

- SYNTHÈSE - DIAGNOSTIC SUR LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES DANS LA MÉTROPOLE DE MONTPELLIER

- 2022 -

Ce rapport a été réalisé par le Groupe SOS Solidarités
sur commande de l'ARS OCCITANIE

GroupeSOS
Solidarités


RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
*Liberté
Égalité
Fraternité*

ars
Agence Régionale de Santé
Occitanie

Avec le soutien de : 

SOMMAIRE

1. Le contexte.....	3
2. Les périmètres de la mission.....	3
3. La Méthodologie.....	3

I. LES BESOINS NON COUVERTS SELON LES PERSONNES INTERROGÉES

1. L'accès aux soins en général.....	5
2. L'accès au matériel de RdRD.....	5
3. Le dépistage et la cascade de soins.....	6
4. La consommation des personnes en grande précarité.....	6
5. Les publics invisibles.....	7
6. La mesure de l'action RdRD.....	7

II- DYNAMIQUES PARTENARIALES ET COUVERTURE TERRITORIALE

1. Les dynamiques partenariales sur le territoire de l'agglomération Montpelliéraine.....	8
2. Les zones couvertes / blanches des actions de RdRD.....	8

1. Le contexte

La Délégation Départementale de l'Hérault de l'ARS a missionné le Groupe SOS Solidarités et le CAARUD AXESS pour conduire une mission de diagnostic sur la réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives sur le territoire de la ville de Montpellier et sa métropole. Cette action est conduite en association avec la Ville de Montpellier en lien avec les travaux de préfiguration du Contrat Local de Santé de Montpellier réalisé par le CODES 34. Les travaux initiés par le CODES 34 font apparaître plusieurs enjeux en termes d'addictions et notamment en matière de réduction des risques et des dommages (RdRD) à destination des usagers de drogues. Ce dernier fait apparaître un manque de lisibilité des dispositifs et de leurs fonctionnements ainsi que des difficultés d'estimation de l'adéquation des activités (ou offre) RdRD avec les besoins des usagers.

De ce constat, l'Agence Régionale de Santé de l'Hérault a missionné le CAARUD Axess (Groupe SOS Solidarités) afin de mener un diagnostic complémentaire.

2. Les périmètres de la mission

Les périmètres de la mission étaient de plusieurs ordres :

- Améliorer la connaissance sur les pratiques d'usages, la diversité des profils concernés par les usages de produit psychoactifs,
- Identifier dans une logique de territoire les acteurs, les dispositifs, les modalités d'accompagnement formelles et informelles ainsi que les interfaces, les synergies et les stratégies collaboratives à l'œuvre ou manquantes.

3. La Méthodologie

Le recueil de l'ensemble des données s'est déroulé du 16 mai 2022 au 30 septembre 2022. C'est une photographie de l'activité de la RdRD sur le territoire de l'agglomération montpelliéraine durant cette période.

La gouvernance de la mission:

Un comité de pilotage a été constitué pour permettre le suivi des travaux. Le rôle du COPIL a été décisionnaire. Il s'est réuni au moins 1 fois par mois afin de suivre l'avancée, recadrer et réguler les éventuels écueils rencontrés.

Le comité de supervision méthodologique a eu un rôle de supervision méthodologique afin d'avoir un regard scientifique et de renforcer la légitimité de l'enquête pour l'ensemble des acteur·rice·s sur des aspects méthodologiques et d'analyses.

La méthodologie appliquée :

1. L'identification des opérateurs

72 acteur·rice·s ont été identifié·e·s.

A noter : Ces opérateurs ne sont pas exhaustifs et sont ceux qui sont dont les actions et/ou les publics accueillis ont paru les plus à même d'avoir des liens avec le sujet de la RdRD.

2. Les entretiens

Le recueil d'informations s'est effectué grâce à des entretiens individuels semi-directifs réalisés avec :

- 30 usager·e·s de produits psychoactifs,
- 11 professionnel·le·s de la Réduction des Risques et des Dommages,
- 13 professionnel·le·s de l'hébergement,
- 9 professionnel·le·s de la solidarité,
- 5 acteur·rice·s clés de la Tranquillité Publique,
- 6 professionnel·le·s de la Santé,
- Une élue de la Mairie de Montpellier,
- 2 responsables de pharmacies de ville.

3. L'observation par la consultation citoyenne

Nous avons rencontré trois conseils citoyens. Nous avons également sollicité les Conseils de quartier et la Délégation au Renouveau Démocratique et à l'Innovation Sociale afin de nous apporter leur appui sur cette mission. Il nous est apparu indispensable d'impliquer les citoyen·ne·s de la ville de Montpellier et de recueillir les informations dont il·le·s pouvaient disposer, étant les mieux placé·e·s pour nous expliquer la réalité de ce qu'il·le·s pouvaient vivre au sein de leurs quartiers.

Le résultat de cette consultation n'a pas abouti sur des éléments concrets, en effet les conseils citoyens étaient en train de se structurer et la période estivale ne semblait pas propice à les impliquer sur de nouveaux sujets.

4. Les groupes focaux

Nous avons, suite aux entretiens individuels des acteur·rice·s de terrain, réuni notamment les directeur·rice·s, chef·fe·s de service ou personnes ayant un rôle hiérarchique prépondérant afin de partager les constats cumulés et de comprendre plus en profondeur les besoins des différentes parties prenantes.

- 2 groupes focaux usager·e·s de produits psychoactifs ;
- 1 groupe focal des acteur·rice·s de la Réduction des Risques et des Dommages ;
- 1 groupe focal des acteur·rice·s du soin/santé.

Ce diagnostic a été possible grâce à la contribution d'un grand nombre de personnes de structures différentes que nous tenons à remercier pour la qualité de leurs observations et leur disponibilité à les partager.

I. LES BESOINS NON COUVERTS SELON LES PERSONNES INTERROGÉES

1. L'accès aux soins en général

Les usager·e·s interrogé·e·s ont exprimé leurs difficultés d'accès aux soins globaux et le fait d'être "sous soigné ou à l'arrache" dans leurs accès à une santé de droits communs. L'ensemble des usager·e·s interrogé·e·s font un constat de renoncement aux soins (voir diagnostic accès aux soins).

Les difficultés d'accès à ces soins et leurs incidences sur leurs vécus en tant que telle ont un impact important sur le renoncement global aux soins. Elles constituent à la fois une cause et une conséquence de l'invisibilité de ces populations quant à leur accès aux offres de RdRD et plus globalement aux droits communs.

Les freins et leviers selon les professionnel·le·s interrogé·e·s sur l'accès aux soins	
Les freins	Les leviers
<ul style="list-style-type: none">• Les représentations du personnel soignant perçues par les usager·e·s,• Le cadre "peu flexible" des rendez-vous médicaux,• La perte régulière des documents médicaux/administratifs,• La difficulté d'accès aux droits et aux soins, en particulier pour les personnes ne disposant pas de droits ouverts.	<ul style="list-style-type: none">• Le développement des centres de santé qui proposent des offres de soins globaux et une plus grande flexibilité sur les horaires que la médecine libérale isolée,• La mise en place d'un coffre-fort numérique où tous les documents personnels médicaux pourraient être hébergés chez hébergeur certifié (L'accès à Mon Espace Santé étant réservé aux personnes ayant des droits ouverts).

2. L'accès au matériel de RdRD

L'accès au matériel de RdRD est une des actions de RdRD, initialement pour les pratiques d'injection mais aujourd'hui étendue à la diversité croissante des usages et des modalités de consommation : injection, inhalation et sniff.

Les faiblesses et forces selon les personnes interrogé·e·s sur l'accès au matériel	
Les faiblesses	Les forces
<ul style="list-style-type: none">• L'accès au matériel hors des horaires des CAARUD est problématique,• Le Programme d'Echange de Seringues en Pharmacie étant limité à 7 pharmacies (sur 102),• La forte identité des publics accueillis au sein des structures de RdRD ne permet pas à une population plus large de bénéficier des missions de ces structures,• Le temps dédié à la RdRD et à la délivrance de matériel nécessiterait un plus grand investissement humain et financier sur les CSAPA,• Les ressources financières.	<ul style="list-style-type: none">• L'accès au matériel lors des ouvertures des structures RdRD est majoritairement adapté aux besoins,• L'étayage via le Samu Social est une alternative qui a permis de renforcer encore l'offre à destination des publics en précarité,• Forte identité des publics accueillis au sein des structures de RdRD.

3. Le dépistage et la cascade de soins

Le plan Priorité prévention 2018-2022 énonçait une mesure phare, l'élimination du virus de l'hépatite C (VHC) d'ici 2025, poursuivant ainsi les objectifs définis en 2014 par l'OMS pour éliminer cette maladie. Les dispositifs de réduction des risques et d'addictologie sont en première ligne pour contribuer à la réussite de diminution de la prévalence de VHC.

Toutefois les données de cascade de soins (dépistage, consultation médicale, initiation traitement VHC et guérison) fournies par les structures ne sont pas assez précises pour évaluer les composantes de cette cascade, notamment celles nécessitant une action majeure. En comparaison de la file active affichée par les centres, le taux de dépistage VHC semble très largement insuffisant, ainsi que la proportion de personnes identifiées avec hépatite C finalement traitées, et le taux de guérison.

Les freins et les leviers selon les usager·e·s interrogées sur l'accès au dépistage	
Les freins	Les leviers
<ul style="list-style-type: none">• Il est difficile pour eux/elles de connaître la fréquence optimale de dépistage, sachant que les prises de risques et consommations sont difficiles à cerner	<ul style="list-style-type: none">• La mise en place de temps dédié au dépistage,• Un renforcement de l'information sur la fréquence de dépistage. Il est en effet difficile pour certain·e·s de se souvenir de leurs derniers dépistages.
Les freins et les leviers selon les structures RdRD interrogées sur l'accès au dépistage	
Les freins	Les leviers
<ul style="list-style-type: none">• La multitude d'activités et de sollicitations créent une surcharge de travail, ce qui a pour conséquence la dilution de cette activité prépondérante,• Le renouvellement des salarié·e·s qu'il convient de former afin d'assurer la continuité de cette activité,• Les délais d'accréditation d'habilitation au TROD qui ont été parfois longs,• La période Covid qui a limité les actions de dépistage,• Le recours au dépistage via les buvards est couteux et non subventionné alors qu'il semble plus pertinent selon eux/elles.	<ul style="list-style-type: none">• L'accès facilité à une machine à diagnostic rapide qui permettrait de réaliser un test VHC ARN par prélèvement capillaire au bout du doigt pour détecter l'ARN du VHC en 1 heure. La personne dépistée peut donc être mise sous traitement, si elle le souhaite, très rapidement,• Un outil de repérage et des modalités de traçabilité communes. En effet, le fait de ne pas pouvoir identifier qui a été dépisté et quand fait que les professionnel·le·s des CAARUD présumant que les personnes se sont faites dépistées en CSAPA et inversement.

4. La consommation des personnes en grande précarité

La situation des personnes, en situation d'usage, rencontrées ne leur permet pas de consommer dans des lieux sécurisés. Les constats du dépôt sauvage de seringues et les consommations induites dans les CAARUD apparaissent comme des conséquences de cet état de fait. En effet, Les usager·e·s rencontré·e·s sont conscient·e·s de l'inquiétude qu'il·le·s suscitent pour les riverain·e·s en consommant dans des endroits inadéquats, de l'interdit et des conséquences de cette action.

Afin de rendre l'espace public plus serein pour les usager·e·s et pour les riverain·e·s et en même temps réduire les risques et les dommages liés à cette consommation hors de lieux "appropriés", des solutions complémentaires et à structurer collaborativement existent donc et impliquent une concertation élargie. Ces solutions sont :

- L'implantation de contenants en béton dans les parcs et les espaces publics,
- L'implantation d'échangeurs de seringues,
- Le développement des liens avec les conseils citoyens ou de quartier sur ces thématiques,
- Le renforcement des pratiques de l'AERLI au sein des CAARUD,
- L'implantation d'une HSA à proximité de CAARUD ou de CSAPA.

Les CAARUD constatant des consommations au sein de leurs toilettes ou de leurs douches, qui demeurent des espaces intimes et privés, et n'étant pas des salles de consommation à moindre risque, ont donc adaptés leurs accompagnements à ces usages non autorisés (mise en place de conteneur DASRI dans les toilettes et dans les douches, portes "dégondables" des douches et des toilettes, Naloxone...). Ces structures ont, en effet, comme mission d'accueillir les usager·e·s de produits psychoactifs, sans condition d'arrêt des usages.

Les professionnel·le·s des CAARUD formé·e·s à l'AERLI (Accompagnement et Éducation aux Risques liés à l'Injection) sont en mesure de proposer des gestes et des aménagements de réduction des risques liés à l'injection. La structuration et le développement de ces modalités d'accompagnement pourraient se révéler aussi une opportunité à approfondir et à saisir.

Enfin, la perspective de déploiement d'une Halte Soins Addictions (HSA) a été abordé par les usager·e·s et les professionnel·le·s d'eux/elle-même lors des différents entretiens, et sont en majorité en faveur d'une implantation d'une telle solution. Une consultation élargie impliquant l'ensemble des parties prenantes (l'ARS, la Mairie, la Préfecture, les acteur·rice·s associatifs, les usager·e·s, les riverain·e·s, les comités de quartier...) est un processus nécessaire à cette réflexion et éventualité.

5. Les publics invisibles

Le comité méthodologique ainsi que le chargé de mission ont défini la notion de publics invisibles par les publics rassemblant des personnes en situation de non-recours aux dispositifs spécialisés en RdRD ou en addictologie. Les publics invisibles identifiés par ce diagnostic sont :

- Les personnes insérées financièrement,
- Les personnes exerçant la prostitution, le travail du sexe ou les personnes victimes de traite humaine,
- Les habitant·e·s des bidonvilles,
- Les étudiant·e·s.

Ces publics invisibles sont un enjeu des missions des structures de la RdRD. En effet, par exemple, il y a une différence dans la perception des étudiant·e·s en polyconsommation dans les différentes files actives des opérateurs interrogés. **La subjectivité de ces données et le manque de croisement entre elles soulèvent certains questionnements dont le diagnostic n'a pu déterminer de réponses certaines.**

6. La mesure de l'action RdRD

La définition de la mesure de l'activité de RdRD au sein des structures est multiple et pas toujours visible. Il n'est donc pas possible de rendre compte précisément de cette activité par structure ni d'en définir une mesure commune globale.

La définition des indicateurs entre les structures diffère. Cette distinction rend la mise en valeur ou bien la comparaison des activités complexes. **Une harmonisation des indicateurs entraînerait une meilleure lisibilité des activités de RdRD et donc la possibilité de rendre compte d'une analyse complète.** L'analyse d'indicateurs communs permettrait un suivi d'activité et de pouvoir alerter si des lacunes émergent.

II- DYNAMIQUES PARTENARIALES ET COUVERTURE TERRITORIALE

1. Les dynamiques partenariales sur le territoire de l'agglomération Montpelliéraine

La crise Covid que les différents opérateurs ont traversée a fortement impacté les différentes activités. Les partenariats entre les acteur·rice·s de la RdRD sont **effectifs et dynamiques dans l'orientation des usager·e·s et sur des actions communes**. Les actions « hors centre » des acteur·rice·s de la RdRD ont connu un fort redéploiement soutenu par de nombreuses initiatives et sollicitations :

- FHU – COALIA – Réduire les Risques
- Mission CHRS – CAARUD Réduire les Risques
- FRRAP – Former, Réduire les Risques, Accompagner, Prévenir – CAARUD Axess
- Maraude AHI – CAARUD Axess
- Consultation avancée infirmière sur le dispositif ISSUE CORUS – UTDD

À noter : Ces actions ne sont pas exhaustives.

Au-delà de la contribution à l'effort collectif en direction des publics vulnérables face à la pandémie, le redéploiement aux cotés des équipes de l'urgence sociale a permis de décloisonner le monde de l'AHI et la RDRD.

Les leviers afin de renforcer l'implantation de la RdRD dans les structures de l'AHI et de la Solidarité

- Pérennisation et extension des actions “d'allers vers” des missions de RdRD:
 - Mise en place de formation afin d'accompagner au changement les cadres et les équipes à l'implémentation de la RDRD au sein de leurs structures,
 - Consultations avancées pour les situations complexes pour soutenir les équipes par une antenne de CAARUD/CSAPA mobile avec un·e usager·e pair et un·e travailleur·euse social·e.

2. Les zones couvertes / blanches des actions de RdRD

Le territoire de la ville de Montpellier est doté **de multiples acteurs de maraude avec des secteurs et moments assez diversifiés**. Ces nombreuses maraudes permettent une présence de professionnel·le·s et/ou de bénévoles pour des temps de rencontre et d'écoute importants. Le secteur du Centre-Ville / Ecusson est investi par la majorité des acteurs de RdRD. Il y a toutefois **peu de concertation entre les acteur·ice·s** sur les maraudes du fait d'un faible travail collaboratif entre eux/elles sur ce sujet. En effet, **en dehors de la ville de Montpellier, il y a peu d'actions conduites sur l'ensemble de l'agglomération de Montpellier** (l'action du CODES 34/APS 34, seuls opérateurs interrogés à intervenir spécifiquement dans les Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville). Les actions de dépistage hors les murs sont réalisées à la marge et demeurent insuffisantes.



NOMBRE DE MARAUDES :

Caarud Axess : 2
Carrud Réduire les risques : 2
AIDES : 3
Enispse : 1
Codes 34 / APS 34 : 1
AHM 34 / Addiction France : 1
Avenir Santé : 2
Samu Social : 1
Médecin du Monde : 1

OPÉRATEURS FAISANT DES MARAUDES DANS L'ENSEMBLE DE L'AGGLOMÉRATION DE MONTPELLIER :

Caarud Axess
Samu Social
Médecin du Monde

CARTE D'IDENTIFICATION DES LIEUX DE MARAUDE

Ce diagnostic est un constat des paroles recueillies et de l'ensemble des données fournies au cours de la réalisation de ce diagnostic. Il se veut le plus exhaustif possible, toutefois des éléments auraient pu nous échapper ou évoluer depuis ce recueil.

Les éléments présentés ici sont tous issus des entretiens ou groupes constitués. Nous tenons à votre disposition leur retranscription de ces éléments.

Ce diagnostic constitue bien un document de travail à disposition des autorités compétentes pour mener à sa suite des actions, concertations permettant d'apporter les réponses les plus adaptées aux situations rencontrées.

CAARUD Axess et Antenne Méthadone à seuil facilité
GROUPE SOS Solidarités
66 avenue Charles Flahault
34090 Montpellier

Document réalisé par **Monsieur Letertre Louis**

GroupeSOS
Solidarités


RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
*Liberté
Égalité
Fraternité*


Agence Régionale de Santé
Occitanie