarent n'avoir jamais fait de sérologie HIV. Sur le dernier test effectué, 8 % soit 26 usagers déclarent être séropositifs au VIH et 40 % d'entre eux disent ne pas avoir de suivi médical. Ce pourcentage de séropositifs est probablement sous-estimé compte tenu de l'ancienneté du dernier test et de l'importance de la séroprévalence dans cette population : en effet 25 % des hommes déclarent un dernier test négatif entre 95 et 97 avec des valeurs extrêmes atteignant 10 ans d'ancienneté. En avril 1998, une étude réalisée dans les programmes d'échange de seringues de Paris a montré une séroprévalence au VIH de 17 % (données déclaratives recueillies auprès de 217 usagers). Les deux graphiques suivants mettent en évidence deux points : le diagnostic de la séropositivité est plus tardif chez les femmes que chez les hommes, ce que l'on remarque également dans la population générale, médiane de découverte 1989 pour les hommes, 1992 pour les femmes, celles-ci étaient moins dépistées systématiquement (moins d'incarcération) au début de la décennie. Le dernier test de dépistage est plus récent chez les femmes que chez les hommes, 50 % d'entre elles l'ont fait entre 1998 et 1999.

### Année de découverte VIH+ selon le sexe des personnes admises

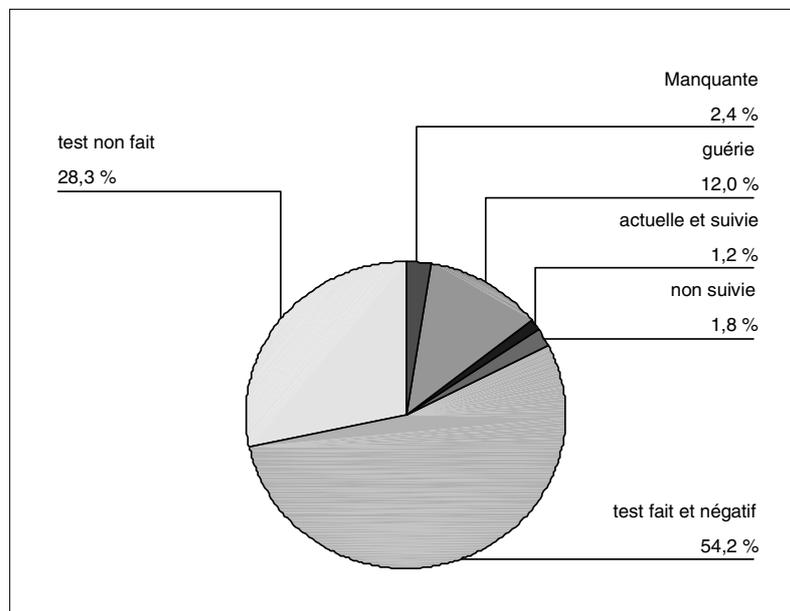


### Dépistage



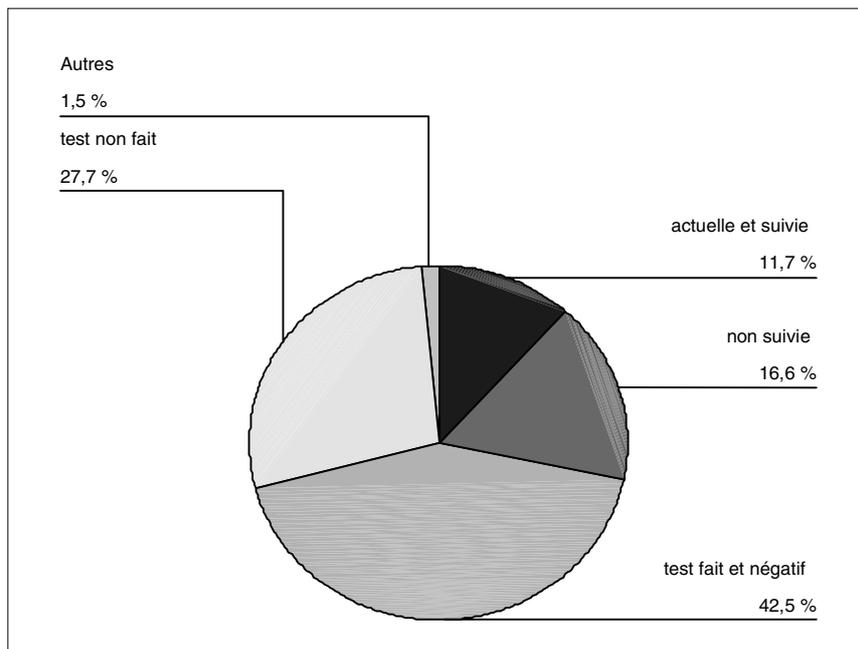
- 28 % des usagers méconnaissent leur statut sérologique vis-à-vis de l'hépatite B et 28 % vis-à-vis de l'hépatite C. On note une confusion concernant ces tests et un manque d'information sur les modalités de contamination. De nombreux usagers pensent que le test a été réalisé lors d'une incarcération ou d'une prise de sang faite aux urgences, mais souvent ne se rappellent pas le résultat. 42 % des usagers déclarent avoir une sérologie négative pour l'hépatite C. Comparé aux chiffres nationaux qui atteignent 80 % la sous-estimation est évidente.

### Hépatite B



- Très peu d'usagers sont vaccinés contre l'hépatite B, seuls 23 % d'entre eux déclarent une vaccination à jour.

### Hépatite C

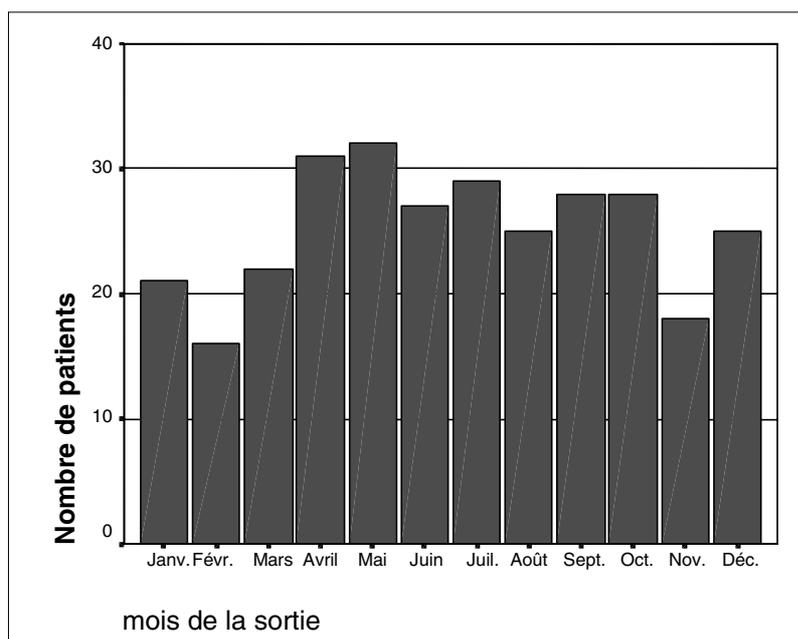


- 23 % des usagers déclarent des antécédents psychiatriques. Les pathologies les plus souvent citées sont : la dépression 10 %, les tentatives de suicide 8 %, les psychoses 2 %. Deux personnes souffrent de troubles bipolaires.

### Sorties et orientations

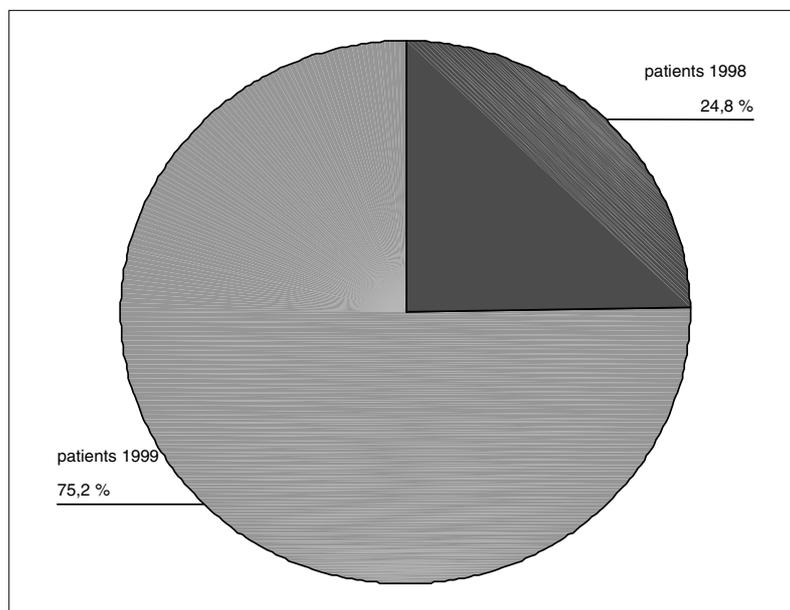
302 patients sont sortis du programme en 1999. Nous considérons comme sortis les usagers orientés par le programme vers d'autres structures (méthadone ou non) et les usagers perdus de vue c'est-à-dire ceux qui ne sont pas venus au Bus depuis au moins deux mois. Le *turn over* des personnes admises est important comme on peut le constater sur le graphique ci-dessous, 16 à 32 sorties par mois.

Turn over des personnes admises



Les patients inclus en 1998 représentent 25 % des sorties de 1999.

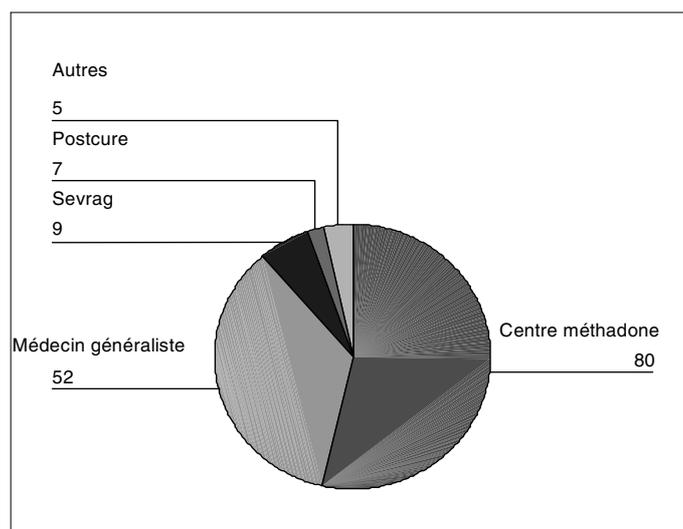
#### Sorties de 1999



#### LES USAGERS ORIENTÉS

- Les usagers orientés par le programme représentent 50 % des personnes sorties, soit 153 personnes. L'orientation se fait après un passage régulier d'un mois minimum sur le Bus et le plus souvent en accord avec le patient. Le temps moyen de passage avant orientation était de 3,4 mois en 1999. L'orientation se fait plus rarement sur décision médicale en cas de problèmes somatiques graves, de grossesse ou encore de pathologies psychiatriques lourdes. Les cas où la sortie est demandée par l'usager sont suscités majoritairement par des problèmes d'horaires de travail ou de garde d'enfants incompatibles avec une délivrance quotidienne. Ces usagers sont orientés le plus souvent vers leur médecin généraliste. Ce type de relais est parfois associé à un suivi par notre équipe tous les 15 jours au lieu fixe pendant quelques mois pour s'assurer que le patient est stabilisé et que n'émerge pas une pathologie psychiatrique.
- Les demandes de sevrage sont préparées lors d'entretiens au lieu fixe et dans le Bus par diminution progressive de la dose de méthadone en fonction de l'état clinique. En cas de sevrage sélectif, alcool, crack, cocaïne, benzodiazépines, les usagers sont adressés le plus souvent à l'hôpital Fernand Widal.
- Nous travaillons avec un réseau de médecins généralistes, une quarantaine environ dont quinze sont des interlocuteurs réguliers. Ils nous adressent leurs patients pour qui la prescription de la substitution (Subutex® et parfois Skénan®) est détournée de la voie d'usage. La demande des médecins est double : conversion en méthadone pour arrêter l'injection et stabilisation par une posologie adaptée.
- « Autre » représente les usagers qui ont effectué un sevrage ambulatoire dans le Bus, les usagers qui ont été pris en charge par les ECIMUD.

### Principales structures d'orientation



- 52 personnes ont été orientées vers un médecin généraliste, 80 dans un CSST, 9 ont fait un sevrage et 7 sont partis en postcure. 4 usagers ont fait un sevrage ambulatoire dans le Bus et 1 personne a été orientée vers le centre du Vésinet pour un suivi de grossesse.
- Les CSST concernés en 1999 par les relais :

### CSST « relais »

Nom du centre	Nombre de patients
Aciat Gennevilliers	1
DUNE Pontoise	1
ECIMUD Bichat Paris	1
<b>Émergence Paris</b>	<b>6</b>
Horizons Paris	2
La Terrasse Paris	6
Monte Cristo Paris	1
Moreau de Tours Paris	1
Moulin Joly Paris	1
<b>Espace Murger Paris</b>	<b>7</b>
Nova Dona Paris	3
<b>Centre Parmentier Paris</b>	<b>26</b>
Paul Éluard Bobigny	4
Pierre Nicole Paris	1
Rivage Sarcelles	1
SDPST Villemomble	1
<b>La Mozaïque Montreuil</b>	<b>7</b>
Centres en province et étranger	3

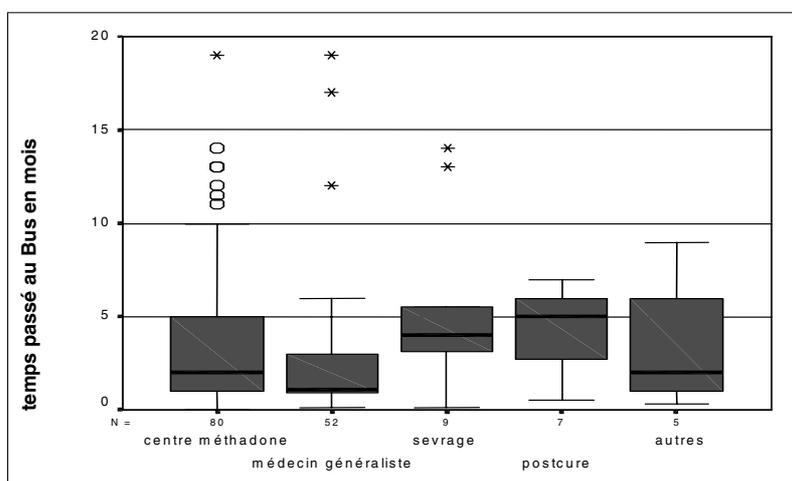
Les orientations vers les CSST ont été facilitées par la présence de professionnels-relais communs : le Dr Ziskind au CSST la Mozaïque à Montreuil et le Dr Dagha à l'Espace Murger de l'hôpital Fernand Widal. Le centre Parmentier de MDM est notre partenaire privilégié compte tenu du projet thérapeutique commun. Ces réseaux professionnels sont particulièrement adaptés aux patients orientés et ce, grâce au lien construit en amont.

D'autres centres qui ont eu des difficultés avec certains de leurs patients (rechute active dans la toxicomanie, troubles du comportement, *deal* intra-institutionnel) nous les ont adressés pour un temps de rupture thérapeutique.

Certains centres saturés ou n'ayant pas de place disponible au moment de la demande où l'indication d'une substitution est posée nous les confient le temps de dégager une place.

- Le graphique ci-après montre la distribution du temps passé au programme en fonction des orientations. On peut noter que les usagers orientés vers un sevrage ou une postcure restent plus longtemps au Bus, médiane 4 et 5 mois, le temps qu'émerge la demande et que le sevrage puisse se réaliser. Les usagers dont le temps est le plus court, médiane un mois, sont ceux orientés vers un médecin généraliste, ces usagers sont mieux insérés et travaillent le plus souvent ou retrouvent du travail rapidement. Certains restent très peu de temps car ils sont adressés par leur médecin qui leur prescrivait antérieurement du Subutex® qu'ils injectaient. Le relais méthadone peut être réalisé rapidement.

**Distribution du temps passé au programme en fonction des orientations**



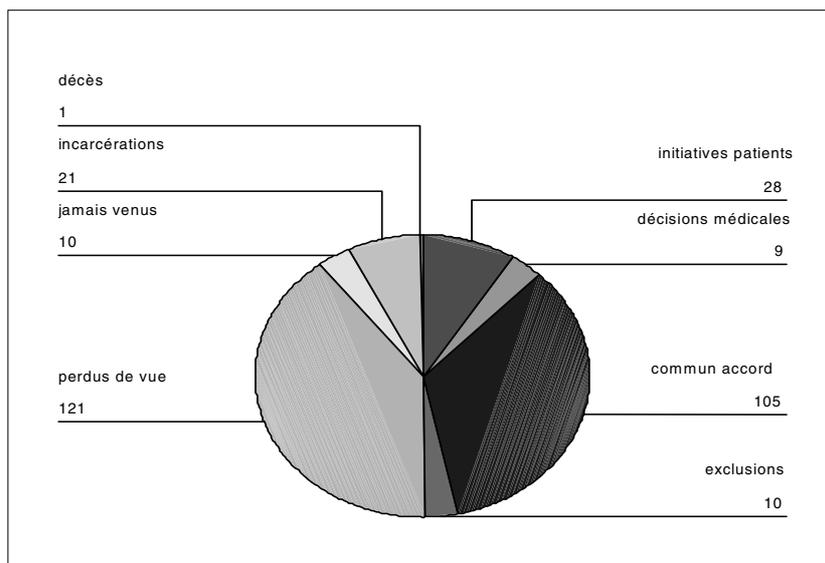
- Les doses de méthadone ont été individualisées à partir de février 1999, le dosage maximum étant de 80 mg. La distribution des doses lors de la sortie montre que 50 % des patients adressés aux CSST ou chez les médecins généralistes ont un dosage supérieur à 40 mg (dont 25 % à 50 mg). Les patients orientés vers un sevrage reçoivent des doses comprises entre 10 et 60 mg.

En juillet 1999, nous avons mis en place un système de recueil de données sous la forme d'un autoquestionnaire proposé à tous les usagers orientés vers d'autres structures au moment de leur sortie. Sur 34 personnes ayant répondu, 38 % ont un logement personnel et autofinancé, 18 % sont hébergés dans leur famille, 15 % vivent à l'hôtel, 12 % sont SDF, 9 % vivent chez un ami et 6 % vivent en institution. 35 % ont un travail dont un non déclaré. 12 % n'ont toujours pas de couverture sociale du fait de leur statut administratif. 38 % déclarent avoir consommé de l'héroïne et 23 % de la cocaïne au cours du dernier mois. 74 % déclarent avoir arrêté l'injection et 26 % disent avoir injecté de 1 à 4 fois par jour. Ce recueil de données va se poursuivre au cours de l'année prochaine de manière plus systématique et pourra faire l'objet d'une évaluation plus complète.

Par ailleurs, nous avons recueilli des données pour 159 personnes sur 302 sorties concernant la récupération des droits sociaux. À leur sortie 20 % ont récupéré une couverture sociale et 32 % un accès aux droits communs (RMI, Assedic, CAF), 14 % ont été hébergés par Médecins du Monde et 20 % ont bénéficié d'un hébergement relais.

■ Parmi les autres motifs de sortie nous pouvons signaler 21 incarcérations avec poursuite du traitement à la maison d'arrêt, 1 décès survenu par surdose de benzodiazépines alors que le patient ne venait plus au Bus depuis 15 jours, 10 patients jamais venus après leur entretien d'inclusion. Les patients exclus pour rupture du contrat (violences, *deal* sur le Bus) ont été orientés vers d'autres centres afin de ne pas interrompre la prescription. Trois usagers ont été exclus car ils étaient déjà inscrits dans un programme méthadone sur Paris. Pour ces patients, qui ne venaient au Bus que très occasionnellement, la motivation de la double prescription relevait plus du « dépannage » lorsqu'ils rataient leur rendez-vous dans leur centre de référence.

#### Motifs de sortie

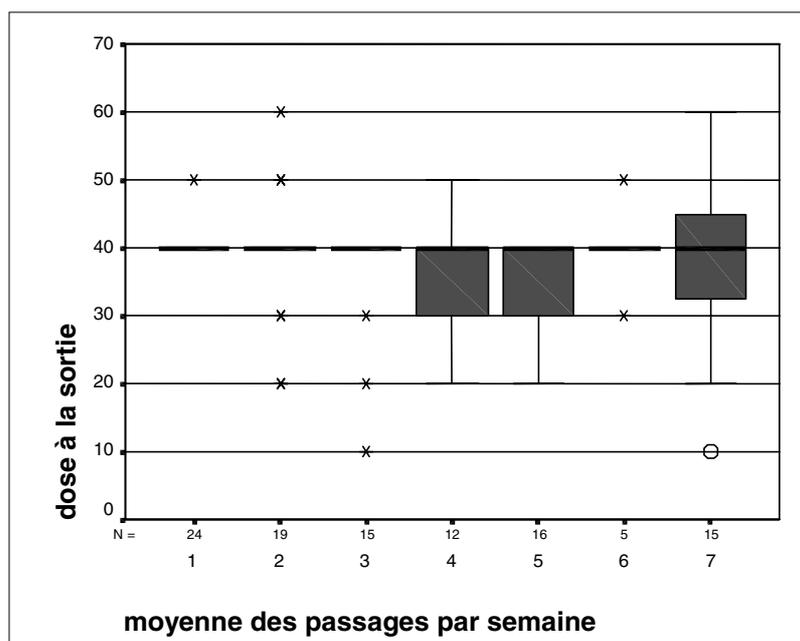


#### LES USAGERS PERDUS DE VUE

Cent vingt et une personnes ont été considérées comme perdues de vue, au terme de deux mois d'absence au cours de l'année 1999 contre 94 en 1998. Parmi elles, 30 personnes ont été réincluses au cours de l'année soit un taux de « déperdition » de 27 %, identique à celui de 1998. En 1998 nous avons fait une étude du profil de ce sous-groupe d'usagers. Il ressortait que ces derniers présentaient les critères les plus défavorables en terme d'insertion sociale et d'entourage. Sur le plan des consommations, les sulfates de morphine et le crack étaient prédominants. En 1999, ce groupe différait du reste de la population par un taux plus important de SDF, 22 % et par le pourcentage très important d'usagers déclarant acheter des produits de substitution au marché clandestin, 73 %. Concernant le produit principalement consommé on retrouve toujours un peu plus de sulfate de morphine, 15 % ; de méthadone, 10 %. Les autres indicateurs comme la nationalité, la couverture sociale, le passé carcéral ne sont pas différents. Ces usagers quittent le Bus après un temps moyen de fréquentation de deux mois et demi et une fréquence moyenne de passage par semaine de 3,5 passages.

Le graphique page suivante montre la distribution des doses à la sortie dans ce groupe en fonction de la fréquence des passages par semaine. À partir de 4 passages réguliers par semaine on observe une individualisation des doses avec une nette tendance à la diminution. 50 % des usagers recevant des doses comprises entre 20 et 40 mg. Suite à la réinclusion de certains de ces usagers, nous avançons comme hypothèse qu'une partie utilise le Bus avec l'objectif de faire un sevrage dégressif à la méthadone et disparaît ensuite.

### Distribution de doses à la sortie



### LES USAGERS RÉINCLUS

- 54 usagers ont été réinclus au cours de l'année 1999, dont 30 étaient perdus de vue depuis au moins deux mois (cf. paragraphe précédent). Certains ont été réinclus suite à une rupture avec le centre ou le médecin généraliste vers lequel ils avaient été orientés. D'autres sont revenus après un sevrage institutionnel et un temps d'abstinence variable. D'autres encore après une incarcération.
- 56 % d'entre eux, soit 28 personnes, déclarent avoir été suivis sur le plan de leur toxicomanie depuis leur passage au Bus, 10 au cours de leur incarcération, essentiellement par le SMPR de Fleury-Mérogis, 7 par un médecin généraliste, 6 par un CSST, 1 en postcure, 1 à l'ECIMUD Bichat, 3 par un CSST.
- Sur les 54 personnes, 16 ont été incarcérées depuis leur sortie du Bus, 9 ont fait un sevrage institutionnel, 5 ont fait un événement psychiatrique. 25 personnes déclarent acheter des produits de substitution au marché clandestin.
- La première inclusion au Bus méthadone correspondant souvent à une première demande de soins, et certains usagers utilisant le Bus pour réaliser un sevrage rapide et dégressif à la méthadone, il est peu surprenant que le nombre des deuxième demandes soit élevé. La réinclusion se fait toujours au lieu fixe et comporte un entretien avec un médecin ainsi qu'une analyse urinaire minute.

### CLINIQUE

#### La prise en charge somatique

Au cours de l'entretien d'inclusion, une première évaluation de l'état de santé des usagers est posée : antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques et obstétricaux, statuts sérologiques concernant le VIH et les hépatites, l'état vaccinal. Compte tenu de la précarité des usagers reçus dans le programme, les antécédents ne sont pas toujours très clairs, les suivis de pathologies chroniques sont erratiques, le premier entretien permet de « débrouiller » la situation. Lorsqu'un problème de santé est à approfondir, l'orientation se fait le plus souvent vers la consultation de médecine générale de Marmottan où exercent le Dr Avril et le Dr Lhomme ou encore vers l'hôpital Fernand Widal où travaillent le Dr Hivert et le Dr Dagha. La présence d'un professionnel commun a permis de recevoir 44 usagers à Marmottan et de débiter un processus de soin, cette consultation étant anonyme et gratuite : diagnostic d'infection tuberculeuse, découverte de VIH (2 personnes dans l'année 1999 dont une hospitalisée à l'hôpital Broussais pour une pneumocystose), bilan d'une anémie sévère, hospitalisation à l'hôpital Saint-Louis pour une pathologie tropicale sévère, découvertes d'hépatite C avec bilan et prise en charge, soins d'abcès, soins dermatologiques (gale, mycoses, poux de corps). Plusieurs tests de grossesses ont été réalisés avec un suivi de grossesse et des demandes d'IVG.

Ces orientations ont pu se faire dès l'inclusion des patients, mais le plus souvent c'est à l'occasion des passages quotidiens au Bus que se tisse le lien avec le médecin et les infirmiers(ères) et que les demandes sont exprimées. L'équipe infirmière du Bus a là un rôle important dans l'écoute et l'observation quotidienne des usagers et peut les alerter et les informer quand survient un événement médical. L'incitation à consulter peut parfois durer quelques semaines avant que l'utilisateur ne se décide et un accompagnement peut s'avérer nécessaire. Cette population, qui n'a qu'un faible recours aux soins (à l'inclusion 70 % des usagers déclarent ne pas avoir consulté dans les 6 mois précédents), peut profiter de ce contact avec l'équipe du Bus pour faire le point sur son état de santé. L'accompagnement physique et psychologique dans la réalisation d'une sérologie VIH, par exemple, peut être primordial tant l'angoisse du résultat est grande. Certains usagers expriment leurs inquiétudes à ce sujet lors de leurs passages au Bus et l'équipe doit travailler cette demande et inciter progressivement les personnes à se faire dépister.

Les entretiens de suivi au lieu fixe permettent de recevoir les usagers qui le désirent pour faire le point sur leur situation. À l'inclusion, le dosage est en général de 40 mg, il est parfois nécessaire d'adapter la dose et d'évaluer les consommations de benzodiazépines de cocaïne et d'alcool associés, de préciser une demande de sevrage ou de départ en postcure. L'émergence de troubles psychologiques ou de pathologies psychiatriques lourdes amènent à la mise en route de traitement par les psychiatres de l'équipe avec réévaluation hebdomadaire. Ces entretiens permettent également de reprendre avec les usagers leurs préoccupations de santé.

Les demandes de soins dentaires sont fréquentes et difficiles à mener faute de couverture sociale. Nous travaillons le plus souvent avec le Bus dentaire qui reçoit les patients adressés avec un courrier et avec le centre de soins de la mission France de MDM où l'accompagnement est facilité par la proximité géographique.

## **La clinique psychiatrique**

Dr Ahmed DAGHA

*PES et Bus Méthadone – MDM/Paris*

### **INTRODUCTION**

« Diable ! Dans quelle galère s'est mise la psychiatrie en étant présente sur les lieux culturels des usagers de drogues totalement marginalisés. Usagers dont la demande, faite dans l'urgence et dirigée de manière chaotique vers toute écoute bienveillante, n'est que la partie visible de l'iceberg. Une demande qui s'éprouve en cherchant à trouver la bonne adresse. Quel rôle peut donc tenir la psychiatrie dans une structure bas seuil où l'objectif principal est la réduction des risques sanitaires et sociaux ? »

Cet objectif de santé publique pourrait amener à sacrifier le singulier au profit du collectif moins coûteux, pourtant la réduction des risques ne saurait souffrir l'exclusion du psychique. C'est dans cet esprit que l'équipe du Bus méthadone, consciente qu'un usager de drogues, d'autant plus s'il souffre de troubles psychiatriques, ne peut prendre soin de son corps ni utiliser les objets sociaux que s'il est aidé afin de se réapproprier son mental et développer des moyens de protection adaptés à toute situation déstabilisante.

La psychiatrie, interpellée par la santé publique, s'est engagée dans le but de mener une action de première ligne en complémentarité avec les autres disciplines. Au niveau du Bus, elle a décidé dans un premier temps, comme le dit Jean AYME, d'avoir la même montre que l'utilisateur de drogue pour provoquer l'opportunité de la rencontre et s'articuler directement avec le somatique et le social.

### **CADRE DE LA CONSULTATION**

L'accueil sans contraintes, la présence volontairement « banalisée » de la psychiatrie devenant plus proche et facilement accessible ont contribué à transformer de manière significative les représentations de ladite discipline chez les usagers de drogues que certains continuent à qualifier de coercitive, privative de liberté, « preneuse de tête ». Cette nouvelle image a permis l'émergence d'une demande spontanée d'entretiens adressée directement au psychiatre. Grâce à la compétence acquise sur le PES depuis une dizaine d'années, les autres membres de l'équipe, tous statuts confondus, perçoivent toute souffrance psychique, la « portent », conduisent la demande vers un début d'initiation à des soins psychiques. La qualité du lien et l'intérêt porté aux usagers nous ont facilité la réalisation de plusieurs entretiens dits « d'accompagnement » à différentes étapes de la trajectoire depuis l'inclusion, l'individualisation des doses, jusqu'à l'orientation vers des CSST et médecins de ville relais. Les usagers de drogues nous ont, par ailleurs, sollicités lors d'événements intercurrents : accident d'exposition au VIH, décès d'un membre de la famille ou d'une personne proche, de sorties de garde à vue, de détention et d'incarcérations. Les différentes rencontres nous ont fait adopter une attitude intermédiaire de soins :

- ni l'expectative rigide : c'est-à-dire attendre derrière un bureau, obliger au respect et à la prise de rendez-vous, exiger la mise en place d'un cadre thérapeutique classique et ne reconnaître que les demandes authentiques adressées sans ambiguïté à un professionnel de la santé mentale.

- ni l'interventionnisme, avec le risque majeur d'inhiber la moindre ébauche de demande. Demande le plus souvent abolie par les sentiments de honte, de culpabilité associée à la sensation d'être devenus des « déchets » bref... de ne plus appartenir à la communauté humaine. Cet état généré par un long passé d'errance, d'actes de délinquance, de prostitution, d'alcoolisme, de complications du sida... est aussi générateur d'une souffrance psychique si forte qu'elle ne parvient plus à se dire et dont il faut respecter l'expression digne des usagers de drogues qui la portent.

#### **LA PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE RENCONTRÉE.**

Nous posons seulement des hypothèses diagnostiques, dont certaines ont été confirmées lors d'hospitalisations. Ces dernières sont réalisées le plus souvent avec le consentement du patient, négociées lors d'un sevrage partiel (benzodiazépines, crack, alcool) ou lors d'émergence de troubles psychopathologiques très lourds.

Pour une grande partie, elles se sont déroulées sans aucune complication dans le service de psychiatrie du Pr J-P. LEPINE à l'Hôpital Fernand WIDAL, via l'Espace MURGER et à l'hôpital Marmottan pour les sevrages non sélectifs.

Plusieurs « catégories diagnostiques » se dégagent :

- Les « sociopathes » ou les « psychopathes », tels que les qualifient la psychiatrie classique, diagnostic autorisant leur rejet de la plupart des institutions.

Leur nombre significativement élevé est expliqué par une plus grande tolérance de l'équipe du Bus vis-à-vis des troubles du comportement. L'appivoisement, la qualité du lien, la reconnaissance des services rendus par le Bus méthadone, ont largement contribué à améliorer les relations et à faciliter les négociations lors des crises clastiques.

- Le deuxième groupe constitué par des usagers de drogues qui déclarent à l'inclusion des antécédents de suivi au niveau des CMP, secondairement des hospitalisations dans les CHS décidées sans leur consentement lors des phases de décompensation. Il s'agit d'usagers de drogues souffrant de psychoses qui ont changé de statut (rechute avec toxicomanie active par la voie IV, abus de produits de substitution achetés au marché clandestin) et de destination : la rue, l'errance avec toutes ses conséquences sanitaires et sociales aggravées par leur trop grande vulnérabilité. Les professionnels de la santé mentale, en l'occurrence les psychiatres des CMP, ont privilégié le diagnostic de psychose avec sevrage des opiacés, occultant la toxicomanie associée et sa prise en charge. On peut espérer que ce type de situation changera et qu'à l'avenir, dans la palette des soins, au niveau des CMP, la substitution trouvera légitimement sa place. Il serait dommage que des efforts de sensibilisation aux soins psychiques fournis en amont ne puissent pas se prolonger par défaut de la substitution.

- Les PSA : *pure substance abusers* sans trouble psychopathologique, socialement bien insérés, stables dans leur vie affective et professionnelle, orientés par un médecin de famille pour une primo-prescription.

- Les étrangers usagers de drogues, jeunes, confrontés à des problèmes d'acculturation, de clandestinité sont exposés à une exclusion sociale et psychique pouvant parfois conduire à une mise en danger extrême.

- Un groupe, constitué par les jeunes de 18-25 ans, a retenu notre attention et nous a obligé à multiplier les efforts pour répondre à leurs besoins. Si l'âge légal de la majorité est fixé à 18 ans, ils restent cependant organisés psychiquement comme des adolescents. Leur carrière courte dans la toxicomanie, le mode d'entrée par l'usage de produits de substitution injectés associés à des psychotropes nous interpellent. Ils vont mal mais sont les moins enclins à demander de l'aide. Ils fréquentent très peu les dispositifs de soins, mais ont fréquemment recours aux urgences après des passages à l'acte le plus souvent précédés par des manifestations psychopathologiques souvent méconnues. Certains viennent des banlieues. D'autres ont effectué un véritable *exode* venant du nord de la France, particulièrement de Lille et de ses environs. Sans attaches, ils errent dans les différentes gares de la capitale où ils s'adonnent quelquefois à la prostitution, absorbent toute substance dans un but de se *néantiser*. Cette population *cachée* difficile à atteindre nous interroge sur les moyens à mettre en place pour la rencontrer et proposer des réponses pour pallier le manque de structures adaptées à leur âge. Quelles que soient les causes de ces situations, la psychiatrie de proximité peut contribuer à leur donner des réponses adéquates en termes de soins.

#### **CONCLUSION**

L'accès aux soins psychiques dans le Bus est une réalité. Il n'exige aucune prise de rendez-vous. Il offre la possibilité à l'usager de drogues de rencontrer à la carte tout professionnel de l'équipe du Bus (chauffeurs-accueillants, infirmiers, médecins somaticiens, travailleurs socio-éducatifs).

Cette modalité d'accès aux soins doit, dès le départ, se différencier clairement de la poursuite des soins. Pour cela, le psychiatre se doit d'avoir une démarche évaluatrice limitée dans le temps, son outil préférentiel est la liaison. Il anticipera avec l'adhésion de l'usager de drogues sur un suivi à long terme qui se déroulera ailleurs, en s'articulant avec ses collègues exerçant dans les autres structures spécialisées (CSST, CMP). Il est lui-même une auto adresse de par son exercice dans un CSST en aval.

Le passage est possible à la condition que les institutions relais acceptent de modifier leur niveau d'exigence. Ceci afin d'éviter l'installation d'un lien trop fort qui risquerait d'induire une autre forme de dépendance et de maintenir les usagers de drogues dans le Bus.

Il n'est pas inutile de le rappeler, l'objectif principal de la réduction des dommages en général, et du Bus méthadone en particulier, est l'accès aux soins, la réintégration des usagers de drogues dans le système de soins publics, afin de les aider à récupérer sinon à acquérir les objets sociaux ou à défaut mettre en place une allocation d'adulte handicapé comme outil de réadaptation.

Enfin, pour terminer, nous citerons Pierre BABIN, psychanalyste : « L'accès aux soins serait incomplet s'il ne passait pas par la possibilité de dire ; par l'accès au dire, seule levée possible de la honte. »

Honte qui continue encore à tenailler les usagers de drogues autant que la faim et le manque.

## **Les spécificités du travail infirmier**

Les soins infirmiers doivent s'adapter aux caractéristiques d'une population marquée, dans une proportion importante, par des modes de vie marginaux et précaires qui induisent notamment :

- une fragilité de la demande de soins, voire une abolition de la demande par les conditions extrêmes d'exclusion engendrant un fort sentiment de honte. Sentiment qui entrave l'accès à la parole ;
- une méfiance à l'égard du monde médical classique ;
- une difficulté d'adaptation aux règles des institutions de soins (rendez-vous, etc.).

La comorbidité psychiatrique peut dans certains cas majorer les difficultés d'accès aux soins. L'expérience de ces prises en charge montre l'importance d'un « apprivoisement » progressif de l'utilisateur et de l'ancrage dans une relation personnalisée. Dans leur rôle d'accueil et d'orientation ou dans le cadre de la dispensation des traitements de substitution sur le Bus, les infirmiers assurent une présence de proximité particulièrement importante dans l'écoute « évaluative » des besoins des patients et pour la stabilisation de ces derniers.

La prise en charge de la dépendance peut devenir l'occasion de laisser émerger une demande de soins pour différents problèmes de santé jusque-là négligés. L'infirmier(ère) est alors à même d'effectuer un recueil d'informations pour identifier les différents besoins en matière de santé ainsi que les difficultés d'accès aux soins.

La réponse infirmière peut prendre deux formes :

- après avis médical, prise en charge sur place de « petits soins » ;
- dans la plupart des cas, orientation vers une structure médicale plus adaptée.

Pour un certain nombre de patients on constate un taux d'échec important de ces orientations pour des raisons diverses : situations administratives et sociales bloquées, rendez-vous manqués, refus d'attendre, conflits et incompréhension avec les personnels soignants. Pour ces personnes se pose la question de l'accompagnement et du réseau d'orientation personnalisé. Dans ce contexte, le Bus est à même de jouer un rôle pivot dans une meilleure intégration des usagers de drogues dans le système de soins et les infirmiers(ères) apportent une contribution importante dans la préparation et l'organisation des accompagnements et des relais.

## **Le travail social**

### **INTRODUCTION**

1999, deuxième année du programme Bus méthadone, nous a permis de poursuivre nos réflexions et d'affiner notre perception de la problématique liée à la réduction des risques et des dommages, essentiellement vers les toxicomanes les plus précarisés. Nous constatons que l'accès aux centres spécialisés de soins en toxicomanie reste difficile pour les personnes très marginalisées ou souffrant de pathologies psychiatriques associées.

Une permanence sociale hebdomadaire est assurée sur le Bus, mais le suivi social régulier se fait au lieu fixe sous une forme proche du rendez-vous. Afin d'amorcer le lien avec cette population nous travaillons en binôme (médecin, psychiatre, assistant social, juriste, médecin généraliste, infirmiers), ce qui permet une prise en charge plus globale et un suivi régulier pour chacun de nos patients.

La plupart des usagers au moment du premier entretien ont une demande faite dans l'urgence (hébergement, aide financière, etc.). L'évaluation plus approfondie fait émerger des priorités parmi les problèmes sociaux et juridiques de chaque usager et permet une hiérarchisation des démarches proposées. La régularité de l'action menée par l'équipe du Bus rend possible le maintien d'un lien privilégié avec cette population marginalisée. Le travail médico-social permet d'élaborer avec l'utilisateur un projet à court ou moyen terme et une prise en charge de pathologies annexes.

Au cours de l'année, le travail social a représenté 900 entretiens. À l'issue du premier entretien, l'utilisateur peut être orienté vers la consultation juridique et éventuellement ne sera pas revu par l'assistant social. Parmi les usagers reçus en 1999, 77 personnes ont bénéficié d'un suivi social régulier. Les données rapportées dans la suite du texte concernent ces 77 usagers. Les autres usagers n'ont pas désiré un suivi régulier et ont bénéficié d'un ou de plusieurs entretiens suivis ou non d'une aide ponctuelle.

**TYPLOGIE DES 77 USAGERS À LA PREMIÈRE CONSULTATION SOCIALE**

Les 77 usagers représentent 54 hommes et 23 femmes.

- État civil des 77 usagers

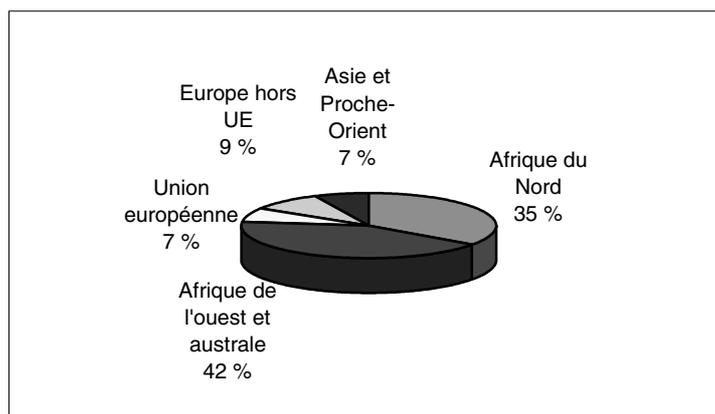
**État civil**

Effectif	Célibataires	Mariés	Divorcés	Concubins
En nombre	39	3	10	25
%	51 %	4 %	13 %	32 %

- Lieu de provenance : les 77 personnes reçues vivent principalement à Paris (60 %) et en banlieue parisienne (30 %). 6 usagers (8 %) viennent de province et 2 personnes sont domiciliées hors de France.

- Sur les 77 personnes reçues, 34 sont ressortissants français et 43 sont de nationalité étrangère (Fig. I). 42 % des étrangers sont originaires du continent africain. La plupart d'entre eux présentent de grandes difficultés sociales avec de gros problèmes d'errance. Les problèmes administratifs (titre de séjour) et juridiques sont prégnants dans ce groupe.

**Nationalité des usagers étrangers**



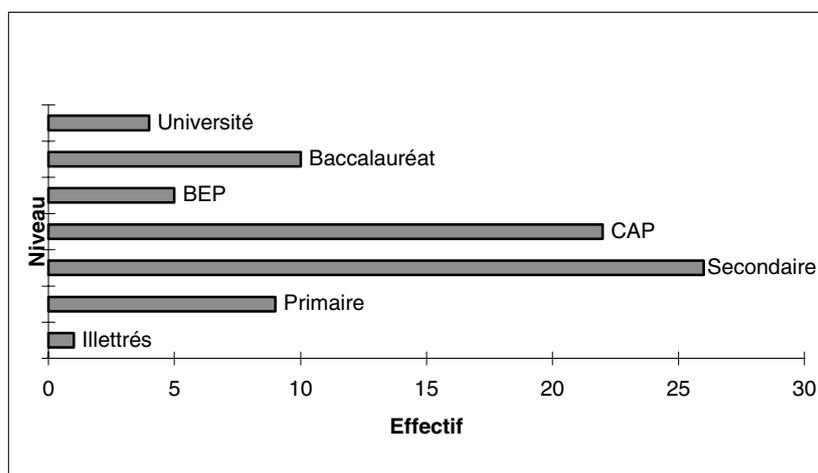
- Pièces d'identité

**Situation des 43 étrangers**

Situation	Effectifs	%
Carte de résident	6	14
Passeport	11	26
Réfugiés politiques avec récépissé	4	9
En attente de régularisation	10	23
Carte de séjour non renouvelée	2	5
Sans papiers avec interdiction de territoire	10	23

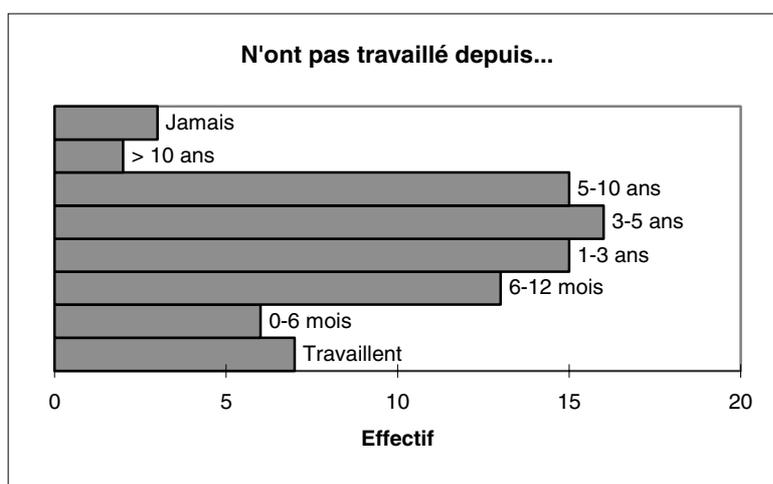
- Le niveau d'étude des usagers reçus en 1999 reste très hétérogène : de l'illettrisme à une formation supérieure. Cependant, la plupart ont arrêté au niveau secondaire ou au CAP.

**Niveau d'étude des usagers**



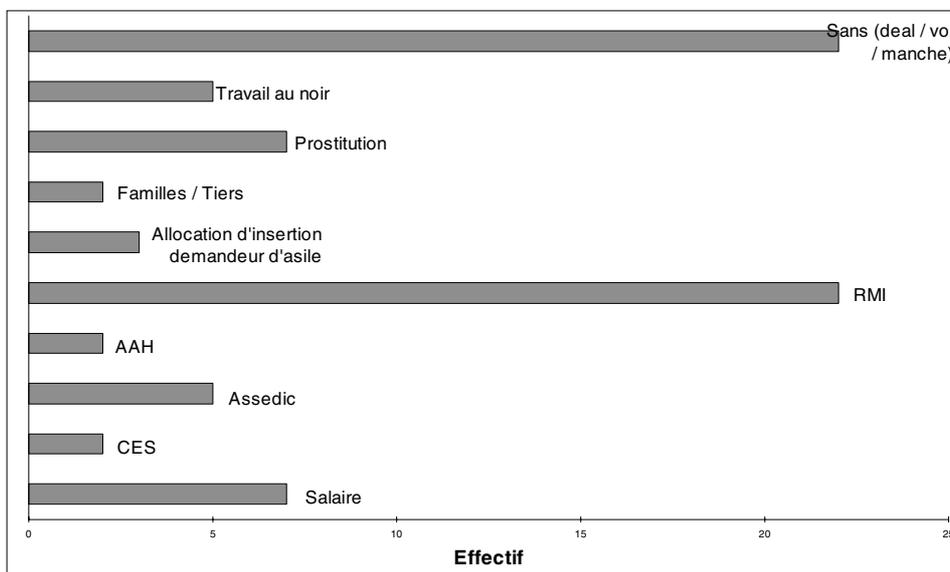
- On note que la majorité des personnes suivies est sans travail, seuls 12 % d'entre eux ont un emploi stable et 6 % exercent une activité occasionnelle.

**Activité professionnelle antérieure**



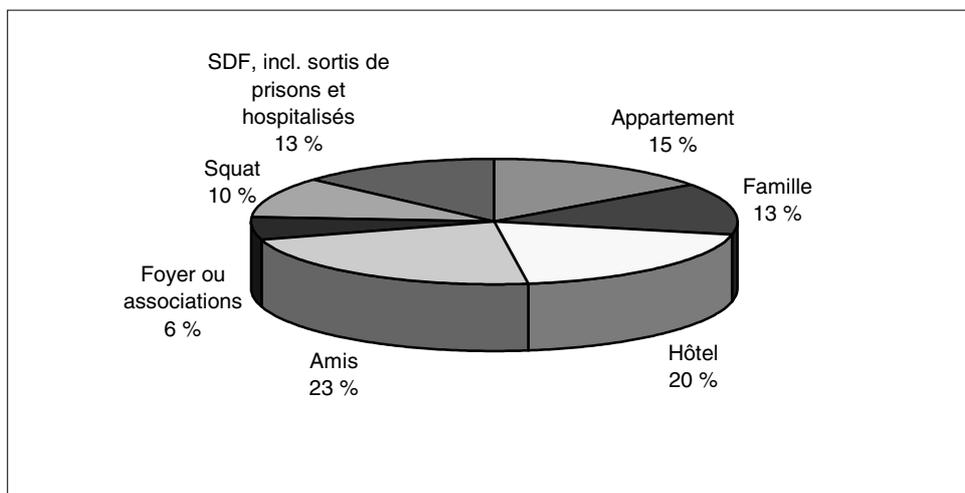
- Un tiers des personnes vit du RMI et deux tiers déclarent n'avoir aucune ressource officielle. C'est pourquoi le recours à une activité illicite (manche, *deal*, vol, prostitution) est souvent un passage obligé pour assurer leur survie quotidienne et leur consommation de produits, augmentant par là même leur vulnérabilité et leur marginalisation sociale.

### Sources de revenu



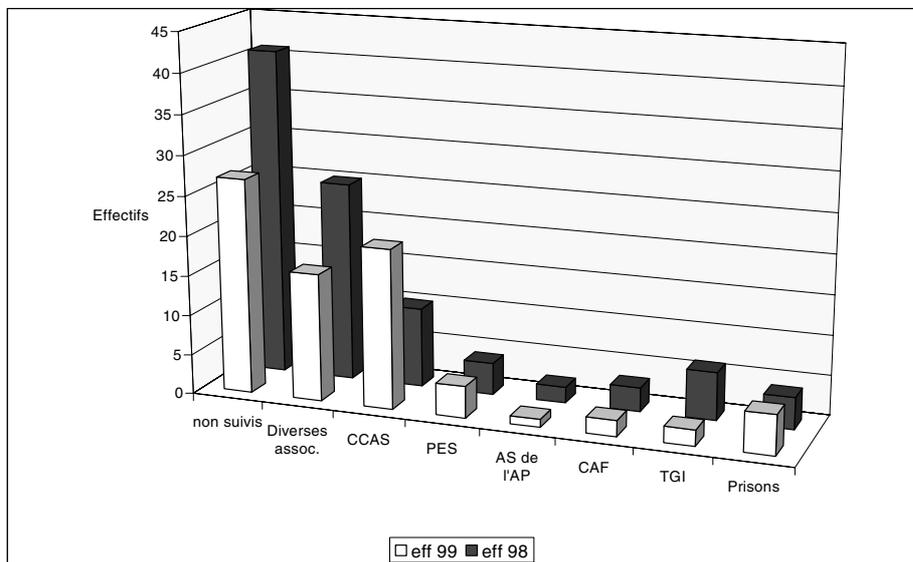
- La question de l'hébergement est également révélatrice du degré de précarisation des usagers suivis. Ainsi, plus de la moitié des personnes interrogées n'ont pas d'hébergement stable, qu'elles logent chez un ami, à l'hôtel, en foyer, dans un squat ou qu'elles soient dans la rue. Une minorité des usagers affirme avoir un logement personnel qui leur assure une certaine stabilité dans son rythme de vie. D'autres (13 %) habitent chez leurs parents, même si les relations avec la famille sont parfois si tendues qu'elles rendent difficile leur présence au sein du foyer.

### Hébergement



- Les usagers suivis pendant ces deux années sont pour la plupart sans papiers, sans domicile fixe, naviguant entre foyers d'hébergement d'urgence, hôtels, cages d'escalier. Pour ces personnes, la mise en place d'un suivi régulier de la part d'un service social est très problématique compte tenu de leur mode de vie (voir tableau comparatif des effectifs 98-99).

**Du suivi social existant à la prise en charge de l'usage**



\*CCAS = Centre communal d'action sociale

\*PES = Programme d'échange de seringues

\*AP = Assistance publique

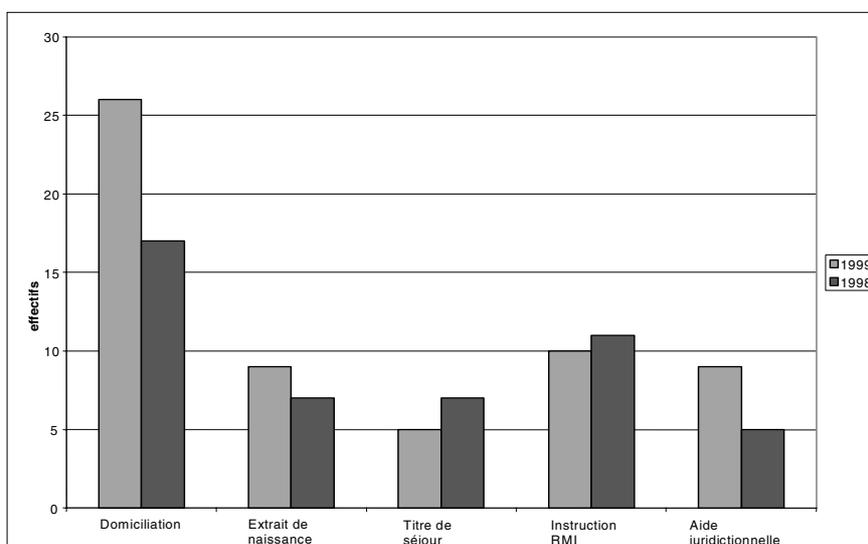
\*TGI = Tribunal de grande instance

**TYPE DE TRAVAIL SOCIAL ENTRE 1998 ET 1999**

Répartition des actions menées au Bus méthadone :

Obtention de droits et titres administratifs

**Demande des droits et titres administratifs**

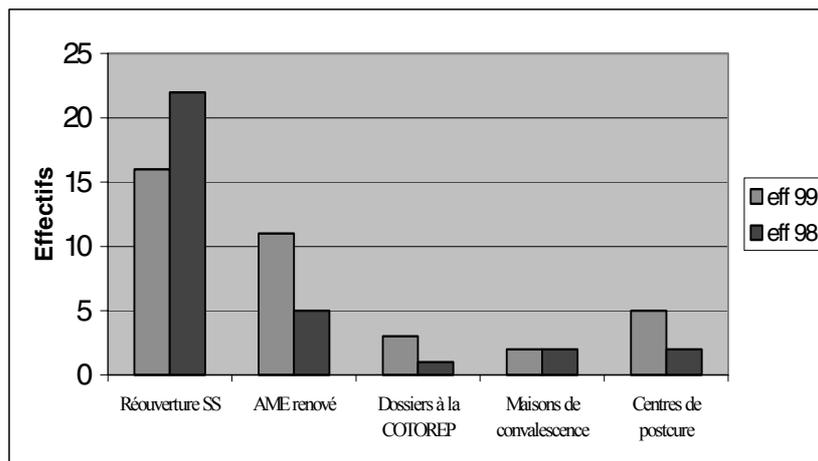


En ce qui concerne l'ouverture des droits sociaux en 1999, les organismes les plus souvent sollicités sont l'ASSAF pour la domiciliation, la préfecture pour une éventuelle régularisation de papiers, les CCAS (Centre communal d'action sociale) de Paris et d'Ile de France et le tribunal de grande instance pour les demandes d'aides juridictionnelles.

#### Démarches de type médico-social

La grande majorité des 77 personnes suivies n'a pas de couverture sociale à l'admission, cette proportion est plus élevée qu'en 1998. On peut supposer aussi qu'en 1999 les usagers ont fait plus de demandes pour obtenir une couverture sociale. Pour ceux qui n'ont pas de droit à la sécurité sociale, une demande d'aide médicale État est entreprise.

#### Démarche de type social



Les prestations sociales directes les plus importantes, effectuées au cours de l'année, représentent en nombre (sur 77 personnes suivies) :

- Hébergement à l'hôtel (2 à 30 nuits en moyenne)

- La plus forte demande concernait un hébergement de 9 ou de 14 jours. Dans 50 % des cas un hébergement inférieur à 7 nuits a été suffisant, exceptés pour les jeunes couples avec enfants dont la moyenne était entre 14 et 20 nuits d'hôtel (dû à la difficulté pour trouver un relais adéquat).

- Domiciliations

Sur 77 usagers : 26 ont pu récupérer des attestations de domicile à usage administratif ou pour l'élection de domicile en ce qui concerne l'aide médicale État.

- Réouverture des droits à la sécurité sociale

19 personnes ont récupéré des droits à la sécurité sociale et 11 usagers ont pu bénéficier de l'Aide médicale renouvelée.

- Régularisation administrative

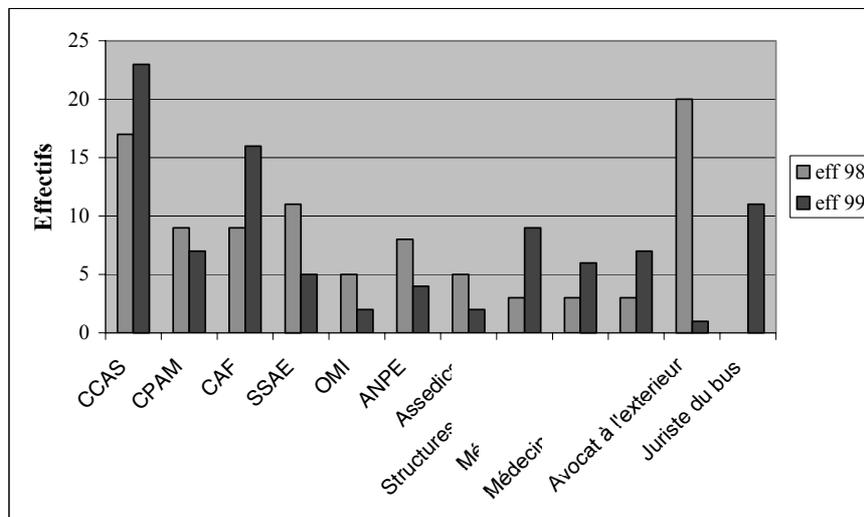
En terme de régularisation de papiers, le paiement des timbres-poste et des timbres fiscaux représente la première aide (32 usagers), suivi de la constitution d'une carte d'identité (9 usagers), des cartes de séjour (5 usagers), des demandes d'extrait de naissance (2 usagers) et du passeport (2 usagers). Ces prestations étant toujours indispensables pour la récupération des droits communs.

- Les aides financières

Les aides financières prises sur le budget social du Bus sont également un outil de règlement de problèmes variés : carte de téléphone (3 usagers), titres de transport (4 usagers) et papiers, timbres fiscaux (6 usagers).

## Contacts institutionnels et relais professionnels

### Relais professionnels



Le suivi régulier des 77 personnes implique la recherche d'une orientation adaptée à chaque usager selon la demande et les besoins.

CCAS = Centre communal d'action sociale

SSAE = Service social d'aide aux émigrants

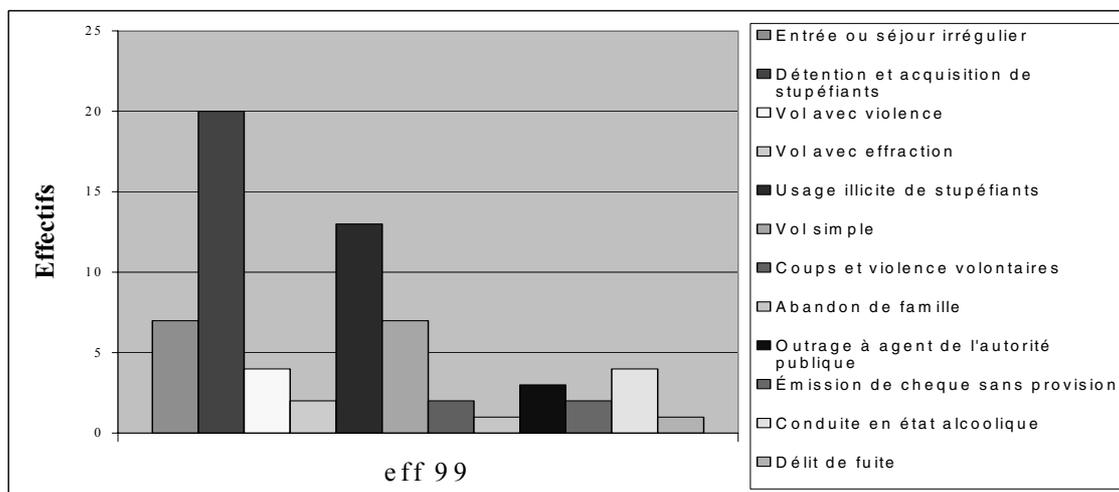
OMI = Office des migrations internationales

### Aides socio-juridiques au Bus

Cette année, une consultation juridique a été mise en place afin de mieux répondre aux problèmes des usagers. Les objectifs sont non seulement d'accueillir – évaluer – informer de leurs droits les usagers faisant l'objet de mesures judiciaires mais également de tenter de limiter le nombre d'incarcérations par la mise en place d'une aide juridictionnelle et d'un accompagnement physique des usagers dans leurs démarches et leurs rendez-vous.

À ce titre nous avons classifié l'ensemble des délits les plus fréquents et les peines prononcées :

### Délits les plus fréquents



### Typologie des sanctions prononcées

Sanctions prononcées	Effectif 1999 soit 77 usagers
Gardes à vue	5
Emprisonnement ferme	2
Emprisonnement avec sursis	2
Amende	2
Peine de substitution (dont ITF 10 ans)	10
Peine de substitution (dont ITF définitif)	4
Mesure éducative	7
Dispense de peine	0
Double peine	9

**ITF** = Interdiction du territoire français

**Double peine** = incarcération suivie de l'expulsion à la fin de la peine

#### PERSPECTIVES

Depuis janvier 1998, la pratique a montré que de plus en plus d'usagers rencontrés sont confrontés à des problèmes d'ordre non seulement social et familial (enfants faisant l'objet d'une mesure judiciaire), mais surtout et en grande partie d'ordre administratif : impossibilité de régularisation sur le territoire français.

Le lien privilégié construit sur une confiance réciproque entre les usagers et l'équipe du Bus a permis à certains usagers d'accéder à une information sur leurs droits et à une première aide sociale dont l'objectif principal est double : réduire le risque de récidive et éviter la prononciation de sanction d'emprisonnement au profit de mesures socio-éducatives.

Oscar ARBELAEZ GALEANO

Assistant social

#### Le travail juridique

Période du 30 juin 1999 au 31 décembre 1999

Julie VALLAT, juriste au Bus méthadone, au PES et au CSST de Médecins du Monde

#### PRÉSENTATION

La consultation juridique a 6 mois d'existence : elle a débuté le 30 juin 1999 à l'initiative conjointe de l'association Droit d'Urgence et de l'équipe de Médecins du Monde. Le financement de ce projet est assuré pour partie par la Mairie de Paris (20 %) et pour partie par l'état (80 %).

C'est une expérience novatrice, tant sur le plan de la *régularité* que sur celui de la *proximité* de ces permanences juridiques.

D'une part, c'est la première fois qu'un appui juridique régulier est assuré par la même personne, de façon hebdomadaire, auprès de la population du Bus méthadone. Cette régularité apparaît capitale pour le bon fonctionnement de ces permanences, compte tenu de la représentation négative de la justice et de la culture des usagers de drogues qui ont, en conséquence, besoin d'une relation de confiance personnalisée avec un référent juridique stable. Dès lors, les permanences juridiques assurées à titre bénévole par les avocats de l'association Droits d'Urgence au CSST de MDM ne peuvent fonctionner dans un programme « bas seuil », car ces bénévoles ne peuvent garantir un référent unique au même patient. En revanche, la constitution d'un groupe d'avocats, mis à disposition de l'espace Parlementaire et prêts à plaider dans l'urgence un dossier est indispensable au bon fonctionnement de la consultation juridique.

Les permanences juridiques ont lieu, une demi-journée par semaine sur le Bus et une journée par semaine au lieu fixe. Cette approche juridique de proximité est fondamentale pour la population du Bus qui n'a quasiment jamais été mise en contact, à titre préventif, avec un conseiller juridique. Ce travail juridique de proximité permet d'informer les patients sur leurs droits et leurs obligations au sens large et de rompre parfois, le cas échéant, le cercle vicieux des incarcérations successives.

Il convient d'ajouter que ce travail juridique serait privé de portée sans l'aide simultanée apportée par le travail médico-social de l'équipe du Bus méthadone.

#### **BILAN QUANTITATIF**

##### **Entretien juridique**

Les entretiens juridiques s'effectuent en premier lieu sur le Bus – dans la partie aménagée à cet effet – sous forme d'*entretiens courts* (conseils juridiques rapides) et se poursuivent éventuellement au lieu fixe, sur rendez-vous, sous forme d'*entretiens longs*, (consultation avec suivi et constitution de dossiers).

Ainsi, selon les cas, certains patients bénéficient d'entretiens courts, suivis d'entretiens longs, alors que d'autres ne bénéficient que d'entretiens courts.

En outre, un même patient peut avoir plusieurs problèmes juridiques, de manière simultanée ou consécutive. Dès lors, un même patient peut bénéficier de plusieurs entretiens.

Les statistiques qui suivent établissent le nombre et la nature des entretiens réalisés, leur fréquence par patient, l'âge de ces patients, leur sexe, leur nationalité, les types de contentieux pour lesquels ils sollicitent un appui, les sanctions judiciaires qu'ils ont préalablement subies.

Enfin, est établie une comparaison, dans ce domaine, entre les patients français et étrangers.

##### **Nombre d'entretiens réalisés**

	Entretiens longs	Entretiens courts
Bus uniquement	-	123
Lieu fixe uniquement	104	-

##### **Patients bénéficiaires d'un appui juridique**

	Entretiens longs	Entretiens courts <i>stricto sensu</i>
Bus	-	29
Lieu fixe	52	-

##### **Moyenne d'entretiens par patient**

	Entretiens longs	Entretiens courts <i>stricto sensu</i>
Bus	-	$(123/29) = 4,2$
Lieu fixe	$(104/52) = 2$	-

▪ Remarque 1 :

Les demandes des patients qui ne sont bénéficiaires que d'un *entretien court* (sur le Bus uniquement) sont multiples. Il s'agit principalement :

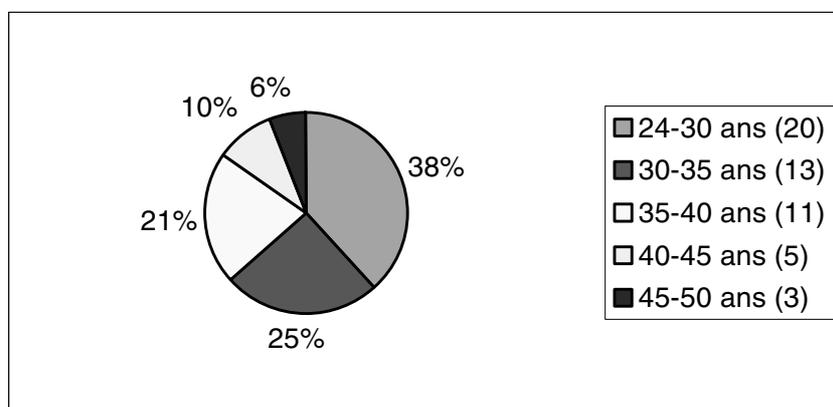
- d'effectuer des recherches auprès du tribunal de grande instance de Paris à propos de jugements antérieurs auxquels les usagers ne se sont pas présentés ;
- d'informer les patients sur leurs droits à être défendus par un avocat en faisant une demande d'aide juridictionnelle ;
- d'expliquer la valeur d'un exploit d'huissier, d'une citation à comparaître, du rôle joué par le juge d'application des peines, etc. ;
- d'accompagner, le cas échéant, un patient à un jugement, au commissariat ou à la préfecture, si besoin.

▪ Remarque 2 :

Les statistiques suivantes ont été calculées sur la base des 52 patients bénéficiaires d'un *entretien long*, (consultations au lieu fixe, avec constitution de dossiers et recours divers).

**Profil des consultants**

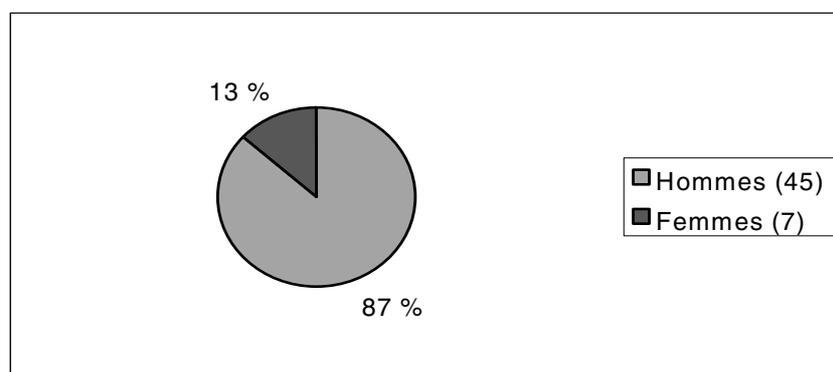
**Classes d'âges des consultants**



**Nombre d'effectifs par classe d'âges**

24-30 ans	30-35 ans	35-40 ans	40-45 ans	45-50 ans
20	13	11	5	3
38 %	25 %	21,10 %	9,60 %	5,70 %

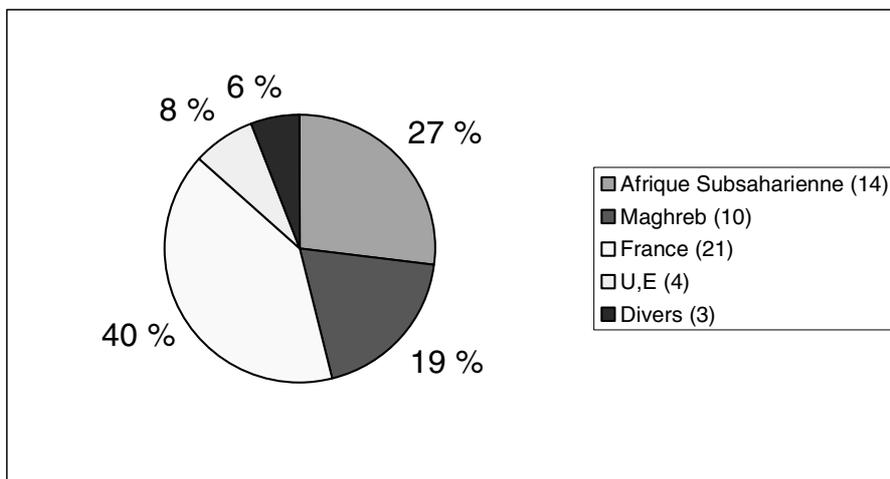
**Sexe des consultants**



**Nombre d'effectifs par sexe**

Hommes	Femmes
45	7
86,50 %	13,40 %

**Nationalité des consultants**



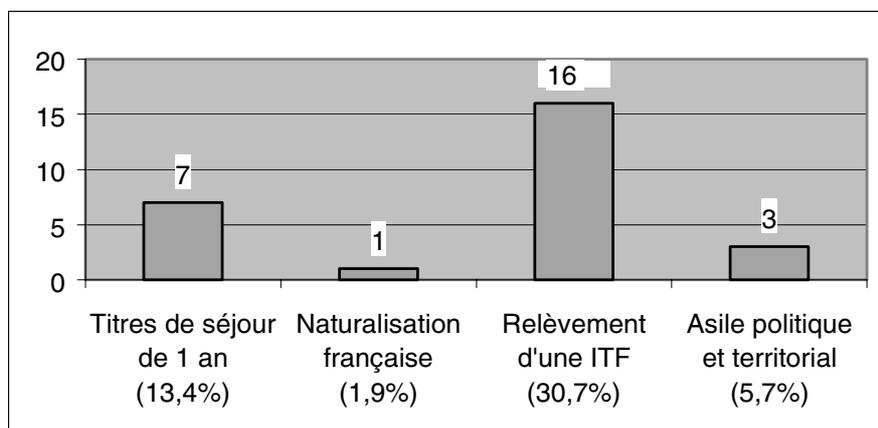
**Nombre d'effectifs par nationalité**

Afrique subsaharienne	Maghreb	France	UE	Divers
14	10	21	4	3
26,90 %	19,20 %	40,30 %	7,60 %	5,70 %

**Types de contentieux à résoudre**

N.B. : Le total n'équivaut pas à 100, étant donné qu'un patient peut avoir plusieurs problèmes juridiques.

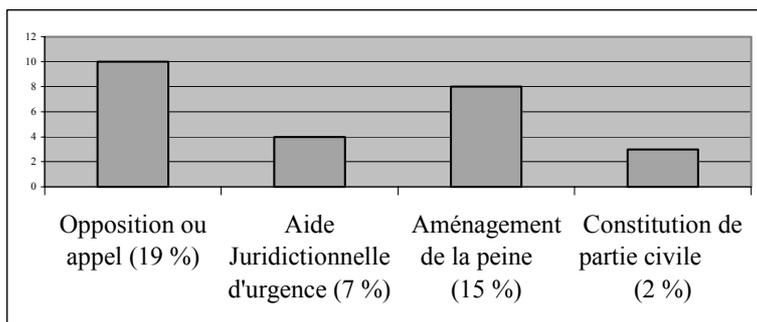
**Demandes de droit des étrangers**



**Nombre de demandes de droits**

Titres de séjour de 1 an	7	13,40 %
Naturalisation française	1	1,90 %
Relèvement d'une interdiction du territoire français (3 ans, 10 ans, définitive)	16	30,70 %
Asile politique et territorial	3	5,70 %

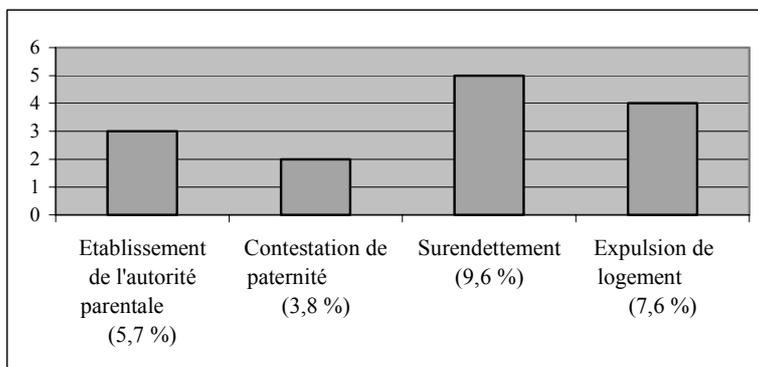
**Demandes de droit pénal**



**Nombre de demandes de droit pénal**

Opposition ou appel d'un jugement rendu par le tribunal correctionnel	10	19,20 %
Aide juridictionnelle d'urgence	4	7,60 %
Aménagement de la peine	8	15,30 %
Constitution de partie civile pour coups et blessures	3	1,90 %

**Demandes de droit civil**



### Nombre de demandes de droit civil

Établissement de l'autorité parentale (juge pour enfants)	3	5,70 %
Contestation de paternité	2	3,80 %
Surendettement	5	9,60 %
Expulsion de logement (juge de l'exécution)	4	7,60 %

### ANALYSES

- Le premier type de contentieux concerne le relèvement d'une *interdiction du territoire français* (ITF), soit 30,7 % des 52 patients bénéficiaires d'un appui juridique.

L'ITF est une sanction *judiciaire* pénale qui ne concerne que les étrangers et qui est prononcée, dans la majorité des cas, en sus d'une sanction principale, telle que l'incarcération. Ainsi, le prévenu auteur d'un délit (infraction à la législation sur les stupéfiants, infraction à la législation sur les étrangers, vols...) se verra *doublement* sanctionné eu égard à un Français. En effet, à la suite de son incarcération, ce dernier sera renvoyé vers son pays d'origine.

Cette mesure discriminatoire et difficilement compréhensible – au regard de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme, relatif à la protection de la vie privée et familiale – entraîne une exclusion absolue, à la fois sur le plan psychique et physique du patient, le condamnant dès lors à vivre dans la clandestinité, avec toutes les conséquences sanitaires et sociales liées à l'exclusion et un retour à une délinquance par obligation de survie.

En outre, lorsque l'ITF est prononcée à titre de peine principale, son relèvement n'est *de facto* jamais obtenu, prononcé à titre accessoire, et il reste aléatoire.

(Cette pratique sera peut-être réduite puisque le garde des Sceaux a enjoint, le 17 novembre 1999, dans la circulaire de politique pénale « relative au prononcé et au relèvement des peines d'interdiction du territoire français », les magistrats à être plus circonspects quant au prononcé d'une telle sanction).

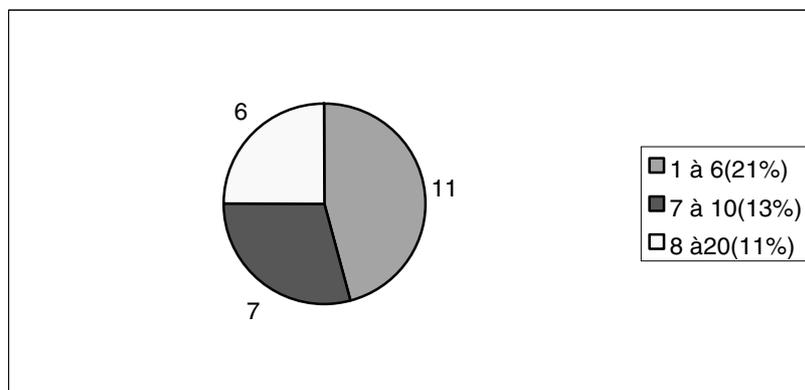
- Le deuxième type de contentieux le plus important concerne, au sein du *droit pénal*, d'une part, les demandes d'opposition (jugement par défaut) ou d'appel (jugement contradictoire) d'un jugement rendu par un tribunal correctionnel (19,2 %) et d'autre part les demandes d'aménagement de la peine, une fois le jugement prononcé (15,3 %).

Ces chiffres traduisent l'importance d'une intervention judiciaire, en étroite collaboration avec les différents organismes institutionnels (Comités de probation et d'assistance aux libérés, juges d'application des peines, avocats bénévoles), et ce afin de réagir rapidement à ces situations pour permettre aux patients d'avoir accès au droit et de pouvoir organiser décemment leur défense.

- Typologie des sanctions judiciaires prononcées avant l'inclusion

- Incarcérations :  $(24/52) = 46,1 \%$

#### Pourcentage d'incarcérations



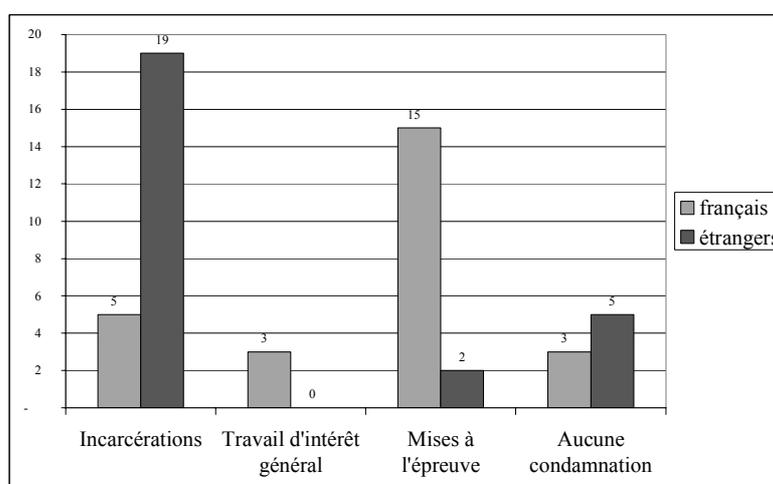
### Nombre d'incarcérations

Nombre d'incarcérations	1 à 6	7 à 10	8 à 20
Effectif	11	7	6
%	21,1	13	11,5

- Travail d'intérêt général :  $(3/52) = 5,7 \%$
- Mises à l'épreuve et/ou injonctions thérapeutiques :  $(17/52) = 32,6 \%$

- Comparaison des sanctions judiciaires entre les usagers français et étrangers

### Comparaison entre les usagers français et étrangers



### Comparaison en nombre de sanctions

Nationalité	Incarcérations	TIG	Mises à l'épreuve	Aucune condamnation
Français	5	3	15	3
Étrangers	19	0	2	5

Ces chiffres donnent à penser que les usagers étrangers sont davantage soumis à des peines d'incarcération que les usagers français. Ces derniers bénéficient de façon plus systématique de mesures alternatives à l'incarcération (travail d'intérêt général, mise à l'épreuve). Relativement au délit d'usage de stupéfiants, ce phénomène peut s'expliquer par le fait que la loi de 1970 exclut l'étranger en situation irrégulière du bénéfice de la mise à l'épreuve et de l'injonction thérapeutique. *En effet, ce dernier est exclu du régime de « prévention ».*

### Les spécificités du travail de l'accueil

L'équipe composée de quatre chauffeurs accueillants associés selon leur disponibilité aux autres membres de l'équipe assure l'accueil des usagers sur le Bus et le bon déroulement du circuit de la distribution de la méthadone. Le Bus étant stationné en milieu ouvert, la rue, la vigilance et le sens de l'observation sont primordiaux à ce travail de terrain. En effet, avec un nombre d'usagers en constante augmentation (environ 100 passages par jour fin 1999) et le *turn over* très rapide des entrées-sorties-réinclusions, les accueillants doivent s'assurer rapidement et avec tact de l'identité des usagers et de leur statut dans le programme. Sont-ils sortis et suivis ailleurs ? perdus de vue ? en demande de réinclusion ? Ils disposent pour ce faire des cartes d'inclusions que chaque usager doit présenter à l'arrivée dans le Bus (carte qui comporte un numéro et leur photo afin de conserver l'anonymat) et d'un listing des patients toujours admis dans le programme, remis à jour quotidiennement.

L'accueil dans ce type de structure implique une grande attention associée à une certaine souplesse et à une disponibilité d'écoute. C'est une étape privilégiée pour les échanges que ce soit au sujet des règles à respecter dans et autour du Bus, des questions concernant la méthadone et des interactions avec les autres produits licites ou illicites, des messages de prévention autour du VIH, des hépatites. L'équipe a distribué 1 500 kits de prévention aux usagers du Bus en 1999. Les accueillants nouent des relations de confiance avec certains usagers et peuvent transmettre au reste de l'équipe les problématiques évoquées à l'accueil. Ces relations aboutissent à des prises en charge plus complètes sous la forme d'accompagnements dans certaines démarches. Les accompagnements se font vers des structures hospitalières, des CMP pour la mise en place d'un suivi psychologique ou psychiatrique d'une part et, d'autre part, pour le règlement de situations administratives complexes : régularisation de papiers à la préfecture, démarches auprès d'organismes sociaux etc.

L'accueil se double d'un travail d'orientation des usagers et des non-usagers attirés par le logo de Médecins de Monde : adresses d'associations, programmes d'échange de seringues, consultations de précarité, soins dentaires gratuits, boutiques, centres d'écoute, adresses d'hôpitaux, de centres de repas gratuits, de vestiaires. Pour les usagers désirant s'inscrire dans le programme, des informations sont données sur le déroulement de l'entretien d'admission et les règles de fonctionnement. Le plus difficile est de faire entendre à certains usagers d'autres centres que nous ne sommes pas un programme de dépannage quand ils ont raté leur rendez-vous du vendredi soir !

Étant donné notre position dans la rue, les accueillants ont parfois à gérer des situations semi-urgentes ou urgentes : malaises, surdoses, personnes blessées après agression, situations dont une partie de l'équipe était coutumière avec le programme d'échange de seringues.

Les accueillants, dans la mesure du possible, effectuent des permanences au lieu fixe et participent aux entretiens d'inclusion. Ce premier contact est important et permet de détacher l'accueillant de son rôle de « garde » sur le Bus et d'amorcer une relation basée sur la confiance.

Dans leur rôle de chauffeurs, les accueillants veillent au bon fonctionnement du Bus et à son entretien. Cette tâche est relativement ingrate du fait de la vétusté du véhicule et demande du temps et une disponibilité importante.

## **TRAVAIL DE RÉSEAU**

### **Comment se font les orientations ?**

Les orientations se font soit à la demande de l'utilisateur, en général après un passage régulier de 1 mois au Bus, après un entretien d'évaluation au lieu fixe, vers un CSST ou vers un médecin généraliste. Le choix se fait en accord avec l'utilisateur et dépend évidemment de son état psychique, de son lieu d'habitation et de sa couverture sociale. Les patients dont la situation administrative est bloquée seront adressés préférentiellement dans un centre où le travail social débuté pourra se poursuivre. Aux usagers qui poursuivent une consommation abusive soit de benzodiazépines, soit d'alcool ou de cocaïne et qui demandent une orientation, nous leur proposons un sevrage sélectif en ambulatoire ou en hospitalier. À chaque orientation un contact téléphonique est établi avec le centre d'accueil et une lettre est rédigée pour le premier rendez-vous. La difficulté de ce type de pratique est de parvenir à rompre le lien avec l'utilisateur pour qu'il puisse s'adapter à la nouvelle structure, d'où l'importance des professionnels relais. Dans certains cas, les usagers, après un premier rendez-vous, décident de rester sur le Bus et le travail d'orientation est à reprendre plus tard.

L'orientation peut se faire également sur incitation de l'équipe qui propose parfois à certains usagers bien stabilisés une orientation vers leur médecin généraliste. Les médecins contactés appartiennent déjà soit à un réseau et sont familiers de la prescription de méthadone, soit pour un tiers d'entre eux (15) ne prescrivent pas de produits de substitution ou uniquement du Subutex®. Dans ce cas, nous proposons de travailler en binôme c'est-à-dire de revoir régulièrement le patient suivi en ville à l'occasion de modifications du dosage ou encore lors de problèmes aigus. Pour d'autres usagers très vulnérables et fragiles sur le plan psychique ou encore très jeunes, nous proposons une orientation vers un centre plus contenant.

Ces orientations nous ont permis de prendre contact avec de nombreuses structures et des médecins non-prescripteurs sur Paris, région parisienne, province et étranger. Ce réseau, qui s'étoffe progressivement, nous permet de proposer aux usagers une insertion dans un processus de soins adapté à leur mode de vie.

### **La constitution d'un réseau personnalisé**

Les relais entre les différentes structures se heurtent parfois à plusieurs difficultés :

- soit une méconnaissance des structures entre elles dans ce qu'elles peuvent ou non apporter à l'utilisateur de drogues (exemple : l'orientation d'un patient en urgence sur une consultation qui ne reçoit que sur rendez-vous) ;
- soit c'est le caractère anonyme du relais qui oblige le patient à recommencer l'adaptation relationnelle ;

- soit, dans le pire des cas, l'errance de l'usager entre les institutions qui se renvoient l'une à l'autre la responsabilité de la prise en charge.

Il semble intéressant de développer les relations entre les différentes institutions en établissant des contacts personnels entre ceux qui assurent notamment la permanence et l'accueil. La visite des différentes structures permet de se rendre compte de la façon dont chaque structure travaille, de la population accueillie, de connaître les conditions d'accès, les règles de fonctionnement, mais aussi de reconnaître les besoins et les difficultés en matière de collaboration, d'identifier les interlocuteurs privilégiés. Finalement, ces rencontres peuvent permettre de définir les modalités pour l'organisation des relais : contacts téléphoniques, transmission d'une synthèse de la prise en charge antérieure, etc.

Pour préparer le relais d'une structure « bas seuil » vers un CSST, un infirmier pourrait, à la demande de l'usager, participer à un premier entretien d'évaluation et d'information du patient sur place. Le contact personnel établi à cette occasion peut être un facteur favorable au bon déroulement de la prise en charge.

Lorsqu'un patient habituellement pris en charge au Bus doit être suivi en longue durée par une autre institution de soins (exemple le secteur psychiatrique), la participation d'un infirmier à des réunions de synthèse ou des *staffs* permet un suivi de meilleure qualité. Les orientations vers les CMP étant grevées d'un taux d'échec élevé.

## Les postcures

Le mot « sevrage » est souvent évoqué par les patients du Bus. Sevrage qui vise à une abstinence ou encore sevrage « sélectif » qui signifie de ne garder que le produit de substitution prescrit. Ce sevrage souvent rêvé représente l'espoir de redevenir « *clean* », de reconstruire une vie meilleure, d'entreprendre une réinsertion sociale, avec une certaine réticence envers le soutien socio-éducatif proposé. Certains usagers, plus conscients de leur vulnérabilité, aspirent à y aller à plus ou moins longue échéance après le sevrage vers d'autres lieux, d'autres contacts humains. À partir d'une demande formulée par un usager ou encore sur proposition de l'équipe, une évaluation médicale et sociale est réalisée dans la perspective d'un départ en postcure. Hélène Humblot, travailleuse sociale bénévole, se charge tout particulièrement de ce travail de liaison avec les postcures. Présente sur le Bus trois fois par semaine, Hélène Humblot, dans son travail d'accueil, est à l'écoute des usagers et peut préparer avec ceux qui en font la demande, un départ. Plusieurs étapes sont nécessaires pour parvenir à une orientation adaptée :

- rechercher un centre adapté à la personnalité et à la situation de l'usager ;
- évaluer la situation sociale de l'usager en collaboration avec l'assistant social, accompagnements éventuels pour certaines démarches administratives ;
- évaluer l'état somatique et psychique de l'usager en collaboration avec le médecin généraliste et le psychiatre, déterminer la nécessité ou non d'un sevrage en fonction de la ou des dépendances ;
- soutenir et accompagner l'usager dans la dernière étape du départ. Les frais de transport et autres sont pris en charge par le programme.

Les postcures choisies en accord avec l'usager sont « traditionnelles » et nécessitent un sevrage hospitalier préalable (abstinence de tous les produits), soit postcures avec substitution, soit encore, pour les plus âgés, communautés thérapeutiques.

Au cours de l'année 1999, sept patients du Bus sont partis en postcure.

Pour deux d'entre eux, ce fut une approche thérapeutique très concluante :

- « A » séropositif au VIH en rupture de traitement, SDF et polytoxicomane a pu se stabiliser en post cure après un sevrage sélectif, depuis près de 12 mois. Il y est suivi pour sa séropositivité VIH, ses problèmes d'alcool. Il a entamé une formation professionnelle et va bien.

- « B » polytoxicomane, a souhaité un séjour en postcure afin d'envisager une formation professionnelle. Un sevrage sélectif pour une consommation d'alcool et de benzodiazépines a d'abord été réalisé. Après un temps de stabilisation, il a de nouveau été hospitalisé pour un sevrage de la méthadone. Depuis janvier 2000, « B » est en apprentissage dans un centre d'ébénisterie d'art.

Les cinq autres usagers sont partis mais ne sont pas restés. Cependant, l'intérêt personnel et thérapeutique d'une rupture avec un certain mode de vie et avec les produits n'est pas à négliger. « C », jeune femme mère d'un enfant, a pu se reconstruire et s'inscrire dans un processus de soins dans un CSST parisien. Les autres usagers sont revenus au Bus pour un temps avant d'être réorientés vers des CSST.

## CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Avec une file active en 1999 de 464 personnes dont 332 nouveaux usagers inclus en 1999 et 132 personnes incluses en 1998, le Bus méthadone de Médecins du Monde a pris une place importante dans l'accès à la substitution par la méthadone à Paris. Comparée à la file active globale du département de Paris en 1998, 1 739 personnes étaient en traitement méthadone en CSST dont 341 au Bus, soit près de 20 % des patients recevant un traitement de substitution<sup>9</sup>.

L'activité du Bus et son efficacité en terme d'accès aux soins et de soins ne se mesurent pas seulement à la taille de sa file active mais aussi grâce à :

- un accueil direct, sans rendez-vous : 17 à 40 entretiens d'inclusion par mois ;
- une présence médicale et sociale sur les trois lieux de distribution dans la rue tous les jours de l'année. On comptait une centaine de distributions par jour sur le Bus fin 1999 ;
- un travail auprès des usagers centré sur l'accès aux soins, soins somatiques, prise en charge de la psychopathologie et de la dépendance, prise en compte de la situation sociale et juridique. Ce travail représentait 2 000 consultations et entretiens médico-psycho-sociaux et juridiques au lieu fixe en 1999 ;
- un important travail de contact et d'accompagnement vers le réseau en aval : institutions, médecins généralistes, pharmaciens, structures sociales, structures judiciaires, postcures.

Ces activités sont d'autant plus prenantes que le *turn over* des patients est important, ils restent en moyenne trois mois dans le programme.

Le programme a continué, comme en 1998, à toucher une population d'usagers de drogues en situation de grande précarité sanitaire et sociale, dont le profil est globalement similaire à celui de l'an passé. On peut toutefois signaler un rajeunissement de la population avec 16 % d'usagers de moins de 25 ans. Les usagers venant de banlieue sont toujours aussi nombreux, ils représentent 25 % des nouveaux inclus. La part des usagers pour qui l'inclusion dans ce programme est une première demande de soins dans le cadre de leur addiction a augmenté cette année ; 54 % des nouveaux inclus déclarent n'avoir jamais eu de contact avec un CSST.

Le volume d'activité déployé, tant dans le Bus qu'au lieu fixe, se décline en de nombreux appuis proposés aux usagers :

- un accès à un produit de substitution peu détourné de son usage, la méthadone, avec comme effets la diminution de l'usage de la voie intraveineuse et la réduction des associations de produits psychotropes ;
- un contact quotidien avec des professionnels de la santé qui donne la possibilité de consolider une intentionnalité de soins ;
- des entretiens et des consultations plus posés au lieu fixe, avec des propositions concrètes de prises en charge tant somatique que psychique et sociale : consultations, évaluations cliniques et sociales, démarches de soins vers des consultations de médecine générale et/ou hospitalières, aides aux démarches administratives, récupération des droits sociaux, hébergement relais...

Ces appuis ont permis à certains usagers de s'engager dans des trajectoires productives en terme de mieux être immédiat, de concrétiser un projet socio-éducatif ou des démarches de soins par le biais de relais dans d'autres structures. Ces orientations vers des structures où la prise en charge est plus pérenne permettent un retour dans le système de droit commun.

Outre l'évaluation régulière et le suivi des personnes restant sur le Bus (120 à 140 en moyenne fin 1999), le travail au lieu fixe a permis l'orientation de 153 personnes cette année. Un relais dans un CSST a été réalisé pour 80 d'entre elles, chez un médecin généraliste pour 52 autres. 9 usagers ont effectué un sevrage hospitalier et 7 sont partis en postcure.

121 usagers ont été perdus de vue, 54 ont été réinclus au cours de l'année. Ce taux de « déperdition » de 27 % est identique à celui de 1998 et est inférieur à celui que l'on retrouve habituellement dans les structures de première ligne qui avoisinent habituellement 30 à 35 %.

Les résultats générés par ce programme expérimental ont été obtenus malgré certaines difficultés.

Tout d'abord des difficultés techniques et d'organisation :

- Le volume de travail a impliqué des ressources humaines supplémentaires notamment pour les infirmiers qui assurent la continuité dans le travail de distribution et de gestion de la méthadone, mais aussi dans le suivi et la connaissance des usagers du Bus. L'introduction de l'automate de distribution de méthadone avec les procédures de gestion et d'entretien a nécessité une formation et une adaptation de l'équipe. Ce distributeur facilite la gestion du stock et sécurise la distribution tout en libérant du temps pour l'écoute.

<sup>9</sup> Bilan des comités de suivi départementaux des traitements de substitution exercice 1998, Direction générale de la santé, p. 10.

▪ La logistique de l'antenne mobile disponible 7 jours sur 7 impose une organisation rigoureuse, une capacité d'anticipation et de réponse rapide aux problèmes ainsi qu'un investissement financier important de Médecins du Monde. Sur le plan financier, 16,9 % du budget global est assuré par Médecins du Monde sur ses fonds propres. Initialement ce projet devait être financé à 100 % par les tutelles.

Outre ces problèmes techniques qui empiètent sur le temps de l'équipe, d'autres points sont à souligner :

▪ La place du Bus méthadone a été rapidement et largement intégrée par les structures de première ligne en amont de notre action : programmes d'échange de seringues, boutiques, *sleep in*. 10 % des usagers nous sont adressés par ces structures. La collaboration avec l'aval, en particulier les CSST, est devenue plus constructive même si certains restent sur la défensive car confrontés à une situation nouvelle, qui est celle d'usagers initiés à la méthadone par une autre structure et pas toujours stabilisés et clairs dans leur demande. Il faut rappeler sur ce point que pour 50 % des usagers le Bus représente la première demande de soins, étape importante dans l'élaboration de la demande. À ce titre, une collaboration étroite s'est installée avec l'Espace Parmentier, CSST de Médecins du Monde qui admet en priorité les patients du Bus. Cette possibilité de relais rapide a joué un rôle important tout au long de l'année : pour les patients du Bus en leur offrant l'opportunité d'une prise en charge plus globale et pour le bon fonctionnement du Bus qui se doit d'être une passerelle « vers » et non un centre de maintenance.

▪ Les médecins généralistes se sont largement impliqués dans les relais demandés : 52 patients leur ont été adressés au cours de l'année. Ils ont ainsi contribué, avec nous, à mettre en place un réseau personnalisé, plus rassurant, évitant les « pertes » par orientation anonyme et insuffisamment construite en amont. Il s'agit souvent de généralistes habitués à la prescription de produits de substitution, mais dont les capacités en terme de temps sont limitées, ils ne peuvent en général suivre qu'un nombre restreint de patients sous substitution. Il s'agit aussi de médecins généralistes novices dans ce type de prescription qui acceptent de reprendre la prescription de méthadone pour un patient qu'ils connaissent par ailleurs. Certains médecins nous demandent d'organiser un suivi pendant les premiers mois de relais pour s'assurer de la stabilisation du patient. Un travail de réseau avec les médecins généralistes qui assurent les relais pour les patients du Bus, et ceux de l'espace Parmentier est envisagé pour l'année 2000 avec, entre autre, des réunions de synthèse. Il est regrettable que ces médecins ne disposent pas de plus de temps pour un travail commun.

▪ Le travail avec le secteur et les CMP en particulier induit actuellement des réflexions de part et d'autre sur l'utilité de la substitution dans l'optimisation de la prise en charge globale des psychotiques dépendants aux opiacés. Les médecins psychiatres prenant rarement en charge la toxicomanie chez leurs patients et encore moins pour ceux qui leur sont adressés pour un suivi psychiatrique. Un travail réciproque sur l'intégration des usagers de drogues substitués est en progression. Nous avons dans ce sens programmé des rencontres entre équipes avec l'objectif de sensibiliser les psychiatres à la prescription de la substitution associée au traitement.

En deux ans, ce programme expérimental a permis à presque 700 personnes d'accéder à un réseau de soins et d'aides sociojuridiques et pour plus de la moitié d'entre eux de formuler une première demande de soins relative à leur dépendance.

Une évaluation officielle commanditée par l'OFDT, issue de l'analyse quantitative et qualitative de la prise en charge des patients du Bus lors de sa première année de fonctionnement, doit paraître prochainement. Elle devrait permettre de tirer un enseignement et des perspectives de ce programme expérimental avec un regard extérieur que ne peut avoir ce rapport d'activité. Toutefois, nous nous permettons de lister à la lueur de notre pratique quelques-unes de nos réflexions qui pourront peut-être enrichir la recherche menée sur ce type d'approche « bas seuil ».

▪ Il existe bien une population d'usagers de drogues, relativement hétérogène sur les plans social et économique pour qui l'accès aux soins reste problématique.

▪ Les effets attendus de ce programme en termes de réduction des risques et des dommages, en termes d'accès à la substitution par la méthadone et d'accès aux soins :

- on note une nette diminution des risques liés à l'injection et à la polyconsommation ;

- le Bus est un lieu d'information et de formation sur la nature des produits, leurs effets et leurs conséquences sanitaires ;

- le Bus est un lieu d'écoute qui permet aux usagers d'exprimer quotidiennement leurs inquiétudes et de formuler des demandes qu'elles soient médicales, psychologiques, sociales ou juridiques ;

- sur le plan psychologique, une évaluation de la psychopathologie et une prise en charge de la souffrance psychique sont assurées avec mise en place, parfois, d'un traitement le temps de trouver un relais adapté au sujet ;

- le Bus, enfin, permet à des personnes parfois en situation d'extrême détresse, réticentes à toutes propositions un temps soit peu institutionnelles, de formuler une demande à leur rythme et de trouver des structures de relais adaptées à leur problématique ;

- le *turn over* rapide de la population du Bus est en accord avec les objectifs du projet et donne un aperçu des effets de ce programme sur la trajectoire de ses usagers. Une étude sur le devenir des patients pris en relais par un médecin généraliste, ou par un centre, apporterait un éclairage supplémentaire sur la place du Bus en tant que passerelle d'accès aux soins et permettrait d'améliorer la qualité des orientations.

De par ses résultats, cette expérience semble pouvoir démontrer que l'utilisation de la substitution par la méthadone dans un programme de proximité, avec un seuil adapté, permet une réponse productive en termes de prévention et de soins aux usagers de drogues en difficulté d'accès à cette substitution en particulier et aux soins en général.

La fonction de passerelle jouée par ce Bus souligne l'importance de l'articulation entre les différents lieux et les différents modes de prise en charge afin d'apporter une réponse de soins cohérente et adaptée pour cette population composite que sont les usagers de drogues.

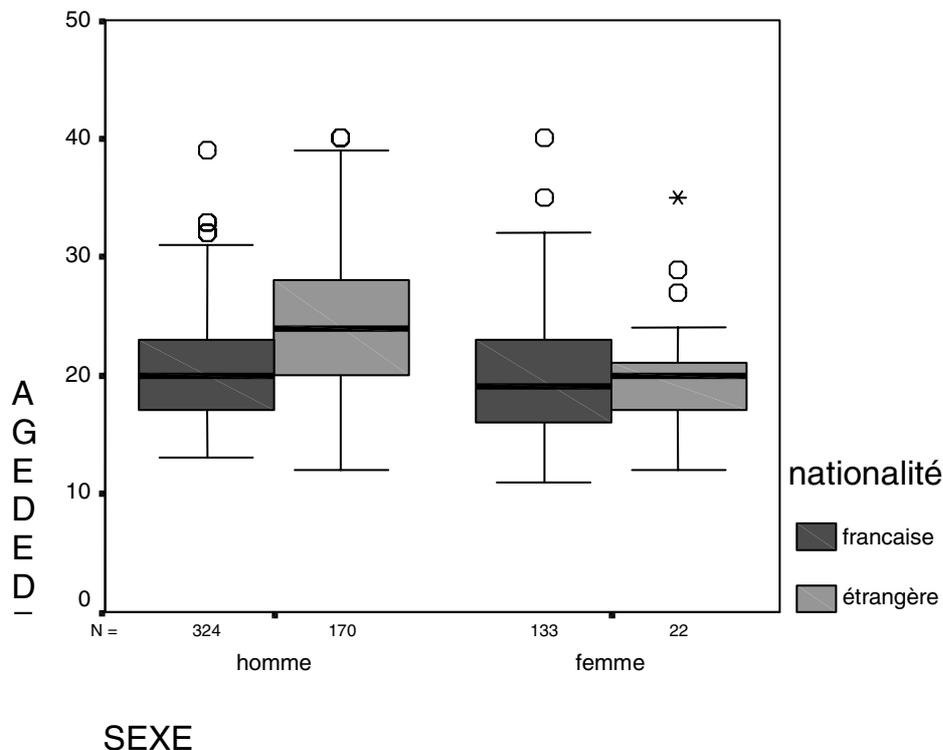
Le propre d'une expérience n'est pas seulement de démontrer sa capacité à remplir de réel son projet initial. Elle doit permettre de dégager des perspectives pour que non seulement sa pérennisation soit acceptée, mais aussi pour que soit intégré son rôle spécifique d'accès aux soins adapté au sujet. Alors, sa *réplication* sera considérée comme utile en terme de santé publique.

Il nous reste un an pour que mûrissent et se formalisent de façon plus concrète ces perspectives et les modalités de cette possible *réplication*.

Docteur Elisabeth AVRIL, coordinatrice, avec la collaboration du Docteur Jean-Pierre LHOMME, responsable de mission, et du Docteur Ahmed DAGHA, psychiatre.

## ANNEXE

### Description des boxplots (clé de lecture)



**M** : (trait horizontal gras) : médiane, mesure de la tendance centrale. C'est la valeur au-dessus et au-dessous de laquelle se situe la moitié des observations, le 50<sup>e</sup> centile. La médiane n'est pas sensible aux valeurs éloignées, contrairement à la moyenne qui peut être affectée par quelques valeurs extrêmement élevées ou faibles. Dans cet exemple, la médiane de l'âge de début pour les 324 hommes français est de 20 ans.

**Q1** : quartile inférieur (25 % des observations sont en dessous). Dans l'exemple Q1 = 17 ans pour les hommes français.

**Q2** : quartile supérieur (25 % des observations sont en dessus). Q2 = 23 ans pour les hommes français

**L** : valeur adjacente. L = 13 ans pour les hommes français.

**U** : 2<sup>e</sup> valeur adjacente. U = 31 ans pour les hommes français.

**O** : les valeurs éloignées (outliers). Pour les hommes étrangers jusqu'à 40 ans.

**\*** : les valeurs extrêmes. 35 ans pour les femmes étrangères.

*Boxplot juxtaposé* : récapitulatifs pour les Groupes d'observations.

Une variable numérique unique est récapitulée dans les groupes définis par une variable qualitative. Chaque boîte contenue dans un groupe représente une modalité d'une seconde variable qualitative.

Spécifications minimales

- Une variable numérique à récapituler, ici âge de début.
- Une variable Axe de Modalités, ici le sexe.
- Une variable Définir les Groupes par, ici la nationalité.

# **Livret 4**

## **Rapport d'évaluation**

Équipe d'évaluation :  
Françoise FACY (INSERM)  
Rodolphe INGOLD (IREP)



## RAPPORT D'ÉVALUATION - ÉQUIPE IREP / INSERM

---

Le livret 4 comporte le rapport rédigé par l'équipe d'évaluation IREP (M. Ingold) / INSERM (Mme Facy). Il est composé de deux parties distinctes : d'une part, l'étude ethnographique et, d'autre part, l'étude épidémiologique. Les recommandations élaborées par l'équipe d'évaluation servent à clôturer leur rapport.

### PREMIÈRE PARTIE DU RAPPORT D'ÉVALUATION : ÉTUDE ETHNOGRAPHIQUE

#### Introduction

Nous présentons ici l'état de notre travail et de notre réflexion sur l'évaluation du programme méthadone tel qu'il se déroule à partir du « Bus » de Médecins du Monde depuis le début de l'année 1998.

Cette évaluation s'est articulée autour de plusieurs axes et objectifs : un axe épidémiologique, par voie de questionnaires proposés aux patients et un axe ethnographique, par voie d'observation réalisée auprès de l'équipe et de certains usagers. Nous avons conçu les questionnaires de façon à ce qu'ils soient directement comparables à la base de données INSERM. Ils comportent deux moments principaux : l'inclusion des sujets dans le programme et le suivi, ce dernier comportant un questionnaire de sortie. Les observations ethnographiques ont été organisées de façon à proposer une description du fonctionnement de la structure et à rassembler des informations relatives à la situation des sujets tout au long de leur devenir.

Il a fallu prendre en compte un certain nombre de données de contexte et d'environnement. Ce n'est que récemment qu'ont été mis en place les programmes de substitution, à partir de 1993 pour la méthadone et de 1996 pour le Subutex®. Ce qui signifie que cette évaluation est aussi celle de la politique actuelle quant à l'accès des usagers à ces produits. Le « Bus méthadone » s'est donné pour objectif la prise en charge des usagers les plus marginalisés. Il existe donc une filiation entre le Programme d'échange de seringues (PES, étude INSERM 1995) de Médecins du Monde et le Bus méthadone. Mais l'un ne succède pas à l'autre dans le sens où le Bus vise directement les soins et l'accès aux soins. Pour tous les usagers c'est une institution soignante y compris dans la mesure où elle constitue un relais thérapeutique permettant à certains dans un second temps, de s'orienter de façon plus ciblée. L'évaluation d'une telle structure peut donc apparaître comme celle d'une modalité thérapeutique et aussi d'un dispositif dont un objectif est d'être une plateforme soignante à partir de laquelle d'autres soins, ou des soins comparables, pourront être dispensés<sup>10</sup>. Il y a là une ambivalence : l'idée du soin dans le Bus méthadone a une double dimension, celle de *l'accès aux soins* et celle du *soin à proprement parler*. D'où, dans ce programme la permanence d'une double exigence : répondre à la demande de la rue et proposer des soins perçus comme une possible étape vers d'autres modalités thérapeutiques. Une dualité capitale car la structure se définit à la fois comme un moment et comme un outil thérapeutique.

#### Le contexte

##### LE DÉVELOPPEMENT DE LA SUBSTITUTION

Le contexte de la mise en place du Bus méthadone est celui du développement des traitements de substitution. A cette époque, coexistent deux protocoles, celui de la méthadone et celui du Subutex®. Il y a cependant un certain déséquilibre entre les deux. Le petit nombre de sujets inclus dans les programmes méthadone (environ cinq fois moins que pour le Subutex®), ainsi que les difficultés cliniques et sociales associées à la diffusion de ce produit (y compris la pratique de l'injection qui concerne une proportion importante des usagers), plaident pour un renforcement de l'accès des toxicomanes à la méthadone. Mais celui-ci rencontre des difficultés qu'on peut résumer de la façon suivante :

- les difficultés ordinaires de l'accès aux soins pour les usagers les plus désocialisés ;
- le nombre relativement limité de places dans les structures spécialisées ;
- le manque de préparation des médecins généralistes susceptibles de suivre en relais les usagers de drogues et d'assurer la prescription de méthadone, ceci en lien avec la représentation négative qu'ils peuvent avoir de ce produit.

Le Bus méthadone de Médecins du Monde va contribuer à donner des solutions à chacun de ces problèmes :

- concernant l'accès aux soins, il bénéficie de son expérience déjà ancienne de travail de terrain, notamment avec le PES ;

---

<sup>10</sup> Voir en annexe l'appel à projets lancé par l'OFDT, à l'origine du présent rapport (page 141).

- il a donc les moyens d'utiliser son savoir-faire pour mobiliser son réseau institutionnel afin de faciliter l'accès aux soins des usagers ; il dispose aussi d'un accès privilégié dans le programme méthadone de l'avenue Parmentier ; s'agissant des médecins généralistes il se propose de stimuler leur participation en jouant auprès d'eux le rôle de partenaire et de conseil.

#### **LA MARGINALISATION DES USAGERS**

Nous ne disposons généralement que de peu d'éléments pour caractériser les trajectoires sociales des usagers de drogues et nous ignorons la part exacte de ceux d'entre eux qui sont régulièrement suivis sur le plan médical ; guère plus que nous ne connaissons le rôle de la prison ni le devenir à long terme de ces personnes. Il convient cependant de retenir que depuis le début des années 1980, le nombre d'usagers de drogue emprisonnés ainsi que la fréquence de leurs passages en milieu carcéral se sont nettement accrus. Actuellement, environ un usager sur deux est allé au moins une fois en prison.

Le caractère le plus frappant de l'évolution des situations sociales la paupérisation de cette population. On peut estimer à un tiers la proportion de ceux qui touchent le Revenu Minimum d'Insertion, ce qui traduit la sévérité des carences affectant ce groupe. Les pratiques de mendicité et de recours aux aides sociales de base sont devenues fréquentes, et une proportion croissante de femmes ont recours au travail sexuel. Beaucoup de ces usagers de drogue, trop jeunes ou handicapés, sont exclus de fait des systèmes de soins. La stigmatisation de ces personnes, loin de s'atténuer, semble plutôt s'aggraver, ceci en dépit du développement des actions de proximité. L'accès aux hôpitaux, pour les plus marginalisés et les plus malades, reste problématique ; la situation des clandestins est sans issue. L'aggravation des états d'abandon est manifeste, quoique méconnue et inexplorée.

La situation sanitaire des usagers s'est également largement détériorée au cours de ces vingt dernières années notamment du fait du développement de la consommation de cocaïne et de crack. Le SIDA, les hépatites et la tuberculose contribuent aussi à cette dégradation. Même si la mortalité par surdose semble avoir diminué au cours des dernières années quatre-vingt-dix, on enregistre en revanche beaucoup de décès liés au SIDA, au suicide, aux crimes de sang et aux pathologies mentales.

#### **LE TRAVAIL DE RUE**

La nécessité du travail de rue a fini par s'imposer non seulement comme modalité d'expérimentation, mais aussi pour le travail social lui-même. Depuis le début des années quatre-vingt-dix, aller au devant des usagers n'est plus considéré comme une maladresse, voire une faute professionnelle. C'est ainsi, dans le contexte de la lutte contre le SIDA, que se sont développées nombre d'initiatives, à Paris comme en province, visant à prendre contact avec des usagers ou des groupes d'usagers éloignés des circuits thérapeutiques et sociaux. Un certain nombre d'expériences et de recherches-actions, en France comme à l'étranger, ont contribué à poser les bases méthodologiques et éthiques de telles interventions. Ainsi, en France, les premiers travaux de l'IREP, et à l'étranger, les nombreuses initiatives de réduction des risques et de travail communautaire comme à Londres, Amsterdam et Rotterdam.

C'est ainsi que Médecins du Monde a mis en place, en 1989, à Paris, les premières expériences de PES. Dans cette optique et plus tard, les programmes méthadone dits « bas seuil » existant à Amsterdam et Barcelone notamment, ont éveillé l'intérêt des équipes de Médecins du Monde pour une conception comparable, soignante et préventive, de la méthadone dans une stratégie d'accueil destiné aux usagers les plus défavorisés et à partir de la rue. Des voyages d'études et des contacts avec les structures d'Amsterdam et de Barcelone nous ont permis de définir un fonctionnement adapté à la situation parisienne et à nos propres options pour le projet. Un des points forts de ce dernier était l'existence d'un important réseau institutionnel permettant d'envisager un fonctionnement d'accueil, de relais et d'orientation.

#### **La conception de l'évaluation ethnographique**

L'idée d'un programme méthadone « bas seuil » a progressé dans l'équipe de Médecins du Monde à partir de trois éléments :

- une expérience de terrain, initiée à partir de 1989 avec le premier programme d'échange de seringues ;
- un certain nombre de contacts avec des équipes européennes travaillant déjà dans ce sens, souvent à partir d'équipes mobiles (Amsterdam, Barcelone) ;
- le constat selon lequel nombre d'usagers ne peuvent avoir accès aux soins par leurs propres moyens au delà d'une certaine détresse sociale et/ou psychologique.

Ce projet s'est établi progressivement à partir d'un certain nombre de constats, notamment celui de la faible accessibilité des programmes méthadone classiques, tout du moins pour certains usagers : les sujets marginalisés, consommateurs d'opiacés et en situation d'errance.

L'hypothèse de fond était que certaines personnes, éloignées des filières thérapeutiques de fait, pourraient être amenées, via ce programme, vers des modalités de prise en charge plus continues et adaptées à leur situation.

Le programme du Bus n'était pas vu comme une fin en soi, mais plutôt comme un des moyens permettant aux usagers les plus marginalisés et exclus des soins, de s'inscrire dans une démarche thérapeutique. De ce point de vue, le programme devait avoir les caractéristiques suivantes :

- une facilité d'accès à partir de plusieurs points d'implantation dans différents quartiers de Paris ;
- des modalités d'inclusion et de gestion à la fois rigoureuses et simples ;
- un dispositif d'intervention clairement multidisciplinaire, mobilisant des compétences sociales, médicales et de terrain.

Certains de ces points ont suscité des discussions de fond, relatives au fonctionnement concret de la structure. Le « bas seuil » n'était pas synonyme d'improvisation, qu'il s'agisse de l'inclusion des personnes dans le programme, des lieux et horaires d'intervention ou des doses de méthadone dispensées. Ainsi, concernant celles-ci, nous avons convenu de proposer dans un premier temps une dose unique de 40 milligrammes. Cette disposition tenait compte des modalités techniques de distribution (par flacons) et, aussi, d'un impératif de prudence dans le cadre d'une action expérimentale.

Le choix d'une structure mobile pour cette action pose question. Il se réfère en partie à d'autres expériences et notamment celle des Pays-Bas. Dans le cas de la situation parisienne, ce choix repose aussi sur la grande diversité des quartiers et des populations-cible qui y vivent. Il est également la traduction concrète de la volonté de ses animateurs d'aller au devant des usagers, là où ils se trouvent. De ce point de vue, il est le signe d'une certaine continuité avec le programme d'échange de seringues, qui s'est installé historiquement dans un des hauts lieux de la consommation des drogues, à Château-Rouge. Mais sa spécificité ne tient pas qu'à l'existence de quatre roues propulsées par un moteur à explosion. En réalité, le camion lui-même est plutôt malcommode : il faut trouver des lieux de stationnement, transporter les équipes dans un véhicule qui n'est pas vraiment conçu pour recevoir des passagers, ce qui oblige aussi les usagers à bien repérer les heures de passage au delà desquelles ils ne peuvent être reçus. Sans compter que le véhicule reste à la merci des pannes, des problèmes de ventilation et de chauffage...

## **Méthode**

La démarche évaluative suppose le choix d'un modèle relatif aux traitements par la méthadone : soit le modèle bio-comportemental issu des expériences américaines de la fin des années soixante (modèle de la « maintenance »), soit le modèle social tel qu'il a été mis en œuvre à la fin des années soixante-dix à Amsterdam : il consiste en une démarche où la dispensation de méthadone n'est pas un moyen biologique à proprement parler, mais vise avant tout à créer ou restaurer des liens sociaux. L'équipe du Bus a choisi ce modèle, qui correspond en outre à sa vocation de structure « bas seuil ».

Celle-ci implique, dans une démarche d'évaluation, de s'intéresser principalement à l'aptitude du programme à fonctionner en réseau : en amont, la capacité de recrutement à partir de sources très diverses et notamment de la rue ; en aval l'orientation vers des structures également très variées, à commencer par les médecins généralistes. La question des effets thérapeutiques de l'inclusion dans le programme ne constitue donc pas le seul point d'appui de la démarche évaluative : de tels effets ne pourraient être mesurés valablement que dans le long terme. N'oublions pas que la principale vocation du programme est de faciliter l'accès aux soins et non de maintenir les sujets dans le Bus.

On peut caractériser la méthode mise en œuvre de la façon suivante :

- décrire les grandes caractéristiques épidémiologiques de la population incluse ;
- identifier l'évolution des sujets, au moins trois mois après leur inclusion, qu'ils soient toujours présents dans le programme ou qu'ils aient été dirigés vers d'autres structures ;
- décrire les modalités de l'intervention elle-même.

Un chercheur a accompagné l'équipe tout au long de la première année, participant aux réunions de synthèse, et suivant les déplacements du Bus. Ce sont les membres de l'équipe qui ont effectué le recueil de données à l'inclusion. Quant à l'enquête de suivi, auprès de 60 usagers choisis au hasard et retrouvés dans d'autres structures, elle a été réalisée par Soraya AYOUCHE et Suzanne CAGLIERO. Patrick PATTEGAY s'est chargé d'une enquête spécifique auprès d'un groupe de dix médecins généralistes choisis au hasard, à Paris et en banlieue. De la même façon, un groupe de soignants travaillant dans d'autres structures de soins, à Paris, a été interviewé, afin de mieux analyser les particularités du fonctionnement du Bus méthadone.

## Résultats et analyses

### LE FONCTIONNEMENT D'ENSEMBLE

#### Le recrutement des sujets

Il se fait d'une part à partir du programme d'échanges de seringues, et d'autre part dans d'autres institutions, pour une autre part, qu'il s'agisse de la prison (Antennes toxicomanie), des médecins généralistes, ou d'institutions spécialisées. L'origine des sujets est donc assez largement diversifiée du point de vue des modalités de recrutement.

#### L'inclusion dans le programme

Elle se fait à la suite d'un entretien qui permet de cerner l'histoire du sujet et sa situation actuelle en termes de situation sociale et médicale et en termes de consommation. Cette évaluation est aussi le moment de la passation d'un questionnaire qui constitue la première ébauche d'un dossier individuel. Les personnes incluses se voient attribuées un numéro de code, une carte avec une photo leur est donnée.

#### La réunion institutionnelle

- de maintenir l'équipe informée de tous les aspects de la vie de la structure ;
- de faire le point individualisé de l'évolution des patients ;
- de régler tous les aspects concrets relatifs au fonctionnement du Bus ;
- de maintenir le lien entre le Bus et le PES. Elle ne se superpose pas à la réunion de supervision, mise en place peu après l'ouverture et qui rassemble les membres volontaires de l'équipe.

#### Les liens avec les structures extérieures

Il s'agit là du point fort du dispositif. Ces liens se trouvent concrétisés de façon formelle en ce sens qu'un certain nombre de membres de l'équipe, et notamment les médecins, travaillent en outre dans d'autres structures hospitalières (Marmottan, Fernand Widal). Mais ils existent aussi de façon plus globale dans la mesure où existent des liens personnels forts entre les membres de l'équipe et telle ou telle structure de soins. Le réseau ainsi formé concerne également le travail social sous la forme de groupes de travail qui permettent à chacun des membres d'affiner sa pratique, de se maintenir au courant des changements en cours, d'augmenter son carnet d'adresse (hébergement, travail, procédures administratives...). L'existence et le développement de ce réseau est un point essentiel, garantissant une grande vitesse d'exécution lors d'interventions souvent délicates (recours aux services d'urgence, orientation vers des soins spécialisés).

#### Les questions techniques et de terrain

Le travail de terrain, tel qu'il s'est développé à Médecins du Monde depuis la fin des années quatre-vingt (PES) est à l'origine du savoir-faire actuel en termes d'accueil d'une population toujours difficile. Il consiste en particulier en une indication implicite (parfois explicite) et permanente situant les usagers dans un cadre, c'est à dire des limites. Ce dernier ne peut pas tout demander ou tout faire sous prétexte qu'il se trouve dans la rue au moment de la distribution de la méthadone. Le personnel médical doit notamment être vigilant par rapport à l'état dans lequel se trouvent les usagers quand ils passent au Bus et ils peuvent le cas échéant refuser une délivrance ou diminuer la dose prévue s'ils estiment que l'utilisateur n'est pas en état de la recevoir (alcool, Rohypnol®). Le travail de terrain implique aussi, et dans certaines limites, la nécessaire convivialité de l'accueil et du suivi. Une certaine complicité se tisse en particulier entre le personnel médical et les usagers à l'occasion de la délivrance. Ce point est d'une grande importance car il contribue à la bonne évaluation des situations et des demandes des usagers.

#### La question de la dose de méthadone

Pendant un peu plus d'une année, la dose unitaire de méthadone dispensée ne pouvait être supérieure à 40 mg. Ce choix a été fait dès le départ, dans un souci de prudence. Il a cependant posé un certain nombre de problèmes, notamment pour ce qui concerne l'admission de sujets très dépendants et ayant besoin de doses nettement supérieures. Le plus souvent, la question s'est posée pour les consommateurs de Skénan®. L'adoption d'une machine et l'autorisation de moduler les doses distribuées ont permis une meilleure adaptation du programme aux demandes des usagers. Ce point est important. Il permet aux soignants de tenir compte des besoins individuels des sujets, et spécialement quand se prépare une orientation vers un médecin généraliste ou une autre structure.

Par ailleurs, des recherches de natures toxicologiques et pharmacologiques sont menées dans des cadres hospitaliers (PHRC Paris et Bordeaux) pour déterminer l'influence des doses de méthadone en fonction également de médicaments associées dans l'évolution des patients.

## Rythme et lieux

Les traitements de substitution, dont le principe consiste en l'établissement d'une dépendance médicalement assistée, impliquent de la part de l'équipe soignante l'absence de toute discontinuité dans la prise en charge. Il en résulte un travail intensif de l'équipe et une mobilisation importante, y compris à l'époque des vacances (mois d'août) quand il s'agit de trouver des relais thérapeutiques dans d'autres villes ou à l'étranger. Cette mobilisation a aussi une dimension géographique, le Bus étant une structure mobile, stationnant actuellement dans trois endroits successifs tous les après-midi (Gare de l'Est, Boulevard Ney et Cours de Vincennes). Les rencontres avec les usagers se font à l'intérieur du Bus et les rendez-vous avec les cliniciens ou les travailleurs sociaux ont lieu dans la structure fixe, Avenue Parmentier.

## LE TRAVAIL SOCIAL

Il s'agit d'une activité centrale dans le dispositif du Bus méthadone. Un assistant social est présent sur le Bus de façon ponctuelle, présence qui lui permet de prendre un contact direct, et informel, avec ceux des usagers qui envisagent peu de se rendre pour une telle consultation dans la structure fixe. En pratique, le travail social de base se réalise sur rendez-vous dans la structure fixe. Ce dernier se heurte à de multiples difficultés. Une première consultation permet de poser un diagnostic social et d'identifier les premières démarches qui devront être effectuées. Il s'agit le plus souvent d'un « débroussaillage » qui consiste notamment à savoir de façon précise ce qui a déjà été réalisé dans le passé par d'autres services sociaux. Ce point est capital car il évite l'erreur, toujours possible, qui consisterait à répéter ce qui aurait déjà été fait ailleurs, au risque de rendre encore plus difficiles les relations du sujet avec l'administration. Un dossier social est établi, comportant notamment le descriptif de la situation du sujet et les photocopies de tous les documents qui sont en la possession du sujet. Ce point est d'une grande importance dans la mesure où il est loin d'être exceptionnel qu'une personne perde tous ses papiers, y compris de façon parfaitement répétitive ou alors qu'elle fait des démarches pour en faire établir d'autres. Ce geste, par ailleurs, fait comprendre à la personne qu'il existe un endroit où elle pourra revenir si, de nouveau, elle a perdu ses papiers. Dans un deuxième temps, peuvent commencer les interventions sociales à proprement parler. Elles supposent une large participation du sujet lui-même qui devra faire un certain nombre de démarches. Mais ces dernières sont largement facilitées par deux éléments : le réseau social du Bus et le téléphone.

## LA DEMANDE DES USAGERS

La demande des patients est d'une analyse difficile dans la mesure où elle se trouve confrontée à une proposition de soin qui est elle-même caractérisée par ce mouvement d'aller « au devant des usagers de drogues ». La première rencontre du soigné et du soignant se trouve donc au moins contextualisée par cette dimension d'une offre de soin qui n'a pas nécessairement été sollicitée de façon explicite initialement. Ceci mérite d'ailleurs d'être nuancé dans la mesure où cette première rencontre peut en réalité avoir eu lieu « sur le terrain », avec un travailleur social étranger à l'équipe. Quoiqu'il en soit, la demande du sujet peut se trouver alimentée, ou accélérée, par cette idée selon laquelle ce qu'il peut demander correspond non pas tant à une attente de sa part qu'à un droit qu'il devient capable de faire valoir, l'un n'étant pas exclusif de l'autre.

Deux cas de figure peuvent être envisagés :

- le consommateur de drogues pour qui la rencontre avec le soignant spécialisé correspond à une première rencontre ;
- le toxicomane pour qui la démarche correspond à un recours parmi d'autres au dispositif spécialisé.

Dans le premier cas, nous avons affaire à un usager qui n'a pas acquis un statut social de toxicomane. Dans le second, nous avons affaire à un sujet qui se reconnaît dans ce statut de toxicomane, qui s'est déjà inscrit dans un circuit institutionnel spécialisé, ce dernier incluant nombre de structures soignantes, d'organismes sociaux et, le plus souvent, l'univers carcéral.

Cette distinction est importante dans le sens où elle influe fortement sur le devenir de cette demande et sa transformation éventuelle. Dans le premier cas, le Bus méthadone représentera de fait le premier point d'attache institutionnel à partir duquel une ou des orientations deviendront possibles et assez facilement négociées. Dans le second, l'inclusion dans le programme aura cette dimension d'un événement connu, voire répétitif, et à partir duquel les impasses du passé risquent d'être à nouveau rencontrées. Il faut concevoir, en effet, que même les évolutions les plus spectaculairement favorables peuvent se solder à terme par un retour à la case départ, c'est à dire une situation d'abandon, quand ont été épuisées les ressources thérapeutiques ou les motivations du demandeur.

S'agissant des motivations des sujets, elles s'inscrivent dans le cadre général d'une situation de dépendance, présente ou passée, vécue comme intolérable et devant être maîtrisée. Les sujets qui sont sortis récemment de prison n'échappent pas à cette situation. Un certain nombre d'éléments plus particuliers peuvent être cités :

- la recherche de l'anonymat et de la discrétion, notamment chez ceux qui sont bien insérés socialement et qui ont pu, par exemple, être informés par la presse de l'existence du programme ;
- les situations de désarroi, et plus particulièrement chez les femmes quand elles exercent un travail sexuel et/ou quand leurs problèmes de santé se compliquent (femmes enceintes) ;

- la recherche d'une dose complémentaire d'opiacés en relais du Subutex<sup>®</sup> ou d'autres substances.

Mais il faut souligner qu'il n'existe pas de parallélisme automatique entre la gravité des situations rencontrées et les recours à la structure. Il faut penser que les multiples rencontres de l'utilisateur et du soignant, en amont et après l'inclusion, sont autant d'opportunités pour le premier de se situer plus clairement par rapport à une offre de soins, si c'est cela qu'il souhaite.

#### **L'ACCÈS AUX PROGRAMMES MÉTHADONE**

Il se trouve facilité par un passage au Bus méthadone, parfois en solution d'attente pour une semaine ou deux, parfois en relais. Les structures concernées sont soit des structures parisiennes, soit des structures en banlieue. D'une façon générale on trouve des modes de consommation intensifs et peu maîtrisés avant l'admission dans le Bus (Skénan<sup>®</sup>, crack, Subutex<sup>®</sup> injecté...). Ces consommations, par la suite, s'amendent. L'utilisation de la voie veineuse est abandonnée ou réduite. Les consommations détournées sont également réduites, sans pour autant se calquer sur un modèle médical idéal. Très souvent, les sujets manifestent la demande d'un sevrage radical, avec diminution rapide des doses de méthadone. Cette demande est d'une interprétation difficile. Elle témoigne souvent d'une compréhension imparfaite du rôle que peut avoir un traitement de substitution. En pratique, l'équipe du Bus explique que le Bus n'est pas un lieu de sevrage et oriente si besoin le sujet vers une structure adaptée.

#### **L'ACCÈS AUX SOINS HOSPITALIERS**

Il se trouve lui aussi largement facilité par l'inclusion dans le Bus méthadone dans la mesure où cette inclusion implique des contacts relativement réguliers avec l'équipe soignante. L'orientation vers les soins se fait le plus souvent en raison de pathologies associées et notamment les accidents, une maladie intercurrente ou, enfin, une situation d'urgence. Parmi ces dernières, citons l'orientation vers les soins préventifs de sujets s'étant exposés à un risque de contamination par le VIH. Rappelons que ces orientations bénéficient en règle de la bonne implantation du réseau de Médecins du Monde dans les structures hospitalières et les services d'urgence en particulier. Il est ainsi rare qu'un sujet soit adressé de façon impersonnelle vers une structure médicale ou psychiatrique. Il bénéficie en principe d'une guidance vers une personne désignée ce qui renforce l'efficacité de l'accueil. Ce dernier point est important et concerne également le réseau social.

#### **L'ACCÈS AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

Le réseau du Bus méthadone compte une cinquantaine de médecins généralistes qui sont tous actifs dans le champ de la toxicomanie, certains s'étant de fait spécialisés dans ce champ et d'autres se disant au contraire peu expérimentés. Le partenariat qui s'est développé entre le Bus et ces praticiens est tel qu'il autorise des mouvements du Bus vers les médecins et des médecins vers le Bus. Le suivi des patients est facilité par l'équipe du Bus qui est en mesure de répondre aux sollicitations éventuelles des praticiens. Ce type de coopération permet aux médecins les plus réservés de sortir de l'isolement qu'ils ressentent trop souvent dans l'exercice d'une médecine particulièrement difficile. Une étude concernant dix praticiens analyse de façon détaillée les différentes situations rencontrées (cf. chapitre VI).

#### **LES CHANGEMENTS DE PRATIQUES DE CONSOMMATION**

Ils se font, dans l'ensemble, dans le sens d'une diminution des quantités de drogues de rue consommées et dans le sens d'une réduction de la voie veineuse pour les consommations. Mais cette constatation d'ensemble n'est pas uniforme. Pour certains, il s'agit uniquement d'une diminution des doses consommées, qu'il s'agisse de crack, de Skénan<sup>®</sup> ou d'héroïne. Ce type de situation est souvent retrouvé au début de l'évolution, quand l'utilisateur se trouve dans une situation intermédiaire entre la rue et les structures de soins dites "haut seuil". D'autres disent avoir cessé toute consommation en dehors de la méthadone. D'autres enfin reprennent de façon épisodique une consommation de crack qui avait été abandonnée auparavant.

#### **LA GESTION DES CONSOMMATIONS**

La plupart des usagers insistent sur ce point : l'inclusion dans le Bus méthadone les situe dans une position nouvelle par rapport aux consommations dans leur ensemble. Pour certains, c'est le fait d'entreprendre des démarches de type social (recherche d'un hébergement, inscription à la sécurité sociale, papiers...) qui les amène à réduire les quantités consommées ou à ne les envisager que de façon épisodique. Pour d'autres, la discipline qui consiste à se déplacer pour aller chercher la méthadone correspond à l'inscription dans le quotidien d'une démarche qui les éloigne un tant soit peu de leur milieu habituel. Pour d'autres, enfin, cette gestion des consommations correspond à la mise en place d'un projet sur le plus long terme avec en perspective le passage à une autre structure de soins ou le sevrage. Le cas des femmes qui exercent un travail sexuel est tout à fait révélateur à cet égard, cette activité étant parallèle à leur engagement dans la consommation des produits et étant susceptible d'être diminuée, voire remise en question.

## LES DONNÉES ISSUES DES QUESTIONNAIRES

Elles ont fait l'objet d'un traitement statistique et d'une analyse détaillée dans le rapport de l'INSERM. Cette population est comparable aux autres populations connues de toxicomanes pour ce qui concerne les principales caractéristiques sociologiques. Il faut insister cependant sur l'existence plus significative des indicateurs de grande précarité dans la population du Bus. Notons que les usagers restent en moyenne trois mois dans la structure, que les admissions se font à un rythme régulier de 17 à 40 sujets par mois et que, lors de la seconde année, la proportion de sujets "perdus de vue" a considérablement diminué, ceci grâce à une meilleure maîtrise du recueil de données (elles est estimée actuellement à 20 %). Soulignons que le chiffrage des "perdus de vue" est un résultat original, impliquant que le sujet ne fréquente plus le Bus, ni vraisemblablement les autres structures qui fonctionnent en réseau avec ce dernier, ce qui situe ce résultat dans une perspective réelle de suivi des itinéraires. Plusieurs points importants retiennent notre attention : l'importance du "bouche à oreilles" pour ce qui est du recrutement (50 %) ; la part de la banlieue (20 %) pour ce qui concerne l'origine géographique de la demande ; la grande fréquence des sujets sans contact thérapeutique préalable (50 %) ; la part très significative (30 %) des sujets qui sont orientés vers des médecins généralistes.

### Les médecins généralistes en réseau avec le Bus

Du 21 au 30 juillet 1999, dix médecins généralistes correspondants du Bus Méthadone Médecins du Monde ont été interviewés. Les entretiens, enregistrés et retranscrits, constituent la matière essentielle des analyses qui suivent.

Les dix médecins généralistes interviewés pour les besoins de cette étude ont été recrutés parmi vingt-neuf médecins généralistes contactés par les membres du Bus et s'étant prononcés, par téléphone, sur l'existence et la nature du suivi des patients qui leur ont été adressés. Ils ont accepté facilement (nous n'avons essuyé qu'un refus, justifié par une surcharge de travail) le principe d'un entretien d'une durée de 15 à 30 minutes. Les médecins n'étaient pas rémunérés pour leur contribution, deux d'entre eux l'ont explicitement regretté.

Un tel laps de temps a permis d'aborder cinq grands thèmes, en laissant peu d'espace à l'approfondissement. Chaque médecin a été interrogé sur ce qui l'a amené à correspondre avec le Bus, sur les formes concrètes de la correspondance, sur le suivi de la clientèle qui leur a été adressée, sur la gestion et la réduction des risques infectieux, et, enfin, sur leurs rapports à la méthadone.

Cette étude permet de mieux connaître les pratiques et les logiques qui sont à l'œuvre dans les rapports de correspondance tissés entre le Bus méthadone et les médecins généralistes. Élément déterminant au regard des enjeux de la substitution et de la réduction des risques.

Un des enseignements de cette étude est le constat d'une relative hétérogénéité des manières de correspondre et d'être correspondant. Impossible de dégager un profil du médecin généraliste correspondant du Bus méthadone Médecins du Monde. Ces sont des profils, des pratiques, des engagements, des compétences différentes qui composent le réseau des correspondants généralistes du Bus méthadone. Si dans le détail, chaque situation est différente, on s'attachera ici à dégager quelques dominantes, quelques tendances, quelques positions typées à propos des cinq grands thèmes précédemment évoqués.

#### LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

- **Docteur B. B. :** Paris 10<sup>e</sup>, interviewé le 21 juillet 1999. S'occupe de toxicomanes depuis onze ans. Un des médecins généralistes pionniers de la substitution. Le docteur B. s'occupe de soixante-dix toxicomanes sous méthadone, dont trois ou quatre lui sont adressés par le Bus. Ce sont principalement des prostituées. Il a connu le Bus méthadone dès qu'il fut créé, et l'a utilisé pour certains de ses patients « *qui ne voulaient pas aller dans un centre ou qui ont du mal à aller dans un centre spécialisé* ». Il cite le cas de gens trop connus pour qui le centre spécialisé serait invivable et dit avoir envoyé au Bus un cadre supérieur de société « *pour qu'il s'en sorte très vite* ».

- **Docteur J.-P. N. :** Paris 11<sup>e</sup>, interviewé le 22 juillet 1999. Correspondant du Centre Parmentier depuis 1995, adhérent du réseau COPAST, le docteur N. est devenu « *naturellement* » correspondant du Bus méthadone (un médecin du Bus qui exerçait auparavant au centre Parmentier l'a contacté). S'occupe de vingt-huit patients en traitement méthadone, dont trois lui sont adressés par le Bus. Il ne voit pas de raisons d'adresser des patients au Bus (à part pour un dépannage exceptionnel). Pour les rares patients qui s'adressent à lui en première intention, il dit prendre le temps d'organiser les choses et, lorsque cela se justifie, les dirige vers les centres spécialisés pour un traitement méthadone. Il cite le cas d'un de ses patients à qui il prescrivait du Subutex<sup>®</sup> et qui, sans l'en informer, est entré en contact avec le Bus méthadone. Il est revenu par la suite au cabinet du docteur N. pour poursuivre son traitement méthadone.

- **Docteur J.-F. B. :** Paris 10<sup>e</sup>, interviewé le 23 juillet 1999. S'occupe de quelques toxicomanes. Trois seulement sont passés par le Bus et suivent actuellement un traitement de substitution à la méthadone. Le docteur B. se présente comme quelqu'un qui ne souhaite pas fonctionner en réseau, qui manque de compétences dans le domaine de la prescription de méthadone, et qui considère pénible cette clientèle. Il ne souhaite pas qu'on lui adresse des patients, qu'il y ait un « *flot de toxicos* » dans sa salle d'attente.

- **Docteur T. E.** : Bagneux, interviewé le 26 juillet 1999. Le docteur E. fait partie des premiers médecins généralistes de quartier qui ont utilisé les traitements de substitution, « *bien avant les postes méthadone et l'arrivée du Subutex®* ». Il travaille dans un quartier de Bagneux qui s'appelle Les Blagis, « *un des six quartiers les plus impliqués dans l'économie de la drogue* ». Il appartient à trois réseaux Ville-hôpital, préside une association de prévention spécialisée (Le Club Relais) ainsi qu'une association humanitaire. Le docteur E. a appris l'existence du Bus lors d'une rencontre nationale sur la toxicomanie. Il n'a jamais adressé de patients au Bus, mais deux de ses patients ont fréquenté le Bus, ce qui l'a amené à correspondre avec eux. Il dit avoir été séduit par la façon de travailler des responsables du Bus, par l'idée, mais son secteur géographique étant un peu à l'écart, il a eu peu de contacts avec eux.

- **Docteur D. D.** : Paris 18<sup>e</sup>, interviewé le 27 juillet 1999. A une « *faible partie* » de sa clientèle composée de toxicomanes (une trentaine de patients). Des relations amicales avec certains responsables du Bus ainsi qu'une clientèle de toxicomanes qui fréquente depuis longtemps son cabinet l'ont amené à correspondre avec le Bus. Le docteur D. prescrivait du Moscontin® à des toxicomanes avant l'AMM du Subutex® et de la méthadone. Il suit trois toxicomanes qui lui ont été adressés par le Bus, et adresse parfois certains de ses patients au Bus, ceux qui sont « *les plus désinsérés socialement* » et pour lesquels les exigences d'un centre spécialisé lui paraissent trop rigides.

- **Docteur L. F.** : Paris 20<sup>e</sup>, interviewé le 27 juillet 1999. Se sert plus du Bus méthadone en tant que médecin de centre spécialisé (La Terrasse) qu'en tant que médecin de ville. Il peut toutefois y avoir recours - mais cette situation se produit peu souvent - pour certains de ses patients. Il n'a dans sa clientèle de ville que quelques toxicomanes qui lui ont été adressés par le Bus. En tant que médecin de ville, il a adressé un ou deux patients au Bus. En revanche, il en a envoyé « *pas mal* » par l'intermédiaire du centre La Terrasse, des gens pour qui le centre n'était « *pas adapté* », et du fait de la notion de bas seuil.

- **Docteur C. M.** : Conflant-Sainte-Honorine, interviewé le 28 juillet 1999. Ne s'occupe que de deux toxicomanes, dont un lui a été adressé par le Bus. Dit ne pas supporter beaucoup la toxicomanie. Il a pris en charge un toxicomane dont il était le médecin de famille et « *a fait pour le mieux pour l'en sortir* ». Par la suite, il a été contacté par le Bus. Il n'a jamais adressé de patient au Bus et dit se débrouiller du mieux qu'il peut avec les correspondants de Pontoise. Son seul contact avec le Bus : « *Une conversation téléphonique très rapide, c'est tout* ».

- **Docteur B. G.** : Paris 20<sup>e</sup>, interviewé le 28 juillet 1999. A connu le Bus du fait de relations communes, tissées au Centre Parmentier. Il s'occupe depuis longtemps de toxicomanes, et a répondu à l'appel pour la substitution lancé par les docteurs Carpentier et Bloch-Lainé. Le docteur G. n'a jamais envoyé de patients au Bus, mais a reçu environ six personnes, deux par an. Sur la population qui lui a été adressée, il dit avoir eu deux problèmes, un a arrêté complètement la méthadone, et quatre autres sont encore suivis.

- **Docteur M. V.** : Paris 12<sup>e</sup>, interviewé le 29 juillet 1999. Médecin qui « *s'occupe pas mal de toxicomanie* », qui travaille en réseau, et qui, étant un médecin qui « *prescrit beaucoup* », s'est retrouvé dans la situation d'avoir des patients en commun avec le Bus. Le docteur V. n'a qu'un patient qui lui a été adressé par le Bus. D'abord parce qu'il se dit « *débordé de boulot* », ensuite parce qu'il y a « *plusieurs écoles en médecine* » et qu'il travaille beaucoup avec le centre Emergence, enfin parce qu'il juge qu'il n'est pas estimé comme un correspondant préférentiel du Bus méthadone. « *Il y a des patients qui demandent à venir chez moi, parce que ça a été d'anciens patients, qu'on a des relations amicales, que le copain ou le cousin vient chez moi. Parfois ils essuient des refus.* »

- **Docteur F. G.** : Paris 9<sup>e</sup>, interviewé le 30 juillet 1999. Le docteur G. avait un patient qui connaissait et fréquentait le Bus, il lui a dit : « *Quand vous serez stabilisé, je vous reprends.* » Il était le médecin de famille de ce patient. Par la suite, le Bus l'a contacté pour suivre un autre patient, il a accepté. L'avantage du Bus méthadone est perçu en termes de rapidité de la réponse. Les toxicomanes sont présentés comme volatils, et trois mois de délai pour avoir un rendez-vous en CSST engendre des risques. Le docteur G. s'occupe de toxicomanes depuis l'AMM du Subutex®, avant, il « *les mettait dehors, parce qu'il n'avait rien à leur offrir.* »

#### **INITIATION ET CONDITIONS DE LA CORRESPONDANCE**

Pour expliquer ce statut de correspondant, plusieurs raisons sont évoquées. Parmi les raisons principales : le fait de faire le même travail, avoir des relations communes (connaissance de personnes de Médecins du Monde), avoir été appelé pour suivre un patient, avoir sollicité le Bus pour lui adresser un patient, enfin, avoir un patient en commun.

« *J'ai correspondu avec le Bus parce que, au moins un et ensuite un deuxième de mes patients avait eu affaire aux gens du Bus. Ce n'est pas moi qui ai adressé un patient.* » (E.)

« *Etant médecin qui prescrit beaucoup, je me suis retrouvé avec des patients en commun avec eux. C'est la seule chose qui m'a fait travailler avec eux.* » (V.)

« *Personnellement, j'ai utilisé le Bus pour pistonner - je connais bien Bertrand Lebeau - certains de nos malades [...] pour aller plus vite, pour ceux qui ne voulaient pas aller dans un centre, des gens qui ont du mal à aller dans un centre. [...] Quand j'ai quelqu'un qui m'importe beaucoup, qui va mal sous Subutex®, je téléphone au premier étage de Médecins du Monde et j'essaie de le pistonner, de lui faire bénéficier d'un circuit court.* » (B.)

« *En fait, le Bus en tant que généraliste, il n'a pas forcément un énorme intérêt. Mais par contre, je m'en sers plus en tant que médecin de CSST qu'en tant que médecin de ville.* » (F.)

Les généralistes qui s'intéressent depuis longtemps à ces questions, qui connaissent bien les dispositifs existant, qui s'occupent d'une clientèle importante, sont des correspondants presque obligés du Bus. Si le Bus n'est pas l'initiateur de la correspondance, ils peuvent utiliser le Bus pour répondre à des demandes spécifiques (raccourcir les délais d'obtention de la méthadone, traiter l'urgence, dépanner quelqu'un, utiliser le principe bas seuil) ou peuvent être amenés à devenir correspondants du fait de l'initiative de leurs patients. Un point mérite d'être souligné : le rapport de correspondance entre le Bus et les médecins généralistes recouvre plusieurs types de liens. Ce ne sont pas tout à fait les mêmes liens qui s'établissent lorsque le médecin généraliste a été contacté par les responsables du Bus pour devenir correspondant, lorsque c'est le médecin généraliste qui adresse certains de ses patients au Bus (notamment dans la perspective de les accueillir, une fois stabilisés, dans son cabinet) ou enfin lorsqu'un patient du Bus provient d'une clientèle de ville et souhaite y retourner. Sur ce dernier point, le rapport de correspondance n'est pas mécaniquement instauré, le docteur V. évoque le cas de certains de ses patients qui « se sont vus essuyer un refus », ajoutant par ailleurs que dans certains cas le patient est à la fois client du Bus et d'un médecin généraliste tout en n'informant personne de sa situation.

Les médecins généralistes spécialisés dans la toxicomanie travaillent en réseau, font partie d'un dispositif qui est déjà largement diversifié, ont l'habitude de se débrouiller avec les moyens dont ils disposent. Le Bus est un élément supplémentaire dans un dispositif qui leur est familier, dans lequel ils ont leurs entrées privilégiées. Ce sont des correspondants de fait. Dans un cas où des relations tendues nous sont rapportées (V.), se pose la question de ce qui sépare un correspondant de fait d'un correspondant de droit. Quatre médecins expliquent que ce sont des raisons relationnelles qui les ont amenés à correspondre avec le Bus. Ils avaient des relations communes, des relations amicales, connaissaient Bertrand Lebeau, Catherine Siskind. De là, des positions différentes apparaissent.

*« Monsieur Lebeau [...] c'est un des mes copains, avec qui j'ai de bons souvenirs d'une part, et d'autre part [...] la méthadone, sans le Bus, on n'y pense pas comme ça. Le Bus méthadone est un passage un peu obligé parce que la méthadone c'est quand même eux qui l'ont lancée, et je n'étais pas revêche à cela. [...] Je suis parisien comme eux, je sais que ça existe, et un jour j'ai envoyé quelqu'un. Ça n'a pas marché du premier coup, et puis j'en ai envoyé un deuxième, et ça a marché. Ce sont des correspondants qui sont pas mal, et qui me fixent surtout la dose de méthadone à donner parce que je n'y connais rien. [...] Moi, je ne fonctionne pas en réseau, j'ai ma clientèle, et on ne m'adresse pas de patients comme ça. » (B.)*

*« [...] On avait des relations communes. Je connaissais Lebeau, Catherine Siskind. [...] Je n'ai jamais envoyé de patients au Bus. [Ils m'en ont envoyé] mettons six, deux par an, pour des suivis méthadone en ville c'est-à-dire des gens qui allaient au Bus et dont ils pensent qu'ils ont une vie sociale suffisamment équilibrée pour qu'ils puisse dégager des places, parce que eux aussi sont un peu débordés, donc ils demandent à des généralistes s'ils sont d'accord pour prendre des personnes. » (G.)*

*« [...] C'était des gens que je connaissais qui conduisaient le Bus et avec qui j'étais en relation amicale. [...] Les rapports se font plus au niveau des individus qu'au niveau des centres. C'est clair, on connaît des gens, les gens vous font confiance ou on fait confiance à certaines personnes. [...] Quand ils ont quelqu'un qui réside plus ou moins officiellement dans le coin [...] et pour lequel il peut y avoir un suivi au long cours, ils peuvent m'en envoyer. Et moi quand je sens qu'il y a quelqu'un qui est un peu bringuebalant, je peux lui dire d'aller voir le Bus, qu'il y aura un suivi plus efficace [...] C'est plus professionnalisé avec le Bus. [...] J'adresserai au Bus les gens les plus désinsérés socialement. [...] Il faut un minimum d'insertion sociale pour envoyer les gens dans les centres [...] » (D.)*

*« J'ai commencé à m'occuper de toxicomanes en 1994, par l'intermédiaire de la secrétaire de la COPAST que je connaissais. Cette fille est une copine. [...] J'ai commencé à m'intéresser au problème, je me suis formé, et voilà. [...] Que j'adresse des patients au Bus, ça a peu de chances d'arriver. Ce ne sont pas du tout les mêmes patients. [...] À part pour un dépannage exceptionnel. [...] Si un patient vient chez moi [...] là on prend le temps d'organiser les choses, et c'est plutôt vers les centres spécialisés que ça va se faire si on veut les faire passer par un traitement par la méthadone. » (N.)*

Le docteur N. s'occupe de trois patients qui lui ont été adressés par le Bus mais ne voit pas de raisons d'adresser des patients au Bus (sauf dépannage exceptionnel). Pour le docteur D., ça marche dans les deux sens, ils lui en adressent et il leur en adresse. Le docteur G. quant à lui n'adresse jamais de patients au Bus mais en reçoit deux par an. Enfin, le docteur B. refuse de fonctionner en réseau, refuse qu'on lui adresse des patients, mais adresse des patients au Bus afin qu'ils fixent la dose de méthadone et les reprend par la suite. Intéressant ici de s'arrêter sur la diversité des rapports de correspondance. Enfin, deux médecins expliquent qu'ils ont correspondu avec le Bus un peu par hasard.

*« Peut-être parce que je suis un des plus anciens médecins de Conflant, du point de vue de l'installation et de l'âge. [...] La toxicomanie, c'est des choses que je supporte pas. Mais j'ai eu dans ma clientèle quelqu'un que j'avais connu bien et qui a sombré. Et j'ai essayé de faire ce qu'il fallait pour l'en sortir. Je connaissais surtout bien ses parents, c'étaient des vieux clients depuis une vingtaine d'années. J'ai fait du mieux que j'ai pu. J'ai dû en avoir deux. Mais ce n'est pas quelque chose que je supporte beaucoup. [...] C'est dans mon tempérament d'aider les gens, c'est tout. Je n'aime pas voir les gens en détresse et j'essaie de faire du mieux que je peux, même si je ne suis pas d'accord avec le problème de la toxicomanie. [...] Moi, je ne lui ai jamais adressé personne [au Bus]. Je me suis toujours débrouillé du mieux que j'ai pu avec les correspondants à Pontoise. » (M.)*

« Moi, je faisais avant de la substitution, et ils [le Bus] m'ont appelé une fois, et j'ai accepté, et ils m'ont appelé une deuxième fois. [...] Il y en a un [un patient] que je connaissais, qui allait chez eux, et je lui ai dit : quand vous serez stabilisé, je vous reprends. Je le suivais, j'étais le médecin de sa famille, je le soigne lui, son père. Et lui, le Subutex® ne lui a pas réussi [...]. Et l'autre, c'était un patient que je ne connaissais pas du tout, voilà. » (G.)

Trois logiques dominantes qui conditionnent le rapport de correspondance se dégagent très nettement de ces entretiens.

Il y a les correspondances largement favorisées par la place qu'occupent des médecins généralistes dans le champ du traitement de la toxicomanie. Pour les médecins généralistes parisiens spécialisés dans la toxicomanie, les occasions d'entrer en contact avec le Bus sont multiples : ils peuvent être sollicités par le Bus ou solliciter ses services, ou encore être amené à correspondre du fait d'un patient commun. Autre logique, celle qui fait prédominer des relations amicales, affectives, une histoire partagée, des liens tissés, des relations de confiance. On peut dire, d'une formule qu'il faudrait nuancer, que dans cette situation, les correspondants se sont choisis. Rappelons toutefois que sous cette logique commune s'exerce une diversité de pratiques et de rapports de correspondance avec le Bus. Enfin, dernière logique, largement conjoncturelle, que le docteur G. fait dépendre du hasard et que le docteur M. dit ignorer : deux situations dans lesquelles des médecins généralistes ont été choisis comme correspondants soit par les responsables du Bus soit par leurs propres patients toxicomanes. Ici encore, la formule serait à nuancer.

Les logiques dont il est question ici apportent des éléments de compréhension concernant la composition du réseau. Comment le réseau se constitue, qu'est-ce qui lie les médecins généralistes au Bus, voire les médecins généralistes entre eux ? On peut en théorie distinguer ces logiques des raisons et des modalités de la correspondance, même si, en pratique, les unes et les autres sont fondamentalement articulées.

#### **RAISONS ET MODALITÉS DE LA CORRESPONDANCE**

Il faut ici distinguer trois situations différentes. Première situation : les médecins généralistes adressent des patients au Bus. Deuxième situation : des patients sont adressés aux médecins généralistes par le Bus. Troisième situation : les raisons de la correspondance se situent à l'articulation de trois initiatives, celle du toxicomane, du Bus et du médecin généraliste.

##### **Des médecins généralistes vers le Bus**

Ce lien de correspondance est généralement établi afin de permettre à des patients d'avoir accès à la méthadone plus rapidement, ou pour des populations particulières, ou encore pour gérer le stock de places disponibles. Raccourcir les délais d'obtention de méthadone : c'est la raison essentielle pour laquelle le docteur B. dit correspondre avec le Bus. Le docteur E. considère, en y réfléchissant dans le cadre de l'entretien, qu'il aurait pu utiliser l'outil Bus méthadone dans ce sens c'est-à-dire pour simplifier les circuits d'admission au traitement méthadone. Le docteur G. quant à lui explique que les toxicomanes ont besoin d'une réponse rapide. Cette raison essentielle s'articule toutefois, selon les médecins, à d'autres raisons distinctes. Apporter une réponse rapide aux toxicomanes c'est réduire les risques qu'ils pourraient courir dans l'attente d'un traitement.

« Le Bus, l'avantage c'est que c'est très rapide. Les toxicos sont très volatils, ils ne sont pas très social, à la Terrasse, on prend rendez-vous pour dans trois mois, vous ne savez pas ce qui se passe en trois mois. Ils ont besoin d'une réponse tout de suite, et si vous ne donnez pas de réponse de suite, il y a un risque [...]. C'est ça l'intérêt du Bus. » (G.)

Entre l'urgence du traitement et la logique bas seuil. D'une part le centre spécialisé n'est pas accessible à toutes les populations et plus particulièrement aux populations les plus marginalisées, d'autre part un raccourcissement des délais de prescription de méthadone peut se justifier dans certains cas.

« Pour certains de nos patients qui sont extrêmement marginalisés, dans mon domaine de prévention spécialisée, je vois des gens qui n'iront jamais consulter dans une structure, c'est une certitude. [...] Je pourrais être tenté (ce sont des pourcentages assez minoritaires) de primo-prescrire de la méthadone parce que ce serait la meilleure solution. Je pense que j'ai perdu des patients - perdu au sens où ils sont morts - qui ont été exposés à des risques. Je n'ai pu réduire les risques en raccourcissant le circuit méthadone. Le Bus méthadone à Paris est l'une des solutions qui simplifie un peu ce circuit d'admission à la méthadone. Voilà pourquoi je trouve ça intéressant. » (E.)

« J'adresserai au Bus les gens les plus désinsérés socialement. C'est peut-être pas ce que je fais de mieux, mais c'est le réflexe que je vais avoir. Il faut un minimum d'insertion sociale pour envoyer les gens dans les centres où ça prend trois semaines pour avoir un rendez-vous. C'est vrai que le système de l'urgence à laquelle répond le Bus, c'est quelque chose qu'on pourrait discuter dans l'approche des toxicomanes. On pourrait dire que ça fait dix ans qu'ils ne sont pas bien, ils peuvent rester quinze jours de plus. [...] C'est un problème assez délicat. Je n'hésite pas, je dépanne, et j'envoie au Bus quand c'est quelqu'un de très désinséré. » (D.)

Si les centres spécialisés ne conviennent pas toujours aux populations dites les plus marginalisées ou les plus désinsérées, d'autres populations (trop insérées peut-être ?) peuvent trouver des bénéfices à éviter d'y avoir recours.

*« Je leur en ai envoyé deux ou trois, dont un cadre supérieur de société pour qu'il s'en sorte très vite. Ils ont vu arriver au Bus un type habillé costume trois pièces... Ça les a traumatisés. Le Bus méthadone est tout récent. Je m'en suis servi pour pistonner des malades qui étaient mal, qui attendaient. [...] Ou si quelqu'un est trop connu, on ne peut pas le laisser dans un centre, tout le monde le regarde, c'est invivable. Alors il faut le pistonner. On pistonne aussi bien des SDF que des gens connus. » (B.)*

Les centres spécialisés ne sont pas adaptés à la prise en charge de toutes les populations. A cela s'ajoute le fait qu'on peut avoir recours au Bus pour tester des patients, ou pour gérer la pénurie de places dans les centres spécialisés.

*« [En tant que médecin généraliste] j'ai dû certainement en envoyer un ou deux [au Bus] mais c'est vraiment très exceptionnel. Par contre, j'en ai envoyé pas mal qui venaient du centre au Bus, parce que c'est la notion de bas seuil, en gros, des gens pour qui le centre n'est pas adapté. [...] Peut-être aussi à cause du nombre de places dans le programme, ou pour les tester un peu, on leur fait un passage au Bus pour savoir comment ça se passe, un endroit où ils ont moins de contraintes. Parmi les gens qu'on envoie, on en récupère une bonne partie après. Ça permet d'attendre qu'il y ait une place. Mais au niveau des médecins de ville, je ne sais pas s'il y a beaucoup de confrères qui envoient au Bus. Pour moi, ça n'a pas beaucoup de raisons d'être. » (F.)*

Cette logique de gestion des places disponibles qui concerne, dans la situation précédemment évoquée, un centre spécialisé, peut aussi être agissante dans un cabinet de ville.

*« Quand il y a trop de toxicos qui débarquent dans votre cabinet, on peut en adresser au Bus ou à la Terrasse... » (D.)*

Le recours au Bus peut constituer également la moins mauvaise des solutions pour répondre à l'urgence, lorsque la demande est trop pressante ou que le temps (du toxicomane ou du médecin) manque pour envisager un autre recours.

*« Le Bus je le vois comme quelque chose d'itinérant, qui est une première demande, une demande de rue. Ou bien on n'a pas le temps de s'occuper des gens, quand ce sont des gens trop pressés et avec qui on n'a pas le temps d'entamer un dialogue, ou quand on peut le faire on cherche des choses un peu plus élaborées, on va au moins passer par un CSST, un endroit fixe. C'est comme ça que je le vois. » (G.)*

Enfin, le recours au Bus peut être présenté comme une solution simple, qui a fait ses preuves, qui fonctionne bien : pourquoi alors envisager un autre recours ?

*« Moi c'est simple, jusqu'à présent, ce qui m'est arrivé. J'ai des gens sous Subutex®, Skénan®. [...] Il y a un jour où le type en a ras le pompon. Pourquoi pas le Bus ? Ils me disent la dose, il revient après, et de temps en temps il va à Fernand Widal faire pipi dans le bidule. A Fernand Widal il y a un médecin qui fait des psychothérapies. Pour moi, le circuit il est celui-là. » (B.)*

Selon le docteur F., qu'un médecin généraliste adresse des patients au Bus « n'a pas beaucoup de raisons d'être ». Il s'agit pourtant d'une pratique relativement courante qui répond à des demandes et à des fonctions différentes. Le Bus méthadone bas seuil a pour fonction de permettre aux populations les plus marginalisées un accès facilité à la substitution et aux soins. Il s'agit là de sa cible principale. Cependant, le Bus représente aussi un élément nouveau dans un dispositif, une réponse spécifique qui n'a pas son équivalent, un recours supplémentaire pour faire face à des situations singulières. Autant de dimensions qui témoignent non de son, mais de ses utilités.

### **Du Bus vers les médecins généralistes**

Se mêlent, dans les propos des médecins généralistes qui suivent, des constats et des représentations, l'énoncé des raisons pour lesquelles des patients leur sont adressés et les idées qu'ils se font des raisons pour lesquelles ces patients leur sont adressés. Le rapport des toxicomanes au travail est souvent jugé essentiel : c'est parce qu'ils travaillent que le passage du Bus au médecin de ville se réalise. Le fait que les patients soient régularisés est également largement rapporté. S'ajoute à cela la possibilité, dans un cabinet de ville, d'augmenter le dosage de la méthadone. Plus rarement, c'est la gestion des pathologies infectieuses qui est évoqué comme une des raisons principales de la correspondance.

Le Bus méthadone bas seuil présente une série de contraintes. Il faut notamment s'y rendre tous les jours pour prendre sa méthadone. Cela peut poser des problèmes aux patients qui exercent une activité professionnelle. Problèmes qu'ils sont parvenus toutefois à surmonter, mais ne plus avoir à le faire peut leur procurer des bénéfices. Le critère de l'activité professionnelle est sans aucun doute un critère essentiel qui motive le passage du Bus au cabinet de ville. Mais bien d'autres choses se jouent que la seule gestion d'un emploi du temps surchargé. Les patients adressés par le Bus sont largement définis comme des gens régularisés, équilibrés, et en même temps, dans certains cas, c'est parce que le dosage de la méthadone est jugé non ou mal adaptée que le recours se justifie. Ce qui témoignerait d'un équilibre quelque peu précaire, ou d'une régularisation en voie de stabilisation. L'équilibre ou la régularisation dont il est question dans les entretiens qualifie donc à la fois, *a minima*, un certain rapport à la méthadone et un certain rapport au travail voire à la sociabilité. Les éléments nous manquent pour objectiver ce rapport.

« Ou bien ils ont un dosage insuffisant au Bus, ou des gens qui travaillent et qui allaient au Bus pour cette raison et qui préfèrent aller en médecine de ville une fois qu'ils sont bien équilibrés. C'est le passage classique d'un centre vers le médecin généraliste. Au Bus c'est doublé du fait du dosage, ils sont limités au niveau du dosage, il donnent 40 milligrammes, il peuvent exceptionnellement donner 50 ou 60 milligrammes pour quelqu'un qui a besoin d'une dose plus élevée. » (F.)

« [Les gens] qui ont un travail qui les empêche d'aller au Bus du fait de leurs horaires, et donc il faut qu'ils aient un médecin de ville, et en plus il faut qu'ils aient une quantité mieux adaptée [...], pour toutes ces raisons le Bus cherche à les faire passer rapidement en ville. Cela définit des personnes régularisées, déjà, qui sont la plupart des patients qu'on a en ville. [Pour deux des patients qui lui ont été adressés par le Bus] c'est un des médecins du Bus qui m'a demandé de les prendre en charge parce que c'était des gens qui travaillaient. Le premier c'est parce qu'il habite à côté, il est tout à fait régularisé, avec une famille, un enfant. L'autre c'est parce qu'il travaillait et ses horaires n'étaient pas compatibles avec les horaires du Bus. [...] En ville, on a la crème. [...] On a les gens les plus régularisés, même les gens RMistes, mais on n'a pas les cas les plus lourds [...] . » (N.)

« Ils viennent stabilisés. » (G.)

L'équilibre des patients peut aussi contribuer à l'équilibre de la structure. Principe qui était évoqué pour expliquer le relais entre les médecins généralistes et le Bus, et qui est repéré ou projeté ici du Bus vers les médecins généralistes.

« Les gens du Bus pensent qu'ils ont une vie sociale suffisamment équilibrée pour qu'ils puissent dégager des places, parce que eux aussi sont un peu débordés, donc ils demandent à des médecins généralistes s'ils sont d'accord pour prendre des personnes. » (G.)

Un seul médecin évoque le traitement des pathologies infectieuses parmi les raisons principales du relais.

« On s'est aperçu qu'il y avait encore beaucoup de gens qui n'arrivaient pas jusqu'à nous. Voilà pourquoi le Bus est arrivé et a été très bénéfique. Et puis les boutiques, les choses comme ça, les gens qui sont plus ou moins difficiles à amener dans un cabinet médical, et qui viennent plus facilement à partir du moment où il y a des correspondances entre le Bus et nous. [...] Quand ils ont quelqu'un qui réside plus ou moins officiellement dans le coin et pour lequel il peut y avoir un suivi au long cours, il peuvent me l'envoyer. [...] Une des raisons pour laquelle le Bus nous adresse des patients, c'est quand il y a des problèmes infectieux. » (D.)

#### **Retour, via le Bus, à la clientèle d'un médecin généraliste**

Les toxicomanes sont bien entendu des acteurs pour lesquels le recours au Bus peut s'inscrire dans une stratégie de gestion de la dépendance et représenter un élément important dans une trajectoire de sortie de la toxicomanie. Même les individus dits les plus marginalisés ne font pas que subir leur dépendance, ils en sont aussi les acteurs. L'initiative du toxicomane peut être à l'origine d'un rapport de correspondance entre le Bus et le médecin généraliste. Des cas sont rapportés de patients d'un cabinet de ville qui vont fréquenter le Bus pour ensuite revenir dans ce même cabinet. Les toxicomanes sont souvent présentés comme des spécialistes de la toxicomanie, ils connaissent bien la gamme des médicaments psychotropes dont disposent les médecins, et certains d'entre eux ont une expérience significative des dispositifs existants. Ce qui peut les conduire à opter pour ce dispositif plutôt qu'un autre.

Quatre médecins rapportent cette situation (E., V., G. et N.). Deux d'entre eux évoquent des raisons illégitimes : risques de marché noir ou de multi-prescription.

« Ce sont un petit nombre, peut-être deux de mes patients qui ont fréquenté le Bus parce qu'ils se sont trouvés en situation d'avoir un creux dans leur traitement. [...] Je me souviens d'un patient extrêmement difficile, je me demande s'il ne commercialisait pas sa méthadone, parce qu'il avait des demandes bizarres et qui a eu affaire au Bus. » (E.)

« C'est quand même une clientèle dure qu'ils ont, c'est ce qu'on appelle le bas seuil du point de vue de la clientèle. Moi aussi c'est pareil, je ramasse quelques fois des patients qui ne sont pas faciles, à La Chapelle, les prostituées. Il est certain que le Bus comme moi, on peut avoir des patients qui arrivent en nous mentant. [...] Il reviennent chez moi sans me le dire souvent. C'est agréable d'avoir une petite couverture de 40 mg de métha et de prendre un peu de Skénan ou d'autre chose, on se sent très bien, on a le petit gâteau et on cherche à mettre des cerises dessus. » (V.)

Enfin, le docteur N. évoque le cas d'un de ses patients qu'il avait adressé au centre Parmentier et qui, de son initiative, s'est adressé au Bus.

« Il [le patient] me téléphone en disant - je lui avais prescrit du Subutex® - : je ne vous l'avait pas dit, mais je suis rentré en contact avec le Bus méthadone, et je suis traité à 40 mg chez eux, ça se passe pas mal, je leur ai dit que j'étais en contact avec vous, et ils sont d'accord pour que je passe en ville maintenant, êtes vous d'accord ? J'ai pris contact téléphonique avec le Bus et ça s'est fait très rapidement. » (N.)

#### **SUIVI DES PATIENTS, SPÉCIFICITÉ DES POPULATIONS**

L'accompagnement et le suivi des patients est jugé globalement satisfaisant, parfois malgré les caractéristiques de la population, le plus souvent parce qu'ils sont sous méthadone, qu'ils sont bien orientés, qu'ils viennent stabilisés, qu'ils représentent une « élite ». Les entretiens n'ont pas permis d'entrer dans le détail du suivi. Une enquête téléphonique réalisée par les responsables de Médecins du Monde a accumulé des éléments de connaissance relativement précis sur cette question.

Suivi jugé satisfaisant du fait des particularités des populations adressées. Une population stabilisée, voire une population qui n'avait rien à faire avec le Bus.

« Ils viennent stabilisés. Je n'en ai pas beaucoup, j'en ai trois. Trois qui ont trouvé du travail, qui ont progressé, qui ont avancé dans la vie, c'est trois jeunes de gagnés, c'est hors de prix ça. » (G.)

« Les trois cas sont des cas nickel, parfaits, impeccables, rien à dire. [...] Ce sont des cas idéal. Sans jugement de valeur, ce sont des gens qui n'avaient rien à faire avec le Bus. Ça a été un passage très utile pour eux parce que ça leur a permis de démarrer, mais le Bus est plus spécifiquement pour les cas les plus difficiles, les cas en grande précarité, que le Bus va chercher. » (N.)

L'orientation est essentielle, parfois il y a des ratés.

« Il y a des gens avec qui ça se passe bien parce qu'ils ont été bien appréciés au niveau du Bus pour pouvoir aller en ville. Par contre il y a des cas qui n'étaient pas satisfaits du Bus, qui posaient peut-être des problèmes, qui demandent un passage en ville mais qui ne sont pas prêts, alors ils disparaissent. J'ai dû avoir deux problèmes, pour quatre ça s'est bien passé dont un qui a arrêté complètement la méthadone, et les autres qui sont encore là avec des doses plus restreintes et un suivi. » (G.)

Un relais plus efficace, une orientation mieux organisée, mieux pensée que dans d'autres situations bien que la population soit jugée identique aux autres patients.

« C'est comme les autres patients, avec les mêmes satisfactions et échecs. Il n'y a pas de particularité des gens qui viennent du Bus. J'avoue que parmi les gens que j'ai eus, je n'en ai encore renvoyé aucun au Bus, ce qu'on fait parfois avec des gens qui viennent de centres, on sent que ça dérape trop, on les renvoie. » (F.)

« Aucun problème. J'ai des problèmes avec un malade sous méthadone qui se l'injecte. Alors je me bats pour qu'il ne se l'injecte plus. Il y a quelques glissements vers l'alcool, c'est normal, c'est la polytoxicomanie. Mais rien de différent par rapport aux autres patients sous méthadone qui sont envoyés après avoir fait six ou sept mois dans un centre. Il sont peut-être un peu plus durs, c'est des gens qui ont la peau un peu plus tannée. » (B.)

Sur ce point, la partie épidémiologique de l'étude évaluative l'atteste, les patients adressés par le Bus aux médecins généralistes sont ceux qui bénéficient des caractéristiques socio-économiques les plus favorables. Il s'agit donc en quelque sorte d'une sous-population. Doit-on en conclure que ce sont les gens les plus proches de l'équilibre, de la régularisation voire de la sortie qui bénéficient des conditions les plus favorables à l'équilibre, à la régularisation, à la sortie ?

#### **GESTION ET RÉDUCTION DES RISQUES INFECTIEUX**

Une question portait sur la gestion et la réduction des risques infectieux, sur les liens établis, dans ce domaine, entre le Bus et les médecins généralistes. Au vu des réponses, on peut penser que cette question est au centre du dispositif mais qu'elle n'est pas formalisée comme telle. Bien entendu, le Bus méthadone contribue à la gestion et la réduction des risques infectieux. Les médecins le savent, et de leur côté, fait partie de leur activité de généraliste de prendre en compte cette dimension dès lors qu'ils ont affaire à des toxicomanes. Le programme de gestion et de réduction des risques infectieux est donc évident pour les uns et les autres, mais peu formalisé entre les uns et les autres.

« Non, je n'ai pas eu de contact sur ce programme, je sais qu'ils travaillent dessus, que moi-même dans d'autres circuits je travaille dessus. Avec le Bus non, je n'ai pas eu de contacts sur ces problèmes particuliers. » (E.)

« Non, je n'ai pas cette impression. De toutes façons, classiquement, quelles que soient les personnes, même si elles viennent en disant qu'elles prennent de l'héro mais n'ont jamais shooté dans leur vie, on fait la sérologie au départ, et on est prêt à la renouveler. Ça fait partie des trucs qu'on fait à un moment ou un autre. » (F.)

« Non, je n'ai pas souvent été contacté par le Bus. Je n'ai pas souvenir de l'avoir été. C'est vrai que je pense qu'ils font des analyses, gratuites, anonymes, c'est pas mal. Les médecins, quand il veulent bien traiter un toxico, c'est qu'ils sont conscients qu'il va mettre un arrêt à la piqure donc au sida. C'est clair, sinon on ne les soignerait pas. Ça va ensemble. » (B.)

« Le Bus Médecins du Monde, je suppose que c'est une bonne chose. A condition que les femmes qui font le trottoir y aillent régulièrement. Moi je peux simplement faire un bilan classique : recherche d'une hépatite C, le sida lorsqu'elles viennent me voir. Je ne sais pas comment ça se passe là-bas. Je suppose qu'on les envoie faire un dépistage. Cela sort de mon ressort. Sur ce point, il n'y a pas de relais, c'est eux qui s'en occupent. Dès qu'ils arrivent ici, il y a un bilan complet. » (B.)

« Je ne me jette pas sur les patients à la première consultation. Les trois que je vois sont trois jeunes qui étaient capables de dire ce qu'ils ont fait comme examen. » (G.)

« Quant à la dimension de pathologie infectieuse, une fois que les gens sont passés en ville c'est moi qui m'en occupe. Ou ce sont des gens qui connaissent leur sérologie, qui sont déjà séropositifs ou ont l'hépatite C, ils ont une attache hospitalière, ils sont traités déjà. Il y en a à qui je renouvelle les traitements, à qui je fais faire la sérologie de surveillance, quand ils sont piquables en intraveineuse. Ceux qui ne connaissent pas leur sérologie encore, parce qu'ils ont un problème de sécu, parce qu'ils n'ont pas de mutuelle, parce qu'ils attendent la carte Paris Santé, je les suis, on les surveille. Je n'ai pas de patients qui sont passés par le Bus ou le CSST qui sont suivis par moi pour les médicaments de substitution et qui sont suivis par le centre pour leur pathologie VIH. » (N.)

Les médecins généralistes jouent un rôle important dans le traitement des pathologies infectieuses. Ils peuvent représenter un relais complémentaire de celui exercé par le Bus dans l'orientation des patients. Ils peuvent peut-être plus facilement qu'un Bus itinérant convaincre les toxicomanes d'entreprendre un bilan sérologique, de traiter une hépatite C, ou des infections diverses. Ce rôle des médecins généralistes n'est peut-être pas suffisamment pris en compte. S'il n'est pas nécessaire que la problématique de la réduction des risques infectieux soit formalisée entre le Bus et les médecins généralistes pour que les uns et les autres s'en occupent dans le cadre de leurs pratiques et de leurs responsabilités respectives, une formalisation de cette problématique pourrait permettre de systématiser des pratiques, notamment la recherche et l'incitation au traitement de l'hépatite C, qui n'est clairement évoquée que par un médecin généraliste. Le docteur D. expliquait certaines des raisons du relais entre le Bus et les médecins généraliste en termes de suivi plus humain, plus personnalisé. On peut penser que ces conditions sont favorables à l'incitation au traitement des pathologies infectieuses, pour des « patients » pour lesquels se préoccuper de sa santé n'est pas chose évidente. Deux médecins généralistes font explicitement de la gestion et du traitement des pathologies infectieuses un des enjeux majeurs de leur correspondance avec le Bus.

*« Quand on voit des gens pour un traitement méthadone envoyés par le Bus, on reprend toujours les éléments d'enquête sur le VIH, sur les hépatites. Souvent c'est l'occasion pour des gens qui sont aptes à prendre un traitement, notamment je pense à l'hépatite C. Le VIH pas tellement, parce que les gens sont assez conscients déjà. [...] En deux mois j'ai eu deux cas à peu près similaires, deux personnes qui savaient qu'ils étaient porteurs du virus de l'hépatite C, mais qui ne s'en étaient pas préoccupés, et quand ils viennent ici, on redemande l'examen biologique pour voir s'il y a eu une évolution, on leur propose une biopsie hépatique avant éventuellement un traitement. Après le problème de la toxicomanie, l'hépatite C est le problème le plus important. Maintenant on voit plus de gens atteints par l'hépatite C que par le VIH. Et c'est finalement beaucoup plus négligé. On a vraiment là un rôle à jouer. » (G.)*

*« Une des raisons pour laquelle le Bus nous adresse des patients, c'est quand il y a des problèmes infectieux. C'est vrai qu'on est plus à même de traiter cela qu'un Bus itinérant. Ou au moins de faire le relais vers l'hôpital ou de faire des choses comme ça. Je me rappelle d'une fille qui était au Bus, qui avait un énorme ulcère aux jambes qu'elle gardait depuis des mois, elle est venue chez moi, je ne dis pas que j'ai fait beaucoup mieux que les autres, mais j'ai réussi à l'amener dans un service, et ça s'est pas mal arrangé. » (D.)*

#### **STATUT DE LA MÉTHADONE**

Un seul médecin (M.) dit ne pas être à l'aise dans la prescription de méthadone. Il dit ne pas pouvoir être à l'aise avec ces médicaments [de substitution], qu'il s'agisse donc de la méthadone ou du Subutex®. Pour les autres médecins, la méthadone est jugée globalement comme un bon médicament, souvent présentée comme étant plus simple d'utilisation que le Subutex®, et ayant davantage de mérites.

*« La méthadone, c'est plus simple que le Subutex®. On a des problèmes avec le Subutex®, problèmes créés par la loi telle qu'elle a été faite. Possibilité de multiprescripteurs, des injections, c'est le médicament lui-même qui est injectable. Il n'y a pas ces problèmes avec la méthadone. » (N.)*

*« Ça ne me pose pas de problèmes de prescrire de la méthadone, j'ai l'impression que c'est mieux observé. Les gens sont plus tenus, et de temps en temps on leur fait des analyses d'urine, ce qui est fait plus rarement avec le Subutex®, c'est plus sauvage le Subutex®. » (D.)*

*« La méthadone est d'un maniement relativement simple et d'une dangerosité réduite. [...]Le maniement de la méthadone est parfaitement accessible à un médecin généraliste. [...] Mais je dirais pour tempérer les choses qu'en sens inverse, la prescription de buprénorphine peut être considérée comme trop facilement accessible. Il y a certains médecins qui l'utilisent trop facilement dans des cas où on expose le patient à des dangers. » (E.)*

Le passage du Subutex® à la méthadone réduit certes les risques d'injection, mais ne les élimine pas tout à fait. Le docteur B. évoque le cas d'un de ses patients qui s'injecte la méthadone. Ce que confirme le docteur F. .

*« L'avantage c'est qu'en théorie ça élimine les problèmes de shoot, en théorie. J'ai un patient qui se shootait avec la méthadone. Quand ça ne dérive pas vers autre chose, alcool ou crack. L'inconvénient, qui est aussi un avantage, la délivrance est plus compliquée [que pour le Subutex®]. » (F.)*

Le docteur G. considère qu'on a davantage de connaissances sur la méthadone que sur le Subutex®. A cela s'ajoute les dimensions de l'encadrement et de la sécurité.

*« Paradoxalement je dirais qu'on est plus à l'aise avec la méthadone qu'avec le Subutex®. Parce que la méthadone était quelque chose de plus diabolisée, plus dangereux, on a de la littérature, c'était quelque chose qu'il fallait connaître. Et la prescription de méthadone est très encadrée. Donc on a peu de problèmes. [...] Il y a une certaine sécurité pour le patient et le médecin. » (G.)*

Les contraintes et la relative difficulté d'accession au traitement sont globalement saluées - et plus fortement dans les extraits qui suivent - comme des éléments déterminant le succès et l'efficacité du traitement à la méthadone.

*« C'est bien que la première prescription soit dans les centres, et on suit après. Il faut que ce soit formel, qu'il faille faire des démarches pour avoir ça. » (G.)*

« C'est un produit de substitution qui est plus ou moins apprécié par les toxicos. Il y en a qui n'aiment pas trop parce que c'est un peu comme « plus jamais je ne prendrai... ». Et c'est aussi la règle des sept jours. C'est vécu comme un truc dont on ne peut plus s'échapper. [...] C'est vrai que je le vis un peu comme un mythe d'arrêt, et les toxicos aussi [...]. » (B.)

Enfin, ce sont parfois les propriétés pharmacologiques du produit qui sont largement mises en avant.

« Je me sens très à l'aise dans la prescription de méthadone dans le sens que c'est un produit merveilleux. Lorsque mes patients arrivent sous métha, ils changent complètement d'attitude, ils n'ont plus le désir d'injection, il ont franchi un pas en avant, ils sont vraiment dans la substitution pure [...]. » (V.)

« [...] Parfois ils [les toxicomanes] ont entendu que la méthadone ça défonçait vachement plus [que le Subutex®]. » (F.)

## **SYNTHÈSE**

Cette étude est une contribution à une meilleure connaissance des rapports de correspondance entre le Bus méthadone Médecins du Monde et les médecins généralistes. Nous avons repéré des pratiques, des logiques, des positions, qui rendent compte, au moins partiellement, du fonctionnement d'un dispositif. On en rapportera très brièvement ici les dimensions qui nous semblent principales.

Les logiques qui concourent à tisser des liens de correspondance entre le Bus méthadone et les médecins généralistes sont multiples. Le réseau qui, ainsi, se constitue, présente une relative hétérogénéité. Font partie d'un même réseau des médecins généralistes spécialisés dans la toxicomanie et la prise en charge des toxicomanes, des médecins généralistes engagés notamment dans la prise en charge des toxicomanes et des médecins généralistes qui mettent en avant leur manque de compétence et d'expérience en la matière.

Les pratiques, comme les profils des médecins généralistes, diffèrent. Le bus est utilisé par les médecins généralistes pour des populations jugées réfractaires aux centres spécialisés, pour raccourcir le délai d'entrée dans un traitement méthadone, pour répondre à l'urgence, gérer le stock des places disponibles dans les centres spécialisés voire en cabinet de ville, ou tout simplement parce qu'il s'agit d'un moyen simple et performant d'accès à la méthadone. Le Bus méthadone a donc de fait de multiples utilités. On constate qu'il apporte des solutions nouvelles à des problèmes réels, qu'il est utilisé dans des situations pour lesquelles sa fonction n'était pas prévue. Les médecins généralistes adressent au Bus les populations dites les plus marginalisées, les populations « bas seuil », mais également des populations en transit voire des populations destinées à revenir dans le cabinet du généraliste initiateur de la correspondance. Les médecins généralistes contribuent, par leur pratique, à la sélection des populations qui s'adressent à eux et leur sont adressées : orientation vers le Bus de populations que celui-ci n'a pas eu à aller chercher, présélection de candidats dans la perspective d'un retour envisagé. Ces logiques concourent à la constitution d'un public « haut de gamme » du Bus bas seuil.

Globalement, le suivi des patients est jugé satisfaisant. Les individus perdus de vue et les « cas difficiles » sont largement minoritaires. Difficile toutefois, à partir des éléments dont on dispose, de déterminer les contributions respectives du Bus, des médecins généralistes et des patients eux-mêmes à cette performance générale.

La méthadone est largement célébrée comme outil efficace dans les programmes de substitution. Ses mérites principaux lui viennent, d'après les médecins, des contraintes et observations qui règlent sa prescription et sa consommation (même si des médecins peuvent par ailleurs trouver des bénéfices à contourner ces contraintes), de sa forme galénique (qui réduit fortement les pratiques d'injection) et de ses propriétés pharmacologiques. Enfin, en ce qui concerne la gestion et la réduction des risques infectieux, on constate que peu de choses ont été formalisées entre le Bus et les médecins généralistes. Davantage de contacts sur ces questions pourrait permettre d'améliorer le fonctionnement du dispositif.

## **Vers une modélisation de l'évaluation**

Lors de l'ouverture de la structure, l'équipe avait déjà posé les bases d'une évaluation à partir de l'idée d'un triple recueil de données : à l'inclusion, pendant le suivi et à la sortie. Les instruments de recueil de données ont été conçus par l'équipe sous la forme de questionnaires dont le contenu a été organisé de façon à permettre un bon degré de comparabilité avec d'autres sources et plus spécialement celles de l'INSERM. Un certain nombre d'éléments ont cependant été ajoutés dans le sens d'une plus grande adaptation aux spécificités du Bus méthadone. S'agissant du questionnaire de sortie notamment, il a fait l'objet d'une réorganisation de façon en particulier à ce que tous les membres de l'équipe puissent y contribuer, ceci permettant de réduire l'importante déperdition d'information telle qu'elle nous l'avons constatée initialement. Deux internes en santé publique ont contribué à cet effort allant dans le sens d'un recueil de données le plus systématique et le plus cohérent possible. Ceci n'allant d'ailleurs pas de soi puisque la population prise en charge est mobile, susceptible de s'absenter, de quitter le programme sans prévenir et, également, de revenir.

Au moment de la rédaction de ce rapport, les modalités de recueil (*cf.* les questionnaires en annexe) semblent satisfaisantes, au prix cependant d'un effort constant de la part de l'équipe. Les conditions sont donc réunies pour qu'existe un état des lieux permanent, dont les modalités et le contenu pourraient à leur tour être utilisées dans d'autres structures du même type. Les questionnaires ont l'avantage d'être courts et précis, abordant les points essentiels au sujet des caractéristiques sociales des usagers, des consommations et des pratiques de consommation, de l'état de santé et des recours aux soins. Il serait judicieux, enfin, de prévoir la réalisation d'un manuel de passation des questionnaires, afin de garantir une bonne homogénéité du recueil de données d'une structure à une autre.

#### **REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES**

Deux modes d'approche sont retenus : épidémiologique et ethnographique.

##### **Méthode épidémiologique**

- Les outils :

Les questionnaires construits par la Commission Nationale des Traitements de Substitution pour le suivi épidémiologique des 5 000 premiers patients bénéficiant de prescription de méthadone par les centres spécialisés dans toute la France, et validés sur les 300 premiers dossiers par l'INSERM [Rapport DGS-INSERM 1997], ont servi de base au niveau du bilan initial des consultants du Bus pour décrire leurs caractéristiques socio-démographiques, sanitaires et psychologiques.

Le questionnaire de suivi est adapté avec l'équipe de Médecins du Monde en fonction des conditions spécifiques de fonctionnement du Bus : délai de suivi court des patients, passages rapides pour les consultants.

- Application clinique :

L'échantillon d'individus étudié correspond à un recueil exhaustif des données sur les premiers mois de fonctionnement du Bus, pour éprouver le projet thérapeutique par rapport à l'admission d'une population cible pressentie, suivant la convention initiale. La même méthodologie avait été retenue pour l'expérimentation du Bus pratiquant l'échange de seringues [Division Sida-Inserm, 1992].

Comparaison avec d'autres sujets traités :

L'hypothèse de recrutement des patients dans les structures correspondant majoritairement à leur zone géographique d'implantation est retenue [*cf.* Atlas de la Santé en France Ministère de la Santé, 2000]. Le Bus étant situé à Paris, ce sont les CSST parisiens qui permettent a priori la comparaison des sujets traités avec des doses différentes de méthadone et des soutiens psychosociaux différents. L'échantillon des sujets retenu pour la comparaison dépend de la participation des centres à l'étude nationale, pour la même période [*cf.* Rapport DGS-INSERM, 1998]. Les mêmes limites sont observées dans les études de santé mentale [*cf.* V. KOVESS].

Les tests statistiques utilisés pour la comparaison des groupes de sujets traités correspondent à la méthodologie classique, pour tester les différences (significatives ou non) entre les valeurs moyennes des groupes [*cf.* méthodes statistiques, D. SCHWARTZ].

##### **Méthode ethnographique**

Plusieurs axes sont suivis :

- l'observation participante avec l'équipe de Médecins du Monde,
- le suivi des sujets à la suite de leur orientation (passation des questionnaires de suivi et entretiens qualitatifs),
- des entretiens avec des cliniciens dans d'autres CSST prescrivant de la méthadone.

La méthode habituelle en ethnographie est utilisée suivant ses grandes lignes [*cf.* G. DEVEREUX] avec des adaptations dues à la population spécifique rencontrée dans le Bus Médecins du Monde, comme dans l'expérience, il y a quelques années, des échanges de seringues [*cf.* INGOLD - IREP].

La méthodologie d'évaluation utilisée s'appuie sur le parallélisme des approches épidémiologique et ethnographique utilisées simultanément avec confrontations régulières, depuis le début de l'expérience, des observations. L'intérêt du parallélisme d'approches multidisciplinaires avait déjà été souligné à la DGS [*cf.* note au Directeur Général de la Santé, 1989, INGOLD, FACY] dans le cadre de la recherche épidémiologique en toxicomanie.

De la même façon, les conclusions du groupe d'experts en épidémiologie du Conseil de l'Europe dans le cadre de l'étude multivilles préconisent l'utilisation conjointe de statistiques d'activités, d'enquêtes épidémiologiques sur les sujets traités et d'études ethnographiques [*cf.* Conseil de l'Europe, Etude multivilles, 1985].

#### **INDICATEURS PERTINENTS**

- Description de population :
  - situation légale
  - indices de précarité
  - demande de soins en urgence
  - absence de recours antérieur
  - proximité
  - disponibilité
  
- Suivi de population :
  - délai de rétention
  - usages de psychotropes
  - insertion
  - état de santé
  - orientation
  - réinclusion
  
- Description de pratiques :
  - profils professionnels
  - qualité d'écoute
  - appartenance à un réseau (hôpital, CSST)
  - interrelation du Bus et des réseaux (social et médical)
  - synthèses et bilans

#### **Bibliographie**

SCHWARTZ D. *Méthodes statistiques appliquées à la médecine et à la biologie*, Paris, Flammarion, 1965.

FACY F., LE HUEDE E., RAMIREZ H. D. « Drug addict and syringe sharing in France. Epidemiological study 1988. », *Int. J. Addict*, 26 (5), 1991, 515 - 529.

KOVES V., FACY F. « *Epidémiologie des dépendances* » In : *Epidémiologie et santé mentale*, Paris, Flammarion, 1996, 131 - 141.

DEVEREUX G. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, 1980, Paris, Aubier-Flammarion

INGOLD D. *Les effets de la libéralisation de la vente des seringues*, Paris, IREP, 1988.

CONSEIL DE L'EUROPE. *Étude multivilles*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1985.

## **Discussion**

### **L'IDENTITÉ FONCTIONNELLE**

L'identité fonctionnelle de la structure reste tributaire de celle du PES avec lequel elle partage de fait un certain nombre d'objectifs communs. En ce sens la structure conserve bien son identité de structure à "bas seuil d'exigence". Mais elle se démarque aussi nettement du PES dans la mesure où les prestations qui y sont effectuées sont en grande partie des prestations hautement spécialisées, où les rôles de chaque membre de l'équipe sont nécessairement identifiés et non systématiquement substituables. De la sorte, l'infirmier, l'assistant social, l'éducateur, le médecin, le psychologue peuvent être mobilisés en tant que tels tout en conservant leurs attaches à un projet où les rôles de chaque professionnel ont une dimension commune, c'est à dire non séparable.

Il en résulte une identité fonctionnelle où les territoires de la clinique et du travail social ne sont pas posés une fois pour toutes, mais plutôt définis au fur et à mesure et de façon non définitive. Ceci implique l'existence de tensions entre les différentes disciplines mobilisées, lesquelles contribuent à façonner cette identité. L'élément régulateur, hors la supervision institutionnelle mise en place peu après la création du Bus méthadone, étant l'accent prioritaire donné à la mission d'accueil et d'orientation, laquelle implique que le patient soit à même d'identifier nettement à qui il s'adresse, comment et pourquoi. D'où, paradoxalement, un effort de la part de l'équipe dans le sens d'une certaine compartimentation des compétences.

Il existe donc un certain nombre de points communs entre l'identité fonctionnelle de cette structure et celle des institutions spécialisées dans leur ensemble. Les ressemblances pourraient être résumées de la façon suivante : des compétences identiques, une clientèle commune, des objectifs similaires, une reconnaissance de la toxicomanie en tant que composante non exclusive de la situation des usagers de drogues, un fonctionnement en réseau.

Mais ces dimensions communes sont aussi comprises dans le cadre plus global d'une certaine forme de militantisme, l'intervention de la structure étant aussi portée par la volonté de souligner les manques ou les insuffisances ayant trait aux réponses socio-médicales offertes par la société aux usagers de drogues les plus marginalisés.

Ce militantisme, à son tour, rend d'autant plus nécessaire l'identification aussi rigoureuse que possible des difficultés dont souffrent les usagers afin de faire porter l'effort, le cas échéant, sur la dimension sociale, psychologique ou médicale de l'intervention. Ceci se traduit sur le plan formel par un style d'intervention où domine un souci d'efficacité par rapport à la bonne prise en charge du sujet et par rapport aussi à la bonne marche de la structure.

### **LES FONCTIONS**

Les fonctions de cette structure sont en cours de définition. Elle assure, certes, un rôle de prévention globale et de facilitation de l'accès aux soins pour les usagers de drogues. Son rôle est loin d'être négligeable dans le sens d'un entraînement des médecins généralistes à l'accueil et au suivi des mêmes patients. Mais sa fonction par rapport aux autres structures spécialisées (partenaire critique, partenaire en amont) ne semble pas encore tout à fait établie.

La structure pourrait apparaître en tant que structure de soins spécialisée parmi d'autres. L'accueil, l'évaluation du patient et l'engagement thérapeutique sont menés de façon ordinaire, comme dans toute structure spécialisée et médicalisée. Mais sa vocation est bien de se concevoir comme une "passerelle" ; intervient là sa spécificité ainsi qu'une limite à son engagement thérapeutique. D'où cette fonction originale de médiation qui définit la structure comme une enclave dans le système de soins, enclave soignante et préventive. En d'autres termes, un rôle majeur de la structure vis à vis du toxicomane consisterait en une interpellation de l'utilisateur (aller au devant), une stimulation de sa demande (qui est vue dans l'hypothèse de l'intentionnalité de soins qui est la sienne) et, enfin, une négociation de cette demande (le rôle de relais, ou de passerelle). Ce serait plaider pour une vocation s'adressant de façon principale à ceux des usagers qui n'ont pas encore été en contact avec les structures de soins, point que l'on trouve confirmé quand on sait qu'environ la moitié des sujets accueillis ne déclarent aucun contact thérapeutique préalable.

Il en résulte l'ébauche d'un dispositif soignant qui intervient à la fois comme partenaire des autres structures existantes et comme facilitateur de l'accès aux soins, dans une complémentarité ayant une triple dimension éducative, sociale et médicale. La dimension psychologique de l'intervention n'est pas absente pour autant, mais elle se trouve en quelque sorte masquée dans l'interaction entre le patient et la structure par le projet lui-même d'une orientation vers d'autres lieux.

## Conclusion

Nous avons observé que les usagers de drogues ayant recours au Bus méthadone provenaient d'horizons très différents les uns des autres, qu'il s'agisse du dispositif spécialisé ou de la rue, et que la population prise en charge était comparable en tous points aux autres populations connues de toxicomanes, exception faite du degré significativement plus marqué des indicateurs de précarité sociale. Le suivi de ces usagers met en évidence :

- une diminution des consommations licites et illicites ;
- un recours fréquent à d'autres institutions ou d'autres thérapeutes, qu'il s'agisse d'orientations spontanées ou programmées ;
- une réduction des pratiques à risque des usagers, ceci notamment du fait d'une tendance à la réduction des consommations et à l'abandon de la voie veineuse.

Les fonctions de ce dispositif sont telles qu'elles permettent à certains usagers d'y avoir recours de façon régulière ou épisodique, ce qui peut correspondre pour eux à plusieurs objectifs distincts :

- une pause, ou une « mise au vert », lors d'un moment de précarité, d'errance ou d'abandon ;
- un moment thérapeutique à proprement parler, notamment pour ceux qui découvrent lors de ce premier recours l'existence de tout un éventail de modalités de soins à l'extérieur de la structure ;
- une aide sociale, relationnelle, et éventuellement médicale, pour ceux qui ont déjà une longue expérience des réseaux spécialisés et pour qui le passage dans le Bus est l'occasion d'une restauration des droits sociaux de base.

La particularité de ce dispositif, en termes de complémentarité avec les autres structures spécialisées, est sa capacité à négocier dans des temps rapprochés l'accueil et l'orientation. Dispositif soignant, il ne se substitue pas pour autant aux structures dont la vocation est le soin au long cours. Le lien privilégié qu'il entretient avec la rue lui permet d'entrer en contact avec une population dont la première caractéristique est l'absence de recours thérapeutique préalable. Le soin qui est proposé n'est donc pas tant une modalité thérapeutique particulière qu'une intervention soignante dont les effets se traduisent par la capacité nouvelle des usagers à se diriger dans les filières de soins.

Comme nous l'avons vu, la population cible de cette structure est représentée par les sujets qui se trouvent dans des situations de grande précarité. Il s'agit d'une précarité analysable selon des critères sociaux et médicaux. Mais il s'agit aussi de souffrances d'origine sociale qui peuvent se traduire par un désarroi devant une offre de soins qui apparaît malgré tout comme inaccessible. Ceci caractérise d'ailleurs aussi nombre de jeunes non toxicomanes et en situation de grande précarité. Cet accompagnement thérapeutique ne saurait donc pas être une fin en soi. Nous pensons que le Bus méthadone a la spécificité d'un accompagnement thérapeutique à partir duquel une certaine proportion de sujets deviennent capables d'une demande de soins. Ceci est un argument qui permet de penser la structure en termes de complémentarité avec le dispositif spécialisé existant, notamment dans les grandes villes.

## **DEUXIÈME PARTIE DU RAPPORT D'ÉVALUATION : ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE**

### **Introduction**

De façon générale, l'accroissement des connaissances scientifiques et des performances technologiques accompagne tout mouvement d'expérimentation dans les activités humaines. Le champ de la santé se trouve ainsi investi, comme le champ de la production, par des tentatives dont le but allégué par les acteurs, en principe, est l'amélioration de certains critères, économiques ou sociaux. Les interventions progressivement proposées auprès des toxicomanes par les instances de santé publique relèvent de ces raisonnements, même si les spécificités liées aux comportements humains entraînent de nombreuses adaptations des méthodes éprouvées dans le domaine de la santé physique. Les justifications et les argumentations requises pour l'installation de nouveaux modes d'intervention, voire de nouveaux traitements, n'ont pas les mêmes bases scientifiques que pour un grand nombre de pathologies. C'est bien souvent au nom de pratiques cliniques mieux adaptées à des besoins nouveaux, analysées auprès de sujets demandeurs d'aide et de soin, que des expériences sont élaborées par des équipes particulièrement motivées. Ce type de démarche expérimentale se situe de façon complètement parallèle aux recherches menées en laboratoire, où l'expérimentation animale est la règle, ou aux recherches cliniques menées par des équipes hospitalo-universitaires sur des sujets recrutés de façon spécifique – selon la nosographie psychiatrique par exemple. Dans l'exemple de l'expérience menée par l'équipe du Bus de Médecins du Monde à Paris, le pragmatisme l'emporte sur l'établissement de la preuve scientifique pour l'installation d'un programme de seuil à exigence adaptée d'intervention auprès de toxicomanes, avec délivrance de méthadone à doses inférieures (40 mg) à la moyenne habituellement préconisée (65 mg). La problématique générale des indications de traitement (produit et doses) est par ailleurs non résolue, quel que soit le type de structure de soins concernée, spécialisée ou non en toxicomanie.

Depuis une période récente et probablement face à l'augmentation des dépenses de santé, les responsables de santé publique se sont préoccupés d'évaluation globale. L'évaluation clinique, habituelle à toute profession, ne serait-ce que pour faire progresser les connaissances du domaine et constituer les bases de la formation continue, s'est trouvée reléguée au bénéfice d'évaluations extérieures et généralistes. Le discours dominant de l'évaluation, dès qu'un financement public est en cause, introduit en santé publique la diversité des dimensions sociales mais réduit en corollaire l'observation clinique, notamment avec le risque d'oublier les échecs qui illustrent la diversité des cas, sans forcément invalider l'ensemble de l'action.

La santé publique se trouvant au carrefour d'exigences sociales et d'attentes individuelles multiples et parfois contradictoires, l'évaluation joue d'autant plus le rôle de preuve du bien-fondé de l'action qu'elle fait appel à plusieurs disciplines : anthropologie, sociologie, économie, épidémiologie. Sciences humaines et sociales et médecine doivent alors s'articuler dans l'adaptation de leurs méthodologies habituelles d'observations et d'analyses pour répondre à des missions d'évaluation aux contours forcément flous, par rapport aux critères de chacune des disciplines requises.

### **Articulations interdisciplinaires**

Pour l'action expérimentale de seuil à exigence adaptée du « Bus Médecins du Monde », l'évaluation soutenue par les pouvoirs publics, sur avis scientifique d'une commission *ad hoc* pluridisciplinaire, est constituée de deux modes d'approches complémentaires, qualitatif et quantitatif. Le premier est développé par l'équipe de l'IREP à partir d'une méthode ethnographique, éprouvée de longue date auprès de sujets toxicomanes rencontrés dans des lieux publics ou des structures spécialisées et auprès de professionnels, médecins ou travailleurs sociaux, expérimentés dans l'accompagnement de personnes dépendantes. Le deuxième mode d'approche retenu dans l'évaluation du Bus méthadone relève de l'épidémiologie, pratiquée à l'INSERM U302 depuis les années 1970, auprès des consultants des structures spécialisées en toxicomanie. Les nécessaires adaptations de la méthode épidémiologique classique (développée pour les maladies transmissibles) sont bien connues pour leurs conséquences au niveau de l'absence d'indicateurs absolus en toxicomanie. En revanche, la répétition et la multiplication d'enquêtes fournissent des interprétations relatives par rapport à un certain nombre de facteurs communs : données socio-démographiques des populations concernées, état de santé, parcours toxicomaniaque, recours aux soins et accès aux services.

### **Enjeux**

La démarche expérimentale du « Bus méthadone de seuil à exigence adaptée » menée par l'équipe de Médecins du Monde est observée en temps réel suivant deux types d'approches, qualitative et quantitative, dans un système interactif entre équipes de recherche et équipe clinique. Les résultats épidémiologiques de caractérisation de la population accueillie sont délivrés au fur et à mesure à l'équipe clinique, et les items qualitatifs d'appréciation du fonctionnement du Bus sont construits tout au long des premiers mois du déroulement du programme. La même démarche avait été utilisée pour l'évaluation des premiers Bus d'échange de seringue (rapport d'étude INSERM - Division Sida 1989), elle s'avère plus difficile à pratiquer que les méthodes d'évaluations académiques (avec les deux étapes avant/après pour les

temps d'observation de critères définis *a priori*), elle relève en partie de l'épidémiologie d'intervention dont les avantages sont :

- la simultanéité par rapport à l'action ;
- la multidisciplinarité ;
- les échanges pédagogiques entre postes d'observation de clinique, de recherche et de santé publique.

## Bilan du recueil épidémiologique

### BILAN DE LA COLLECTE

L'ensemble des patients admis dans le Bus a fait l'objet d'une description à l'admission selon le protocole prévu, avec l'enregistrement systématique des entrants, une copie de chaque fiche d'admission ayant été transmise à l'INSERM par l'équipe soignante de Médecins du Monde. Une partie des patients non inclus dans le programme a fait également l'objet d'un recueil de données, plus sommaire.

Il n'en est pas de même pour les sorties du programme, dont une partie importante n'a pu être décrite selon le protocole prévu (bilan décrivant le patient à sa sortie, précisant également ses conditions de la sortie et son orientation). La proportion de patients perdus de vue représente, en effet, près de la moitié des sorties enregistrées (45 %).

Un dernier volet du recueil concerne le suivi de patients trois mois après leur inclusion dans le programme, qui ont fait l'objet d'une interrogation complémentaire. Ce recueil n'est pas exhaustif ; l'échantillon décrit représente environ 30 % de la clientèle maintenue au moins 3 mois.

### FLUX ET POPULATION ADMISE À UN MOMENT DONNÉ

Les tableaux et les graphiques suivants permettent de retracer l'activité du Bus, en fonction des admissions, des sorties et déperditions et, pour un certain nombre de patients sortis, des ré-inclusions.

391 sujets ont été admis dans le Bus pendant la période allant de janvier 1998 à mars 1999. Au moment du présent bilan, établi sur la situation arrêtée courant avril 1999<sup>11</sup>, 295 patients ont quitté le programme de substitution du Bus, soit 75 % des patients.

En moyenne, la durée écoulée depuis l'admission est de 281 jours ( $\pm 124$ ), ce qui représente une durée d'observation moyenne d'environ 9½ mois. En tenant compte des sorties, la durée moyenne de maintien dans le programme est de 102 jours ( $\pm 103$ ), soit environ 3½ mois. Les patients sortis du programme ont été maintenus pendant 69 jours en moyenne, soit un peu plus de 2 mois, avec une forte dispersion autour de cette moyenne ( $\pm 70$  jours). Pour les patients non sortis, la durée moyenne de séjour est de 205 ( $\pm 120$  jours).

**Admissions et sorties enregistrées entre janvier et octobre 1998**

mois	admissions		sorties				population présents en fin de mois
	nombre d'admis	% cumulé	selon le mois de sortie		selon le mois d'admission		
				% cumulé		%	
Janvier 1998	28	7 %	2	1 %	23	82 %	26
Février 1998	25	14 %	5	2 %	21	84 %	46
Mars 1998	38	23 %	10	6 %	35	92 %	74
Avril 1998	66	40 %	29	16 %	52	79 %	111
Mai 1998	33	49 %	33	27 %	29	88 %	111
Juin 1998	19	53 %	29	37 %	14	74 %	101
Juillet 1998	17	58 %	12	41 %	14	82 %	106
Août 1998	23	64 %	25	49 %	21	91 %	104
Septembre 1998	22	69 %	28	59 %	15	68 %	98
Octobre 1998	25	76 %	17	64 %	18	72 %	106
Novembre 1998	15	80 %	13	69 %	10	67 %	108
Décembre 1998	29	87 %	29	79 %	17	59 %	108
Janvier 1999	24	93 %	22	86 %	15	63 %	110
Février 1999	22	99 %	23	94 %	11	50 %	109
Mars 1999	5	100 %	12	98 %	0	---	102
Avril 1999	0	100 %	6	100 %	0	---	96
total	391		295		295	75 %	

Source : F. FACY<sup>12</sup>

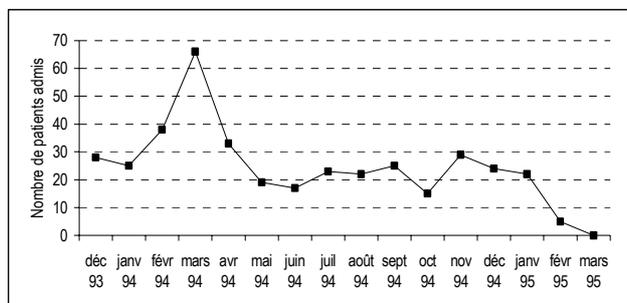
<sup>11</sup> La date précise (21 avril 1999) correspond au jour suivant le dernier mouvement enregistré.

<sup>12</sup> Source identique pour l'ensemble des tableaux, figures et graphiques présentés dans ce livret.

## Les admissions

On compte entre 20 et 30 admissions mensuelles pour la période de suivi épidémiologique allant de janvier 1998 à février 1999, sauf pour le mois d'avril 1998 au cours duquel 66 admissions sont enregistrées, période qui correspond à une montée en charge de l'activité du Bus, liée aux effets d'annonce (campagne de presse).

**Répartition des admissions selon le mois d'admission**

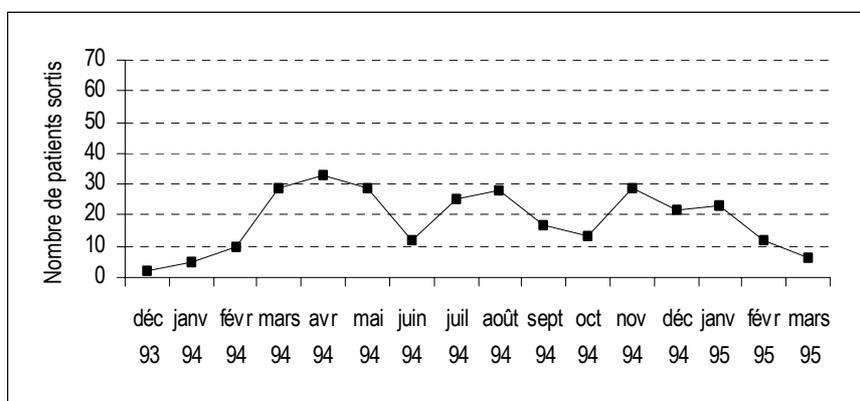


Le bilan pour les mois de mars et avril 1999 est partiel et, la convention prévoyant un suivi épidémiologique jusqu'en février 1999. Après cette date, le nombre d'inclusions et de sorties est resté stable.

## Les sorties

Les flux de sorties, tous types confondus, varient selon le mois d'une dizaine à une trentaine de patients.

**Répartition des sorties selon le mois de sortie**



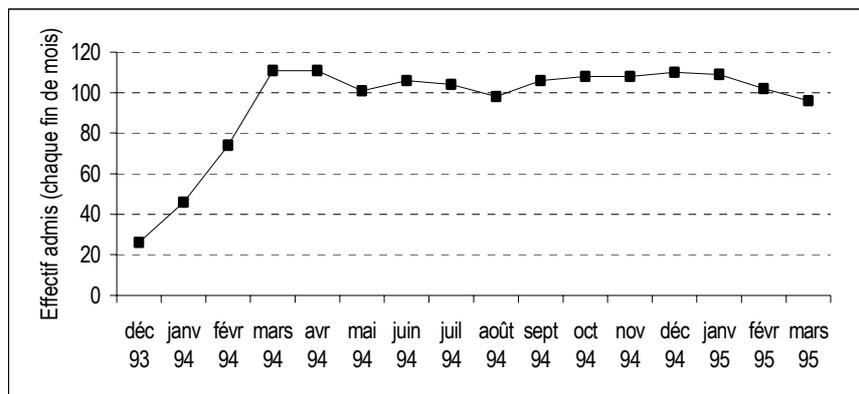
## Les ré-inclusions

Une vingtaine de patients ont été ré-inclus dans le programme après une première sortie. La durée de maintien dans le programme tient compte de cette période de non-inclusion, et seule la sortie définitive est prise en compte.

## Population admise à un moment donné

À partir d'avril 1998, on peut chiffrer à près d'une centaine l'effectif de la population du Bus. Cet effectif qui s'est établi spontanément est relativement stable tout au long de la période d'activité du Bus, sans pour autant correspondre à une contrainte liée aux capacités d'accueil de la structure.

### Évolution du nombre de patients admis dans le Bus



### La clientèle du Bus comparée à celle des CSST parisiens

#### SOURCES ET MÉTHODOLOGIE

#### Encadré 1 : Comparaison des patients admis dans le Bus aux patients admis dans les centres « fixes » parisiens

La population prise en charge par l'équipe mobile de Médecins de Monde est présentée en comparaison avec le contexte parisien de substitution à la méthadone :

« Cohorte parisienne » : admissions dans les centres situés à Paris sur la période 1997-1998 (356 admissions)

L'objectif de cette comparaison systématique est de dégager les spécificités de la population accueillie dans le Bus, sur le plan sociodémographique, sur le plan de la toxicomanie (usages de toxiques et parcours antérieur de prise en charge), et d'apprécier la réalité du recrutement « de seuil à exigence adaptée ».

Alors que la cohorte du Bus est décrite de manière exhaustive, celle extraite de la base INSERM est incomplète, le recueil épidémiologique auprès des CSST fonctionnant avec un certain retard de transmission des fiches. Les admissions de l'année 1998 ne sont pas enregistrées dans leur intégralité et le recueil pour l'année 1999 ne faisant que débiter. À titre indicatif, 7 centres sont représentés dans cet échantillon parisien : « *Emergence Espace Tolbiac* » (110 patients), « *Monte-Cristo* » (Hôpital Laënnec, 63 patients), « *Espace Parmentier* » (Médecins du monde, 51) « *Pierre Nicolle* »(49), « *Cassini* » (Hôpital Cochin, 42), « *La Corde Raide* » (33) et « *Fernand Widal* » (8). Ces données sont exploitées avec l'hypothèse que la population décrite par ces centres est représentative du contexte parisien de la substitution à la méthadone.

Quelques chiffres de cadrage sont également fournis pour la « *cohorte nationale* » (admissions en centre fixe au niveau de la France entière, pour la période 1998-1999. 1 119 patients sont décrits, avec les mêmes réserves que celles évoquées précédemment quant à l'exhaustivité du recueil).

Les résultats synthétisent l'information disponible sur la fiche d'admission conçue par Médecins du Monde et sur la fiche INSERM adaptant le questionnaire d'enquête du « Protocole Méthadone » à la présente étude. Les variables sont strictement comparables.

Les tests statistiques réalisés se fondent sur la comparaison des pourcentages entre la cohorte des patients du Bus et la cohorte parisienne. Dans cette comparaison, l'hypothèse nulle testée est que la différence observée entre deux pourcentages est nulle, c'est-à-dire que le critère étudié a la même importance relative dans chacune des cohortes. Le seuil de significativité de la différence est fixé à 5 % ; en deçà, on rejette l'hypothèse nulle, en concluant que la clientèle du Bus est du point de vue du critère étudié différente de celle des centres parisiens.

## CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET FAMILIALES DES PATIENTS ADMIS

On ne relève pas de différence quant à la structure par sexe et par âge entre les patients du Bus et les patients admis dans les CSST parisiens. Il en est de même pour la situation matrimoniale. Cela dit, certains indicateurs de la vie familiale permettent de décrire une population qui, sans se déclarer davantage isolée, paraît moins impliquée dans la vie de famille, plutôt entourée d'amis.

### Sexe et âge

Près de 75 % des patients sont des hommes. La structure par sexe est comparable à celle observée pour les entrées en CSST parisiens (tableau ci-après).

#### Répartition des patients par sexe selon la cohorte

sexe	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
masculin	287	73 %	253	71 %
féminin	104	27 %	102	29 %
total	391	100 %	355	100 %

L'âge moyen au moment de l'admission est de 32,9 ans. Plus de 80 % des sujets ont entre 25 et 39 ans, les moins de 25 ans ne représentant qu'une faible fraction de la population admise (5 %) (tableau suivant).

#### Âge à l'admission selon la cohorte

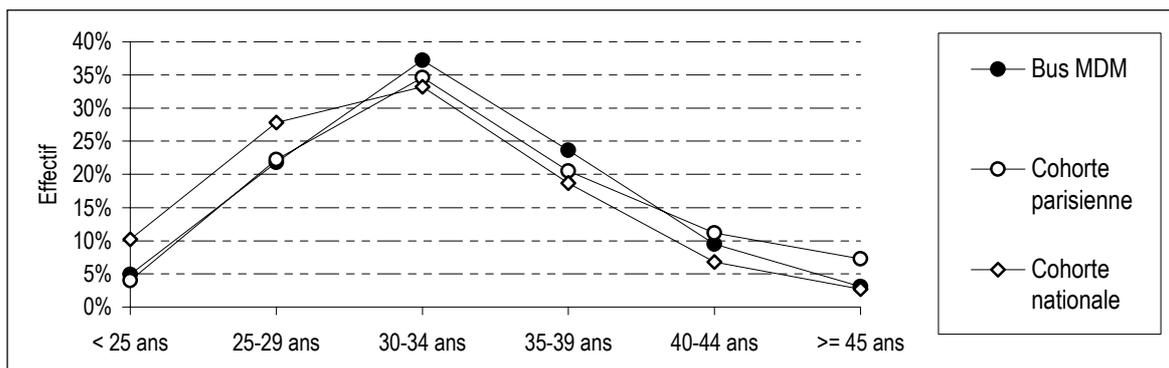
âge à l'admission	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
15-24 ans	19	5 %	14	4 %
25-29 ans	85	22 %	79	22 %
30-34 ans	145	37 %	123	35 %
35-39 ans	92	24 %	73	21 %
40 ans et plus	49	13 %	66	19 %
total des répondants	390	100 %	355	100 %

âge moyen à l'admission	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	moyenne	écart-type	moyenne	écart-type
hommes	33,6	5,8	34,4	6,3
femmes	31,0	5,3	32,6	6,5
ensemble	32,9	5,8	33,9	6,4

*Pour la cohorte parisienne, l'âge moyen à l'admission est de 33,9 ans. Notons qu'au niveau national, l'âge moyen à l'admission dans les centres fixes méthadone est plus bas (31,6 ans), les patients de sexe masculin pris en charge sur le plan national étant en moyenne plus jeunes (31,8) que ceux pris en charge dans les centres parisiens ou dans le Bus de Médecins du Monde.*

### Structure par âge selon la cohorte



### Situation familiale

Près de 60 % des sujets admis dans le Bus sont célibataires (tableau suivant). 30 % déclarent être mariés ou vivre en union libre depuis plus de six mois. 13 % sont séparés ou veufs.

### Situation matrimoniale selon la cohorte

situation matrimoniale	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
célibataire	222	57 %	203	58 %
union libre	87	22 %	82	23 %
marié	30	8 %	32	9 %
séparé	46	12 %	32	9 %
veuf	5	1 %	3	1 %
total des répondants	390	100 %	352	100 %

Par rapport au contexte parisien, cette structure est peu originale. Les situations des couples (mariage ou union libre, séparation ou non) sont de poids comparables dans les deux cohortes.

44 % des patients déclarent avoir des enfants (tableau ci-après). La situation la plus courante est que les patients qui sont parents n'ont pas la charge de leurs enfants<sup>13</sup>.

### Situation parentale selon la cohorte

situation parentale	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
n'a pas d'enfant	211	54 %	189	53 %
nombre d'enfants inconnu	8	2 %	49	14 %
a des enfants	172	44 %	118	33 %
total	391	100 %	356	100 %
enfant(s) à charge	effectif	%		
	pas d'enfant à charge	104	60 %	
	enfant(s) à charge	53	31 %	
	enfant(s), charge non précisée	15	9 %	
	total des sujets avec enfant(s)	172	100 %	

La part des non-réponses est élevée pour la cohorte parisienne. Les patients du Bus ont autant (sinon plus) d'enfants que ceux des centres parisiens.

### Entourage habituel

Les données relatives à l'entourage habituel permettent de préciser la situation familiale des patients et leur environnement proche. 16 % des patients déclarent n'avoir personne dans leur entourage habituel. La faible part des patients déclarant avoir un enfant dans leur entourage confirme le poids des situations de séparation familiale (rupture ou éloignement (tableau suivant).

<sup>13</sup> Cette information n'est pas disponible pour les centres fixes.

### Entourage habituel selon la cohorte

a dans son entourage...	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
...un conjoint	126	33 %	135	41 %
...des enfants	65	17 %	70	21 %
...des parents	111	29 %	118	36 %
...un autre membre de la famille	53	14 %	58	18 %
...des amis	170	44 %	87	26 %
...une institution	18	5 %	17	5 %
...personne	62	16 %	65	20 %
total des répondants	383		329	
NB : plusieurs réponses possibles				

Par rapport au contexte parisien, les patients admis dans le Bus sont moins souvent entourés de leur famille, d'origine ou constituée. Ils déclarent davantage un entourage composé d'amis, la part de sujets se déclarant isolés n'étant guère différente.

### Encadré 2 : Synthèse des données relatives à l'entourage habituel

<p>La prise en compte simultanée des différentes sphères composant l'entourage habituel permet de distinguer divers contextes familiaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sujets se déclarant seuls ou n'ayant que des institutions dans leur entourage ;</li> <li>▪ entourage composé uniquement d'amis, sans membre de la famille ;</li> <li>▪ présence du conjoint ou des enfants dans l'entourage ;</li> <li>▪ présence des parents ou d'autres membres de la famille d'origine, sans famille constituée ;</li> <li>▪ présence de membres de la famille d'origine et de la famille constituée.</li> </ul>
--

Les situations d'entourage sont diverses au sein de la population admise dans le Bus. 18 % se déclarent seuls ou n'avoient dans leur entourage que des institutionnels. 21 % n'ont que des amis dans leur entourage habituel. 23 % sont entourés de leur famille d'origine, 24 % de leur conjoint et enfant(s) et 14 % de leur famille d'origine et constituée.

### Composition de l'entourage habituel selon la cohorte

composition de l'entourage	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
ne répondent pas	8	...	27	...
conjoint, enfant(s), famille d'origine	52	14 %	59	18 %
conjoint, enfant(s)	93	24 %	101	31 %
famille d'origine	88	23 %	81	25 %
des amis	82	21 %	21	6 %
seul ou institution seulement	68	18 %	67	20 %
total	391	100 %	356	100 %

Les personnes n'ayant personne ou seulement des institutions sont en proportion comparable dans les deux cohortes ; l'opposition semble davantage se faire entre Paris et la France entière (Bus Médecins du Monde : 18 %, centres parisiens : 20 % vs 12 % pour la cohorte nationale), où l'on compte davantage de sujets entourés de leur famille d'origine, sans conjoint ni enfant.

Par rapport à Paris, les patients du Bus se démarquent par la part plus importante des entourages amicaux et celle plus faible de l'entourage familial.

## ORIGINE GÉOGRAPHIQUE ET CONDITIONS DE LOGEMENT

Les patients du Bus sont pour un quart de nationalité étrangère, situation originale en comparaison avec les patients des CSST parisiens. Si le recrutement géographique est comparable, avec autant de parisiens que de résidents de banlieue, l'information relative au logement permet de nuancer cette ressemblance. Les situations de logement des patients du Bus sont en effet plus précaires, relativisant fortement la notion de résidence.

### Nationalité et lieu de naissance

Les étrangers représentent plus du quart de la population admise dans le Bus.

#### Nationalité selon la cohorte

nationalité	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
ne répondent pas	3	...	5	...
française	285	73 %	324	92 %
étrangère	103	27 %	27	8 %
total	391	100 %	356	100 %

*Cette situation est particulière par rapport au contexte parisien, où l'on ne recense que 8 % d'étrangers, comme par rapport aux CSST de la France entière (6 %).*

L'information sur le lieu de naissance permet de préciser la diversité des origines de la population admise<sup>14</sup>. 44 % des patients sont nés à Paris ou dans le reste de l'Ile-de-France, 17 % en province. En dehors de la métropole, les pays du Maghreb, d'Afrique noire, d'Europe du Sud et de l'Est, ainsi que les départements d'outre-mer sont les principales origines géographiques citées.

#### Lieu de naissance des patients admis dans le Bus selon la nationalité

lieu de naissance	Ensemble		Français		Etrangers	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Paris	86	23 %	84	30 %	2	2 %
Ile-de-France	80	21 %	75	27 %	4	4 %
Province	65	17 %	63	23 %	0	0 %
DOM TOM	24	6 %	23	8 %	1	1 %
Europe du Sud	22	6 %	1	0 %	21	21 %
Europe du Nord	3	1 %	1	0 %	2	2 %
Europe de l'Est	13	3 %	0	0 %	13	13 %
Maghreb	45	12 %	18	6 %	27	27 %
Afrique subsaharienne	28	7 %	5	2 %	23	23 %
Amérique du Nord	5	1 %	3	1 %	2	2 %
Amérique centrale et latine	1	0 %	1	0 %	0	0 %
Moyen-Orient	6	2 %	2	1 %	4	4 %
Asie	4	1 %	3	1 %	1	1 %
total des répondants	382	100 %	279	100 %	100	100 %

*La population de nationalité étrangère est pour moitié originaire d'Afrique. On notera également la part non négligeable de ressortissants des pays de l'est de l'Europe (13 %) au sein de cette population étrangère.*

<sup>14</sup>Cette information n'est pas disponible pour les centres fixes.

## Département de domicile et logement

Le recrutement est essentiellement parisien : près des deux tiers des sujets déclarent un domicile habituel sur Paris. 20 % déclarent résider dans les départements des petite et grande couronne parisienne (tableau ci-dessous).

### Département de domicile selon la cohorte

département de domicile	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
ne répondent pas	41	10 %	33	9 %
Paris	259	66 %	241	68 %
petite couronne	49	13 %	56	16 %
grande couronne	33	8 %	18	5 %
autres	9	2 %	8	2 %
total	391	100 %	356	100 %

*Cette répartition selon le département de domicile est tout à fait comparable à celle du contexte parisien, phénomène sans doute lié à la mobilité du Bus, limitant le risque d'un recrutement localisé.*

Le département de « domicile » reste inconnu une fois sur dix. Le recoupement avec les données sur le logement permet de mieux apprécier la réalité, en précisant le caractère de stabilité des situations et l'absence de domiciliation.

Un quart de la population dispose d'un logement indépendant et autofinancé, 17 % sont logés par la famille ou soutenus financièrement par celle-ci pour le logement. Un quart des patients déclare ne pas avoir de logement fixe ou squatter et 19 % vivre en collectif (tableau ci-après).

### Logement selon la cohorte

nature du logement	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
indépendant et autofinancé	99	25 %	148	42 %
personnel (pris en charge par parents)	15	4 %	13	4 %
chez les parents ou dans la famille	49	13 %	75	21 %
chez un tiers	61	16 %	28	8 %
dans un foyer	19	5 %	31	9 %
sans domicile fixe, squatt	91	23 %	29	8 %
autres (hôtel, prison,...)	56	14 %	27	8 %
total des répondants	390	100 %	351	100 %

*La situation en matière de logement des patients admis dans le bus est originale au regard du contexte parisien, où les situations d'autonomie sont nettement plus fréquentes (42 % vs 25 %) et le support familial plus marqué (25 % vs 17 %). On rencontre parmi les patients du Bus davantage de situations de logement précaire et de sans domicile fixe.*

Les trois quarts des patients n'ayant pas déclaré leur département de domicile se disent sans logement ou logés de façon précaire, contre 57 % des résidents parisiens, 42 % des résidents de la grande couronne et 37 % de la petite couronne parisienne. C'est en banlieue que les situations de résidence apparaissent les plus stables.

## CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES À L'ADMISSION

Par rapport au contexte de la substitution à la méthadone dans les centres fixes parisiens, la population des toxicomanes admis dans le Bus apparaît faiblement insérée au regard de son niveau de formation et de sa qualification professionnelle. En effet, si le bagage éducatif des patients du Bus n'est globalement que faiblement inférieur à celui des patients sous méthadone à Paris, les patients ayant un emploi et une couverture sociale du fait de leur activité constituent une franche minorité, et les indicateurs relatifs aux ressources précisent également que cette population présente de moins bons scores d'insertion.

### Niveau scolaire et qualification professionnelle

Le niveau scolaire atteint est élevé pour un quart des sujets : 15 % ont atteint le niveau du baccalauréat et 11 % accédé à une formation supérieure. Près de 40 % ont un niveau de formation de second cycle, technique (29 %) ou général (9 %). Pour 36 %, le niveau est bas, la scolarité ayant pris fin en primaire (5 %) ou pendant le premier cycle de l'enseignement secondaire (31 %).

#### Niveau scolaire atteint selon la cohorte

niveau scolaire atteint	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
primaire, 1 <sup>o</sup> cycle secondaire	140	36 %	85	25 %
technique court, 2 <sup>o</sup> cycle secondaire	146	38 %	131	38 %
bac, formation supérieure	101	26 %	130	38 %
total des répondants	387	100 %	346	100 %

*Par rapport au contexte parisien, les niveaux de formation sont moins bons. Il faut cependant noter que le pourcentage de patients de niveau bac ou ayant atteint l'enseignement supérieur est plus élevé que celui observé pour les CSST à l'échelle nationale (26 % vs 20 %), et il en est de même pour le pourcentage de patients ayant un niveau de formation bas (36 % vs 28 %). Ainsi, les patients du Bus présentent une même caractéristique de surreprésentation des formations élevées, qui relève d'un clivage général entre la capitale et la province, moins accentuée cependant, et avec une composante ayant un niveau de formation bas particulièrement notable.*

Les deux tiers des patients déclarent avoir une qualification professionnelle.

#### Qualification professionnelle selon la cohorte

qualification professionnelle	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
non	110	28 %	77	22 %
ne répondent pas	24	6 %	49	14 %
oui	257	66 %	230	65 %
total	391	100 %	356	100 %

*Le taux de qualification professionnelle est comparable pour la cohorte du Bus et la cohorte parisienne. Cette correspondance, alors que les niveaux de diplôme diffèrent, tient en partie à la stabilité de la répartition par sexe au sein des cohortes : les hommes se déclarent plus souvent qualifiés que les femmes (73 % vs 60 %) et sont majoritaires.*

## Catégories socioprofessionnelles et qualification professionnelle

L'information relevée quant aux CSP est lacunaire. Elle est plus riche en ce qui concerne la qualification professionnelle. Une synthèse a été faite à partir de ces deux sources d'information, prenant la CSP déclarée et, à défaut, le type de qualification professionnelle.

*On ne dispose d'aucune information pour 15 % des patients, et pour 40 % qui, par ailleurs, se déclarent inactifs.*

*Les catégories essentiellement représentées sont les ouvriers (15 %), les employés de service directs aux particuliers (11 %), les employés autres (4 %), les métiers du transport et de la livraison (5 %), ainsi que les professionnels ou intermittents des arts, des spectacles et de l'information (5 %).*

## Activité professionnelle

Les données relatives à l'activité professionnelle permettent de faire l'état d'une situation moins favorable en terme d'insertion et d'autonomie. Moins du quart des patients (23 %) déclare travailler au moment de l'admission.

La part des actifs travaillant de façon continue depuis plus de six mois est seulement de 12 % (Tableau ci-après). Le mode d'activité prédominant est celui d'une activité intermittente (30 %), sans travail effectif au moment de l'admission. 18 % des patients n'ont jamais travaillé. 38 % connaissent une interruption de leur activité, au cours des six derniers mois pour 11 % et sur une période prolongée pour 27 %.

### Activité professionnelle selon la cohorte

activité professionnelle	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
continue ou reprise depuis 6 mois	48	12 %	90	26 %
intermittente	117	30 %	83	24 %
continue (interrompue depuis moins de 6 mois)	42	11 %	58	17 %
interruption prolongée	104	27 %	73	21 %
stage, études	6	2 %	3	1 %
n'a jamais travaillé	71	18 %	37	11 %
total des répondants	388	100 %	344	100 %

*La spécificité de la population admise dans le Bus tient au nombre plus faible de patients ne travaillant pas de façon continue depuis plus de six mois (12 % vs 26 % sur Paris et 22 % à l'échelon national). Il en est de même pour ceux qui déclarent une activité continue, mais interrompue depuis moins de six mois (11 % vs 17 %). Ainsi, seuls 23 % travaillent en continu depuis au moins six mois ou ont récemment cessé une activité continue, contre 43 % dans la cohorte parisienne.*

*Les situations d'activité surreprésentées au sein du Bus sont diverses : activité intermittente, inactivité de toujours, interruption prolongée d'activité.*

## Ressources

Moins d'un patient sur cinq (17 %) tire ses ressources de son emploi, et éventuellement d'autres ressources. A l'opposé, une proportion semblable (16 %) déclare n'avoir aucune ressource. L'effectif restant, qui représente deux tiers des patients, déclare des ressources, principalement d'origine sociale (tableau suivant). 8 % perçoivent une allocation chômage, 27 % le RMI, 4 % une pension, ce qui porte à un minimum de 40 % la part de patients bénéficiant de prestations sociales. Seuls 6 % déclarent bénéficier du soutien financier de la famille ou d'amis<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> Rappelons toutefois que pour près du tiers des patients, la famille et les tiers contribuent au logement. Les aides financières de l'entourage sont sans doute sous-estimées.

### Origine des ressources selon la cohorte

origine des ressources	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
emploi	67	17 %	97	28 %
chômage	30	8 %	36	10 %
RMI	104	27 %	110	32 %
pension, Sécurité sociale	17	4 %	16	5 %
famille, amis	25	6 %	15	4 %
autres ressources	81	21 %	41	12 %
aucune ressource	63	16 %	34	10 %
total des répondants	387	100 %	349	100 %

Par rapport au contexte parisien, les patients du Bus sont plus nombreux à déclarer ne disposer d'aucune ressource au moment de leur admission (16 % vs 10 %) ou à déclarer d'autres types de ressources (21 % vs 12 %). Les revenus d'emploi sont moins fréquents (17 % vs 28 %) et les allocations à caractère social (chômage, RMI, pensions) ne viennent pas compenser ce manque (39 % vs 47 %).

21 % déclarent au moment de l'admission des ressources autres que celles liées au travail, aux étayages sociaux, médicaux et familiaux. Parmi ces ressources, la prostitution est citée par 5 % des patients, la délinquance (vol, deal...) par 2,5 %, le travail au noir par 4 %, la mendicité par 2,5 %. Ces ordres de grandeurs doivent être interprétés avec prudence, aucune question n'étant posée à propos des conduites déviantes et des activités illicites (excepté la mention d'incarcérations antérieures). On peut cependant supposer, compte tenu des plus faibles taux d'activité et de l'étayage social partiel, que cette « zone de marge » a un poids plus important au sein de la clientèle du Bus.

### Couverture sociale

Près des deux tiers des patients admis dans le Bus déclarent bénéficier d'une couverture sociale au moment de l'admission (tableau ci-dessous). 29 % sont couverts par la Sécurité sociale au titre de leur activité salariée (20 %), en tant qu'ayant droit (8 %) ou bénéficiaire de certaines prestations (1 %). 18 % sont couverts par le biais du RMI, 18 % par le biais de l'Aide médicale ou dans le cadre d'une prise en charge à 100 %, les bénéficiaires de la carte Paris Santé, les patients couverts à 100 % à leur sortie de prison étant inclus dans cette dernière catégorie.

### Couverture sociale selon la cohorte

couverture sociale	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
salarié, ayant droit, API	115	29 %	174	50 %
assurance par le biais du RMI	70	18 %	52	15 %
aide médicale, SS 100 %, carte santé Paris	69	18 %	76	22 %
assurance personnelle ou privée	3	1 %	2	1 %
aucune protection	133	34 %	46	13 %
total des répondants	390	100 %	350	100 %

Les patients du Bus sont plus nombreux à ne pas avoir de couverture sociale au moment de leur admission (34 % vs 13 % pour Paris et 5 % à l'échelon national).

Les couvertures liées à l'activité salariée ou à la situation familiale sont nettement moins fréquentes que dans le contexte parisien (29 % vs 50 %). Les écarts apparaissent accentués, en comparaison avec ceux observés pour l'activité et les ressources, ce qui suggère l'existence de facteurs autres que les niveaux plus bas d'insertion, professionnels et familiaux, dans l'accès plus limité à une couverture sociale (stabilité du domicile, légalité du travail, nationalité).

Les étayages sociaux ou médico-sociaux, malgré un besoin plus important, restent à un niveau similaire à celui des centres parisiens.

### Score d'insertion socio-économique

Les différents indicateurs de la situation socio-économique indiquent que la population du Bus présente au moment de l'admission des niveaux d'insertion plus bas. Cela dit, la population n'apparaît pas homogène et se caractérise par une diversification des situations, comme celle rencontrée dans le contexte parisien. Le clivage semble accentué, les aides sociales ne limitant que partiellement les situations de précarité. La prise en compte simultanée des différents indicateurs socio-économiques disponibles permet de quantifier ces différentes situations.

### Encadré 3 : Synthèse des données socio-économiques

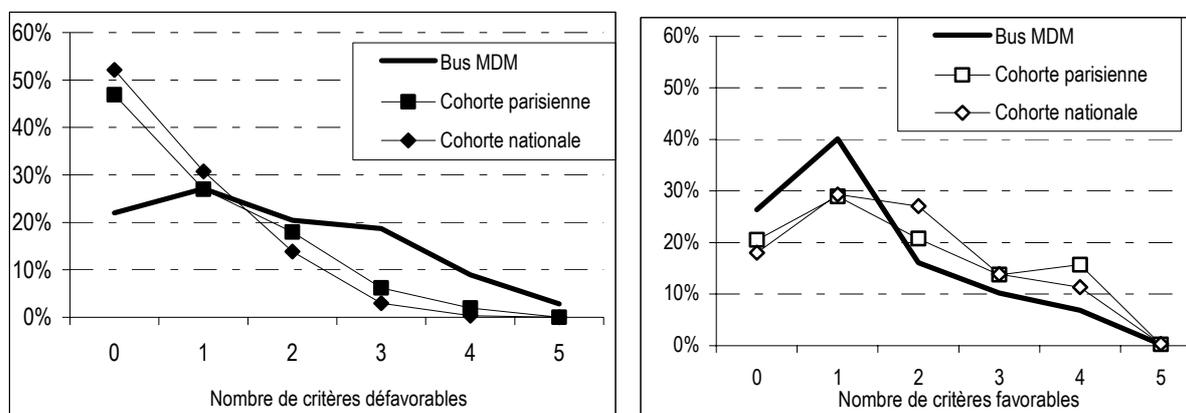
Un score global de désavantage socio-économique a été construit à partir des réponses relatives au logement, à la formation et la qualification professionnelle, à l'activité, aux ressources et à la protection sociale. Ce score permet de synthétiser les différentes dimensions de la précarité, et d'isoler les sujets cumulant les désavantages. Les patients présentent d'autant plus de difficultés que leur score global de désavantage est élevé. Les critères retenus au moment de l'admission sont : l'absence de logement individuel ou familial, l'absence de couverture sociale, une inactivité de toujours ou prolongée, un bas niveau de formation, l'absence de qualification professionnelle, l'absence de ressources licites (emploi, allocation, aide familiale).

Un second score global offre une perspective inverse, isolant les situations socio-économiques les plus avantageuses (autonomie). Les critères retenus sont : un logement personnel et autofinancé, une activité continue actuelle (ou interrompue depuis moins de six mois), un revenu d'emploi ou une allocation chômage, une couverture sociale non liée au RMI ou à l'aide médicale, une qualification professionnelle ou un niveau scolaire de second cycle ou plus.

Ces scores permettent de quantifier les situations extrêmes, en excluant les situations intermédiaires correspondant aux étayages familiaux et sociaux. Dans leur mode de calcul, il y a un effet de cumul. Par exemple, les différents aspects d'une intégration liée à un emploi stable (revenus et couverture sociale, autonomie de logement, etc.) participent à un score élevé. La réunion de ces différents aspects suppose toutefois qu'aucune restriction n'est posée quant à l'accès au logement, à la protection sociale. Ces scores tentent de mesurer la demande d'aide sociale des patients et s'avèrent pertinents dans le contexte du Bus, où le travail consiste autant en un accompagnement dans les démarches sociales qu'en des réponses à des situations d'urgences (hébergement provisoire, aides ponctuelles, etc.). Bien que non validés, ils permettent des comparaisons entre clientèles, à biais constants.

La spécificité du Bus tient au recrutement plus important de sujets sans activité continue, ni ressources (licites), ni logement personnel ou familial, ni couverture sociale et ni qualification professionnelle (graphique de gauche). Les situations de bonne insertion sociale, notamment celles liées à un travail stable, se rencontrent moins. Cependant, elles ne sont pas négligeables : les écarts avec les cohortes parisienne et nationale sont, de ce point de vue, plus modestes (graphique de droite).

**Nombre de critères socio-économiques défavorables et favorables selon la cohorte**



Ainsi, le choix de la perspective, autonomie ou précarité, ne débouche pas sur le même constat, et c'est selon la dimension de la précarité que les écarts entre la clientèle du Bus et celles des centres de substitution parisiens sont les plus marqués (tableau ci-dessous).

**Niveau socio-économique selon la cohorte**

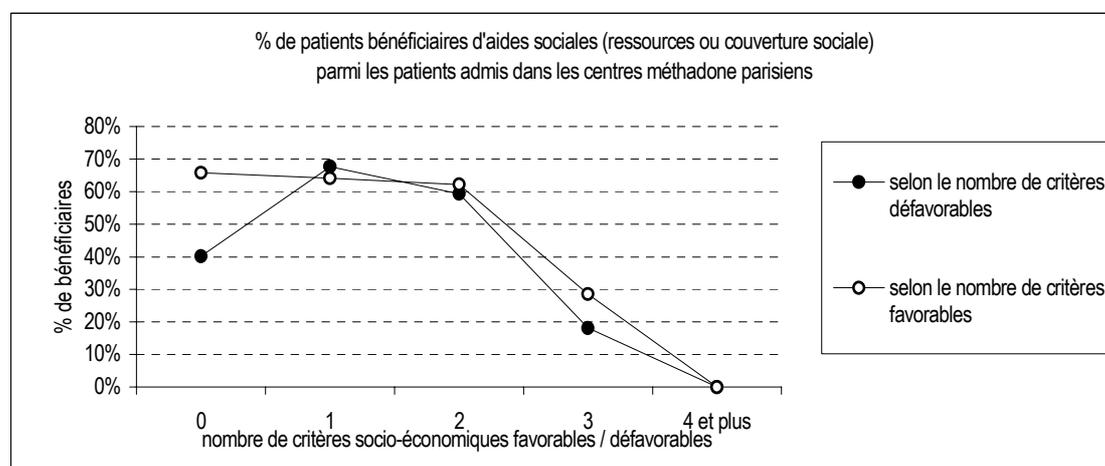
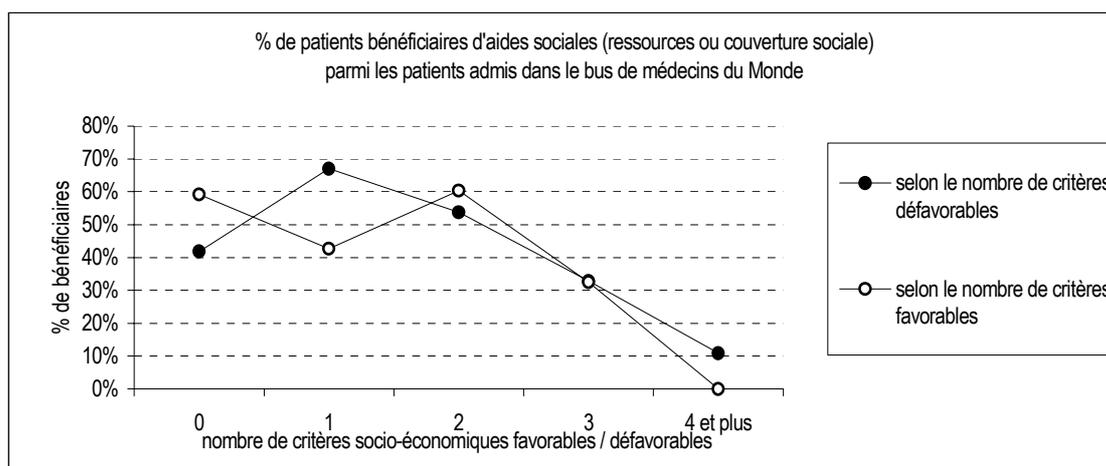
cumul de critères...	Bus MDM		Cohorte parisienne		rapport (a)/(b)
	moy. (a)	+/-	moy. (b)	+/-	
...défavorables	1,74	1,37	0,89	1,03	1,9
...favorables	1,32	1,18	1,76	1,36	0,7
effectifs	391		356		

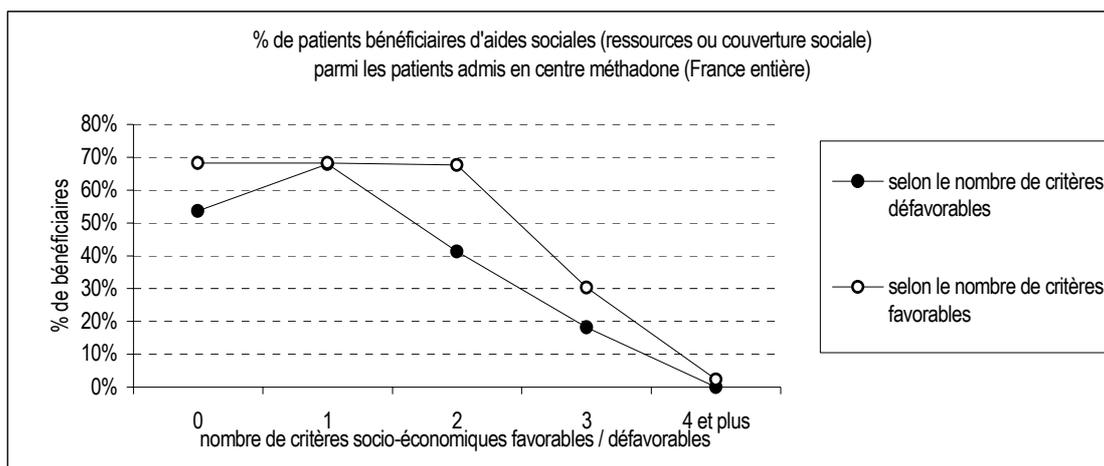
Le croisement de ces deux scores permet de décrire la population selon deux pôles majeurs, et d'apprécier l'importance relative du clivage.

68 patients présentent un cumul élevé de critères favorables (soit 17 %, vs 30 % des admis dans les centres parisiens) et 119 patients un cumul de critères défavorables (30 % vs 8 %). Entre ces deux pôles extrêmes, qui réunissent près de la moitié de la population admise dans le Bus, une diversité existe, correspondant notamment aux situations d'étayage social, médico-social et familial. Dans les centres parisiens, ce pôle intermédiaire est plus important (62 %). Au niveau national, il rassemble 71 % des patients admis, seuls 3 % des patients présentant une situation défavorable.

Les principaux étayages médico-sociaux repérés concernent les ressources (RMI, allocation chômage, pensions) et la couverture sociale (par le biais du RMI, de l'aide médicale, etc.). Si l'on considère le niveau socio-économique des patients, la proportion de patients bénéficiaires de telles aides décroît à mesure que le nombre de critères favorables (logement, activité continue, ressources d'emploi, couverture salariée ou d'ayant droit, formation initiale) augmente : 19 % des patients présentant 3 à 5 critères favorables en bénéficient, contre 51 % présentant moins de 3 critères. Selon une autre perspective, 24 % des patients qui présentent 3 à 5 critères défavorables en bénéficient, contre 55 % présentant moins de 3 critères. Ainsi, si le poids des aides est d'autant plus fort que les critères socio-économiques d'autonomie sont réduits, on constate une corrélation inversée en fonction du cumul de critères d'exclusion ou de précarité, une partie de la population qui en aurait le plus besoin selon des critères absolus n'en bénéficiant pas au moment de leur admission dans le Bus. On observe le même phénomène au sein de la cohorte parisienne, et avec les mêmes ordres de grandeur, de même au niveau national (trois figures ci-dessous).

#### Pourcentage de bénéficiaires d'aides sociales selon le niveau socio-économique

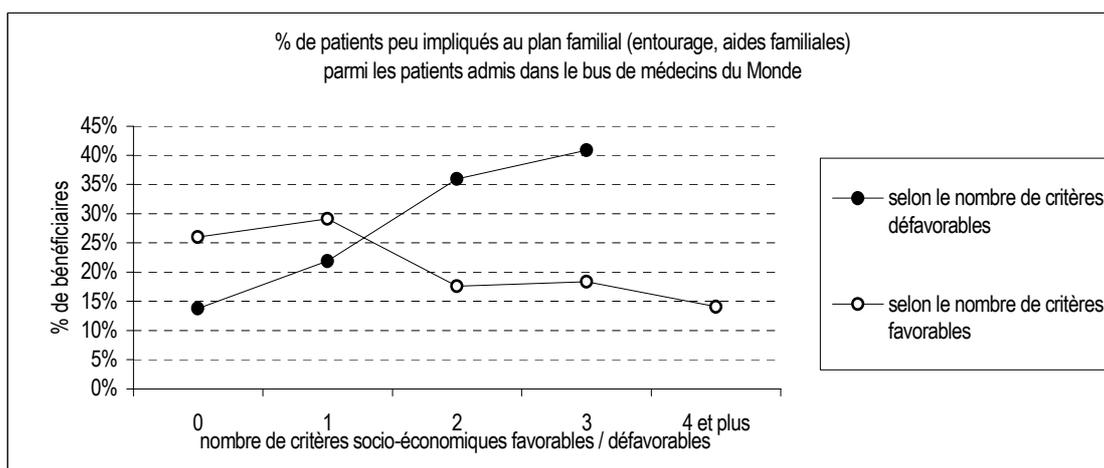




Les étayages sociaux viennent soit en complément d'une situation d'autonomie partielle, dans une logique de prévention du risque d'exclusion, soit en réponse à un besoin de réinsertion. Le poids relatif de ces deux types de demande influe sur les niveaux globaux d'étayage. Ainsi, une partie de la population prise en charge dans le Bus apparaît comme particulièrement marginalisée ; son besoin s'exprime en termes de (ré-)insertion, et son poids est relativement plus élevé que dans les CSST parisiens. Par ailleurs, le fait que l'on observe les mêmes mécanismes dans chacune des cohortes en ce qui concerne le bénéfice des étayages sociaux semble indiquer que la spécificité du Bus tient en premier lieu au recrutement plus important de sujets en situation de précarité, plutôt qu'au recrutement de sujets qui, à niveaux d'autonomie ou de précarité comparables, bénéficieraient moins des aides sociales.

L'analyse de la place des éventuels étayages familiaux et amicaux est plus délicate, la sphère familiale étant à la fois l'objet d'investissement, qui peut être contrarié par une situation de précarité ou de marginalité, et une possible ressource d'aides lorsqu'elle est présente. Ainsi, le poids des relations familiales (mariage ou union libre, entourage de la famille d'origine ou de la famille constituée) et des supports familiaux (logement, aides financières, statut d'ayant droit ou de parent isolé) sont notables lorsque le nombre de critères favorables est élevé. Seuls 10 % de ces patients ne déclarent pas d'implication dans la vie de famille ni d'aide de la famille pour le logement ou les ressources ; lorsque le nombre de critères favorables est bas, cette proportion atteint 30 %. Ces écarts se retrouvent si l'on considère le cumul de critères défavorables.

#### **Implications familiales selon le niveau socio-économique**



#### **USAGES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES À L'ADMISSION ET PARCOURS ANTÉRIEUR**

La population admise dans le Bus présente certaines spécificités en ce qui concerne sa consommation de drogues et son parcours antérieur. L'usage actuel de la voie intraveineuse y est plus répandu, bien que l'héroïne soit un peu moins consommée, au profit des opiacés et du crack, et que la prévalence de l'infection au VIH soit inférieure. L'héroïne reste cependant le produit le plus consommé, avec 67 % de consommateurs à titre principal. Selon la mesure utilisée, les consommations sont plus ou moins importantes, ce d'autant que le produit est d'usage licite. Les patients du Bus sont également moins nombreux à avoir précédemment poursuivi un programme médicalisé de substitution et, de manière générale, à avoir été suivis pour la toxicomanie.

#### Encadré 4 : Description des consommations

L'usage de produits à des fins toxicomaniaques peut être décrit au moyen de la liste des produits, précisée sur la fiche d'admission de Médecins du Monde. Celle-ci porte sur les produits principalement consommés au cours du mois précédent l'admission.

Il est décrit également à partir des questions ouvertes de la fiche standard mise au point par l'INSERM dans le cadre des études des différentes files actives de toxicomanes, qui demande les natures du dernier produit principalement consommé et des produits secondaires les plus fréquents.

Le questionnement systématique quant aux produits et les analyses urinaires permettent par ailleurs de préciser certains registres de sous-déclarations, dans la mesure où l'inclusion dans le programme est l'occasion d'un bilan précis des usages, impossible à réaliser dans le cadre des recueils menés par l'INSERM auprès des différentes clientèles de toxicomanes. Ceux-ci tendent à retenir les principaux produits consommés, avec sans doute un critère implicite de régularité, auquel s'ajoute dans la notion de « produit principal » une relation particulière d'un produit avec la dépendance.

#### Consommations déclarées et résultats urinaires.

Selon la fiche d'admission, 71 % des patients admis dans le Bus ont déclaré consommer de l'héroïne au cours du mois précédant l'admission et 79 % des opiacés divers. Les résultats des bilans urinaires portent à plus de 80 % les consommateurs d'opiacés (tableau ci-dessous). 44 % des patients ont déclaré une consommation de médicaments, 39 % de cocaïne, 29 % de crack et 26 % d'alcool.

Les analyses urinaires contredisent certaines déclarations de consommation (tableau ci-dessous). Environ 60 % de sujets sont positifs aux benzodiazépines et 23 % aux barbituriques, pourcentages nettement supérieurs aux déclarations de consommation correspondantes (40 % pour les benzodiazépines et seulement 2 % pour les barbituriques). Outre une sous-déclaration liée à la nature licite de ces médicaments, à la nature de la demande qui concerne un opiacé de substitution, il faut expliquer les écarts par la présence de produits de coupe dans l'héroïne achetée sur le marché.

#### Produits principalement consommés durant le dernier mois et résultats urinaires

Famille de produits	Déclarations				Tests urinaires positifs *		
	effectif	%	effectif	%	% min.	-	% max.
héroïne	276	71 %					
autres opiacés (usage licite ou détourné) :	310	79 %			81 %	83 %	84 %
Néocodion			71	18 %			
méthadone			104	27 %	31 %	34 %	39 %
Skénan®, Moscontin			110	28 %			
Subutex®			163	42 %			
médicaments :	171	44 %					
benzodiazépines			155	40%	57 %	60 %	62 %
barbituriques			9	2%	21 %	23 %	32 %
autres psychotropes			26	7%			
cocaïne	151	39 %			35 %	38 %	42 %
crack	112	29 %					
LSD, ecstasy, amphétamines :	23	6 %					
LSD			6	2 %			
ecstasy			8	2 %			
amphétamines			11	3 %			
alcool	102	26 %					
N= 391							

\* : fourchette d'estimation compte tenu des non-réponses (tests urinaires non faits).

La cohérence entre la déclaration de consommation et les résultats des analyses urinaires est meilleure lorsqu'il s'agit de substances illicites. Par exemple, 39 % des patients se déclarent usagers de cocaïne, pourcentage compris dans la fourchette fournie à partir des résultats urinaires positifs (35 %-42 %).

Pour la méthadone, la déclaration de consommation (27 %) n'est que légèrement inférieure à l'estimation fournie par les analyses urinaires (entre 31 % et 39 % de sujets positifs).

Lorsque les résultats des cinq analyses urinaires (opiacés, cocaïne, méthadone, benzodiazépines et barbituriques) ont été reportés sur la fiche d'admission (329 patients sur 391), près de 14 % sont positifs à quatre ou cinq tests et près de 40 % à trois, quatre ou cinq tests.

#### Comparaison des consommations des cohortes de patients sous méthadone

Compte tenu du mode d'investigation différent<sup>16</sup>, la description que l'on peut faire des usages est légèrement modifiée avec la fiche d'entrée standard de l'INSERM. 67 % des sujets déclarent consommer de l'héroïne en tant que produit principal (tableau ci-après). 30 % déclarent consommer des opiacés (Skénan<sup>®</sup>, Subutex<sup>®</sup>, méthadone, codéine). Les autres substances déclarées en tant que produit principal ne concernent qu'une part infime de la population, qui se situe dans le champ d'une dépendance principale à l'héroïne ou aux dérivés morphiniques et opiacés.

#### Dernier produit principalement consommé selon la cohorte

dernier produit principal	Bus MDM		Cohorte parisienne		Cohorte nationale	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
héroïne	263	67 %	264	74 %	588	53 %
autres opiacés	117	30 %	75	21 %	442	40 %
autres	10	3 %	17	5 %	78	7 %
total des répondants	390	100 %	356	100 %	1108	100 %

Le dernier produit principalement consommé distingue légèrement les patients du Bus des patients des CSST parisiens, avec 30 % de consommateurs d'opiacés. Signalons que cette proportion atteint 40 % pour les CSST au niveau national, l'héroïne n'étant le produit principalement consommé que par 53 %.

#### Consommation d'héroïne en produit principal ou secondaire selon la cohorte

consommation d'héroïne...	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
...en produit principal	263	67 %	264	74 %
...en produit secondaire	41	10 %	42	12 %
...non	87	22 %	50	14 %
total des répondants	391	100 %	356	100 %

On retrouve un résultat similaire si l'on considère également la consommation d'héroïne en tant que produit secondaire.

Pour les autres produits, les consommations semblent sous-estimées en comparaison avec les déclarations portées sur la fiche d'admission de Médecins du Monde. C'est notamment le cas pour l'alcool et les benzodiazépines, c'est-à-dire pour les substances d'usage licite (tableau ci-après).

#### Déclarations de consommation selon le relevé

produit	fiche d'admission	fiche INSERM*
héroïne	71 %	78 %
cocaïne	39 %	31 %
crack	29 %	20 %
alcool	26 %	8 %
benzodiazépines	40 %	9 %
* : consommation à titre principal ou secondaire		

<sup>16</sup> Voir à ce sujet la comparaison détaillée donnée en annexe, qui rappelle que les mesures que l'on peut établir dépendent du mode d'interrogation.

Comparés aux patients des centres parisiens, les patients admis dans le bus déclarent consommer, à titre de produit principal ou associé, davantage d'opiacés (60 % vs 32 %), de crack (20 % vs 5 %), et moins de cocaïne (31 % vs 49 %), de cannabis (6 % vs 31 %), d'alcool (8 % vs 19 %).

#### Autres caractéristiques de l'intoxication

L'âge auquel la consommation du produit principal a débuté est de 21 ans ½ en moyenne, soit une durée de dépendance de 12 ans.

Près de 75 % des sujets utilisent ou ont utilisé la voie intraveineuse, une majorité poursuivant cette pratique au moment de l'admission (62 %), avec en moyenne 24 injections par semaine, soit trois à quatre injections par jour en cas de pratique quotidienne, près du tiers partageant le matériel d'injection.

#### Utilisation de la voie intraveineuse selon la cohorte

injection intraveineuse	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
actuelle	243	62 %	173	49 %
antérieure	50	13 %	102	29 %
non, jamais	97	25 %	77	22 %
total des répondants	390	100 %	352	100 %

L'usage actuel de la voie intraveineuse est plus fréquent dans la cohorte du Bus que dans la cohorte parisienne. Dans cette dernière, on compte davantage de pratiques antérieures, une même proportion déclarant ne jamais s'être injectée de produits, résultat qui suggère une maîtrise du risque moins répandue pour la clientèle du Bus.

#### Prises en charge sanitaires antérieures

Environ 55 % des patients ont eu des contacts antérieurement avec une structure spécialisée en toxicomanie, et près des deux tiers si l'on retient la notion de suivi (suivi d'au moins trois mois dans le cadre d'un projet de soins, en incluant également les prises en charge en médecine de ville), et 40 % ont effectué un ou plusieurs sevrages dans un cadre institutionnel. Près de 60 % déclarent avoir déjà pris des produits de substitution dans un cadre médical (tableau ci-après).

#### Antécédents de prise en charge selon la cohorte

	Bus MDM	Cohorte parisienne
antécédents de prise en charge	%	%
suivi antérieur pour la toxicomanie	64 %	---
contacts avec un centre spécialisé	54 %	54 %
sevrage institutionnel	39 %	51 %
programme de substitution	58 %	85 %

prise en charge sanitaire antérieure	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
non	97	25 %	30	8 %
oui (contacts, sevrage, substitution)	294	75 %	326	92 %
	391	100 %	356	100 %

Du point de vue des contacts antérieurs avec les centres spécialisés, les patients du Bus ne se distinguent pas de la cohorte parisienne (tableau ci-dessus). En revanche, ils sont moins nombreux à avoir suivi un programme de substitution dans un cadre médical (58 % vs 85 %). De même, les mentions d'antécédents de sevrage institutionnel sont un peu moins fréquentes (39 % vs 51 %). Ainsi, on peut estimer à un quart la fraction de la population prise en charge par le Bus qui n'a jamais connu l'une de ces diverses formes de prise en charge sanitaire, fraction inférieure à 10 % dans les CSST parisiens. Cette estimation ignore toutefois les situations de suivi autres (médecine de ville).

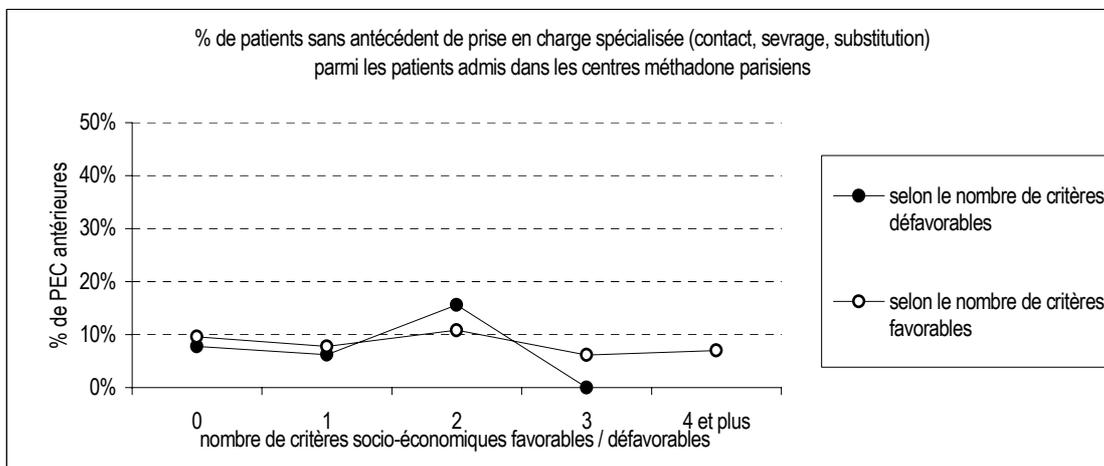
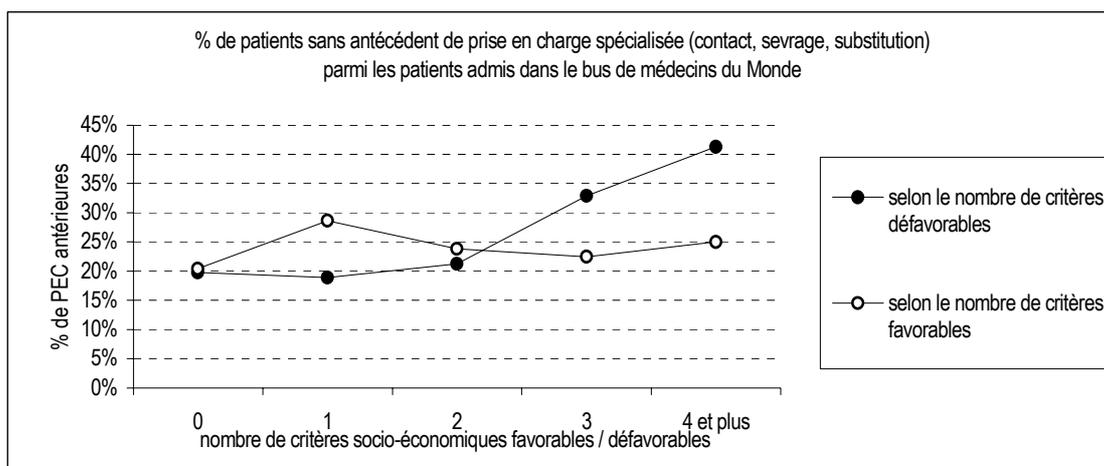
Parmi les patients ayant déjà participé à un programme médicalisé de substitution, 20 % ont pris de la méthadone, 31 % du sulfate de morphine, 67 % de la buprénorphine et 5 % d'autres produits. 18 % ont pris plusieurs de ces produits (tableau ci-après). L'administration intraveineuse des produits de substitution concerne environ 55 % des patients ayant eu recours à de tels programmes.

**Produits antérieurs de substitution**

produits de substitution	Bus MDM	
	effectif	%
méthadone uniquement	28	13 %
Subutex®, buprénorphine	115	52 %
sulfate de morphine, autres produits	39	18 %
plusieurs produits	39	18 %
total des répondants	221	100 %

Notons une relation entre le parcours sanitaire antérieur et la situation socio-économique actuelle des patients. Les patients cumulant les critères défavorables sur le plan socio-économique mentionnent moins de prises en charges sanitaires spécialisées antérieures (41 % sans prise en charge si 4 ou 5 critères défavorables, 33 % si 3 critères, vs 20 % si 0 à 2 critères). Cette relation est moins évidente selon la perspective des critères d'autonomie, et n'est pas vérifiée dans les CSST parisiens (figure ci-après). Ce qui suggère l'idée que le recrutement spécifique par le Bus de patients non habitués du réseau de soins spécialisés, notamment sur le plan de la substitution, est à relier en partie à leur profil accentué de marginalité.

**Prises en charge spécialisées antérieures selon le niveau socio-économique**



## Incarcérations antérieures

Près de 60 % des sujets ont été incarcérés avant l'admission<sup>17</sup>. Les patients ayant connu la prison ont été incarcérés 3 fois en moyenne. Si la durée cumulée de ces épisodes pénitentiaires est relativement longue (34 mois en moyenne), le dernier épisode d'incarcération remonte en moyenne à une période relativement ancienne (4 ans avant l'admission).

### Incarcération selon la cohorte

incarcérations	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
non	130	37 %	159	45 %
non réponse	25	7 %	49	14 %
oui	193	55 %	148	42 %
% de oui sans les non réponses		60 %		48 %
total	348	100 %	356	100 %

La part de non-réponses est relativement élevée pour cette question pour la cohorte parisienne. Aussi est-il difficile d'avancer l'idée que les patients du Bus ont plus souvent connu la prison. La non-récidive semble plus fréquente pour la cohorte parisienne, mais si l'on regarde, pour ceux qui ont fait de la prison, le poids des antécédents les plus lourds, en terme de multirécidive (5 incarcérations ou plus) ou de durée totale d'incarcération (2 ans ou plus), on retrouve d'une cohorte à l'autre des évaluations assez semblables (tableau ci-après). Il convient donc de rester prudent quant à l'interprétation de ces chiffres.

### Durée et ancienneté des incarcérations selon la cohorte

nombre d'incarcérations	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
une seule	66	34 %	66	45 %
2 à 4	82	43 %	46	31 %
5 et plus	44	23 %	36	24 %
total des répondants	192	100 %	148	100 %

durée totale des incarcérations	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	effectif	%	effectif	%
0 à 6 mois	55	30 %	49	35 %
7 à 24 mois	49	26 %	34	24 %
plus de 2 ans	81	44 %	58	41 %
total des répondants	185	100 %	141	100 %

## BILAN MÉDICAL À L'ADMISSION

8 % des sujets n'ont pas effectué le test de sérodiagnostic du VIH. Parmi ceux qui connaissent leur statut sérologique, 12 % sont séropositifs.

L'ancienneté de la découverte de la séropositivité est de 7 ans en moyenne. Celle du dernier test indiquant l'absence d'infection est de 1,5 ans, 75 % des patients non infectés ayant réalisé un test en 1997 ou après. Le mois de réalisation du test n'étant pas toujours précisé, la mesure de l'ancienneté du test reste approximative. Dans tous les cas, on ne sait si les patients ont pris des risques depuis le dernier bilan sérologique.

6 sujets séropositifs sur 10 suivent un traitement spécifique pour le VIH. Près de 15 % ne déclarent aucun suivi.

<sup>17</sup> Les questions sur le passé carcéral excluent 43 patients non interrogés à ce sujet (première version du questionnaire).

Compte tenu des sérologies inconnues<sup>18</sup>, la prévalence de l'infection par le VIH peut être estimée entre 11 et 20 %, fourchette située en dessous de celle pour la cohorte parisienne (tableau ci-dessous).

#### Prévalence des infections selon la cohorte

infections	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	% min.	% max.	% min.	% max.
VIH	11 %	20 %	19 %	25 %
% VIH+ (sans les non-réponses)	12 %		20 %	
hépatite B actuelle ou antérieure	18 %	70 %	24 %	67 %
hépatite C actuelle ou antérieure	39 %	74 %	38 %	77 %
tuberculose actuelle	1 %	22 %	1 %	5 %

Près de 30 % déclarent une hépatite C actuelle et 11 % une infection antérieure par ce virus. Un tiers des patients n'a pas fait le test ou n'a pas répondu à cette question. Compte tenu de la part importante des sérologies inconnues, les estimations que l'on peut faire concernant la prévalence de l'hépatite C ne diffèrent pas de celles pour la cohorte parisienne (tableau ci-dessus). Il en est de même pour l'hépatite B. En clair, la méconnaissance de la sérologie pour les hépatites n'est pas particulière à la clientèle du Bus.

33 % des patients déclarent des antécédents médicaux, 51 % des antécédents chirurgicaux et 70 % des femmes déclarent des antécédents obstétricaux (tableau ci-dessous).

#### Antécédents médicaux et chirurgicaux selon la cohorte

antécédents	Bus MDM		Cohorte parisienne	
	% min.	% max.	% min.	% max.
antécédents médicaux	30 %	40 %	17 %	38 %
% sans les non-réponses	33 %		22 %	
antécédents chirurgicaux	46 %	55 %	30 %	49 %
% sans les non-réponses	51 %		37 %	
antécédents obstétricaux	57 %	76 %	46 %	65 %
% sans les non-réponses	70 %		57 %	

*Les pourcentages de patients avec antécédents médicaux ou chirurgicaux sont plus élevés pour les patients du Bus.*

#### CONCLUSION

À différents niveaux, la clientèle du Bus se caractérise par une situation plus critique si on la compare avec la population des toxicomanes sous substitution par la méthadone dans les centres parisiens. Sur le plan social, l'entourage familial est moins important, le niveau d'insertion socio-économique plus faible. Sur le plan de la toxicomanie, on relève une prise de risque plus importante (usage intraveineux) et moins de prises en charge sanitaires antérieures. Le fait qu'un patient sur quatre soit de nationalité étrangère constitue un trait original, entraînant des spécificités sur le plan social comme sur les parcours et les usages.

Cela dit, il faut considérer une hétérogénéité des situations. Ainsi, sur le plan socio-économique, on rencontre des situations d'autonomie dont le poids est comparable à celui des prises en charge parisiennes. Dans la mesure de la réalité du recrutement « de seuil à exigence adaptée », la pertinence des indicateurs est cruciale. La clientèle du Bus apparaît d'autant plus originale que les indicateurs retenus permettent d'approcher une réalité plus concrète. Ainsi, sur le plan familial, l'entourage se révèle discriminant alors que la répartition selon la situation matrimoniale ne montre pas de différence. L'origine géographique semble plus pertinente que le lieu de résidence, et le repérage des situations de précarité plutôt que les situations d'autonomie. De même, pour la dépendance, c'est davantage selon les indicateurs de prise de risque et du parcours antérieurs que selon les fréquences d'usage des différents produits que cette clientèle peut être distinguée.

<sup>18</sup> Les fourchettes intègrent la non-réponse dans les évaluations. Le pourcentage minimal (% min.) correspond à l'hypothèse où les sérologies inconnues sont toutes négatives, le pourcentage maximal (% max.) à l'hypothèse où les sérologies inconnues sont toutes positives.

On peut également se poser la question de la spécificité de cette clientèle en terme d'itinéraire. Si la surreprésentation des étrangers correspond à la prise en charge d'un sous-groupe spécifique, d'autres indicateurs situent également la spécificité de cette clientèle par rapport à une phase du parcours (situation de précarité au moment de l'admission, sortie de prison récente, premier épisode de prise en charge sanitaire).

## **Disparités et évolution du profil des patients admis**

Plusieurs caractéristiques sont particulièrement surreprésentées au sein de la clientèle du Bus en comparaison avec la clientèle des CSST parisiens. Ces caractéristiques constitueront des axes de comparaison privilégiés pour présenter les oppositions au sein de la population admise, en plus des variables classiques (sexe, âge).

Cette diversité ne correspond que faiblement à une évolution du profil des patients admis au cours des cinq trimestres d'activité du Bus, en particulier sur le plan socio-économique.

### **ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES SUR LES DONNÉES SOCIALES ET LE PARCOURS**

Une analyse des correspondances multiples a été réalisée à partir des données démographiques, familiales, socio-économiques et du parcours antérieur<sup>19</sup>. Cet espace multidimensionnel se structure en premier lieu selon les critères d'exclusion sociale. Différentes situations d'insertion sont suggérées par les axes suivants.

Le 1<sup>er</sup> axe factoriel oppose les situations d'autonomie et de bonne insertion socio-économique et familiale (revenu d'emploi, activité continue, logement individuel, couverture salariée ou d'ayant droit, entourage de la famille, vie en couple, niveau scolaire élevé, pas de passé carcéral) aux situations d'exclusion économique et d'isolement (SDF ou squat, jamais travaillé, sans couverture sociale, entourage d'amis ou seul, pas de qualification professionnelle).

Le 2<sup>e</sup> axe oppose les situations d'insertion par la famille ou les étayages sociaux (entourage de la famille constituée, vie en couple, enfants, couverture par le RMI ou l'aide sociale, ressources du chômage, interruption prolongée de l'activité) aux situations d'insertion par le travail, sans investissement dans la vie de famille (célibat, entourage de la famille d'origine, ressources d'emploi, activité continue, pas d'enfant, couverture sociale salariée ou d'ayant droit).

Ainsi, sur le premier plan factoriel s'opposent à un nuage compact de modalités correspondant aux situations d'exclusion sociale et familiale deux aspects distincts d'une bonne insertion : l'une par le travail (activité, ressources, couverture sociale), l'autre par la famille (vie de couple, logement individuel, entourage des familles constituée et d'origine). La proximité de cette deuxième composante est marquée avec l'appartenance à certaines catégories de population (femmes, bénéficiaires des étayages sociaux et médico-sociaux).

Le 3<sup>e</sup> axe oppose les modalités correspondant aux étayages sociaux (couverture par le biais du RMI, ressources du chômage) à l'absence de ressources, de couverture sociale, de prise en charge sanitaire antérieure. Le fait d'être de nationalité étrangère ou d'être séparé ou veuf apparaît corrélé à ce dernier ensemble. Par rapport aux précédents axes, il offre une distinction au sein du sous-nuage correspondant aux caractéristiques socio-économiques les plus défavorables, d'où ressort en particulier la proximité entre le statut d'étranger et l'absence de couverture sociale et l'absence de prise en charge antérieure de la toxicomanie.

Le 4<sup>e</sup> axe oppose les plus jeunes, les femmes, les patients sans passé carcéral aux modalités correspondant à des parcours plus perturbés (prison, séparation du couple, RMI).

Le 5<sup>e</sup> axe oppose des modalités correspondant à un isolement marqué et à une insertion difficile (pas d'entourage, pas de ressources, jamais de travail, logement en collectif ou sans, moins de 30 ans) à des situations où le poids de l'entourage est marqué (séparation, entourage d'amis, de la famille d'origine, hébergement familial ou chez les amis, interruption prolongée d'activité, plus de 40 ans).

### **COMPARAISON SELON LES DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES**

#### **Niveaux d'insertion sociale**

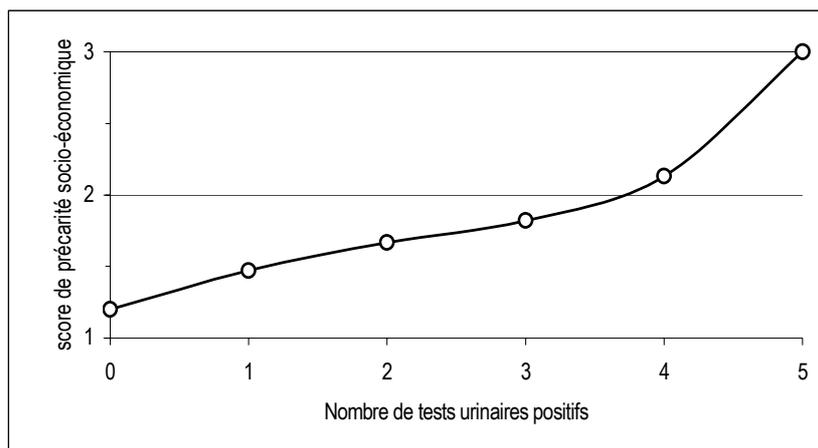
Le score de précarité socio-économique construit à partir des données disponibles (cf. Encadré 3) permet d'apprécier la situation moyenne des différentes catégories de patients. Au plan démographique, le score de précarité est significativement plus élevé pour les femmes (1,99 vs 1,65), pour les patients les plus jeunes (moins de 30 ans : 2,11 vs 1,66 à 30-34 ans et 1,52 à 35-44 ans) et pour les patients de nationalité étrangère (2,06 vs 1,64). La situation moins favorable des femmes est un résultat à noter, car elles appartiennent moins souvent à certaines catégories marquées par l'exclusion (étrangers, passé carcéral) et tendent plus que les hommes à bénéficier d'une insertion par le biais de la famille et des étayages sociaux.

<sup>19</sup> Les variables retenues sont les suivantes : Sexe, Âge (moins de 30 ans ; 30-39 ans ; 40 ans et plus), Département de résidence (inconnu ; Paris ; autres), Situation matrimoniale (célibataire ; marié ou union libre ; séparé ou veuf), Enfant (aucun ou non-réponse ; oui à charge ou non), Entourage (seul ; amis ; famille d'origine ; famille constituée ; familles d'origine et constituée), Nationalité (française ; étrangère), Niveau scolaire (bas ; moyen ; élevé), Qualification professionnelle (oui ; non ou non-réponse), Logement (individuel ; en famille ou chez un tiers ; SDF ou squat ; en collectif), Activité (continue ; interruption récente ; intermittente ; interruption prolongée ; jamais travaillé), Ressources (d'emploi ; chômage ; RMI ou pensions ; sans ou ressources autres), Couverture sociale (sans ; RMI ; aide médicale et 100% ; autres), Prises en charge antérieures (non ; oui, substitution ; oui, autres), Incarcération (non-réponse ; non ; oui).

Le score de précarité varie également selon la situation familiale, maximal en cas de rupture du couple (séparés ou veufs : 2,12 vs 1,86 pour les célibataires et 1,35 pour les patients en couple) et en cas de séparation avec les enfants (aucun enfant à charge : 2,13 vs 0,89 si au moins un enfant à charge). On retrouve un score plus élevé lorsque le patient se déclare seul (2,32), ou seulement entouré d'amis (2,29), par rapport aux contextes où la famille existe et est présente (0,96 lorsque l'entourage comprend à la fois la famille d'origine et la famille constituée).

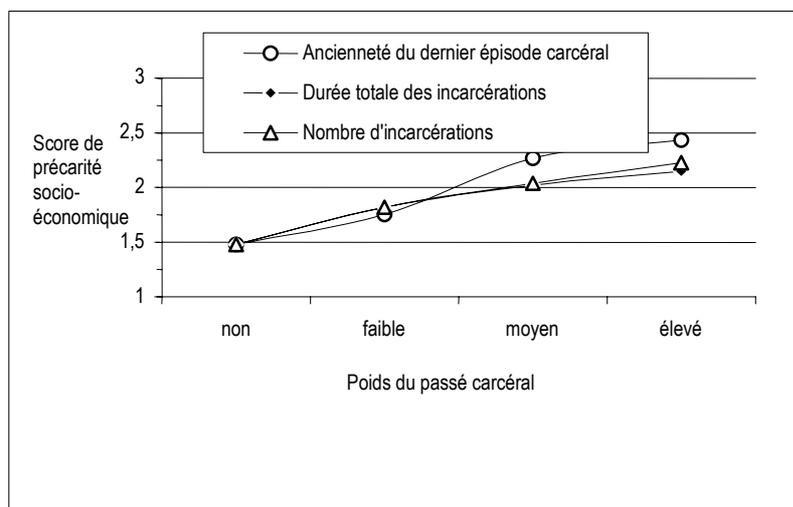
Sur le plan de la toxicomanie, on observe une corrélation entre le score de précarité et la polyconsommation avérée (nombre de tests urinaires positifs). En particulier, le score est plus élevé en cas de détection de traces de cocaïne et de benzodiazépines dans les urines. Si l'utilisation de la voie intraveineuse ne paraît pas discriminante, le fait de partager le matériel est corrélé à un score plus élevé (2,08 vs 1,59). Rappelons également que l'expérience de la substitution s'avère également corrélée au score de précarité (1,55 vs 1,98).

**Corrélation entre la polyconsommation et le score de précarité socio-économique**



La mention d'un passé carcéral, et son poids, en terme de multirécidive, de durée totale d'incarcération et d'ancienneté du dernier épisode carcéral, sont corrélés à des niveaux d'insertion plus bas (figure ci-dessous).

**Corrélation entre le passé carcéral et le score de précarité socio-économique**



	Poids du passé carcéral		
	faible	moyen	élevé
ancienneté	>2 ans	7-24 mois	1 à 6 mois
durée des incarcérations	1 à 6 mois	7-24 mois	> 2 ans
nombre d'incarcérations	1	2 à 4	>= 5

### Comparaison selon la nationalité

Comparés aux patients de nationalité française (ou ayant la double nationalité), les patients étrangers sont plus souvent de sexe masculin (84 % vs 69 % pour les Français). Ils sont moins souvent entourés de leur famille d'origine (22 % vs 42 %). Cela dit, ils ne sont pas plus isolés que les patients français, déclarant plus souvent que les Français soit un entourage amical (31 % vs 18 %), soit l'entourage du conjoint ou des enfants (30 % vs 22 %).

Les étrangers sont un peu plus souvent en situation de logement précaire ou sans logement (64 % vs 52 %). En revanche, les niveaux d'activité sont comparables (25 % des étrangers travaillent au moment de l'admission, contre 21 % des Français) de même que les niveaux de diplôme et de qualification professionnelle. En revanche, ils déclarent moins souvent une couverture sociale (46 % vs 74 %), bénéficiant moins souvent que les Français de prises en charges spécifiques par le biais du RMI (11 % vs 21 %) ou de l'aide médicale, de la carte Paris Santé (11 % vs 21 %). On retrouve davantage d'étrangers se déclarant sans ressources à l'admission (27 % vs 19 %).

Du point de vue de la toxicomanie, si la consommation d'héroïne est comparable entre étrangers et Français (82 % et 81 %), les étrangers se distinguent par la moindre prévalence de l'usage intraveineux (48 % vs 58 % pour l'usage actuel, et 58 % vs 81 % pour l'usage actuel ou antérieur). Notons que deux produits (résultat cependant non significatif au seuil de 5 %) sont un peu plus consommés par les étrangers : l'alcool (34 % vs 25 % -  $p < 0,07$ ) et le crack (40 % vs 29 % -  $p < 0,06$ ). Les étrangers ont eu moins de prises en charge sanitaires spécialisées antérieurement (contacts : 45 % vs 58 %, suivi spécialisé ou en ville : 55 % vs 67 %, sevrage institutionnel : 26 % vs 44 %, substitution : 50 % vs 61 %).

### Comparaison selon le sexe

Les femmes admises dans le Bus sont en moyenne plus jeunes que les hommes.

#### Âge à l'admission dans le Bus selon le sexe

âge à l'admission	Hommes		Femmes		Ensemble	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
20-24 ans	8	3 %	11	11 %	19	5 %
25-29 ans	56	20 %	29	28 %	85	22 %
30-34 ans	106	37 %	39	38 %	145	37 %
35-39 ans	73	26 %	19	18 %	92	24 %
40-44 ans	32	11 %	5	5 %	37	9 %
45 ans et plus	11	4 %	1	1 %	12	3 %
total des répondants	286	100 %	104	100 %	390	100 %

L'écart d'âge est de 2,5 ans (Hommes : 33,6 ans  $\pm$  5,8 ans vs Femmes : 31,0 ans  $\pm$  5,3 -  $p < 0,001$ ). Cette différence provient pour l'essentiel de l'admission d'un nombre plus élevé de femmes âgées de moins de 30 ans (39 % des femmes vs 23 % des hommes).

Les femmes admises sont plus souvent de nationalité française (84 % vs 69 % des hommes). C'est essentiellement parmi les patients nés hors d'Europe (hormis les DOM TOM) qu'elles sont sous-représentées, et ce n'est pas le cas parmi les patients nés en Europe du Sud ou de l'Est. Sur le plan familial, les femmes admises dans le Bus ont plus souvent des enfants (56 % vs 41 %) et sont plus souvent entourées de leur famille constituée (36 % vs 20 %).

Sur le plan socioprofessionnel, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à travailler au moment de l'admission (13 % vs 26 %), et davantage dans une situation d'interruption prolongée d'activité (36 % vs 23 %). Du point de vue des ressources, on rencontre parmi les femmes un peu plus de bénéficiaires du RMI (32 % vs 25 %), et de cas de ressources autres (22 % vs 14 %), parmi lesquelles la prostitution. Les types de protection sociale sont moins liés à une situation de travail ou d'ayant droit (19 % vs 34 %).

La prévalence du VIH est plus élevée chez les femmes (21 % vs 9 %). Elles mentionnent également davantage d'antécédents médicaux (42 % vs 31 %).

Si les profils de consommation sont assez peu différents selon le sexe, exception faite de la surconsommation de médicaments, de Skénan<sup>®</sup> ou de Moscontin<sup>®</sup>, les femmes se distinguent des hommes par une fréquence plus grande de suivi antérieur pour la toxicomanie (74 % vs 60 %) et d'antécédents de substitution dans un cadre médicalisé (72 % vs 53 %). Les femmes ont moins souvent un passé carcéral (43 % vs 65 %) et en cas d'antécédent, la dernière incarcération remonte à une période plus lointaine en moyenne (5,2 ans vs 3,7 ans).

## Comparaison selon l'âge

Les différents indicateurs de la vie familiale (vie en couple, séparation, enfants) dépendent logiquement de l'âge. Sur le plan de la formation, les patients âgés de 20-29 ans ont moins souvent atteint le baccalauréat ou des études supérieures (19 % vs 28 % à 31 % dans les autres classes d'âge) et déclarent moins souvent une qualification professionnelle (56 % vs 72 % à 77 %). La situation pour le logement, l'activité et les ressources convergent vers un même résultat, avec des niveaux d'intégration moindres (logement personnel et autofinancé, activité continue ou intermittente, revenus d'emploi) des plus jeunes (20-29 ans), mais également des plus âgés (40 ans et plus).

Quel que soit l'âge, on retrouve la prédominance de la consommation d'héroïne (78 % à 83 % selon la classe d'âge) et de l'usage intraveineux actuel (58 % à 64 %). En revanche, parmi les produits secondaires, la consommation de Subutex® est plus développée chez les 20-29 ans (56 % vs 29 % à 35-39 ans et 35 % après 40 ans), de même que la consommation d'ecstasy ou d'amphétamines ou de LSD (14 % chez les 20-29 ans). Les prises en charge sanitaires antérieures n'apparaissent pas significativement liées à l'âge.

## Comparaison selon le département de domicile

Les entourages diffèrent selon le lieu de résidence, la famille d'origine étant plus présente pour les patients domiciliés en banlieue (47 % en grande couronne vs 18 % à Paris). Pour les patients résidant à Paris, les entourages sont plus diversifiés avec, outre la surreprésentation des personnes seules (20 % vs 9 % en grande couronne), soit la famille constituée sans la famille d'origine (27 % vs 16 % en grande couronne), soit les amis sans membre de la famille (24 % vs 15 % en petite couronne et 13 % en grande couronne).

Le niveau de couverture sociale varie selon le lieu de résidence : 36 % des patients parisiens sont sans protection sociale (vs 27 % en grande couronne et 21 % en petite couronne). En banlieue, la situation la plus fréquente correspond aux couvertures en lien avec l'activité ou le statut d'ayant droit (48 % en grande couronne, 40 % en petite couronne vs 29 % à Paris).

Du point de vue de la toxicomanie, il y a plus de consommateurs de méthadone à Paris (bilan urinaire positif : 36 % des parisiens vs 15 % à 19 % en banlieue). 89 % des résidents de la grande couronne déclarent utiliser la voie intraveineuse au moment de l'admission, vs 60 % des parisiens et 49 % des résidents de la petite couronne. On ne relève pas de différence quant aux prises en charge sanitaires antérieures, à ceci près qu'en cas de précédent de substitution médicalisée, les Parisiens ont davantage expérimenté le sulfate de morphine (38 % vs 11 %), et les résidents de banlieue de la buprénorphine (86 % vs 61 %).

## COMPARAISONS SELON LA CONSOMMATION ET LE PARCOURS ANTÉRIEUR

### Consommation de cocaïne et de crack

230 patients ont déclaré avoir consommé de la cocaïne le mois précédent l'admission ou en consommer comme produit principal ou associé, ou se sont révélés positifs à la cocaïne lors du bilan urinaire. Ces consommateurs représentent 59 % de l'échantillon. Par ailleurs, 32 % des patients déclarent une consommation de crack. Ces deux produits correspondent d'abord à des produits associés, dans le cadre d'une polytoxicomanie.

Du point de vue socio-économique, la situation des patients consommant de la cocaïne est plus défavorisée. 61 % des consommateurs de cocaïne n'ont pas de logement à l'admission (ou un logement précaire) vs 47 % des non-consommateurs. 19 % des consommateurs déclarent un travail à l'admission (vs 27 % -  $p < 0,06$ ). 65 % déclarent un passé carcéral (vs 52 %). On retrouve des résultats plus accentués pour le crack, 72 % des consommateurs se déclarant sans logement (vs 47 %), 88 % sans travail (vs 72 %), 41 % sans couverture sociale (vs 30 %), 80 % déclarant un passé carcéral (vs 51 %). Les consommateurs de crack sont également plus souvent sans entourage (27 % vs 13 %), séparés de leurs enfants lorsqu'ils en ont (76 % vs 60 %), et disposent d'un faible bagage éducatif (niveau scolaire primaire ou secondaire 1<sup>er</sup> cycle : 45 % vs 32 %). La consommation de crack est particulièrement répandue parmi les sujets natifs des DOM TOM (71 %), à un moindre degré du Maghreb (42 %).

Du point de vue de la toxicomanie, les consommateurs de cocaïne consomment moins de médicaments (benzodiazépines : 60 % vs 70 %, barbituriques et autres psychotropes : 26 % vs 34 %). Il en est de même pour les consommateurs de crack, qui sont par ailleurs nombreux à déclarer une consommation de Skénan® (54 % vs 17 %). Notons qu'en cas d'antécédent de substitution, les consommateurs de crack ont davantage expérimenté le sulfate de morphine (47 % vs 24 %) que la buprénorphine (30 % vs 42 %). 71 % des consommateurs de cocaïne (vs 49 %) et 72 % des consommateurs de crack (vs 58 %) utilisent la voie intraveineuse au moment de l'admission. En cas d'usage IV, le partage du matériel est plus fréquent dans le groupe cocaïne (38 % vs 22 %).

Les consommations de cocaïne et de crack apparaissent ainsi associées à des caractéristiques plus défavorables, tant du point de vue socio-économique que par rapport au risque infectieux lié à l'usage de seringues.

### Comparaison selon les antécédents de substitution

224 patients ont déclaré avoir par le passé suivi un programme médicalisé de substitution, soit 58 % de la population admise dans le Bus. 164 patients n'en déclarent pas. On retrouve corrélées à cet épisode de prise en charge d'autres formes de prise en charge de la toxicomanie (suivi spécialisé, sevrage, etc.).

Les femmes sont deux fois plus nombreuses au sein de la population ayant déjà expérimenté la substitution (33 % vs 18 % parmi les patients sans antécédent de substitution). Selon le lieu de naissance, il y a surreprésentation des natifs de la métropole, et sous-représentation des natifs des continents autres que l'Europe (à l'exception des natifs du Maghreb). Du point de vue du logement, il y a surreprésentation des sujets disposant d'un logement personnel (29 % vs 21 %) ou logés par la famille (19 % vs 13 %). Du point de vue de l'activité, il y a surreprésentation des sujets ne travaillant plus depuis plus de six mois (interruption prolongée : 31 % vs 20 %) avec pour corollaire davantage de cas où les ressources proviennent du RMI (31 % vs 21 %) ou de pensions (6 % vs 1 %) et une meilleure couverture sociale (77 % vs 53 %), en lien avec ces étayages sociaux et médicaux. Le taux d'infection par le VIH est plus élevé (15 % vs 8 % -  $p < 0,06$ ), et les antécédents médicaux plus fréquents (40 % vs 25 %).

L'héroïne est un peu moins consommée en cas d'antécédent de substitution (78 % vs 87 %), au profit des benzodiazépines (69 % vs 57 %) et du Skénan<sup>®</sup> ou du Moscontin<sup>®</sup> (33 % vs 22 %), les différences n'étant pas significatives pour le Subutex<sup>®</sup> (46 % vs 37 %) et les niveaux de consommation comparables pour la méthadone (38 % vs 36 %). L'usage à l'admission de la voie intraveineuse est plus fréquent (70 % vs 52 %).

### Comparaison selon les antécédents d'incarcération

65 % des hommes et 43 % des femmes déclarent au moins une incarcération avant l'admission.

Si la nationalité n'apparaît pas significativement reliée à la mention d'un passé carcéral, on retrouve des taux très variables selon le lieu de naissance (55 % des natifs de la métropole, 87 % des natifs d'outremer, 39 % des patients nés dans les pays européens, 78 % de ceux nés dans le Maghreb).

La proportion de patients ayant un passé carcéral est la plus élevée lorsque le patient est seul ou n'a dans son entourage que des institutions (environ 75 %). Elle est plus basse lorsque l'entourage se compose d'amis (60 %) ou de la famille d'origine dans son entourage (54 % à 64 %), encore plus basse lorsque l'entourage se restreint au conjoint ou aux enfants (48 %). Selon une autre perspective, c'est pour les patients séparés et pour les patients qui n'ont aucun de leur(s) enfant(s) à charge que le taux d'incarcération antérieure est le plus élevé (respectivement 72 % et 78 %).

La proportion de sujets ayant un passé carcéral est plus élevée pour les patients qui sont admis dans le Bus alors qu'ils n'ont pas de travail (65 % vs 40 %), de même lorsqu'ils n'ont pas de logement ou un logement précaire (65 % vs 51 %). Les patients ayant une couverture sociale par le biais du RMI ou de l'aide médicale sont également plus nombreux à avoir un passé carcéral (74 % et 69 %), comparés à ceux qui sont couverts du fait de leur travail ou de leur situation familiale (45 %), mais également à ceux qui n'ont aucune couverture sociale (59 %). Les niveaux de formation sont plus faibles en cas de passé carcéral, en particulier l'accès au baccalauréat et aux études supérieures (19 % si passé carcéral vs 41 %).

Les consommations de ces deux groupes de patients sont légèrement différentes, l'héroïne prédominant toutefois avec des ordres de grandeur comparables. La cocaïne (63 % vs 50 %) et le crack (40 % vs 15 %) sont davantage consommés par les patients ayant un passé carcéral, de même que le Skénan<sup>®</sup> (35 % vs 20 %) et l'alcool (30 % vs 20 %). L'usage intraveineux au moment de l'admission est lui aussi plus fréquent (66 % vs 53 %).

### ÉVOLUTION DU RECRUTEMENT

#### Encadré 5 : Évolution dans le profil des patients admis dans le Bus

Ce chapitre envisage les possibles évolutions dans le profil des patients admis pendant les 16 mois du suivi, au plan social et au plan des consommations, ces évolutions étant à relier à une modification de la demande. En effet, il n'y a pas eu de recadrage au niveau des équipes, par rapport aux critères d'inclusion.

Les admissions sont classées en cinq groupes en fonction du trimestre (4 trimestres en 1998 et le 1<sup>er</sup> trimestre 1999).

### Évolution sur le plan sociodémographique

La seule évolution notable est relative à l'origine géographique des patients. Au cours du 1<sup>er</sup> semestre de l'activité du Bus, le poids du recrutement des patients résidents à Paris s'avère moins élevé (57 % vs 77 % à partir du 3<sup>e</sup> trimestre 1998). Les trois quarts des patients sans domicile ou résidant en dehors de l'Ile-de-France ont été recrutés au cours du 1<sup>er</sup> semestre 1998. Le recrutement de résidents de la grande couronne a lui aussi diminué par la suite. Selon le lieu de naissance, 9 % des patients admis entre janvier et juin 1998 étaient natifs des départements d'outre-mer (vs 3 % par la suite). On constate par ailleurs une évolution dans le recrutement des patients nés à l'étranger, avec moins d'Européens et de Maghrébins et davantage de patients nés en Afrique noire ou en Asie.

Il a pu s'agir, dans les premiers temps de l'activité du Bus, de la résorption d'une clientèle initiale, dont les besoins étaient jusque-là mal couverts, la demande étendue au plan géographique pouvant être liée aux effets d'annonce de cette nouvelle modalité de soins par substitution. Mais ce sont les usagers qui ont adressé le plus de personnes depuis le début du programme : les effets de réseau, le recrutement fonctionnant d'abord par « bouche à oreille », constituent la cause principale des évolutions dans le profil des patients recrutés. Par rapport à l'évolution dans le recrutement géographique, le bouche à oreille a d'autant mieux fonctionné dans les communautés africaines, polonaise et russe que la prise en charge est gratuite et anonyme. L'anonymat reste un critère important pour ces personnes, pour la plupart en situation irrégulière sur le territoire.

### Évolution sur le plan de la consommation

Il n'y a pas eu de changement par rapport au critère d'admission qui est d'être consommateur d'opiacés et dépendant. On observe cependant une évolution dans le recrutement selon deux tendances, attribuable aux effets de réseau. Le recrutement s'est progressivement orienté vers une clientèle moins habituée du système de soins spécialisés, mais dont la consommation repose davantage sur les produits de substitution, avec une réduction des risques plus marquée par rapport à l'injection de produits.

Par rapport aux usages de produits, la part des héroïnomanes a diminué (91 % le 1<sup>er</sup> trimestre 1998, 73 % pour le 1<sup>er</sup> trimestre 1999), de même que celle des consommateurs de crack (45 % pour le 1<sup>er</sup> trimestre 1998, 18 % pour le 1<sup>er</sup> trimestre 1999). Les consommateurs de méthadone sont plus nombreux (27 % pour le 1<sup>er</sup> trimestre 1998, 43 % pour le 1<sup>er</sup> trimestre 1999), de même que les consommateurs de Subutex<sup>®</sup> (respectivement 33 % et 61 %). Cette évolution s'accompagne d'une diminution de la proportion de patients utilisant la voie intraveineuse (82 % et 41 %) et parmi ceux-ci, de ceux partageant le matériel d'injection (43 % et 14 %).

Les antécédents de prise en charge sont moins fréquents dans les cohortes admises à partir du 3<sup>e</sup> trimestre 1998. La mention d'un suivi antérieur pour la toxicomanie passe ainsi de 70 % (1<sup>er</sup> trimestre 1998) à 46 % (1<sup>er</sup> trimestre 1999), celle des antécédents de sevrage de 45 % à 27 %, celle des substitutions dans un cadre médicalisé de 59 % à 48 %.

Concernant la diminution de l'usage intraveineux, il faut mentionner l'inclusion d'Africains, venant de la même région, consommateurs d'héroïne uniquement par voie nasale. L'augmentation de la part des personnes sans antécédent de suivi montre les effets du recrutement par bouche à oreille. Ces personnes sans suivi ni contact achètent des produits de substitution au marché noir.

### LES PATIENTS NON ADMIS DANS LE PROGRAMME

Les fiches concernant 43 sujets non inclus dans le programme ont été transmises<sup>20</sup>, les entretiens ayant eu lieu tout au long du programme. L'information collectée reste très lacunaire. L'âge est inconnu dans un tiers des cas. La répartition par sexe est classique (75 % d'hommes). Au moins la moitié de ces sujets déclarait une couverture sociale, plus du tiers un logement stable et au moins un quart un travail, ces deux dernières évaluations étant proches de celle de la population admise.

Environ 45 % avaient déjà eu des contacts avec le secteur spécialisé, estimation inférieure à celle des patients admis (60 % de contacts ou de suivi en ville). 70 % déclarent consommer de l'héroïne, résultat peu original en comparaison avec les patients inclus dans le programme.

On peut mettre en avant deux registres dans les raisons de non-admission : la préférence du sujet pour le Subutex<sup>®</sup> ou le Skénan<sup>®</sup> d'une part<sup>21</sup>, une hésitation entre la substitution et un sevrage d'autre part. On peut ajouter au second quelques cas de faible consommation, pour lesquels la substitution par la méthadone est d'emblée jugée peu nécessaire.

Pour le reste, soit l'entretien initial a été interrompu, soit le sujet *a priori* admissible n'est pas revenu accomplir les formalités préalables à l'admission (photographie, etc.). Ainsi, la non-admission semble avant tout ressortir d'un faible désir pour la méthadone, au profit d'autres produits ou d'autres indications de soins, les quelques caractéristiques sociales que l'on peut décrire ne semblant pas indiquer de profondes différences.

### Les sorties du programme

À la date du présent bilan, 295 patients ont quitté le programme, soit 75 % des patients. 162 sorties correspondent à des *sorties concertées*, décrites avec la fiche de sortie mise au point pour l'étude. 133 sorties correspondent à des *sorties de fait*, non décrites (patients perdus de vue). En cas de déperdition, on rencontre des durées de maintien dans le programme aussi longues qu'en cas de sortie concertée.

<sup>20</sup> Sur la base de cet effectif, 10% des demandes d'inclusion n'ont pas été satisfaites. Mais toutes les non-admissions n'ont pas été décrites. Si l'on suppose qu'un cas sur deux a été décrit, le poids des non-inclusions concernerait alors 20% des demandes.

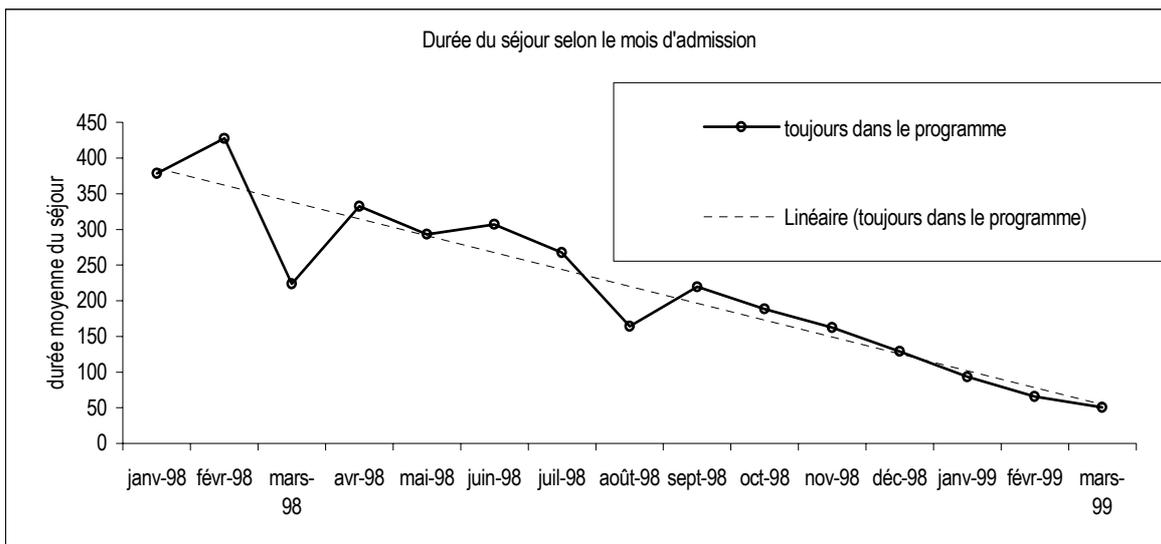
<sup>21</sup> Certains consommant ces produits le mois précédent l'entretien.

Le protocole d'étude épidémiologique prévoyait une description des patients à la sortie, fournissant des données homogènes par rapport à l'admission, et permettant d'apprécier les évolutions. Les résultats extraits des fiches de sortie présentés dans ce chapitre restent donc volontairement limités, étant donné leur portée partielle. Les analyses privilégient la comparaison entre sortants sur la base des profils établis à l'admission, qui sont exhaustifs.

**DURÉE DE MAINTIEN DANS LE PROGRAMME, APPROCHE DÉMOGRAPHIQUE**

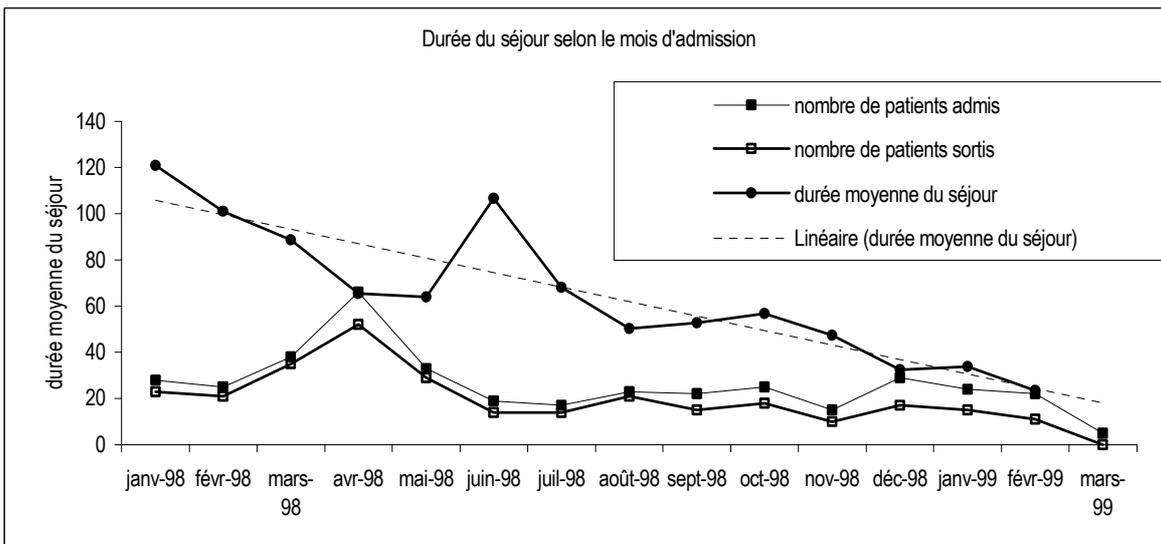
Les patients sortis (sorties de fait ou concertées) sont restés en moyenne 69 jours dans le protocole ( $\pm 70$  jours), soit un peu plus de deux mois. La durée moyenne de séjour des patients non sortis est de 205 jours, soit près de 7 mois.

**Durée du séjour selon le mois d'admission - Patients maintenus dans le programme**



Pour les patients toujours maintenus, la durée moyenne du séjour décroît linéairement en fonction du mois d'admission, avec une distorsion liée aux phases de sortie pour les patients réinclus dans le programme.

**Durée du séjour selon le mois d'admission - Patients sortis du programme**



Pour les patients sortis du programme, on constate une même évolution de fond, liée à l'impossibilité de repérer les sorties à moyen terme et à long terme des patients admis le plus récemment.

Pour les cohortes admises au 1<sup>er</sup> semestre 1998, on note une relation entre la durée moyenne du séjour et les effectifs d'entrées et de sorties, qui suggère un turn-over rapide. Celui-ci pourrait s'expliquer par l'absorption dans les premiers temps du programme de patients suivis en ville, dont la demande est une primo-prescription de méthadone. Le 1<sup>er</sup> semestre reste une phase de mise en place du projet thérapeutique. Pour les cohortes entrées à partir de juillet 1998, la durée moyenne de séjour est plus proche de la droite qui exprime le recul variable dans les observations.

75 % des patients sont sortis. Le rapport entre le temps passé dans le programme par les patients sortis et le temps passé pour l'ensemble des patients est proche de 50 %, estimation du poids représenté en terme de prise en charge et d'activité par chacun des deux groupes de patients.

L'estimation de la probabilité de sortie pour chaque période mensuelle suivant l'admission repose sur le suivi qui peut être réalisé, compte tenu des sorties du champ d'observation. Les marges d'erreur associées à ces estimations sont telles qu'il est impossible de statuer sur des différences entre ces probabilités (tableau ci-après et figure ci-dessous).

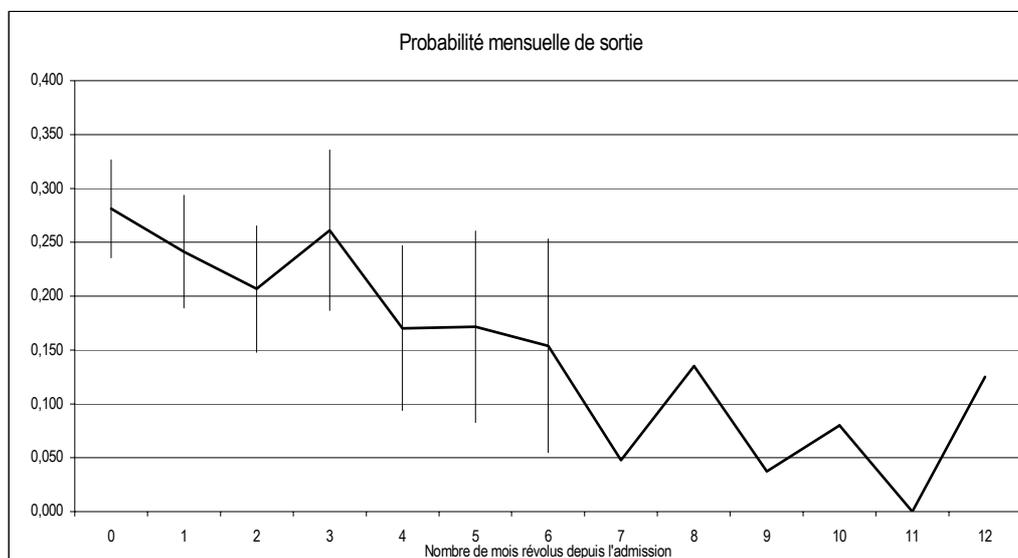
**Table de maintien dans le programme**

Durée		Données du calcul							Table de maintien dans le programme		
en mois révolu	nombre de jours correspondant (avant le n-ième jour)	effectif en début de mois	nombre de sorties du programme	sorties du champ d'observation après la période	probabilité de sortie	intervalle de confiance à 95 %		Effectif maintenu	%	Sorties mensuelles	
0	30	377	106	14	0,281	0,236	0,327	400	100 %	112	
1	60	257	62	11	0,241	0,189	0,294	288	72 %	69	
2	90	184	38	12	0,207	0,148	0,265	218	55 %	45	
3	120	134	35	5	0,261	0,187	0,336	173	43 %	45	
4	150	94	16	8	0,170	0,094	0,247	128	32 %	22	
5	180	70	12	6	0,171	0,083	0,260	106	27 %	18	
6	210	52	8	2	0,154	0,055	0,253	88	22 %	14	
7	240	42	2	3	0,048			74	19 %	4	
8	270	37	5	5	0,135			71	18 %	10	
9	300	27	1	1	0,037			61	15 %	2	
10	330	25	2	14	0,080			59	15 %	5	
11	360	9	0	1	0,000			54	14 %	0	
12	390	8	1	4	0,125			54	14 %	7	

La table de « survie » (maintien dans le programme) reconstituée à partir de ces suivis incomplets permet d'apprécier la façon dont la clientèle a quitté le programme. 30 jours après l'admission, 72 % des patients sont toujours maintenus dans le programme, et seulement un peu plus de la moitié (55 %) 60 jours après l'admission. Après 6 mois d'inclusion, il ne reste plus qu'un patient sur cinq (22 %).

On ne peut opposer un risque élevé de sortie précoce (avant le 1er mois anniversaire de l'admission) à un risque ultérieur plus faible (figure suivante).

**Probabilité de sortie du programme**



Rappelons que la maintenance n'est pas un objectif du Bus. L'analyse de la durée de maintien dans le programme montre l'importance du renouvellement de la population prise en charge.

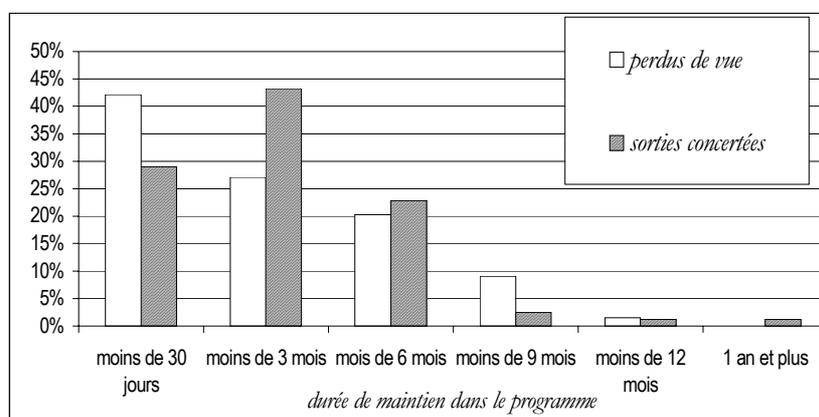
#### MOTIFS DE SORTIE

Le risque de sortie est important tout au long des six premiers mois d'inclusion. Les conditions de sorties restent une clef déterminante pour comprendre ces rythmes de sorties et les profils qui leur sont associés. Or, le poids des déperditions empêche une telle approche. Il faut considérer la déperdition comme une modalité particulière de sortie, dont la surreprésentation est liée au projet thérapeutique, avec les critères d'inclusion « de seuil à exigence adaptée ». À la lumière des données recueillies à l'admission, il est possible de dégager les profils associés à la déperdition, sans toutefois pouvoir en déterminer les causes.

#### Sorties de fait

Les patients non revus depuis plus de deux mois sont considérés comme perdus de vue. 58 % des patients perdus de vue sont restés au moins 30 jours dans le programme, et 30 % au moins 90 jours. Le poids des sorties précoces est plus important qu'en cas de sortie concertée, puisque 70 % de ces dernières correspondent à des maintiens d'au moins 30 jours, mais on retrouve une proportion comparable (30 %) en ce qui concerne les sorties après un maintien d'au moins 3 mois (figure suivante).

**Répartition des patients sortis selon la durée de maintien dans le programme**



L'exploitation des fiches recueillies au moment où le patient quitte le programme pose problème. Le recueil n'est pas exhaustif, et un biais de sélection n'est pas à exclure, avec parmi les patients perdus de vue une surreprésentation possible d'événements critiques (incarcération, hospitalisation, voire peut-être des décès) ou d'initiatives personnelles non repérées (inscription à un autre programme, changement pour un autre produit, etc.).

#### Sorties concertées

Dans 69 cas (23 %), l'issue s'est faite d'un commun accord entre le patient et l'équipe médicale. Dans 79 cas (27 %), elle a eut lieu sur l'initiative du patient. 12 sorties correspondent à une décision médicale et 2 à une rupture de fait<sup>22</sup>.

**Conditions de sortie**

conditions de sortie	effectif	%	effectif	%
maintenus dans le programme	...	...	96	25 %
perdus de vue	133	45 %	133	34 %
initiative du patient	79	27 %	79	20 %
décision médicale	12	4 %	12	3 %
commun accord	69	23 %	69	18 %
rupture de fait	2	1 %	2	1 %
<b>total des sorties</b>	<b>295</b>	<b>100 %</b>	<b>391</b>	<b>100 %</b>

<sup>22</sup> Notons que certains patients incarcérés sont toujours considérés comme faisant partie du programme, et que certaines réadmissions sont intervenues après un épisode d'incarcération.

### **Orientation après la sortie**

orientation après la sortie	effectif	%
centre méthadone	81	50 %
généraliste	54	33 %
sevrage hospitalier	15	9 %
autre	8	5 %
non précisé	4	2 %
<b>total des sorties concertées</b>	<b>162</b>	<b>100 %</b>

Dans 18 % des cas, le patient est orienté vers un médecin généraliste et dans 27 % des cas vers un centre « fixe » méthadone. Lorsqu'il y a commun accord de sortie du programme, l'orientation se fait davantage vers un autre CSST. Sur l'initiative du patient, la demande peut concerner la poursuite du programme en centre fixe, ou bien un suivi en ville, voire l'arrêt du programme au profit d'un sevrage (tableau ci-dessous). D'après les données des équipes, le poids des demandes d'augmentation de la dose représente environ la moitié des orientations. Les demandes de relais sont également motivées par des problèmes d'horaires inadaptés à ceux d'un travail, par des demandes de suivi psychothérapeutique, par une volonté de s'extraire du contexte de la rue.

### **Orientation selon la condition de sortie**

orientation vers...	condition de sortie			
	à l'initiative du patient		d'un commun accord	
	effectif	%	effectif	%
...un autre centre méthadone	32	41 %	45	65 %
...un médecin généraliste	31	39 %	22	32 %
...un sevrage hospitalier	14	18 %	1	1 %
...autre	2	3 %	1	1 %
<b>total</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>	<b>69</b>	<b>100 %</b>

### **COMPARAISON DES PATIENTS SORTIS ET DES PATIENTS POURSUIVANT LE PROGRAMME**

#### **Encadré 6 : Comparaison des sortants et des non-sortants**

Les données des patients à l'admission sont croisées avec l'information sur la sortie du programme. De ce croisement systématique, seuls les résultats statistiquement significatifs ( $\chi^2$ ) sont détaillés. Les données non corrélées à la sortie du programme sont mentionnées selon leur catégorie d'information.

Une première présentation dresse l'état en date du présent rapport, selon une méthode transversale, avec des durées d'observation variables.

La seconde perspective est longitudinale, et fait l'inventaire des différences de caractéristiques entre les patients sortis ou non du programme après une certaine durée de maintien dans le programme. Elle a pour objectif de décrire les sorties précoces, et pour les autres patients, de tester l'hypothèse de raisons ou de conditions de sorties différentes en fonction de la durée du programme.

## La situation actuelle

Le sexe et l'âge des patients n'apparaissent pas corrélés à la sortie du programme, de même que les différentes caractéristiques de la vie familiale.

82 % des patients de nationalité française sont sortis, contre 57 % des patients de nationalité étrangère.

### Taux de patients sortis selon la nationalité et le lieu de naissance

nationalité	Sortie			
	non	oui	% sortis	
française	52	233	82 %	
étrangère	44	59	57 %	
total des répondants	96	292		
lieu de naissance				
Ile-de-France	28	138	83 %	
Province	12	53	82 %	
DOM TOM	6	18	75 %	
Europe	14	24	63 %	
Maghreb	18	27	60 %	
Autres	17	27	61 %	
total des répondants	95	287		

44 % des patients ayant un logement à l'admission sont sortis du programme, contre 29 % des patients ayant un logement précaire ou pas de logement. Les taux de sortie sont d'ordre de grandeur comparable lorsqu'il s'agit d'un logement autofinancé (42 %), d'un logement par la famille (37 % à 42 %) ou par un tiers (39 %). Ils sont plus bas en cas de logement collectif ou d'absence de logement (28 % à 31 %).

43 % des patients ayant une couverture sociale à l'admission sont sortis, contre 21 % des patients sans couverture sociale. En cas de couverture sociale, les taux de sortie sont comparables selon qu'il s'agit d'une couverture de salarié ou d'ayant droit (45 %) ou d'une prise en charge par le biais du RMI (40 %) ou de l'aide médicale (40 %).

52 % des patients ayant un travail à l'admission sont sortis, contre 31 % des patients sans travail.

43 % des patients n'ayant jamais fait de prison sont sortis, contre 29 % des patients (non significatif). En cas d'incarcération, son ancienneté est corrélée à un taux de sortie plus élevée.

En résumé, est maintenue plus longtemps dans le programme une population qui sur le plan social présentait à l'admission les caractéristiques les plus défavorables, du point de vue de l'insertion sociale, un objectif étant de contacter le plus d'usagers en situation de précarité. L'évolution du recrutement des patients au cours des 5 trimestres d'activité ne montrant pas un ciblage accru vers une telle clientèle, on peut en conclure qu'il s'agit d'un effet de filtrage, les sorties semblant plutôt correspondre à des ré-aiguillages, selon l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins et à la substitution à la méthadone.

### COMPARAISON DES PATIENTS SORTIS SELON LA DURÉE DE MAINTIEN DANS LE PROGRAMME

#### Sorties dans le premier mois :

Pour 352 patients, le recul par rapport à la date d'admission est d'au moins un mois<sup>23</sup>. 84 sont sortis dans les 30 jours suivant l'admission (24 %). 45 % de ces sorties correspondent à des patients perdus de vue. Comparés aux patients maintenus au moins jusqu'au 30<sup>e</sup> jour après leur admission, ces sorties précoces sont corrélées aux situations suivantes :

- une durée de dépendance plus longue : 18 % des sorties ont au moins 20 ans de dépendance (vs 9 % des patients maintenus) ;
- un usage intraveineux au moment de l'admission (82 % vs 72 %) ;
- un état de santé dégradé (séropositifs au VIH : 21 % vs 10 % - antécédents médicaux : 44 % vs 29 %) ;
- moins d'antécédents carcéraux (46 % vs 63 %).

<sup>23</sup> Les résultats présentés dans ce sous-chapitre excluent les patients réadmis.

*Sur le plan familial, on note également davantage de patients mariés ou en union libre (38 % vs 28 %) ou séparés ou veufs (19 % vs 12 %) parmi les sorties précoces. 19 % ont au moins 40 ans (vs 10 %).*

*Les patients qui déclarent un logement personnel et autofinancé sont 37 % parmi les sorties avant 30 jours (vs 22 %).*

Pour les sorties concertées (c.-à-d. décrites au moyen de la fiche de sortie), on note que la moitié de ces sortants sont orientés vers la médecine générale, proportion particulièrement élevée (34 % pour l'ensemble des sorties, quelle que soit la durée de séjour). Cette situation est notamment à relier à l'état de santé (VIH, antécédents médicaux significativement plus fréquents), pour des patients présentant un parcours toxicomaniaque long, et qui, sur un plan social, sont moins souvent passés par la prison. Il est intéressant de constater qu'un tel profil émerge parmi les sorties précoces, plutôt que celui d'une population qui, étant donnés les bas critères d'inclusion, se caractériserait davantage selon ces critères.

▪ Sorties le 2<sup>e</sup> ou le 3<sup>e</sup> mois :

Pour 252 patients, le recul par rapport à l'admission est d'au moins 90 jours (3 mois), avec un maintien dans le programme d'au moins 30 jours. 100 patients sont sortis avant le 90<sup>e</sup> jour, c'est-à-dire avant le 3<sup>e</sup> mois (40 %). Un tiers de ces sorties correspondent à des patients perdus de vue (34 %). Comparés aux patients qui sont restés dans le programme au moins jusqu'au 90<sup>e</sup> jour, ces patients présentent les caractéristiques suivantes :

- *on retrouve comme pour la comparaison précédente moins de cas avec passé carcéral (55 % vs 69 %), et plus de cas de VIH (14 % vs 7 %).*

- *ces patients sortis après le 1<sup>er</sup> et avant le 3<sup>e</sup> mois suivant l'admission sont plus souvent de nationalité française (82 % vs 69 %), mariés ou en union libre (38 % vs 22 %) et, pour ceux qui ont des enfants, avec des enfants à charge (50 % vs 23 %) ;*

La moitié de ces sortants est dirigée vers un centre « fixe » méthadone. L'investissement dans la vie familiale, indicateur d'une relative stabilité par rapport aux patients seuls ou en situation de rupture, est une caractéristique nouvelle en comparaison avec les sorties précoces.

▪ Sorties après le 3<sup>e</sup> mois et avant le 6<sup>e</sup> mois :

Pour 127 patients, le recul par rapport à l'admission est d'au moins 180 jours (6 mois), avec un maintien dans le programme d'au moins 90 jours. 61 patients sont sortis avant le 180<sup>e</sup> jour, c'est-à-dire avant le 6<sup>e</sup> mois (48 %). 41 % ces sorties correspondent à des patients perdus de vue. Comparés aux patients qui sont restés dans le programme au moins jusqu'au 6<sup>e</sup> mois, ces patients présentent les caractéristiques suivantes :

- *ils sont moins souvent natifs du Maghreb (7 % vs 18 %) ou des pays européens (7 % vs 13 %). Ils ont plus souvent des enfants (56 % vs 36 %), à charge ou non ;*

- *à l'admission, ils déclaraient moins souvent consommer des opiacés (74 % vs 89 %).*

Lorsque l'orientation est connue, il s'agit d'abord d'orientation vers un centre fixe (60 %) et moins fréquemment vers la médecine de ville (20 %).

▪ Sorties après le 6<sup>e</sup> mois :

Pour 48 patients, le recul par rapport à l'admission est d'au moins 270 jours (9 mois), avec un maintien dans le programme d'au moins 180 jours. 15 patients sont sortis avant le 270<sup>e</sup> jour, c'est-à-dire avant le 9<sup>e</sup> mois (31 %). Comparés aux patients qui sont restés dans le programme au moins jusqu'au 9<sup>e</sup> mois, ces patients présentent les caractéristiques suivantes :

- *ils sont moins souvent de nationalité étrangère (0 % vs 45 %), moins nombreux à déclarer à l'admission n'avoir jamais travaillé (13 % vs 27 %) ou connaître une interruption prolongée de leur activité (0 % vs 11 %) ;*

- *ils ont moins souvent un passé carcéral (33 % vs 77 %).*

Ces résultats suggèrent différents rythmes et profils de sorties :

- orientation précoce vers la médecine de ville de patients dont l'état de santé est dégradé ou dont le parcours toxicomaniaque est long. L'observation sur le terrain corrobore ce résultat, en relation avec l'inclusion de patients orientés vers le Bus par le médecin, la prise en charge par Médecins du Monde initiant la prescription de méthadone ;

- sortie de patients « investis » au plan familial (couple, enfants à charge) ;

- maintien dans le programme de différentes catégories de patients (étrangers, patients avec passé carcéral). Sur ce dernier point, l'analyse longitudinale vient compléter les résultats de la comparaison transversale, dont les résultats mettent en lumière le maintien au sein du programme d'une population présentant sur le plan social des critères défavorables.

## COMPARAISON DES PATIENTS SORTIS SELON LES CONDITIONS DE SORTIES ET L'ORIENTATION

La comparaison des patients selon les conditions de la sortie et selon l'orientation après la sortie montre qu'il y a des différences selon ces deux dimensions.

### Comparaison des sorties de fait et des sorties concertées

Le poids des sorties non décrites conduit à préciser en quoi ce mode de sortie est lié à certaines caractéristiques au moment de l'inclusion, suggérant certains profils de patients. Pour les sorties décrites au moyen de la fiche de sortie, on relève très peu de cas de rupture, liées à une hospitalisation, une incarcération ; la déperdition peut correspondre à des ruptures non identifiées comme telle par l'équipe du Bus.

On compte davantage d'étrangers parmi les patients perdus de vue (26 % vs 16 %), de même que des célibataires (65 % vs 51 %), de patients n'ayant pas leur(s) enfant(s) à charge (77 % vs 56 %), de patients sans logement ou logés de façon précaire (67 % vs 44 %), sans couverture sociale (40 % vs 23 %). Ces patients présentent donc une situation moins favorable en terme d'insertion sociale, tant sur le plan de l'investissement familial que socio-économique.

Ces patients perdus de vue déclaraient plus souvent à l'admission une consommation de crack (36 % vs 25 %), de Skénan<sup>®</sup> ou de Moscontin<sup>®</sup> (39 % vs 23 %) ainsi que d'opiacés (84 % vs 75 %). Ils ont moins souvent expérimenté la substitution (52 % vs 65 %), et plus souvent connu la prison (63 % vs 50 %).

De ces résultats on peut conclure que la déperdition a concerné plus particulièrement une frange de la clientèle, dont les caractéristiques sont défavorables et relativement proches de celles de la population maintenue le plus longtemps dans le programme, avec en outre certains traits dans le domaine des usages et du parcours antérieur qui suggèrent une moins bonne *compliance* ou un risque élevé de rupture de fait.

### Comparaison des patients sortis à leur initiative et des patients sortis d'un commun accord avec l'équipe médicale

79 patients sont sortis sur leur initiative et 69 d'un commun accord avec l'équipe médicale. La durée de maintien dans le programme est en moyenne plus courte en cas de sortie initiée par le patient (60 jours vs 81).

Les sorties d'un commun accord concernent plus souvent des patients résidant en banlieue (30 % vs 13 %). On peut supposer que l'accord repose sur l'orientation vers un centre plus proche du domicile, situé en banlieue parisienne.

Certaines caractéristiques de la toxicomanie distinguent les deux catégories de sortants. On compte un peu plus d'héroïnomanes en cas de commun accord (86 % vs 73 %) et moins de consommateurs de Subutex<sup>®</sup> (32 % vs 49 %). De la même façon, les orientations diffèrent, le patient sortant à son initiative étant plus souvent orienté vers un sevrage hospitalier (18 % vs 1 %), à un moindre degré vers la médecine générale (39 % vs 32 %), c'est-à-dire vers des modalités de soins plus souvent différentes de la substitution par la méthadone en CSST (41 % vs 65 %).

### Comparaison des patients orientés vers la médecine générale et des patients orientés vers un autre CSST

81 patients sortis de façon concertée ont été orientés vers un autre CSST et 54 vers la médecine de ville. Les orientations vers la médecine de ville interviennent en moyenne plus rapidement que les orientations vers les CSST (50 jours après l'admission vs 82 jours)<sup>24</sup>.

Le principal registre de différences a trait aux critères socio-économiques, plus favorables à l'admission en cas d'orientation vers la médecine de ville. Toutes les différences ne sont pas significatives au seuil de 5 %, mais convergent vers un même sens :

*En cas de sortie vers la médecine de ville, 78 % avaient un logement à l'admission, vs 54 % en cas d'orientation en CSST. 50 % disposaient d'un logement personnel autofinancé (vs 31 %). 91 % avaient une couverture sociale (vs 73 %), la différence provenant de la surreprésentation des couvertures classiques (travail, ayant droit).*

*Autres résultats (non significatifs au seuil de 5 %) : 41 % ont un travail à l'admission (vs 27 %, non significatif). 48 % ont des ressources d'emploi ou de chômage (vs 30 %). Les niveaux scolaires élevés (baccalauréat et supérieur) sont plus fréquents (39 % vs 26 %).*

## ÉVOLUTION DES CARACTÉRISTIQUES SOCIALES DES PATIENTS SORTIS

Compte tenu du temps de présence limité dans le programme, peu d'évolutions sont constatées, d'autant que le questionnaire de sortie utilisé ne permet pas de repérer d'autres aspects du travail des équipes, correspondant à des démarches sociales de base comme l'hébergement, les papiers d'identité, etc. Ce questionnaire, utile pour évaluer les résultats de la prise en charge dans les CSST, où la durée moyenne de séjour est plus longue, s'avère moins adapté au contexte du Bus, dont les objectifs thérapeutiques sont d'abord la réduction des risques, l'accès aux soins et la réhabilitation sociale.

<sup>24</sup> Signalons également 15 cas d'orientation vers un sevrage hospitalier, après une durée moyenne de maintien dans le programme aussi longue qu'en cas d'orientation vers un centre méthadone (80 jours).

Pour quelques cas individuels, correspondant à des situations sociales très précaires au moment de l'admission, on note une amélioration de la situation. Ainsi, 8 patients sortis ont bénéficié d'une couverture sociale alors qu'ils n'en avaient pas à l'admission.

D'autre part, la situation des patients à la sortie n'est pas décrite de manière exhaustive (absence d'information pour les patients perdus de vue). Le chapitre suivant, relatif aux patients fidélisés, permet d'aborder la question de l'évolution des patients sur le plan social et sur celui des usages après au moins trois mois dans le programme, qu'ils aient été maintenus, perdus de vue ou orientés par la suite.

## Les patients suivis à 3 mois

### Encadré 7 : Suivi épidémiologique des patients

Une fiche de suivi a été élaborée par l'équipe du Bus et remplie lors d'un entretien auprès de 60 patients suivis à 3 mois par l'équipe du Bus. Ce recueil n'est pas exhaustif. Un effort de diversification des situations représentées a été fait. Certains patients ont été interviewés alors qu'ils étaient toujours dans le programme du Bus, d'autres patients ont été rencontrés dans d'autres structures de soins, après orientation. La description concerne ainsi des cas de maintenance et d'orientation, qu'on pourrait qualifier plus globalement de cas de fidélisation à une démarche de soins initiée par le Bus méthadone de Médecins du Monde.

Les résultats sont confrontés à ceux à l'admission. Le recueil reprend la majeure partie des thèmes figurant sur la fiche d'admission. Il développe certains points (usages de produits, activités illicites), et permet également de décrire les recours aux soins et les aides sociales dont les patients ont pu bénéficier depuis leur admission.

### VALEUR REPRÉSENTATIVE DE L'ÉCHANTILLON DE PATIENTS RÉINTERROGÉS

Ces patients qui ont fait l'objet d'un entretien 3 mois après leur inclusion représentent environ 30 % de l'effectif suivi au moins 3 mois.

La comparaison sur la base des critères à l'admission montre que ces patients réinterrogés se distinguent faiblement des patients suivis au moins 3 mois non ré-interrogés. Les biais de représentativité restent limités.

*La situation en matière de logement est meilleure pour les patients réinterrogés (53 % avaient un logement stable à l'admission vs 39 % des patients non ré-interrogés). Cependant, les autres caractéristiques socio-économiques ne viennent pas confirmer une situation d'insertion sociale meilleure.*

*Les patients ré-interrogés ont moins souvent un passé carcéral, mais les antécédents de prise en charge sanitaires ne sont pas différents.*

*La part des héroïnomanes et des usages intraveineux est comparable, mais les patients réinterrogés consommaient moins de cocaïne et de crack à l'admission.*

*Notons également un taux de sortie ultérieure comparable, avec cela dit moins de cas de déperdition pour les patients réinterrogés (27 % vs 55 %).*

### DONNÉES SOCIALES

56 % des patients suivis à trois mois sont célibataires<sup>25</sup>, 30 % mariés ou en union libre, 14 % séparés ou veufs. Cette répartition est strictement comparable à celle de la population admise. 56 % ont des enfants (45 % dans la population admise). 15 % se déclarent seuls ou n'ayant que des institutionnels dans leur entourage habituel, 73 % sont entourés de la famille (vs 61 % dans la population admise).

Par rapport à l'ensemble des admissions, la situation de logement est un peu plus favorable, avec seulement 7 % se déclarant sans domicile fixe ou en squat (contre 23 % dans la population admise). 23 % sont logés à hôtel, en foyer ou *sleep-in* (vs 19 %). 30 % ont un logement autofinancé (vs 25 %), 22 % sont en famille et 15 % chez un tiers. Par rapport à leur situation à l'admission, il y a diminution de la proportion de patients sans domicile fixe ou vivant en squat (11 cas sur 60 à l'admission vs 4 cas au suivi, soit une diminution relative de 12 %) au profit principalement du logement en collectif.

La protection sociale est plus répandue parmi ces patients réinterrogés, en comparaison avec ce que l'on observe pour l'ensemble des admissions : 16 % se déclarent sans couverture sociale (vs 34 %), 24 % sont couverts par le RMI (vs 18 %), 19 % les aides médicales (vs 18 %) et 41 % autrement (travail, ayant droit, etc.) (vs 30 %). Par rapport à l'admission, il y a eu amélioration relative du taux de couverture sociale (42 cas sur 60 à l'admission vs 49 cas au suivi, soit une progression relative de 12 %).

<sup>25</sup> Il faut souligner la faiblesse de l'effectif. Les chiffres sont donnés en pourcentage pour des commodités de lecture.

Du point de vue de l'activité, en comparaison avec l'ensemble des admissions, la part des interruptions prolongées apparaît plus importante (48 % vs 27 %). Près de 45 % déclarent un niveau de ressources inférieur ou égal à 2 500 francs et 25 % au moins 8 000 francs. C'est essentiellement l'accès au RMI qui apparaît différent : 20 % ont des ressources d'emploi (vs 17 %), 8 % du chômage (vs 8 %), 38 % du RMI (vs 27 %), 17 % aucune ressource (vs 16 %). Par rapport aux situations individuelles à l'admission, on note essentiellement une réduction relative des situations intermédiaires (activité intermittente), ce qui peut correspondre soit à une reconnaissance d'une situation d'interruption prolongée de l'activité, soit à l'accès à un travail. Les évolutions en matière de ressources montrent une augmentation relative des ressources d'étayage social ou d'emploi.

En résumé, on peut dire que la situation sociale d'une partie de ces patients s'est améliorée par rapport à celle décrite au moment de l'inclusion dans le programme. Cela concerne notamment l'accès au logement et à une couverture sociale.

#### **DONNÉES SUR LA CONSOMMATION ET LES ACTIVITÉS ILLICITES**

##### **Activités illicites**

Plus du tiers des patients se maintiennent dans le champ des activités illicites (35 % mentionnant une activité illicite depuis le début du programme).

*20 % déclarent une activité illicite régulière et 15 % occasionnelle. Pour 12 %, il s'agit de prostitution, 16 % de deal et 25 % de vol. Les patients ayant cessé toute activité illicite depuis l'admission restent moins nombreux que ceux qui les ont poursuivies.*

*7 patients (12 %) ont été incarcérés depuis le début du programme et 15 (26 %) ont connu une garde à vue. Par ailleurs, 17 % mentionnent des violences subies.*

Par rapport aux estimations que l'on peut faire à l'admission, essentiellement à partir des mentions sur l'origine des ressources (prostitution, vol, deal, etc.), on note une fréquence plus importante, qui reste difficile à interpréter compte tenu du risque de sous-déclaration d'une part, et de l'absence d'informations sur les sujets non revus à 3 mois d'autre part.

##### **Usages de produits**

Les évolutions de matière d'usages sont à apprécier en tenant compte des objectifs du Bus, l'abstinence n'étant pas une priorité. Le maintien de conduites toxicomaniaques reste ainsi important.

*76 % des patients déclarent avoir consommé plus d'un produit (en plus de la méthadone), dont 40 % au moins 3 produits.*

*Au cours du dernier mois, 30 % déclarent avoir consommé de l'héroïne, 20 % de la cocaïne, 20 % du crack. Par rapport aux proportions de consommateurs à l'admission, les chiffres ont diminué de moitié.*

*Concernant les produits licites, 33 % déclarent au cours du dernier mois une consommation d'alcool, 28 % de benzodiazépines (dont 10 % du Rohypnol®). 23 % des patients déclarent une consommation illicite de médicaments (marché noir). Une fois sur deux, il s'agit de se procurer du Skénan®. À côté de la méthadone, que tous déclarent consommer, 22 % déclarent avoir consommé du Skénan®, et 7 % du Subutex®.*

*19 patients (38 %) déclarent avoir consacré au moins 5 000 francs pour l'obtention de produits le mois précédant l'entretien, 13 patients (26 %) moins de 5 000 francs et 18 (36 %) aucune dépense.*

32 % (soit 19 patients) ont utilisé au moins une fois la voie intraveineuse, avec une fois sur deux une fréquence des injections supérieure à une injection quotidienne, et une majorité de cas où le matériel est réutilisé (13 cas sur 18, avec 7 cas de partage du matériel). 28 des 46 patients (60 %) qui utilisaient la voie intraveineuse à l'admission ne déclarent plus cette pratique, ce qui correspond à une réduction de 45 % de l'usage intraveineux.

##### **Appréciation de l'évolution des consommations**

Sur la base des consommations déclarées à l'admission (produits principaux et associés, consommations du mois précédant l'admission, usage intraveineux) et des usages dans le mois précédant l'entretien (usages de produits illicites, acquisition de médicaments au marché noir, consommation de médicaments, usage intraveineux), on peut tenter d'apprécier l'évolution des usages des patients. La faiblesse des effectifs (59 cas) limite la portée des résultats. Nous formerons en premier lieu notre appréciation selon les critères d'une poursuite ou non de l'usage d'héroïne, de cocaïne et de crack.

Pour près de la moitié des patients, on observe une évolution positive : il n'y a plus de mention de consommation d'héroïne, de cocaïne et de crack le mois précédant l'entretien, avec une fois sur deux un maintien ou un ancrage d'usages de produits médicamenteux variés, et d'alcool. (cf. Tableau « Évolution de la consommation des patients suivis près trois mois : situation d'abandon de l'usage de produits illicites »)

*12 patients (soit 1/5<sup>e</sup>) déclarent ne consommer que de la méthadone. 10 d'entre eux consommaient de l'héroïne avant l'admission, 2 d'autres produits (cocaïne, crack, Skénan®, Subutex®). Les 7 patients qui l'utilisaient ont abandonné l'usage intraveineux.*

15 patients (soit un quart) ne déclarent plus de consommation d'héroïne, de cocaïne ou de crack. En revanche, ils déclarent une consommation d'alcool ou de cannabis, et pour la plupart une consommation de médicaments et de produits de substitution, dont certains acquis sur le marché noir. Les produits rencontrés sont variés et par rapport aux consommations médicamenteuses existant à l'admission, le poids du Subutex® semble avoir diminué. L'usage intraveineux a été abandonné lorsqu'il existait à l'admission.

Pour la moitié restante, il y a maintien de consommation de drogues illicites (principalement l'héroïne, mais aussi la cocaïne ou le crack), avec toutefois une tendance prévalente allant dans le sens d'une réduction des doses et de l'abandon ou d'une réduction de l'usage intraveineux. Notons également la fréquence de la consommation de médicaments, en particulier du Skénan® (cf. Tableau « Évolution de la consommation des patients suivis près trois mois : situation de maintien des usages de produits illicites »)

7 patients (soit environ 1/8<sup>e</sup>) ne déclarent plus de consommation d'héroïne, évolution associée à un arrêt ou à une réduction sensible de l'usage intraveineux. Mais ces patients poursuivent une consommation de crack ou de cocaïne.

15 patients (soit un quart) maintiennent une consommation d'héroïne. Pour certains, il y a eu diminution de la dose ou passage à un mode d'administration autre que l'injection.

6 patients non consommateurs d'héroïne à l'admission maintiennent une consommation de cocaïne ou de crack.

4 patients, qui consommaient d'autres produits à l'admission (codéine, Skénan®) poursuivent cette consommation, avec diminution des doses.

La tendance prévalente va dans le sens d'une réduction des risques, et pour certains d'une abstinence par rapport aux produits illicites. Si ces résultats sont à relativiser compte tenu de leur valeur déclarative, ils montrent une évolution qui correspond aux objectifs du programme. La non-exhaustivité rend délicate toute extrapolation de ces résultats à l'ensemble des situations que l'on peut décrire 3 mois après l'inclusion. Un bilan exhaustif serait indispensable.

#### **Recours en lien avec la toxicomanie**

En lien avec la toxicomanie, 60 % des patients mentionnent un recours, dont 41 % au sein du programme (soit deux fois sur trois). 5 patients n'ont pas recouru mais déclarent en avoir eu besoin.

41 % mentionnent une consultation médicale en lien avec la toxicomanie au sein du programme, dont 24 % plusieurs consultations.

32 % mentionnent une consultation médicale en lien avec la toxicomanie en dehors du programme.

Les patients maintenant une consommation d'héroïne ont moins recouru au sein du programme ou à l'extérieur à des consultations médicales en lien avec la toxicomanie (56 % vs 31 % -  $p < 0,08$ ). L'usage intraveineux reste plus fréquent pour ceux qui n'ont pas recouru au sein du programme (40 % vs 21 % -  $p < 0,12$ ), et pour ceux qui ont recouru en dehors du programme (56 % vs 21 % -  $p < 0,05$ ), résultats qui suggèrent une attitude différente en matière de recours selon que le patient utilise ou non la voie intraveineuse.

#### **ÉTAT DE SANTÉ ET RECOURS AUX SOINS DEPUIS L'ADMISSION**

Pour d'autres motifs que la toxicomanie, 46 % mentionnent un recours, trois fois sur quatre en dehors du programme. 6 patients (10 %) mentionnent une surdose ayant nécessité un geste médical, 23 % un événement médical, 17 % chirurgical, 7 % psychiatrique.

46 % mentionnent une consultation médicale pour un motif autre que la toxicomanie en dehors du programme. Les lieux de consultations cités sont divers : hôpital (8 cas), médecine de ville (7 cas), urgences hospitalières (5 cas), centre spécialisé (4 cas), consultation précarité (3 cas).

12 % mentionnent une consultation médicale pour un motif autre que la toxicomanie au sein du programme, et en même temps en dehors du programme.

Par ailleurs, 7 patients mentionnent une hospitalisation depuis leur admission.

Par rapport au risque de contamination sexuelle, plus de la moitié des patients déclarent ne pas systématiquement utiliser le préservatif.

Si la protection est nettement majoritaire avec les partenaires réguliers (27 cas contre 5), elle est peu fréquente avec les partenaires occasionnels (8 cas contre 20).

Depuis leur inclusion, 42 % déclarent avoir fait un premier ou un nouveau test pour le VIH, sans qu'aucun des résultats sérologiques disponibles ne s'avère positif. Deux tiers des patients déclarent ne pas être à jour par rapport à la vaccination contre l'hépatite B. En cas d'hépatite C (seul un tiers des sérologies sont connues), on compte autant de cas non suivis (10 patients) que de cas suivis ou traités (10).

## **AIDES SOCIALES OBTENUES DEPUIS L'ADMISSION**

62 % mentionnent des consultations sociales, au sein du programme et à l'extérieur, ce qui reflète une articulation entre le Bus et d'autres structures plus marquées à ce niveau (orientation, démarches initiales, etc.).

*42 % ont bénéficié de consultations sociales dans le cadre du programme, la plupart du temps à plusieurs reprises. 37 % ont bénéficié de consultations sociales en dehors du programme, dont 13 % à plusieurs reprises.*

Environ 9 fois sur 10, le patient précise avoir obtenu des aides suite à ces consultations. Les aides obtenues sont variées, et recouvrent le champ sur lequel on peut observer une amélioration relative par rapport aux situations individuelles à l'admission.

*Ces aides concernent le logement (domiciliation, hébergement en hôtel ou sleep-in, aide financière pour le logement), les démarches de régularisation et de constitution de dossiers administratifs (dossiers de couverture sociale, de RMI), l'obtention du RMI ou d'une couverture sociale, certaines participations financières (cours, stage). Ces précisions sont cohérentes avec le constat d'une diminution de certaines situations de précarités (accès à un logement, à une couverture sociale). Elles permettent de préciser qu'au-delà des situations d'améliorations concrètes il existe des situations où le bénéfice est en attente (travail d'accompagnement dans les démarches).*

*29 % mentionnent d'autres contacts, principalement avec les centres spécialisés parisiens.*

Sur un plan méthodologique, la diversité des besoins et des aides tentant d'y répondre ne peut être décrite qu'en intégrant dans les descriptifs les différents niveaux d'action (situations d'urgences, constitution de dossiers de demande, accompagnement dans les démarches, accès à une aide sociale, etc.). De telles informations devraient figurer sur la fiche de sortie, la durée de séjour dans le programme, relativement courte, ne correspondant pas à la durée nécessaire pour la concrétisation d'une mesure d'aide.

**Évolution de la consommation des patients<sup>26</sup> suivis après 3 mois : situations d'abandon de l'usage de produits illicites**

Produits illicites consommés (régulièrement ou occasionnellement)		Au moment du suivi				A l'admission	
		Médicaments et produits de substitution acquis au marché noir	Alcool	Autres médicaments (prescrits ou non)	Usage IV	Usages de produits à l'admission non retrouvés - Appréciation de l'évolution des usages	
							Héroïne, Cocaine, Subutex®
			alcool				Héroïne
							Héroïne
							BZD, Brown sugar
							Héroïne, Rohypnol, Néocodion
							Héroïne, BZD, Cannabis, Codéine
							Héroïne, Subutex®
							Skénan®, Crack
							Héroïne, Cocaine
							Subutex®, Crack, Skénan®, BZD, Alcool
							Héroïne, Cocaine, BZD, Subutex®, Alcool
							Héroïne, Subutex®
cannabis (1 g/j)			alcool				Héroïne, Cocaine
cannabis			alcool				Héroïne, BZD
							Moscontin, BZD
				Xanax			Héroïne, Rohypnol, Néocodion
				Lexomil			Subutex®
		Rohypnol (10 cp./jour)		Nozinan		BZD	Héroïne, Cocaine, Crack
		Skénan® (1-2 cp./semaine)		Psychotropes			Héroïne, Subutex®
			alcool	Néocodion (1,5 boîte/jr)			Héroïne
		Subutex®		Noctamil			Héroïne, Cocaine, Subutex®, Barbiturique, Amphétamine
		Barbiturique		Néocodion			Héroïne, Cocaine, Subutex®, BZD, Ecstasy
			alcool	Lexomil			Héroïne, Subutex®, arrêt pour incarcération
			alcool	Rohypnol, Tranxène			Héroïne
			alcool				Skénan®, Cocaine
		Subutex® Rohypnol	Tranxène				Cocaine
				Lexomil (2 à 3 cp./jr)			Crack, Skénan®

<sup>26</sup> Chaque ligne correspond à un patient

**Évolution de la consommation des patients<sup>27</sup> suivis après 3 mois : situations de maintien des usages de produits illicites**

Produits illicites consommés (régulièrement ou occasionnellement)		Au moment du suivi			A l'admission	
		Médicaments et produits de substitution acquis au marché noir	Alcool	Autres médicaments (prescrits ou non)	Usage IV	Usages de produits à l'admission non retrouvés - Appréciation de l'évolution des usages
cocaïne (2 paquets/mois)					2/mois	Héroïne, Moscontin®, Usage IV devenu occasionnel
cocaïne (0,5 g)	crack		alcool		arrêt	Héroïne, Rohypnol, Subutex®
cannabis	crack	Skénan®			arrêt	Héroïne
cocaïne			alcool			Héroïne
cocaïne					1/mois	Héroïne, Codéine, BZD, Amphétamine, Usage IV devenu occasionnel
crack		Skénan®			4/jour	Héroïne, Cocaïne, Subutex®, BZD
crack		Skénan® 400 mg			3/jour	Héroïne
héroïne (0,5 g)		Rohypnol		Lexomil	2/mois	Crack, Cocaïne, diminution dose héroïne
héroïne (< 1g)					1/mois	Usage IV devenu occasionnel
héroïne (< 200mg)	cocaïne		alcool		3/jour	pas de changement, diminution dose héroïne
héroïne en sniff						Cocaïne, Subutex®, diminution dose héroïne
héroïne en sniff (< 0,5 g/j)					arrêt	passage au sniff, diminution dose héroïne
héroïne (3 fois/semaine)					arrêt	pas de changement
héroïne en sniff (1 g)	cocaïne	Moscontin (1,5 cp/jour)	alcool	BZD		pas de changement
héroïne en sniff (2,5 g)	crack	Subutex®	alcool	Néocodion		Cocaïne, Crack, Subutex®
héroïne	crack	Skénan®	alcool	BZD	arrêt	pas de changement
héroïne fumée (< 1g/j)						pas de changement, diminution dose héroïne
héroïne (0,5 g)					1/jour	Cannabis, Cocaïne
héroïne	cannabis				4/jour	pas de changement
héroïne fumée (1 g/j)				Lexomil prescrit		pas de changement
cannabis	héroïne (1 gr.)				2-3/jour	pas de changement
héroïne (0,5 g)	cocaïne				2/mois	pas de changement, diminution dose héroïne
cocaïne (0,5 g/semaine)			alcool			Subutex, Crack, Rohypnol
crack (3 galettes/j)					oui	Cocaïne, Skénan®, Moscontin®
crack (3 galettes/j)	LSD	Skénan®	alcool			Cocaïne, Skénan®, Moscontin®
cocaïne	crack (2 galettes)	Skénan®	alcool	Lexomil	2/mois	Opium, Néocodion, Subutex®
cocaïne (0,5 g/j)	crack	Tranxène		Lexomil	oui	pas de changement
				Rohypnol	5/jour	passage à la cocaïne et au crack
				Codéthyline		pas de changement
		Skénan®	alcool		2-3/jour	pas de changement
		Skénan®	alcool	Rohypnol (5 cp./jr)		Néocodion, diminution dose Rohypnol
		Skénan®		Néocodion (3 boîtes)		pas de changement, diminution dose Néocodion
				Lexomil		

27 Chaque ligne correspond à un patient

## Problèmes soulevés par les patients perdus de vue

Les différents résultats (situation à l'admission, sorties, patients fidélisés) doivent être articulés afin de poser un schéma d'interprétation, compte tenu du problème que constitue la déperdition.

*En ce qui concerne les sorties, le fait qu'il y ait eu concertation entre le patient et l'équipe, que la sortie se fasse sur l'initiative du patient ou d'un commun accord, autour notamment de la question d'une modification des soins ou de l'adéquation entre le profil du demandeur et les critères d'activité de l'équipe, semble constituer un critère discriminant en lui-même. Ces sorties gérées s'opposent aux sorties de fait comme aux maintiens dans le programme. L'analyse longitudinale, s'intéressant aux caractéristiques corrélées aux sorties précoces ou aux sorties par la suite suggère différents profils de sortie (réorientation précoce en cas d'état de santé dégradé, corrélation avec des indicateurs d'une bonne insertion socio-familiale, poids croissant des orientations vers des CSST correspondant à un processus de fidélisation).*

*Est maintenue à long terme au sein du programme une population dont les différentes caractéristiques sociales sont peu favorables. Par ailleurs, on retrouve pour une fraction de la population réinterrogée après au moins 3 mois de suivi des pratiques de consommation de produits, une prise de risque par rapport à l'usage intraveineux, et la mention d'activités illicites.*

*À l'opposé, la population perdue de vue présente sur le plan socio-économique des caractéristiques défavorables à l'admission. Certaines de ces caractéristiques sont partagées avec le sous-groupe des patients maintenus le plus longtemps dans le programme.*

Dans la comparaison de ces trois groupes de patients en fonction des caractéristiques à l'admission, on peut retenir en premier lieu la spécificité du profil des sorties concertées. Pour la plupart des caractéristiques, les taux observés parmi le groupe des patients maintenus au moins 3 mois dans le programme sont d'ordre de grandeur comparables avec les taux observés parmi les patients perdus de vue (Tableau ci-dessous). Cela concerne notamment les données familiales et socio-économiques. Seuls quelques indicateurs opposent ces deux sous-groupes (formation et qualification professionnelle, type de situation plus ou moins défavorable lorsqu'il n'y a pas logement autofinancé ou ressources d'emploi).

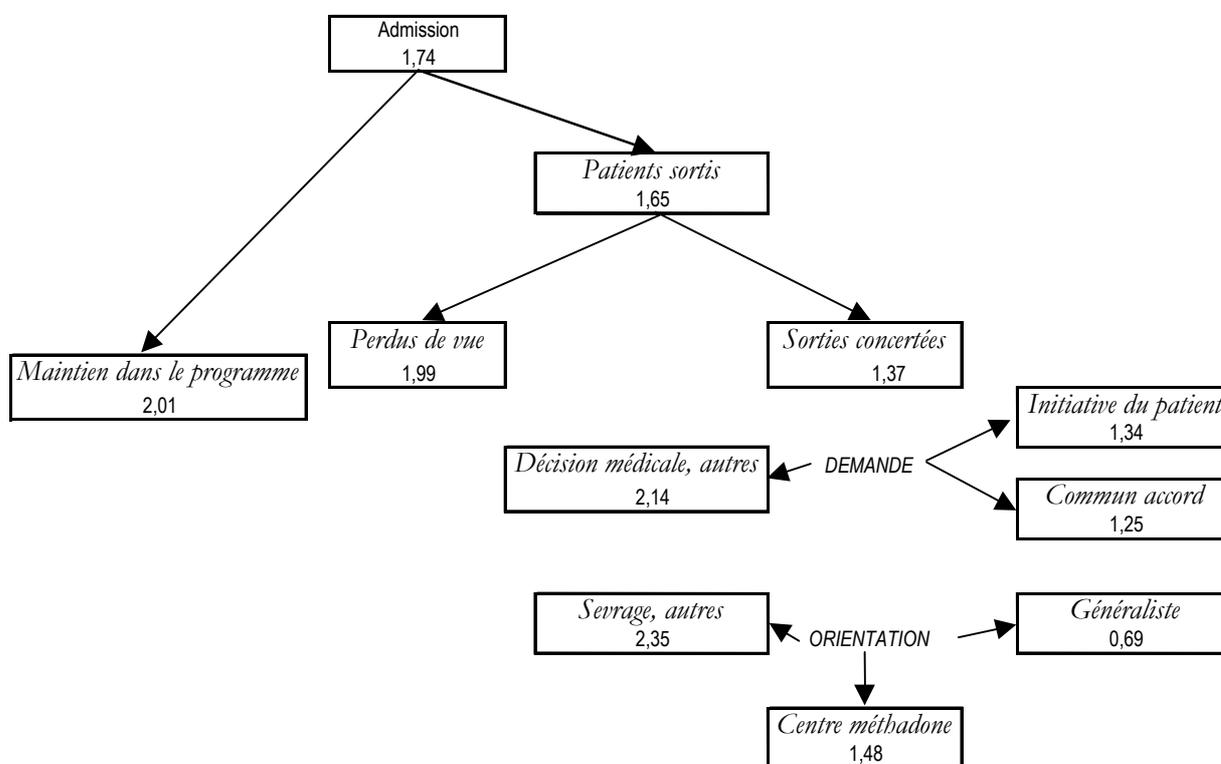
**Caractéristiques à l'admission selon le devenir des patients**

Caractéristiques à l'admission	Situation après 3 mois d'admission		
	maintenu ou moins de 3 mois d'admission	perdu de vue avant le 3 <sup>e</sup> mois	sortie concertée avant le 3 <sup>e</sup> mois
Effectif	181	93	117
% de Français	66 %	73 %	<b>84 %</b>
% de célibataires	62 %	62 %	<b>45 %</b>
% de sujets en couple	23 %	26 %	<b>44 %</b>
si enfant, % avec enfants à charge	25 %	28 %	<b>51 %</b>
% entourage seul	<b>20 %</b>	<b>20 %</b>	12 %
% entourage famille d'origine	<b>25 %</b>	<b>23 %</b>	19 %
% entourage famille constituée	33 %	34 %	<b>49 %</b>
% logement autofinancé	23 %	20 %	<b>33 %</b>
% SDF ou squatt	22 %	<b>34 %</b>	18 %
% niveau scolaire bas	35 %	<b>46 %</b>	30 %
% qualification professionnelle	<b>74 %</b>	60 %	<b>73 %</b>
% activité continue	10 %	10 %	<b>17 %</b>
% jamais travaillé	<b>20 %</b>	<b>22 %</b>	14 %
% revenu d'emploi	14 %	15 %	<b>24 %</b>
% ressources sociales ou familiales	41 %	<b>54 %</b>	47 %
% sans ressources ou autres	<b>45 %</b>	31 %	29 %
% couverture sociale	62 %	57 %	<b>80 %</b>
dont % aide médicale, 100 %	12 %	16 %	<b>29 %</b>
% sans couverture sociale	<b>38 %</b>	<b>44 %</b>	20 %
% substitution antérieure	56 %	49 %	<b>68 %</b>
% dépendance > 20 ans	9 %	8 %	<b>18 %</b>
% VIH positif	7 %	<b>16 %</b>	<b>17 %</b>
% antécédents médicaux	28 %	33 %	<b>42 %</b>
% avec passé carcéral	<b>69 %</b>	<b>58 %</b>	48 %

Pour les patients perdus de vue, différents cas de figures sont à envisager : rechute, abandon simple du programme, rupture (incarcération, hospitalisation), choix d'une autre modalité de soins. Cette population n'est pas homogène, mais dans les résultats, un point à retenir est sa différence de profil en comparaison avec les sorties concertées et sa relative ressemblance au plan social avec les patients maintenus dans le programme. Une interprétation serait que la déperdition est diffuse et correspond en partie à des ruptures, réalité que l'on ne peut toutefois ni évaluer ni décrire. Pour une partie des patients réinterrogés après au moins 3 mois dans le programme, le poids des activités illicites, de même que le maintien d'usages et de pratiques de mise en danger témoignent de la réalité de ce risque de rupture du programme, pour motif social (incarcération) ou sanitaire. À la lumière de tels indicateurs, le risque de rupture apparaît réel pour une partie de la population maintenue dans le programme, et peut expliquer la ressemblance sur le plan social avec la population perdue de vue. L'examen du score de précarité à l'admission, seule information disponible de manière exhaustive, montre une variabilité corrélée au devenir du patient dans le programme (figure ci-après).

Les scores les plus faibles concernent les patients orientés en médecine générale, puis dans les CSST. Les patients perdus de vue, maintenus dans le programme présentaient au moment de l'inclusion dans le programme des scores plus élevés. Il en est de même pour les patients dont la sortie est décrite et correspond à une décision d'exclusion par l'équipe ou à un aiguillage vers une autre indication thérapeutique (principalement le sevrage).

#### Variabilité du score de précarité socio-économique à l'admission selon le devenir des patients



Les informations recueillies à l'inclusion sont d'autant plus précieuses que les données collectées par la suite ne sont pas exhaustives, ce qui correspond à une limite habituelle dans l'évaluation de tels programmes. L'exploitation des données du bilan initial peut fournir des indications utiles aux équipes dans leur travail de prise en charge, car une certaine prédictibilité se dégage des résultats, en lien avec le phénomène de déperdition et les possibilités d'orientation. La diversité rencontrée dans le devenir des patients est en partie explicable par les choix d'inclusion, notamment celui de ne pas sélectionner les patients à l'entrée selon des critères autres que la dépendance aux opiacés. Le bas seuil de recrutement peut par exemple être illustré avec la diversité rencontrée sur le plan de l'insertion sociale. Pour les patients les plus favorisés, la dimension de l'accès aux soins, en particulier l'accès à la méthadone, paraît déterminante. À l'opposé, on rencontre des cas d'exclusion ou de réorientation vers des soins autres que la substitution, qui numériquement sont les moins nombreux. Le groupe « patients maintenus » + « patients perdus de vue » se situe entre ces extrêmes. Pour certains patients, l'inclusion semble s'inscrire dans la durée, ce qui n'est pas un objectif du Bus, mais correspond à une situation d'insertion globalement moins favorable.

## Note d'étape

N'étant pas un CSST, le Bus de Médecins du Monde a pour texte de référence encadrant son activité le projet expérimental de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues. Il n'y a pas de projet thérapeutique au sens strict. Les objectifs du programme sont :

- réduire les risques de contamination par le VIH et les hépatites pour une population d'usagers très marginalisés n'ayant pas ou peu de contacts avec les structures de soins existantes ;
- améliorer l'accès à la méthadone et l'accès aux structures de soins en toxicomanies et de soins somatiques. L'objectif n'est pas l'abstinence ou la maintenance ;
- améliorer l'accès aux structures de prise en charge sociale en favorisant l'hébergement, la couverture sociale et les démarches de réhabilitation sociale.

Les résultats épidémiologiques montrent différents points :

### ■ Spécificité de la clientèle

Les comparaisons entre les clientèles de centres illustrent les particularités du centre expérimental du Bus de Médecins du Monde : les caractéristiques sociales des toxicomanes fréquentant le Bus marquent la fréquence des sujets de nationalité étrangère et la présence de critères plus défavorables, regroupés dans un indice synthétique qui permet de situer la clientèle du Bus. De façon paradoxale, un sous-groupe de la clientèle du Bus montre des critères sociaux parmi les plus favorables et illustre les observations déjà faites à propos des premiers Bus « échange de seringues », l'existence de toxicomanes recherchant un service spécialisé tout nouveau, avec une offre hyperspécialisée.

### ■ Améliorer l'accès

La proportion de sujets n'ayant pas eu recours aux soins de traitement de substitution est importante. Les orientations rapides sont nombreuses, vers les centres de soins ou vers la médecine générale. Les sorties précoces du Bus reflètent souvent des primo-prescriptions.

La comparaison interne entre patients acceptés et patients refusés dans le Bus repose sur 43 fiches de sujets non admis. Même si le démarrage de l'action a probablement un effet de « remplissage » du centre, les sujets non admis sont devenus plus nombreux. L'analyse de ces sujets évoque plutôt des situations particulières par rapport à leurs demandes de soins (autres produits de substitution, usages modérés d'opiacés et poly-intoxication, usage de Subutex®).

### ■ Réduction des risques

L'efficacité des traitements repose sur des critères d'évolution du sujet, au plan de la santé physique, psychologique et sociale. Au bout de quelques mois de fonctionnement du Bus, c'est essentiellement la situation sociale des sujets qui connaît des changements, or ces informations ne sont pas accessibles dans le recueil épidémiologique (fiche de sortie). Il existe une difficulté pour mesurer le travail social des équipes médico-psychologiques en général.

### ■ Recommandations

Un bilan complet à l'admission à partir de l'enquête actuelle pourrait être validé, avec des compléments sur la quantité de produits estimée et la prescription à recommander.

Le bilan à 3 mois avec mesure de la réduction ou l'arrêt des usages devrait être généralisé. Il devrait permettre de compléter l'analyse de l'évolution. La période pourrait être discutée par rapport à d'autres études de suivi de clientèle dépendantes de centres. Il est toutefois recommandé, compte tenu des sorties et des déperditions précoces, de convenir d'une durée relativement courte.

La compliance pourrait être étudiée en parallèle avec d'autres lieux de soins.

Le protocole mis au point, articulé autour d'un descriptif à l'admission, d'un bilan à la sortie et d'un descriptif de cas de suivi, est en partie défaillant dans la mesure où le poids des déperditions est important. Cela dit, l'examen par rapport au descriptif initial est révélateur de contextes différents, corrélés avec des évolutions elles aussi différentes.

La qualité du recueil initial est cruciale et doit s'articuler autour de deux objectifs. Le premier objectif tient à l'impossibilité de décrire exhaustivement les sorties, et notamment de bien repérer les cas de rupture et leurs motifs. Il est alors primordial de réaliser un bilan complet dès l'admission. En particulier, la réalité du recrutement « de seuil à exigence adaptée » devrait être étayée au moyen de la définition de critères plus précis, comme l'appartenance à une population spécifique ou à une situation critique du point de vue de l'itinéraire. Le deuxième objectif est relatif aux indications de soins. Les données collectées concernant les patients non admis suggèrent une relative indécision en matière de demande de soins (préférence pour un produit de substitution, désir de sevrage, inscription du recours dans le secteur spécialisée ou celui de la médecine de ville), ambivalence qui, en cas d'admission, et étant donnés les critères de bas seuil, peut déboucher sur un abandon rapide du programme. Cette réalité pourrait faire l'objet d'un enregistrement statistique (demandes de soins parallèles du patient, observance du traitement dans les premiers temps de l'admission), permettant par la suite de mieux apprécier le rôle de passerelle du Bus en cas de stabilisation dans le programme.

Le phénomène de déperdition progressive peut par ailleurs être mieux cerné avec le renouvellement d'un descriptif pour chaque patient après 3 mois de maintien dans le programme. À cette étape du suivi, la focalisation doit porter sur la persistance d'usage de produits, l'initiation de nouvelles consommations, la mention de conduites à risques et les aides obtenues (démarches, mise en relation, concrétisation) sur le plan social et médical. En particulier, les démarches et les délais nécessaires pour accéder au RMI ou à une couverture sociale peuvent expliquer la variabilité du séjour dans le programme. Compte tenu du risque de déperdition, des indicateurs relatifs à la *compliance* devraient être intégrés. Il paraît également important d'isoler les cas où l'observance du traitement n'intervient qu'après une première phase qui s'est prolongée. Les prises en charge concurrentes ont également leur importance, et certaines articulations semblent exister en fonction des besoins (toxicomanie, état sanitaire, aides sociales) ; dans cette mesure, il paraît primordial de pouvoir opposer la complémentarité et la concurrence.

En ce qui concerne les sorties concertées, le descriptif devrait davantage mettre l'accent sur l'exposé des motifs conduisant à l'arrêt du programme, afin de mieux distinguer différents registres : relais ou demande de soins alternatifs, stabilisation dans le champ de la méthadone avec un désir d'augmentation de la dose ou une orientation en centre fixe pour des raisons autres (commodité, demande de soins spécifiques).

## **RECOMMANDATIONS ÉLABORÉES PAR L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION**

### **Recommandation n° 1 : Les résultats épidémiologiques**

Ils permettent de conclure à l'efficacité de l'action. La clientèle du Bus se trouve dans une situation plus critique que les toxicomanes sous substitution dans les centres parisiens. Sur le plan social, l'entourage familial est moins important, le niveau d'insertion socio-économique plus faible. Concernant la toxicomanie, les prises de risque (usage intraveineux) sont plus fréquentes et les contacts antérieurs avec le système de soin plus rares. Autre trait distinctif ; un patient sur quatre est de nationalité étrangère, ce qui entraîne des situations sociales, des parcours et des usages spécifiques. Cela dit, il faut voir que les situations sont loin d'être homogènes. Ainsi, sur le plan socio-économique, on rencontre des situations d'autonomie dont le poids est comparable à celui des prises en charge parisiennes. D'autres indicateurs témoignent aussi de la spécificité de cette clientèle en termes de phase du parcours personnel : situation de précarité au moment de l'admission, sortie de prison récente, premier épisode de prise en charge sanitaire, etc.

### **Recommandation n° 2 : Les outils méthodologiques**

La pluridisciplinarité n'a pu s'exercer en temps réel de l'action du Bus, avec un décalage entre épidémiologie et ethnographie. Il serait donc souhaitable de réexaminer les différents questionnaires élaborés par l'INSERM, dans une double perspective :

- le maintien de leur adaptation à un protocole scientifique d'évaluation ;
- leur utilisation éventuelle dans d'autres structures du même type, notamment le Bus méthadone de Marseille.

Nous insistons sur l'intérêt des différents indicateurs élaborés lors de l'évaluation et détaillés dans ce rapport qu'ils soient relatifs au mode de vie, à l'état de santé ou à l'insertion sociale. Il s'agit en particulier des consommations de produits, de la réduction des risques face au VIH et aux hépatites, des recours au système de soins et de l'insertion sociale. Il serait utile de mettre au point un score global de désavantage socio-économique pour orienter et prendre en charge rapidement les personnes dans un réseau multiple d'interventions sanitaires et sociales.

Après avoir utilisé les questionnaires conformément à l'appel d'offres, l'équipe de Médecins du Monde a procédé à certaines modifications en continuité de l'interactivité entre clinique et recherche. Ces modifications s'inspirent des apports de l'évaluation ou d'autres outils (protocole méthadone). Elles introduisent, en revanche, certains biais de mesure, qui ne prêtent pas à conséquence pour un rapport d'activité, mais peuvent poser problème pour une évaluation comparative. D'autres outils pourraient être testés, dans un autre contexte de recherche, comme la qualité de vie ou pour la description des pratiques professionnelles. La théorie de cette méthode a fait ses preuves en épidémiologie ainsi qu'en ethnographie et sciences sociales.

### **Recommandation n° 3 : Les fonctions de la structure**

L'évaluation d'une telle structure est à la fois celle d'une modalité thérapeutique et d'une plate-forme soignante à partir de laquelle d'autres soins, ou des soins comparables, peuvent être dispensés. Dans le Bus méthadone, il faut considérer l'idée du soin dans une double dimension idéale, celle de l'accès aux soins et celle du soin à proprement parler. D'où une double dynamique permanente : répondre à la demande de la rue et proposer des soins qui constitueront une étape possible, plus ou moins prolongée, vers d'autres modalités thérapeutiques. La structure se définit à la fois comme un moment et comme un outil thérapeutiques. Ses fonctions sont les suivantes : prévention globale et facilitation de l'accès aux soins pour les usagers de drogues. Elle se présente aussi comme une structure de soins spécialisée et médicalisée parmi d'autres : l'accueil, l'évaluation du patient et l'engagement thérapeutique y sont menés de la façon habituelle. Mais sa vocation est bien de se concevoir comme une « passerelle ». C'est là sa spécificité mais aussi une limite à son engagement thérapeutique. D'où cette fonction originale de médiation qui définit le Bus comme une enclave soignante et préventive dans le système de soins. En d'autres termes, son rôle consiste d'abord et surtout à interpellé l'utilisateur (aller au devant de lui), stimuler sa demande (vue dans l'hypothèse d'une intentionnalité de soins de sa part) et, enfin, à négocier cette demande (le rôle de relais, ou de passerelle). Ce qui confirme sa vocation de s'adresser aux usagers qui n'ont pas encore été en contact avec le système de soins ou se trouvant en situation de précarité, ponctuelle ou chronique. Le Bus méthadone oeuvrant de fait dans une dimension à la fois médicale et sociale, nous insistons sur le rôle novateur et accru des médecins généralistes présents à différents postes de son réseau d'intervention, d'où l'importance capitale de ce type de fonctionnement. Son inscription dans le réseau sanitaire et social spécialisé et non spécialisé est en effet le seul garant d'une bonne définition et délimitation des pratiques professionnelles.

### **Recommandation n° 4 : La reproductibilité**

La question est celle de l'intérêt de reproduire cette expérience dans d'autres grandes villes de France. Elle appelle une réponse au cas par cas en s'appuyant sur l'analyse des situations locales. L'expérience du Bus propose en effet une modalité d'action complexe qui recouvre des objectifs et des besoins distincts.

- Le Bus comme modèle d'intervention en première ligne. Il s'agit ici de l'intervention précoce, répondant à une demande qu'elle suscite dans le même temps. De ce point de vue, ce type d'action ne se démarque pas radicalement des autres interventions dites « bas seuil » des équipes de rue, des « Antennes toxicomanie » en milieu carcéral, des *Sleep-in* et des « Boutiques ». La question est donc d'évaluer l'étendue des besoins non satisfaits dans telle ou telle grande agglomération et d'examiner dans quelle mesure un dispositif supplémentaire de « première ligne » pourrait y répondre mieux.

- Le Bus comme modalité de prise en charge. La structure répond ici, et pour une part au moins, à la question globale de l'implantation des traitements de substitution, qui fait au Subutex® une part bien plus large qu'à la méthadone. Il y a là un déséquilibre numérique qui ne semble pas justifié d'un point de vue clinique. Ainsi, de nombreux usagers qui reçoivent du Subutex® pourraient bénéficier d'un passage à la méthadone en raison de consommations connexes invalidantes ou du maintien de l'injection. La situation inverse existe aussi, quoique moins fréquemment. D'où la nécessité de réfléchir à une répartition plus harmonieuse, ou argumentée, des modalités de la substitution (méthadone ou Subutex®) et, surtout, à la façon de faciliter le passage de l'une à l'autre. Ceci pose la question d'ordre essentiellement clinique et non résolue à ce jour, des indications thérapeutiques de la substitution.

- Le Bus comme modèle urbain. L'existence dans les grandes villes de « scènes » de rue où se retrouvent de façon plus ou moins permanente des groupes d'usagers amène à prendre en compte l'intérêt d'interventions indépendantes de ces « centres » qui, eux-mêmes, sont vus comme maintenant sur place leur clientèle. Ainsi, les interventions mobiles répondent-elles aussi à l'exigence d'une plus grande fluidité de la circulation des toxicomanes et des marginaux dans la ville. Le choix d'aller à la rencontre des usagers les plus marginalisés concorde aussi avec les exigences d'une bonne gestion de l'espace urbain. On peut donc également examiner les interventions mobiles, sociales et/ou thérapeutiques, sous cet angle, de la problématique urbaine. Ce qui suppose de prendre en considération les données écologiques concernant l'utilisation de la ville par les usagers.

En résumé : On ne peut à notre avis envisager de reproduire ce dispositif dans telle ou telle agglomération qu'à partir d'un diagnostic local mettant en perspective les trois problématiques que nous venons d'évoquer.

Mais cette démarche évaluative devra affronter la difficulté de mesurer le degré de paupérisation et d'exclusion des usagers et celle d'identifier les facteurs qui y sont associés à ces dernières. Existe-t-il vraiment un lien exclusif de causalité directe entre les situations d'abandon et la disponibilité des soins ? Dans quelle mesure des facteurs non sanitaires comme la grande disponibilité dans la rue des produits de substitution contribuent-ils à maintenir ou renforcer de telles situations d'abandon ? Les questions de l'urgence, des pratiques de réseau et de la politique publique sont là pour rappeler ces trois axes de réflexion à tous les décideurs du champ sanitaire et social.

### **Recommandation n° 5 : La mobilité de la structure**

Le caractère mobile du Bus méthadone parisien n'exclut pas la possibilité d'interventions comparables mais menées à partir d'une structure fixe (centre spécialisé ou hôpital). Rappelons que les modalités de l'accueil sont dominées par un travail en réseau et un accès rapide au protocole d'admission, conçu pour la meilleure adaptation possible aux conditions de vie des usagers de drogues en situation d'abandon.

Cette dimension de mobilité est néanmoins parfois délicate à mettre en pratique, et ce pour les raisons suivantes :

- le maintien à la fois d'une discipline de fer et d'une bonne capacité d'adaptation pour ce qui concerne les trajets et les déplacements effectués ;
- le maintien de contacts effectifs avec les autorités et les représentants des riverains, afin d'éviter tout malentendu, une fois qu'a été accepté le principe d'un stationnement régulier du véhicule ;
- une gestion attentive du flux des personnes traitées dans chacun des lieux de stationnement afin d'éviter tout débordement. Soulignons néanmoins l'intérêt de la mobilité de la structure. Elle permet tout d'abord de cibler l'action sur les quartiers où les besoins sont les plus aigus, sans exclure une adaptation progressive du programme au fur et à mesure de l'inventaire des besoins. Elle est symbolique aussi de la volonté d'aller au devant des usagers les plus marginalisés. Enfin, de façon peut-être inattendue, signalons qu'elle amène également l'usager à être vigilant et à se mobiliser lui aussi en bon ordre.

### **Recommandation n° 6 : La mise en œuvre**

Elle découle de ce qui précède. Deux points méritent cependant une attention particulière : l'organisation générale de l'activité et la composition de l'équipe. La première est tributaire des objectifs de la structure, c'est à dire en particulier : la rapidité de l'action et sa répétition dans la durée. Ceci implique des règles facilement applicables pour l'admission des patients, la délivrance du produit, le suivi ainsi que les modalités concrètes du travail de chacun. La définition « bas seuil » de la structure est à cet égard plus exigeante qu'une structure standard. Mais le fonctionnement en réseau de la structure implique une autre exigence : que les activités de communication avec les membres du réseau fasse partie intégrante du travail quotidien des différents membres de l'équipe, ce qui nécessite un temps incompressible, à la fois en direction de l'extérieur et en interne. C'est pourquoi la tenue régulière de réunions de synthèse, parfois élargies au réseau lui-même, est si importante. La composition souhaitable de l'équipe découle de ce qui précède, notamment pour ce qui concerne sa multidisciplinarité. Quant à l'intérêt d'une participation à cette équipe d'anciens toxicomanes, nous ne nous prononçons pas à son sujet, l'équipe du Bus étant à-même de l'apprécier. Il importe cependant d'insister sur la nécessité d'un groupe stable et suffisamment pourvu, dans la mesure où ce type d'intervention implique une continuité sans faille et, également, la possibilité d'une charge de travail accrue pendant certaines périodes.

### **Recommandation n° 7 : Vision prospective.**

Les transformations actuelles des modes de prise en charge des toxicomanes s'inscrivent dans un mouvement social plus général où les logiques de santé publique se confrontent nécessairement à d'autres logiques, qu'elles soient sécuritaires ou éthiques. Les stratégies fonctionnelles des nouveaux dispositifs d'accueil et de soins sont aussi le résultat de ces confrontations. Les objectifs des structures dites « bas seuil » sont adaptés à des besoins de santé considérés comme prioritaires, en l'occurrence la question de l'accès aux soins pour les plus exclus. Ces structures, par leur force de proposition, sont en outre à même de stimuler une meilleure adaptation évolutive des services hospitaliers et des structures spécialisées. Il n'en reste pas moins qu'elles sont susceptibles aussi, à terme, d'une évolution qui pourrait les amener à se figer sous la forme d'une modalité thérapeutique alternative. Il en résulterait un effet paradoxal, à savoir le développement d'un système sanitaire et social à deux vitesses, ce qui ne correspond pas aux objectifs élémentaires de la santé publique. Une telle évolution est toujours possible et d'autant plus si les modalités thérapeutiques impliquent une action de longue durée. C'est pourquoi nous recommandons la plus grande vigilance des autorités sanitaires en ce qui concerne, non seulement le respect des règles médicales en vigueur et le maintien de la fonction de passerelle de ces structures, mais aussi l'existence de liens solides entre ces dernières et les structures hospitalières.

## ANNEXES

### Annexe I : Usage de produits

Le questionnement systématique quant aux produits consommés le mois précédent l'admission permet de préciser certains registres de sous-déclarations quant aux consommations de produits par rapport aux déclarations portées sur la fiche d'entrée standard de l'INSERM. L'inclusion dans le programme est en effet l'occasion d'un bilan détaillé des usages, impossible à réaliser dans le cadre des recueils menés par l'INSERM auprès des différentes clientèles de toxicomanes. Ceux-ci tendent à retenir les principaux produits consommés, avec sans doute un critère implicite de régularité, auquel s'ajoute avec la notion de « produit principal » une relation particulière à un produit.

Ainsi, pour différents produits à l'exception de l'héroïne, la fiche d'admission utilisée par l'équipe de Médecins du Monde permet de relever des niveaux de consommation plus importants, en particulier pour les benzodiazépines (+ 32 %). Pour la cocaïne et le crack, on recense ainsi 10 % de consommateurs supplémentaires par rapport à l'évaluation standard. À l'inverse, 11 % de patients déclarent une consommation d'héroïne en tant que dernier produit principal ou secondaire, sans mentionner de prise le mois précédent l'admission.

#### Consommation de produit selon la source

produit	non	oui	fiche d'admission	fiche INSERM*	les deux
héroïne	18%	82%	4%	11%	67%
codéine	80%	20%	10%	2%	8%
benzodiazépines	60%	40%	32%	1%	8%
cocaïne	54%	46%	15%	7%	24%
crack	68%	32%	12%	3%	17%
alcool	73%	27%	19%	1%	7%

\* : consommation à titre principal ou secondaire

Ainsi, le mode d'interrogation systématique sur les produits favorise une meilleure estimation du pourcentage de consommateurs des différents produits. Cela dit, une sélection parmi les produits consommés, correspondant à l'identification des consommations les plus courantes, parmi lesquelles une principale, met en valeur la consommation d'héroïne, qui reste centrale dans la justification d'un traitement de substitution par la méthadone.

## Annexe II : Appel à projets - évaluation du Bus Méthadone de Paris

L'OFDT lance un appel à projets pour la réalisation d'une étude d'évaluation d'un Bus Méthadone mis en place à Paris dès le mois de janvier 1998 par Médecins du Monde.

Les objectifs de la mise en place d'un bus Méthadone sont les suivants :

- prendre contact avec une population exclue des soins n'ayant pas (ou peu) de contacts avec les structures de prévention ou de prise en charge ;
- réduire les risques sanitaires dans cette population notamment la contamination par le VIH et les hépatites et favoriser l'accès aux soins de santé primaires, en offrant quotidiennement aux usagers une dose de méthadone à proximité des lieux de consommation ;
- réduire l'appétence toxicomaniaque et permettre ainsi une meilleure gestion de l'addiction et une ouverture sur d'autres investissements ;
- diminuer les conduites délictueuses.

L'évaluation devrait pouvoir être initiée dès le début du fonctionnement du Bus méthadone sur Paris.

### OBJECTIFS D'UNE ÉVALUATION DU BUS MÉTHADONE

L'évaluation doit porter principalement sur la mise en œuvre de l'action et de ses effets. Elle doit être conçue dans une logique d'aide à la réflexion menée par l'équipe mettant en place l'action, et à l'évolution du projet. Elle sera un des instruments clefs du suivi du projet. À ce titre l'évaluateur participera au comité de suivi.

Il semble nécessaire, en premier lieu, de procéder à une analyse rapide de la phase de *planification du projet* de mise en place d'un Bus Méthadone : le processus de définition du problème et du groupe à problème, l'analyse de la demande et des besoins qui sont à l'origine du programme. Ceci se fera par la force des choses de façon rétrospective (historique).

Afin de concourir à l'analyse et à l'interprétation des données relatives aux effets engendrés par la mise en place d'un Bus Méthadone et de permettre ultérieurement d'améliorer le fonctionnement de ce Bus, il semble indispensable de procéder en second lieu à l'évaluation de sa *mise en œuvre sur le terrain*. Il s'agit de décrire comment le Bus Méthadone a été mis en place, si cela s'est effectué de manière conforme à ce qui était prévu à l'origine et si le groupe cible a été atteint, ainsi que d'analyser le contexte institutionnel, les difficultés dans la mise en œuvre et les réactions des participants sur la mise en œuvre du Bus (intervenants et usagers). Il s'agit également d'analyser les interactions avec le réseau de prévention et de soins existant et les répercussions sur l'environnement (populations de quartier où l'action est menée, forces de police, responsables collectivité locales...). Enfin, il serait souhaitable de décrire les représentations sociales des usagers, des acteurs de prévention et de soins et de l'environnement.

Il paraît pertinent de procéder à l'évaluation des effets engendrés par le Bus Méthadone afin de savoir s'il a atteint ses objectifs initiaux, sans oublier de pointer les éventuels effets inattendus, qu'ils soient perçus comme positifs ou négatifs.

L'évaluation des effets de ce programme doit pouvoir mettre en évidence les changements survenus dans la pratique toxicomaniaque du sujet et dans son mode de vie, en particulier son état de santé et sa situation sociale. Les différents champs dans lesquels des changements sont attendus sont les suivants :

- *La consommation des produits* : diminution de l'appétence aux opiacés, type de produits consommés avec la méthadone y compris l'alcool et les psychotropes, baisse des produits consommés au marché noir, fréquence de la consommation, diminution de l'investissement financier.
- *La réduction des risques face au VIH et aux hépatites* : diminution du nombre de shoot par jour, baisse de la fréquence de partage du matériel d'injection ou de sa réutilisation, diminution de la fréquence du travail sexuel, amélioration des attitudes de prévention lors du shoot ou des rapports sexuels.
- *Le recours au système de soins* :
  - amélioration du recours aux soins en toxicomanie, type de recours aux soins (lieux, fréquence, structures) ;
  - amélioration du recours aux soins somatiques : diminution des événements pathologiques, meilleure connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH et des hépatites, suivi ou non d'une éventuelle séropositivité, vaccinations.

- *L'insertion sociale* : papiers d'identité, ouverture des droits sociaux (carte de Sécurité sociale, carte Paris Santé, RMI, COTOREP), origine des ressources, situation familiale, insertion professionnelle, logement ;
- *La mortalité* : mortalité par surdose.
- *Les conduites délictueuses* : baisse des incarcérations, des interpellations, jugement, injonction thérapeutique, baisse des revenus illégaux.
- *Les sorties de programme* : relais vers un CSST ou un médecin généraliste, sevrage, départ en postcure, décès, incarcérations...

#### **MÉTHODES DE L'ÉVALUATION**

Pour mener à bien cette évaluation du Bus Méthadone, des approches différentes pourront être utilisées, les moyens (questionnaires, entretiens...) à mettre en œuvre pourront relever d'approches quantitatives et qualitatives, lesquelles se révèlent sur certains aspects particulièrement complémentaires.

L'évaluateur devra toutefois tenir compte d'un questionnaire que Médecins du Monde souhaite mettre en place lors de l'inclusion des sujets dans le programme. Ce questionnaire pourrait en effet remplir la double finalité suivante :

- permettre à Médecins du Monde de connaître sa clientèle et d'orienter son activité dans le cadre du Bus Méthadone ;
- permettre à l'évaluateur de mettre en œuvre une enquête de type « avant-après », dans l'option où ce questionnaire est à nouveau rempli par les patients 6 mois et/ou 1 an ou plus (à déterminer) après leur inclusion dans le programme.

Il doit être considéré comme un des outils à mettre en place dans le cadre de l'évaluation. Il devra être défini en collaboration avec l'équipe de Médecins du Monde afin de répondre au mieux aux deux finalités énoncées ci-dessus.

#### **Précisions sur le questionnaire**

Le questionnaire passé lors de l'inclusion des sujets dans le programme et à 6 mois et/ou 1 an après l'inclusion ne devra pas excéder 20 minutes de passation. Ceci suppose une sélection rigoureuse des questions posées.

Il est envisagé que les données soient recueillies lors de l'inclusion par le médecin du Bus (et ceci après décision d'inclusion dans le programme afin que les réponses du patient ne soient pas biaisées par la décision future d'être accepté ou non) et ensuite saisies et exploitées par l'évaluateur. Lors de la seconde passation du questionnaire, afin d'éviter les biais éventuels, les données pourraient être recueillies par l'évaluateur.

Il est important que les informations recueillies par questionnaire et exploitées par l'évaluateur puissent être rapidement disponibles pour les acteurs de terrain du Bus Méthadone.

#### **CALENDRIER DE L'ÉVALUATION**

L'étude d'évaluation du Bus Méthadone devra se dérouler sur une période de 18 mois maximum et débiter en décembre 1997 [...]

#### **EXAMEN DES PROJETS SOUMIS À L'OFDT**

Les projets soumis à l'OFDT seront examinés et évalués par son Collège scientifique qui procédera à la sélection de celui qui lui semble le meilleur.

## **REMERCIEMENTS**

Nous remercions l'ensemble de l'équipe du Bus méthadone et du Programme d'échanges de seringues de Médecins du Monde, et plus particulièrement le Docteur Jean-Pierre L'HOMME et le Docteur Elisabeth AVRIL, ainsi que Soraya AYOUCHE et Suzanne CAGLIERO, qui ont contribué à cette évaluation et nous ont aidés dans notre démarche. L'enquête auprès des médecins généralistes a été réalisée par Patrice PATTEGAY.

**OFDT**

**Observatoire français des drogues et des toxicomanies**

105 rue La Fayette

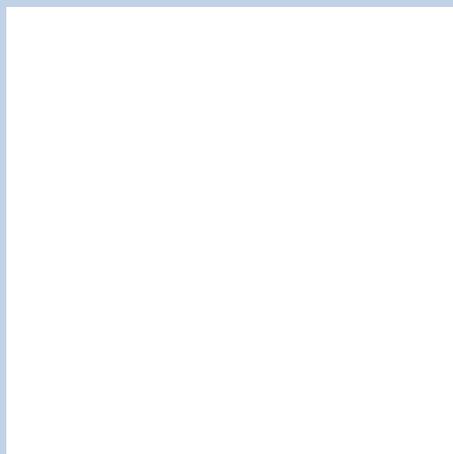
75010 Paris

Tél : 01 53 20 16 16

Fax : 01 53 20 16 00

e-mail : [ofdt@ofdt.fr](mailto:ofdt@ofdt.fr)

Site web : [www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)



ISBN : 2-11-091924-8