

Atelier 11:

Stratégies de réduction des risques en lien avec les soins

Introduction: Lilian Babé, Administrateur Fédération Addiction,
Directeur adjoint CSAPA SOLEA (Besançon), France

TDO4 – Bruxelles – décembre 2014

Présentation des
prestations sociales
dispensées par un centre
bas-seuil bruxellois, dans
une (brève) perspective
historique

Dr Jerry Wérenne, projet LAMA, Médecin Directeur, réseau hépatite C
(Belgique)

L'ère du junkie

victime emblématique d'une contre-culture

- ◉ 1981: LAMA: “prendre en charge [les toxicomanes] afin de les réinsérer socialement et de les sevrer de leurs assuétudes”
- ◉ « Suspension du jugement moral » mais visée d'abstinence prééminente
- ◉ Prédominance d'une lecture psychanalytique
- ◉ multi ou pluridisciplinarité en centre spécialisé

Vers un paradigme d'abstinence modifié

- ◉ On ne fait pas de réduction des risques, ou plutôt on ne se rend pas compte qu'on en fait
- ◉ Le débat institutionnel et sociétal s'organise autour de la légitimité des traitements de substitution
- ◉ La substitution est considérée comme un outil ouvrant le champ à un abord psychothérapeutique

L'ère du VIH

et prise en compte d'une étiologie sociale de la toxicomanie

- ◉ 1992: Antennes du LAMA: impliquer les acteurs non spécialisés (pharmaciens, médecine généralistes) en quartiers défavorisés
- ◉ Histoire naturelle de la dépendance et visée de maintenance
- ◉ Prédominance d'une lecture médicale
- ◉ Accueil communautaire, co-consultation et travail extra-muros

Vers un paradigme de réduction des risques disjointe

- ◉ Traitement de substitution en centre (ou en MG de ville)
 - > Le TSO tend à être considéré comme un traitement
 - > Abaissement du seuil d'admission au TSO
 - > La RdR est présente comme **concept**, mais se cantonne largement dans le **discours**
 - > Délivrance de matériel d'injection stérile au cas par cas et un peu « sous le manteau »
- ◉ Dispositifs de RdR
 - > Délocalisés dans des lieux et des structures distinctes, non médicalisées
 - > Collaborent avec les « centres » sur des projets ou des actions (opération « stérifix », opérations boule de neige, intervention sur les festivals ...)

L'ère du VHC

mise en échec de la RdR 1.0 et émergence de nouveaux publics

- 2002: Réseau hépatite C: favoriser l'accès à l'information, au dépistage et au traitement de l'hcv pour les publics précarisés
- Dégradation du contexte socio-économique et visée d'inclusion-réaffiliation
- Prédominance d'une vision politique et de santé publique
- Transdisciplinarité, travail en plateau et mise en réseau par l'accompagnement mobile

Vers le paradigme de la full harm reduction

- ◉ Démédicalisation de la prise en charge spécifique (remise déléguée d'ordonnance)
- ◉ Renforcement de la prise en charge des comorbidités (somatiques et psychiatriques)
- ◉ Renforcement de notre rôle de porte d'entrée vers les soins de santé primaires
- ◉ Reconceptualisation de la substitution comme outil de RdR
- ◉ Formation systématisée des équipes à la remise de matériel d'injection stérile et implémentation
- ◉ ERLI verbale et participation à un GT

Nos outils en conclusion

- ◉ Accessibilité
- ◉ Produits de substitution
- ◉ Délivrance en contexte d'aide non jugeant
- ◉ Matériel d'injection stérile
- ◉ La consommation peut se parler
- ◉ Savoir partagé

Questions pendantes

- ◉ Développer assertivité des soignants
- ◉ Patient advocacy et health literacy
- ◉ Décriminalisation de la consommation
- ◉ Pénurie de matériel d'injection
- ◉ Elargissement de la palette de substitution
 - > Injectables
 - > Autres molécules ?
- ◉ Espaces de consommation à moindre risques

Réduction des risques en médecine générale

Dr X.Aknine, MG-Addictions- Gagny (France)

Spécificité du médecin généraliste :

- ◉ - Acteur de première ligne , de premier recours dans le système de santé .
- ◉ Consultation dès les premiers symptômes , pour un problème de santé non différencié : fatigue ++
- ◉ - Grande accessibilité : délais de rendez-vous très courts .

Acteur de prévention

- ◉ Consultation pour certificat de non contre-indication au sport :
- ◉ - Vous fumez ?
- ◉ - Alcool et 3^e mi-temps ?
- ◉ - Consommation de produits dopants ?

Ancrage sur l'environnement du patient

- ⊙ Le MG est aussi médecin de famille : il soigne souvent le conjoint du patient et ses enfants , parfois ses parents .
- ⊙ Permet l'expression d'une demande de soins pour un proche .
- ⊙ Connaissance du milieu professionnel du patient : aide à la gestion de périodes de tension , prévention de licenciements .

Missions du médecin généraliste

- ◉ Médecin traitant = Suivi de pathologies chroniques (HTA , diabète , asthme , hépatites , dépression) .
- ◉ Repérage précoce de consommations abusives ou problématiques d'alcool et intervention brève.
- ◉ Conseil minimal pour le tabac
- ◉ Suivi de patients alcoolo-dépendants et/ou opio-dépendants
- ◉ Si nécessaire : suivi conjoint avec CSAPA- ELSA-Service addictologie .

PISTES POUR LA RDR EN MEDECINE GENERALE

- ◉ Mise à disposition des TROD en médecine générale pour le dépistage du VHC chez UD .
- ◉ Repérage de l'abus et du mésusage de BHD/Subutex° (cicatrices d'abcès cutanés – troubles trophiques des mains) .
- ◉ Primo-prescription de méthadone en médecine de ville pour réduire le marché parallèle et la consommation de méthadone de rue .
- ◉ Amélioration du repérage précoce de l'abus d'alcool et I.B. : Formation initiale, DPC, sites et outils d'aide facilement disponibles

PISTES POUR LA RDR EN MEDECINE GENERALE

- ◉ Place du baclofène et du nalméfène dans la RDR .
- ◉ Constitution d'un réseau fonctionnel de soin avec CSAPA-ELSA-Service Addictologie .
- ◉ Relation des CAARUD avec MG dans la RDR.

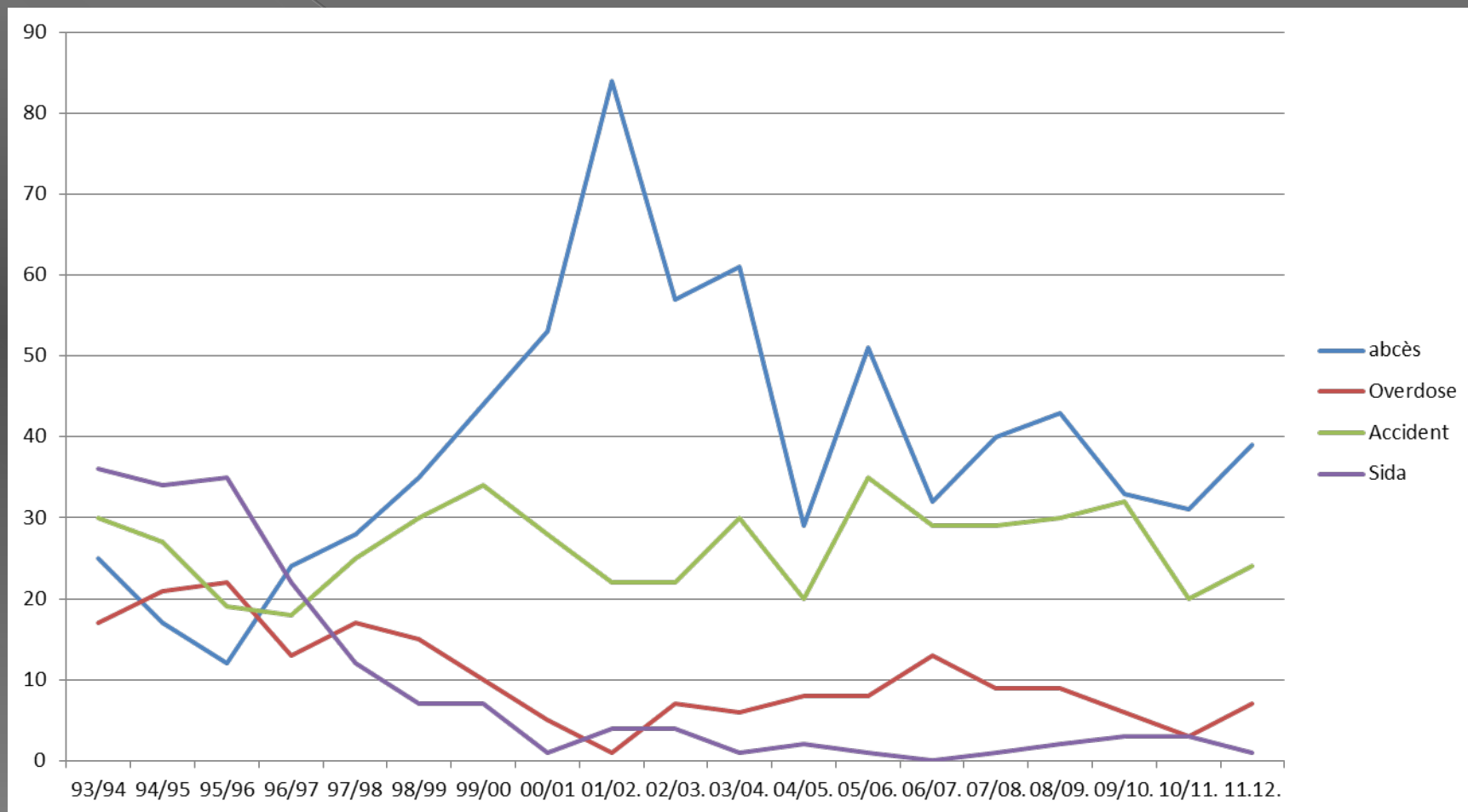
RdR dans les soins

Dr Anne François
Hôpitaux Universitaires de Genève (Suisse)
anne.francois@hcuge.ch

Contexte

- ◉ Hôpital universitaire de soins généraux
- ◉ Genève: entre 32'000 et 3'000 personnes dépendantes des psychotropes IV
- ◉ Politique suisse des 4 piliers avec pilier traitements et réduction des méfaits très développés à Genève

Evolution des motifs d'hospitalisation liés l'usage des drogues illicites (n=1615 hosp.) entre juin 1993 et juin 2012



Thierry Musset, infirmier de liaison en toxicodépendance

Réalité

- ◉ Envies de consommer pendant l'hospitalisation, crainte d'être en manque
- ◉ Objectif: atteindre le but de l'hospitalisation

Opiacés

- ◉ Poursuite des tt de substitution
- ◉ Si pas de substitution: protocole morphine
- ◉ Disponible sur l'intranet
- ◉ Infirmier de liaison
- ◉ Morphine 6x20 mg/j adaptation avec scores de sevrage
- ◉ Pas de début de MTD, mais si projet de poursuite du tt, switch mo MTD

Direction des Soins Infirmiers pour information
aux équipes soignantes

Aux Cadres Infirmiers des
Hopitaux Universitaires
de Geneve

Genève, le 20 février 1996

Concerne : remise de seringues stériles à des usagers de drogues injectables hospitalisés

Le Conseil d'Etat a décidé le 28 juin 1995 (motion M 997) que les usagers de drogues injectables détenus ou hospitalisés doivent avoir accès, à leur demande, à du matériel d'injection stérile. Cette motion s'inscrit dans une stratégie globale de lutte contre le SIDA.

Protocole de remise des seringues :

L'infirmière(ier) apporte préalablement les conseils d'usage en hygiène d'injection : lavage des mains, désinfection du site d'injection, etc. (voir annexe).

La remise de seringue doit, en principe, se faire sur la base d'un échange d'une seringue propre contre une seringue usagée. Néanmoins, si le patient n'a pas de seringue à échanger, la première lui sera tout de même fournie (en général, il s'agit de seringues de 2 cc ou à tuberculine ou à insuline, munies d'une aiguille fine pour injection sous-cutanée).

Avec la seringue stérile, l'infirmière(ier) met à disposition du patient un petit flacon de chlorexidine, des tampons secs, des sparadraps. Il est également possible de remettre des "kits d'injection".

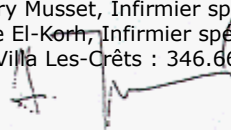
Elle s'assure et recommande que les seringues usagées soient restituées et déposées dans les boîtes de sécurité de manière à éviter les risques d'accident.

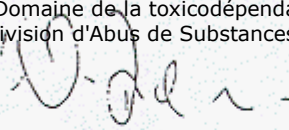
Elle informe l'infirmier spécialiste clinique de chaque situation d'échange de seringues de manière à lui permettre d'évaluer cette pratique.

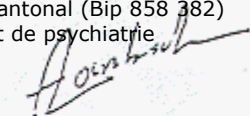
Dans certaines circonstances, pour des raisons de sécurité du patient, la remise de seringue ne peut pas être effectuée à l'intérieur de l'unité de soins.

L'infirmier spécialiste clinique reste, bien entendu, disponible pour toute question relative à l'échange de seringues et, de manière plus générale, pour toute question relative à la prise en charge des toxicomanes.

Thierry Musset, Infirmier spécialiste clinique, Domaine de la toxicodépendance, Hôpital cantonal (Bip 858 382)
Pierre El-Korh, Infirmier spécialiste clinique, Division d'Abus de Substances, Département de psychiatrie
(tél. Villa Les-Crêts : 346.66.57)


A. JUNOD
Directeur médical
HUG


N. FICHTER
Directrice des Soins infirmiers
Hôpital Cantonal


A. LAUBSCHER
Directeur des Soins infirmiers
Belle-Idée

- ◉ Le Conseil d'Etat a décidé le 28 juin 1995 (motion M 997) que les usagers de drogues injectables détenus ou hospitalisés doivent avoir accès, à leur demande, à du matériel d'injection stérile. Cette motion s'inscrit dans une stratégie globale de lutte contre le SIDA.
- ◉ La remise de seringue doit, en principe, se faire sur la base d'un échange d'une seringue propre contre une seringue usagée. Néanmoins, si le patient n'a pas de seringue à échanger, la première lui sera tout de même fournie (en général, il s'agit de seringues de 2 cc ou à tuberculine ou à insuline, munies d'une aiguille fine pour injection sous-cutanée).
- ◉ Avec la seringue stérile, l'infirmière(ier) met à disposition du patient un petit flacon de chlorexidine, des tampons secs, des sparadraps. Il est également possible de remettre des "kits d'injection".
- ◉ Elle informe l'infirmier spécialiste clinique de chaque situation d'échange de seringues de manière à lui permettre d'évaluer cette pratique.

Programme de prescription d'héroïne en soins généraux

- ◉ Programme de 60 places depuis septembre 1995
- ◉ Poursuivis si demandés, dans la mesure de la sécurité des soins
- ◉ Urgence: peut être demandé par le médecin du service
- ◉ Ordonnance spéciale, préparation par la pharmacie après vérifications d'usage (par écrit)
- ◉ Hospitalisation > 3 jours: responsabilité de la cure passe sous celle du chef de service de l'hospitalisation

Représentation des soignants

«Au moins, ils n'ont pas besoin de se prostituer pour avoir de l'argent. Et puis, ça évite les maladies transmissibles.»

- ◉ Reconnaissance unanime des bénéfices
- ◉ Augmentation de la charge de travail
- ◉ Augmentation du stress (tt inhabituel)
- ◉ Pour certains:
 - > Traitement médical comme un autre
 - > Drogue
- ◉ Poursuite du tt de DAM faisable, sûre, bien acceptée par soignants et patients

Conclusion

- ◉ Réduction des méfaits faisable en soins généraux
- ◉ Partie intégrante d'un travail à la meilleure santé
- ◉ Bien accepté par les soignants.