



1^{ère} RENCONTRE DES MSMA D'OCCITANIE

Les **Microstructures:**
Une innovation dans la prise
en charge des addictions

JEUDI 6 OCTOBRE 2022

12H30 - 17H00

à L'OLIVERAIE - 850 Bd Denis Papin - Carcassonne



PROGRAMME

12H30

Accueil des Participants - Café



13H00

Ouverture de la rencontre

Le mot du Président de la 2PAO:

Yves ORTEGA

Présentation par : Francine Quesada



13H15

1^{ère} table ronde :

La transdisciplinarité est un atout en

Microstructures Addiction :

**Penser et accompagner ensemble avec
les compétences de chacun**

• Dr Laurence GILLARD

MSMA Montech/ CAARUD EPICE 82

• Elian REVEL - AIA T1/ USSAP

MSMA Aude/ MSMA Multisite Aude et

Pyrénées Orientales



14H45

PAUSE

15H15

Diffusion des Témoignages

patients / usagers



En direct, témoignages des professionnels

15H30

2^{ème} table ronde :

Comment aborder la Réduction des Risques

(RdR) en MSMA : **Comprendre les principes**

pour mieux accompagner

• Marion SÉRIGNAC - ASCODE 66

MSMA Pyrénées Orientales

• Sophie ALBERT - EPISODE 34

MSMA Pézenas/ Tourbes

• Dr Laure FERRIERES

MSMA Pézenas/ Tourbes



17H00

Conclusion

OUVERTURE de la rencontre

Le mot du président de la 2PAO

Yves **ORTEGA**

Présentation de la rencontre par **Francine Quesada**



1^{ère} TABLE RONDE

La transdisciplinarité est un atout en MSMA :

**Penser et accompagner ensemble avec
les compétences de chacun**

Elian REVEL – AIA 11 / USSAP
MSMA Multisite dans l'Aude
et Pyrénées-Orientales



Dr Laurence GILLARD
MSMA Tarn et Garonne
CAARUD EPICE 82



Partenariat MSMA

Elian REVEL – AIA 11 / USSAP

MSMA Multisite dans l'Aude
et Pyrénées-Orientales

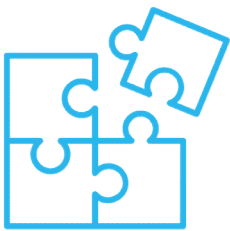


MSMA c'est quoi ?

UN BESOIN

UNE EXPERIMENTATION

UN PARCOURS DE SOIN



UN BESOIN

Améliorer les capacités de prise en charge des personnes présentant une conduite addictive avec ou sans substance dans le champ des soins primaires, nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire.

Aider les médecins libéraux à accompagner leurs patients.



HISTORIQUE

1999



**MISE EN PLACE
DE LA 1^{ère}
MICROSTRUCTURE**
Strasbourg

1999 - 2003



**DISPOSITIF
EXPÉRIMENTAL DE
15 MICROSTRUCTURES**
Alsace

2004



**EVALUATION DE
L'EXPÉRIENCE
DES MICROSTRUCTURES**
Confirmation de
l'importance du
dispositif en médecine
de ville

2006



**CRÉATION DE
NOUVEAUX RÉSEAUX**
Bouches du Rhône
Vosges
Moselle
Meurthe et Moselle
Lorraine et Somme

2017



**4 MSMA EN
EXPÉRIMENTATION
EN OCCITANIE**
FIR

2018



**PLAN DE MOBILISATION
NATIONAL CONTRE LES
ADDICTIONS 2018-2022**
La MIDELCA inscrit le
développement des
microstructures comme
des priorités nationales

2019 - 2022



EQUIP'ADDICT
Expérimentation via
l'art. 51 de la loi de
financement de la
sécurité sociale de
l'extension des
microstructures dans
5 régions

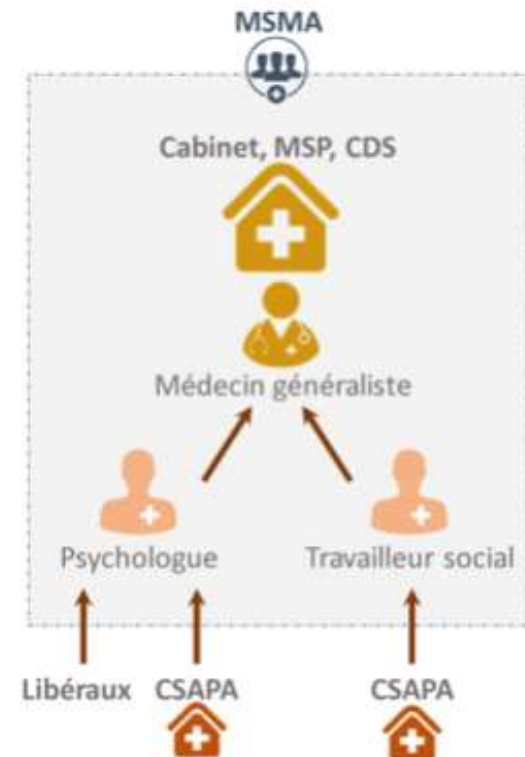
2020 - 2022



**CRÉATION DE 30
MICROSTRUCTURES
EN OCCITANIE**
Dans le cadre de
l'expérimentation
nationale, cf.art.51. du
code de la sécurité
sociale, l'Occitanie a
décidé de créer 30
MSMA pour la période
2020-2022

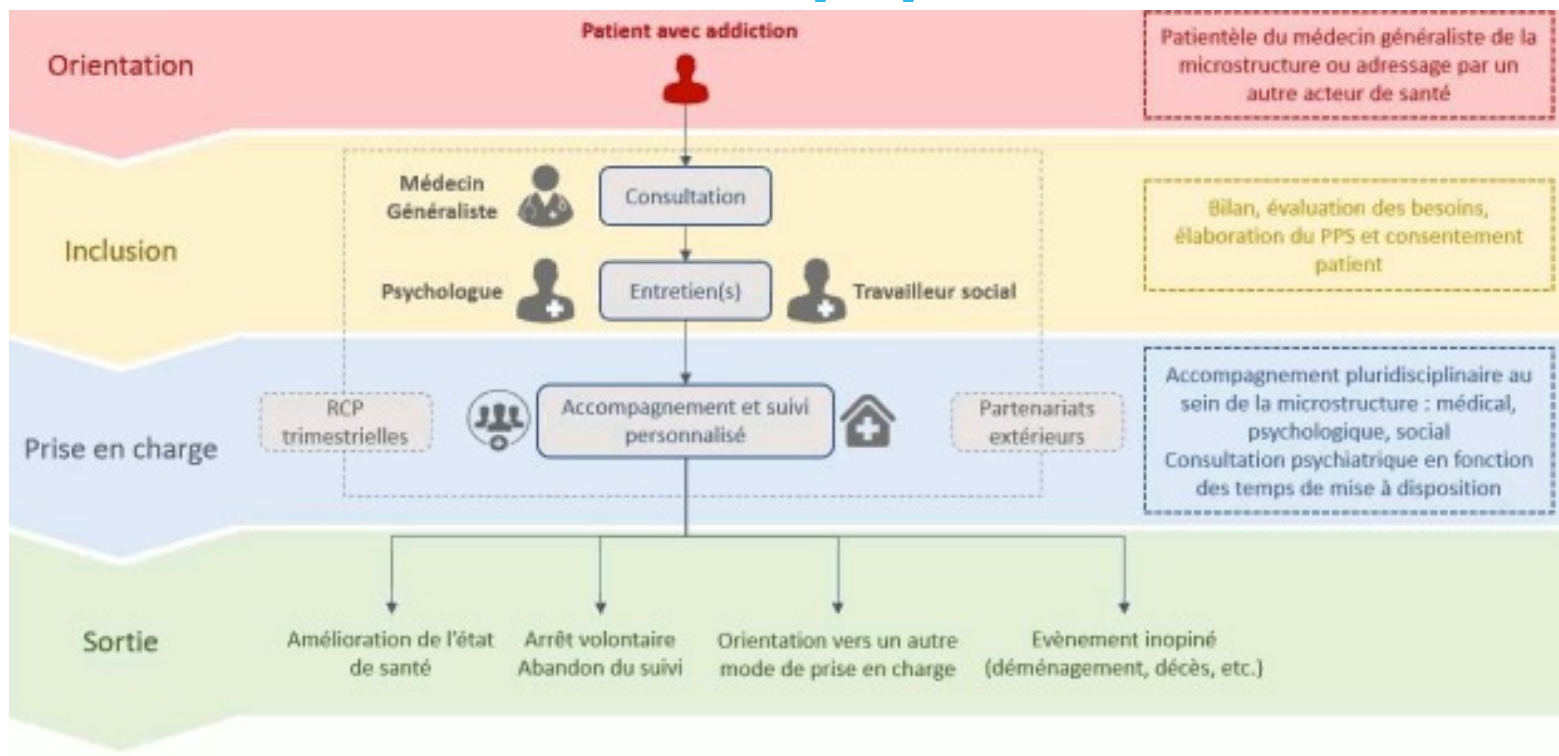
UNE EXPÉRIMENTATION

- Il est proposé d'expérimenter dans le cadre de **l'art 51**, pour une durée de **3 ans**, un nouveau mode d'accompagnement avec une équipe de **soins primaires** en exercice coordonné.
- La Microstructure médicale Addiction (MSMA) est constituée d'une équipe de soins primaires pluridisciplinaire comprenant à minima **un psychologue** et **un travailleur social** autour du médecin généraliste dans son lieu d'exercice (Maison de santé, cabinet médical, centre de santé).



UN PARCOURS DE SOINS

Une équipe



IMPORTANCE DU TRAVAIL D'EQUIPE en MSMA

PENSER ET ACCOMPAGNER ENSEMBLE AVEC LES
COMPETENCES DE CHACUN



Partenariat entre les Infirmiers ASALÉE
et MSMA

Dr Laurence GILLARD accompagnée de :

Marie-Laure COUPEAU infirmière ASALÉE dans la MSP

Pierre KINN Educateur spécialisé

Virginie MAUREL Psychologue



TÉMOIGNAGE infirmier ASALÉE



Prise en charge conjointes ASALÉE/ MSMA **Vignette clinique**



Laurent 40 ans

Visite médicale : 40 ans marié une fille de 10 ans travaille dans les climatisations.

Souhaite **arrêter de fumer**, 12 à 14 cg/jour début à l'âge de 20 ans. En arrêt de travail pour une fracture du poignet, a tendance à augmenter sa consommation.

N'a jamais arrêté de fumer, déclare également fumer du cannabis, Alcool tous les soirs en quantité modérée.

Pas de réel danger médical mais perception par le patient d'une addiction réelle dont il voudrait se défaire.

Accepte l'inclusion dans la MSMA

Vignette clinique

Reçu par **Éducateur spécialisé** dans un premier temps.

➔ **Consultation en binôme avec éduc et infirmière ASALÉE :**

Consommation estimée à 5cg/jour + cigarettes électroniques

Souhait de diminuer à 3/jour

Motivation à 9/10

Capacité à 9/10

Ne souhaite pas de substitut

Dans un second temps envisage d'arrêter les joints

➔ **Intérêts de la consultation en binôme :**

Meilleure écoute

Partage des compétences et expertise de chacun

CONCLUSION DU MEDECIN:
Quel recours le plus adapté
ASALE ou MSMA ?

Vignette clinique



Aurore 30 ans

Consultation médicale :

Demande de certificat annulant une curatelle ancienne (pendant 7 ans suite à un surendettement). Parle d'une période de manipulation par un ex conjoint, depuis a refait sa vie. Mariée, mère d'une petite fille de 2 ans.

Tabagisme actif et tabac +++

Première visite avec infirmière ASALÉE :

Problématique complexe avec besoin de suivi psychologique et d'étayage. Adressée à la MSMA.

Rencontre avec la psychologue.

Conclusion

- L'infirmier ASALÉE **acteur de dépistage** : lors du suivi du patient pour d'autres pathologies chroniques, lors des actions de prévention collective (mois sans tabac, actions de prévention dans les établissements scolaires)
- Importance du **relais** entre le dépistage et l'inclusion dans la MSMA pour le soin : **transmission** du lien de confiance à l'équipe
- **Prescription** de substituts nicotiques dans le sevrage tabagique
- **Partage d'informations** : présence de l'infirmier ASALÉE dans les réunions de la MSMA





PAUSE



TÉMOIGNAGES USAGERS



2ème TABLE RONDE

Réduction des risques en microstructure :

Comprendre les principes pour mieux accompagner

Dr Laure FERRIERES
MSP Tourbes Pézenas

Marion SERIGNAC
CAARUD Ascode

Sophie ALBERT
CSAPA Episode



La RDRD « Réduction Des Risques et des Dommages » **c'est quoi ?**

UNE POLITIQUE



DES PROGRAMMES



UNE PRATIQUE

OBJECTIF = **réduire les risques sanitaires, sociaux, psychologiques,** liés à la consommation de substances psychoactives

- ➔ **Enjeux de santé publique** : réduire les contaminations VIH/VHC
- ➔ **Information, stratégies, matériel** de consommation à moindre risque

HISTORIQUE

Année 80



ÉPIDÉMIE VIH
Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont exposés.

1987



VENTE LIBRE des seringues en pharmacie
= 1^{ère} mesure prise pour lutter contre le VIH chez les usagers de drogue

1990



1^{er} POINT ÉCHANGE DE SERINGUE
est créé par MDM
Prescriptions de morphiniques (en marge de la loi) comme produits de substitution

1994



1^{ER} DISPOSITIF PUBLIC DE RDR
Créé par Simone Veil : Stéribox, programme d'échange de seringue, "boutiques" qui accueille les usagers sans exigence de soin (accueil inconditionnel), réseau de médecins en ville et en hospitalier, TSO.

RÉSULTATS : 1037 usagers morts du SIDA

1997



267 décès, baisse de 79 % des overdoses mortelles du SIDA

2004



La RDR est reconnue comme **politique de santé publique** et les Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la RDR pour les Usagers de Drogues (CAARUD) sont créés.

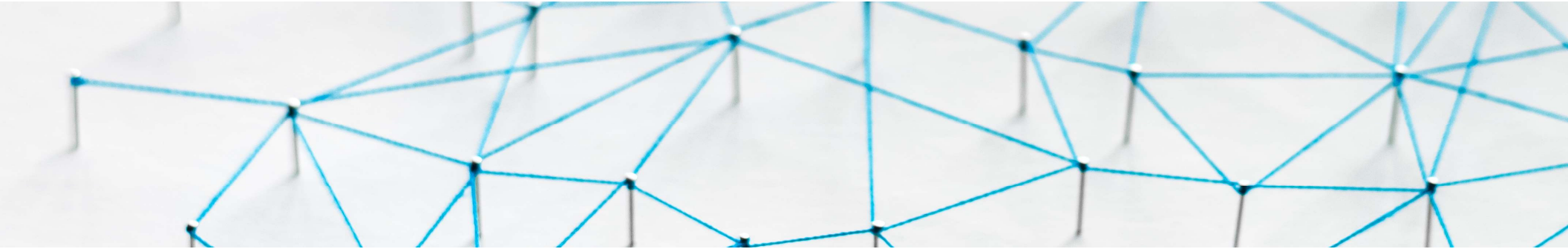
2016



La **loi de modernisation de notre système de santé** reconnaît officiellement les "Dommages" comme faisant partie intégrante de la RDR.
On parle maintenant de RDRD.
Expérimentation pour 6 ans des Salles de Consommation à Moindre Risques (SCMR).

PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA RDRD

- ➔ L'écoute et le **non jugement** de l'utilisateur et de l'usage de drogues
 - ➔ **Ici et maintenant** : accompagner la personne là où elle en est dans son parcours, sans exiger d'elle une réduction de consommation ou un sevrage (accueil inconditionnel)
 - ➔ Faire **évoluer les représentations** sur les usagers de drogues
 - ➔ **Responsabilisation** des personnes quant à leurs pratiques
 - ➔ Considération de l'**expertise** des usagers
 - ➔ La RDRD : mettre à disposition une information objective, ce n'est pas de l'incitation ou de la banalisation
- Drug, set and setting- Individu, produit, environnement**



Les Vignettes cliniques



Vignette clinique et RDRD cannabis



Mme D, **femme de 38 ans**, concubinage, deux enfants de 4 et 6 ans, **consommatrice régulière** depuis l'âge de 17 ans .

Risques et dommages repérés :

- ➡ **Impact psychologique fort** : dérèglement émotionnel, bad-trip récurrents, symptômes évoquant psychose cannabinoïde (le produit étant lui-même consommé pour tenter de gérer ces manifestations négatives par l'effet « défonce »)
- ➡ **Dommages sociaux** : isolement, phobie sociale, rupture de son contrat de travail, endettement, violences conjugales.

Si la RDRD n'implique pas nécessairement la réduction de la consommation, dans ce cas, il a été convenu qu'il était nécessaire de réduire la consommation de THC

Cannabis et RDRD



- ➔ Risques liés à la **méconnaissance du produit**, ses effets, sa composition > dosages deviennent extrêmement variables
ATTENTION: de+ /+ de cannabinoïdes de synthèse
- ➔ **Limiter la combustion** : alternatives intéressantes comme les vaporisateurs qui peuvent être utilisés aussi avec des douilles
- ➔ Réduire les **dommages psychosociaux** : impact sur l'humeur, dérèglements émotionnels engendrant des difficultés sur le plan social et professionnel, financier, judiciaire...
- ➔ **Toxicité** du THC et du tabac

Quel accompagnement RDRD ?

- ➔ Réduire les risques c'est avant tout **partager de l'information** : toxicité, dommage, taux de THC variable, cannabinoïdes de synthèse...
- ➔ **Accompagner la prise de conscience concernant** les impacts psycho/sociaux **et risques d'aggravation**
- ➔ **Respecter le choix** de la personne et encourager **la responsabilisation**
- ➔ **Accompagner/ soutenir / informer** dans la réduction de la consommation de THC en vue d'un sevrage : **réduire la teneur en THC** des produits achetés (voir passer au CBD), **traitement de fond** pour apporter un soutien psychologique et réduire les manifestations anxieuses, rassurer sur les **interactions traitement/produit**, gestion de **manque, orientations sociales** (aide alimentaire), prévoir des **temps sans consommation**, envisager de changer de **mode de consommation**, retrouver le **plaisir**

Vignette clinique et RDRD Cocaine

L. femme de 32 ans

Orientation par le médecin généraliste en juillet 2020 pour consommation de **cocaine**, **combinée** à des consommations **d'alcool**

Obligation de Soins pré-sentencielle, histoire de **trafics**

Peur des conséquences judiciaires : amis incarcérés

Début des consommations dans un **contexte festif**, le week-end puis augmentation de la fréquence et **quotidienneté** durant le confinement (1gr/jour)

Arrêt depuis la comparution immédiate, **culpabilise** après chaque épisode de consommation

➡ **RDRD autour du produit** : cadre festif, anticipation des soirées, conduite, partage de paille : proposition d'un buvard (médecin a prescrit la sérologie)

➡ **RDRD sur la vie sociale** : travail, famille et amis

Quel accompagnement RDRD ?

➔ RDRD Spécifique au Produit:

Stimulant, **méconnaissance des risques d'overdoses** même en sniff
Risque alcool/cocaïne : **coca-éthylène**, méconnu des consommateurs
Risques **infectieux** : partage de pailles, voire de billets mais aussi assèchement des muqueuses, lien avec équipe médicale (buvard, sérologie)

➔ RDRD sur la Vie Sociale :

Euphorie et logorrhée en soirée : **performativité** dans le lien, déconstruire les représentations d'un produit associé à la **fête**, comment imaginer les week-end autrement ?
Risques d'**isolement**, anxiété voire « paranoïa »
Descente et fatigue post-consommation

Mésusage et RDRD



Femme 78 ans, diabétique, ACFA, HTA, anémie d'origine centrale, plusieurs pneumopathies avec hospitalisations, se plaint de ne pas dormir

Traitements



ATORVASTATINE 20 mg,
BISOPROLOL 5mg,
METFORMINE 1 000 mg
LERCANIDIPINE 10 mg
FUROSEMIDE 20 mg cp,
DULAGLUTIDE 1,5 mg,
FLECAINIDE 150 mg ,
DABIGATRAN 150 mg,
LEVOTHYROXINE 137µg,
PARACETAMOL 1 g,
PANTOPRAZOLE 40 mg
LORAZEPAM 1 mg ½ comprimé le matin, le midi et le soir
ZOPICLONE 7,5 mg cp

Polymédication et RDRD



- ➔ Problème de l'**association de plusieurs substances psychoactives**
- ➔ Problème de l'âge et du risque accru de **chute**, de **confusion** et de **troubles mnésiques**
- ➔ **Ignorance** des risques et de la dépendance
- ➔ **Absence de réponse alternative** autre que médicamenteuse

Estime de Soi et RDRD



Femme de 61 ans, HTA mais a stoppé son traitement, consomme régulièrement de **l'alcool, de manière compulsive**, dit ne pas avoir de dépendance (en 05/2019) mais revient en 06/2020 car sent une perte de contrôle sur sa consommation. TA 160/80 contrôlée en AMT 138/82

Bilan sanguin prescrit

- ➔ **Reçue par le binôme psycho-social** : honte ++ liée à ses consommations d'alcool.
Dégradation de l'estime de soi en lien avec son image corporelle (prise de poids, marques sur le visage) "**je me sens laide**".
- ➔ **RDRD sur substitut à l'alcool**, se remplit. RDRD axée sur le quotidien et combler l'ennui.



Une RDRD plus axée sur **les dommages psycho-sociaux** : des profils différents

- ➔ La MSMA semble être lieu plus **“neutre”**, moins connotée addicto et/ou, moins stigmatisant pour le public accueilli
- ➔ Les **publics sont différents** des lieux de soins et RDRD CSAPA/CAARUD : moins précarisés, moins isolés, essentiellement féminins.
- ➔ La RDRD est différente de nos pratiques en CSAPA/CAARUD : plus centrée sur les **dommages psychosociaux** (budget, vie professionnelle, honte, rapport à l'entourage...)
- ➔ Les dommages impactant l'**estime de soi**, le **rapport au corps** sont aussi fréquemment évoqués

Une dissonance de cultures ? des postures différentes

La pratique de la RDRD au sein de la MSMA peut parfois ne pas correspondre à l'**attente première** des personnes reçues/ ou représentation du soin (semble pour certains incompatible avec le soin).

Femme de 61 ans, reçue une seule fois - Usure professionnelle, solitude. 1 bouteille de vin chaque soir devant la télévision. Alcool depuis l'âge de 15 ans. Sobre depuis une semaine.

Objectif : abstinence.

Triptyque : **contexte/produit/individu**. Défensive face à la notion de fonction de la consommation : "c'est dans ma tête". Elle reprend rdv un mois plus tard mais l'annulera le jour même.

La question des **consommations "associées"** est peu abordée spontanément: sensation que ce n'est pas le lieu car pas problématique.

➔ **Le sevrage** est encore perçu comme l'unique façon de traiter la problématique addictive

➔ **Les codes** en médecine générale versus **codes** en RDRD/addictologie sont différents:

Comment se rejoindre ?

Comment allier les cultures autour de la RDRD ?

La RDRD c'est aussi

- ➔ Une **rencontre**, des **représentations** et parfois une **divergence d'objectifs**
- ➔ Travail en profondeur sur les **représentations** liées à la consommation et son **statut de consommateur**, "**drogué**", "**alcoolique**" : honte, tabous (ex : lever les résistances à aborder la question du plaisir)
- ➔ C'est au professionnel de **transmettre "la culture RDRD"** comme une autre façon de prendre soin, comme complémentaire au soin et non antinomique

ACTUALITÉ 2PAO



TOURNÉE
de SENSIBILISATION
L'évolution
des **USAGES**

Carcassonne
Jeu. 13 oct. 2022. 10h - 16h

Toulouse
Mar. 7 fév. 2023. 10h - 16h

Nîmes
Mar. 21 mars 2023. 10h - 16h

CONCLUSION

**Merci pour votre
participation**

