

Ecole Nationale de la Santé Publique

**EVOLUTION NECESSAIRE DES LOGIQUES DE SOINS
FACE AUX NOUVELLES PRATIQUES ADDICTIVES
DANS UN C.S.C.S.T.**

**Claude FOSSET
CAFDES 2000
IRTS Rennes**

SOMMAIRE

Liste des abréviations.

INTRODUCTION.

1

1ère PARTIE

LA TOXICOMANIE ET LE TOXICOMANE : UN CONCEPT, UNE POPULATION ET DES SOINS EN PLEINE MUTATION.

Chapitre 1 - Conceptualiser un phénomène en mutation, de la dépendance à l'addiction.	4
1-1 Du simple usage à l'abus : une limite difficile à établir.	4
1-1-1 La drogue : d'abord un médicament...	4
1-1-2 ...à l'usage détourné.	5
1-2 Une notion frontière : la dépendance.	6
1-2-1 La dépendance, un comportement résultant d'interactions.	6
1-2-2 Vers une définition plus large de la dépendance : l'addiction.	9
1-2-2-2 De nouveaux critères, la dangerosité du produit.	9
1-2-2-3 Une pathologie puissante du comportement qui remet en cause des systèmes actuels de prise en charge.	10
Chapitre 2 - Le sujet toxicomane : mieux le connaître pour mieux le soigner.	12
2-1 Etat des lieux : la nouvelle population toxicomane.	12
2-1-1 Les nouveaux consommateurs.	12
2-1-2 Les nouvelles pratiques liées aux abus.	13
2-1-3 La substitution, un nouvelle "défonce" ?	14
2-2 Le toxicomane, une personne dans sa trilogie.	15
2-2-1 Enfance, adolescence, passages difficiles vers l'âge adulte.	16
2-2-2 Une personnalité, un produit et un moment socioculturel.	18
2-2-3 La trinité de l'homme.	19
2-2-4 Agir sur l'interactivité biopsychosociale.	20
Chapitre 3 - Les logiques de soins au service des politiques de santé publique.	21
3-1 L'évolution du soin et de ses logiques est liée à l'histoire.	21
3-2 Entre soin et répression : la loi de 70, clé de voûte du secteur.	23
3-3 Le Sida conditionne une orientation médicale.	24
3-4 Organisation et évolution du secteur spécialisé : les CSCST.	26
3-5 La note d'orientation ministérielle de novembre 1998 : aller vers une approche pluridisciplinaire sanitaire et sociale.	28
Conclusion partielle.	30

2ème PARTIE

ASSOCIATION ANGEVINE d'AIDE aux TOXICOMANES et à leurs FAMILLES, UNE LOGIQUE DE SOIN REMISE EN QUESTION.	31
Chapitre 1 - Des populations, des objectifs et des structures.	32
1-1 Soigner est une priorité.	32
1-1-1 Accueillir pour soigner.	32
1-1-1-1 Le lieu d'accueil : le "144".	32
1-1-1-2 Les personnes accueillies.	33
1-1-2 Retrouver une possession de soi : la Grand Maison.	34
1-1-3 Un support du soin : la méthadone.	35
1-2 Soigner par l'insertion sociale et/ou professionnelle.	36
1-2-1 L'insertion sociale par l'hébergement.	36
1-2-2 L'insertion professionnelle : ADJ.	37
1-2-3 L'originalité de l'activité économique sur la Grand Maison.	38
1-3 Prévenir et informer.	38
Chapitre 2 - Les logiques de soins à l'épreuve des pratiques addictives.	39
2-1 Une évolution locale vers des pratiques addictives.	39
2-2 L'abstinence à l'épreuve de la substitution.	41
2-2-1 Les cures de sevrage en diminution.	41
2-2-2 La question des deux logiques en hébergement collectif.	42
2-3 En manque de médical.	44
2-3-1 Substitution et réduction des risques.	44
2-3-2 La détresse psychologique.	45
2-4 Le poids de la justice.	46
Chapitre 3 - Carences et potentialités institutionnelles.	47
3-1 Des équipes au profil socio-éducatif.	47
3-2 Un manque d'organisation matériel.	48
3-3 Conventionnements et financements : l'exception d'état.	49
3-4 Une place dans le dispositif départemental.	50
Chapitre 4 - La nécessité de changements.	51
4-1 S'ouvrir à d'autres logiques de soins.	51
4-2 Une inéluctable réorientation.	52
4-3 Les changements, un atout stratégique.	53
Conclusion partielle.	54

3^e PARTIE

S'ADAPTER AUX NOUVELLES PRATIQUES ADDICTIVES, UNE EVOLUTION NECESSAIRE DES LOGIQUES DE SOINS DE L'A.A.A.T.F.

Chapitre 1 - Objectif : assurer une meilleure prise en charge des toxicomanies.	55
1-1 S'orienter vers une prise en charge bio-psycho-sociale.	55
1-2 Mobiliser les équipes autour du projet d'établissement.	56
1-3 Réviser le projet thérapeutique.	57
Chapitre 2 - Modifier les représentations des logiques de soins auprès des équipes.	58
2-1 Le parcours de soins dans la transdisciplinarité.	58
2-2 S'organiser autour des trois pôles : soins, insertion, prévention.	59
2-3 Promouvoir la réduction des risques et des dommages.	60
2-4 Permettre d'autres logiques de soins en hébergement collectif.	61
Chapitre 3 - L'association dans une fonction de pôle ressource.	62
3-1 Repenser une prévention précoce des conduites addictives : un travail en réseau.	63
3-2 Développer les réseaux spécialisés.	64
3-3 Créer deux points écoutes.	66
3-4 Un partenariat pour intervenir en milieu judiciaire.	67
Chapitre 4 - Exploiter les ressources humaines.	69
4-1 Etablir une charte de déontologie.	70
4-2 Informer, accompagner : des atouts de communication.	71
4-3 La formation, un outil pour dynamiser les équipes.	72
4-4 Des recrutements complémentaires.	74
Chapitre 5 - Des moyens matériels adaptés.	75
5-1 Regrouper les locaux d'accueils et administratifs.	75
5-2 Financer la précarité et les actions nouvelles.	76
5-2-1 Les incidences financières liées à la précarité des usagers	76
5-2-2 Le financement des actions du pôle ressource.	77
5-3 Démarche qualité et évaluation.	77
Conclusion partielle	79
CONCLUSION GENERALE	80
BIBLIOGRAPHIE	82
ANNEXES	84

LISTE DES ABREVIATIONS

ALT	Allocation de Logement Temporaire
ANCE	Association Nationale des Communautés Educatives
ANIT	Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie
CCPD	Conseil Communal de Prévention de la Délinquance
CDPA	Comité Départemental de Prévention contre l'Alcoolisme
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIE	Contrat Initiative Emploi
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CSCST	Centre Spécialisé Conventionné de Soins en Toxicomanie
CSST	Centre Spécialisé de Soins en Toxicomanie (réduction de CSCST)
CTMA	Centre de Traitement Méthadone Angevin
CFES	Comité Français d'Education pour la Santé
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DGLDT	Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
DGS	Direction Générale de la Santé
DSM IV	Diagnostic et Statistiques de troubles Mentaux
ETP	Equivalent Temps Plein
HLM	Habitation à Loyer Modéré
LSD	Lysergic Saüre Diethylamid
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la toxicomanie
MILT	Mission permanente de Lutte contre la Toxicomanie
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RE.DE.C.A.M.E	Réseau - Départemental - CDPA - AAATF - Mutualité - Equinoxe
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SIDA	Syndrome Immuno - Déficitaire Acquis
SMIC	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine
VHC	Virus de l'Hépatite C

INTRODUCTION

Aujourd'hui, tout le monde entend parler de toxicomanie, elle est "l'affaire de tous", ainsi que l'énonçait il y a quelques années une campagne de prévention. Mais elle est aussi une "affaire d'état", dans tous les sens du terme puisqu'elle s'imbrique maintenant dans une politique globale de santé publique. Chacun de nous peut se sentir concerné par la généralisation qui est faite autour des consommations abusives dangereuses pour la santé de l'individu.

Les représentations des toxicomanies changent, il n'est plus question maintenant de différencier les produits illicites des produits licites, mais de considérer la nocivité engendrée par la consommation abusive de ces produits récemment classés¹ suivant leur toxicité. En effet, aujourd'hui la notion d'abus de drogues s'est élargi vers d'autres produits comme l'alcool, les médicaments, les produits de synthèse et voire aussi le tabac, induisant d'autres pratiques addictives. C'est un public diversifié, de plus en plus jeune avec une tendance à la banalisation des usages, qui est touché par ce qui est largement qualifié de "fléau social". De plus, l'état sanitaire de la plupart des personnes dépendantes de substances psychoactives ne cesse de se dégrader. Le milieu scolaire, le monde du travail, les cités, les CHRS, il n'y a plus de lieux épargnés par ces abus.

La loi du 31 décembre 1970 confère à la prise en charge des toxicomanes et aux structures de soins spécialisés s'y afférant, un statut particulier.

Depuis 30 ans le dispositif spécialisé s'est construit en fonction des usagers dépendants pour la plupart aux opiacés et majoritairement héroïnomanes, jusqu'à ces dernières années. La diversité des prestations du dispositif de soin est liée aux approches psychologiques, sociales et médicales qui ont tour à tour dominé à des époques différentes.

Le soin aux toxicomanes dans les centres spécialisés consiste essentiellement en un soutien des efforts d'abstinence de la personne. Cet objectif s'inscrit dans le temps comme tout processus soignant, avec des avancées, des rechutes. L'efficacité de la politique d'abstinence est remise en question. De par son aspect privatif et douloureux, elle ne

¹ ROQUES Bernard, Les problèmes posés par la dangerosité des drogues, Paris, La Documentation Française, 1998.

s'inscrit pas dans la culture du processus de soins que peuvent, le moment venu, envisager les personnes épuisées par leurs pratiques addictives. Elle est aussi contrecarrée par les processus de maintenance à l'aide de produits de substitutions.

D'un dispositif spécifique généré par la loi de 70, restreint dans ses missions par le décret de 92, nous sommes contraints à l'aube de l'an 2000, d'envisager la problématique de la toxicomanie dans une logique plus large de santé publique.

L'évolution des usages de drogues, des nouvelles pratiques de soins et des modes d'intervention liées à l'arrivée des traitements de substitution, incite à adopter une approche pluridisciplinaire sanitaire et sociale. L'homme est en effet à considérer dans toute la complexité de ses interactions d'ordre biologiques, psychologiques et sociales. Il n'y a plus alors de réponse mais des réponses spécialisées qui doivent se conjuguer et se coordonner dans la prise en charge de personnes sous conduites addictives.

L'Association Angevine d'Aide aux Toxicomanes et à leurs Familles créée il y a plus de vingt ans a su évoluer dans certaines de ses pratiques professionnelles mais reste néanmoins ancrée dans une logique de soins à visée d'abstinence. Elle se trouve maintenant au cœur de ces bouleversements. De sa capacité à évoluer dans ses pratiques de soins et à s'ouvrir sur l'environnement extérieur, dépendent à la fois une meilleure prise en compte des usagers de drogues et la reconnaissance de ses compétences professionnelles. Ce sont les garants de la survie de l'institution.

Dans une première partie, je m'attache à développer ce que sont les phénomènes de toxicomanie tant dans leurs problématiques humaines que dans les réponses qu'impulse l'état. Il me semble en effet nécessaire de replacer le contexte historique du système de soins français qui appuie ses orientations en fonction des évolutions engendrées par les usages abusifs et déviants.

Au regard de ses évolutions, j'analyse en seconde partie le fonctionnement de l'association, avec ses limites dans les différentes actions de prises en charge et les dysfonctionnements institutionnels, compte tenu des publics côtoyés et du contexte socio-économique actuel.

En troisième partie, c'est de l'adaptation à ces besoins dont il est question. Les changements nécessaires sont surtout de l'ordre de la gestion des ressources humaines. Modification de représentations, évolution de la culture associative, ouverture des actions sur d'autres problématiques addictives et par conséquent implication des personnels sur un travail en réseau à la fois en interne et en externe, sont autant de changements que je dois gérer et accompagner, en tant que directeur de l'institution depuis fin 1997.

PREMIERE PARTIE

**LA TOXICOMANIE ET LE TOXICOMANE :
UN CONCEPT, UNE POPULATION ET DES SOINS
EN PLEINE MUTATION.**

CHAPITRE 1 - CONCEPTUALISER UN PHENOMENE EN PLEINE MUTATION, DE LA DEPENDANCE A L'ADDICTION.

1-1 Du simple usage à l'abus : une limite difficile à établir.

Depuis la nuit des temps, les drogues ont été utilisées par les hommes soit à des fins mystiques ou encore à des fins médicamenteuses. Dans chaque société humaine, dans toute les civilisations, la drogue est associée à des rites, ou fait partie intégrante des moeurs.

C'est ainsi qu'au Maroc on fume le kif, au Pérou on utilise le coca.

En Europe, la drogue culturelle est l'alcool qui, selon les régions, se partage entre le vin ou la bière. D'autres drogues sont généralisées, le tabac par exemple. Depuis quelques décennies et notamment en France les médicaments sous surveillance médicale ou tout simplement la pharmacie familiale deviennent usage banal.

Une société sans drogues n'existe pas.

Une société sans abus n'existe pas non plus.

1-1-1 La drogue : d'abord un médicament...

L'opium, connu depuis 5000 ans avant J.C. et utilisé comme médicament, a toujours été l'objet d'abus en Asie, en Egypte et en Europe.

Au XIXe siècle les principes actifs de l'opium, dont la morphine, la codéine, et l'héroïne, sont mis à jour. Ils sont d'abord utilisés à des fins médicamenteuses. Par la suite leurs développements sont liés à l'invention de la seringue, à celle de l'injection hypodermique de la morphine et à son importation en France par Behier en 1859.

La morphine est le premier médicament antalgique. Elle est au service de ce que l'on voit apparaître comme étant une évolution des mentalités : celle de calmer la douleur. En effet, auparavant, la douleur, inspirée d'un principe religieux, fait partie des conceptions médicales de l'époque. Elle est utile comme signal de désordre ou comme faisant partie du traitement. L'évolution progressive des idées et des technologies induit aujourd'hui le fait

que le droit de ne plus souffrir comme celui du droit à la vie et celui bientôt du choix de sa mort, soit maintenant un droit légitime pour tout être vivant.

Le droit de ne pas souffrir s'inscrit aussi dans le parcours du drogué. Pourtant, le plaisir du début lié à l'utilisation de drogues se transforme peu à peu en souffrance physique et psychique. L'évolution du droit au bien être de la personne dépendante va maintenant jusqu'à l'arrêt sans douleur de la prise de toxique, moyennant son remplacement par un palliatif que peut être la substitution, minimum vital que la société se doit de lui procurer.

A la fin du XIXe siècle, les opiacés étaient souvent prescrits en médecine pour soulager les cas de stress. Cependant, la morphine devient prisée par une catégorie d'intellectuels à des fins récréatives, elle commence ainsi à sortir des prescriptions thérapeutiques.

1-1-2 ...à l'usage détourné.

Lors de la première guerre mondiale, la morphine était utilisée pour calmer les douleurs des blessés. Mais c'est à la fin de la deuxième guerre mondiale qu'une importante propagation de l'héroïne s'opère aux Etats Unis, au Canada et en Europe. Elle est le prélude au phénomène des abus de drogues liant l'évolution de la société à celle des consommations de stupéfiants.

L'évolution est autant du côté des produits que du côté des utilisateurs. Aux années 1960-1970 où le LSD ² était prisé par les jeunes, suivent les décennies où l'héroïne est au centre des préoccupations toxicomaniaques. A un message d'espoir succède une vision désespérée, "no future", plus individualiste liée à un contexte socio-économique moins glorieux.

Pendant longtemps, le mot "drogue" identifie les substances illicites telles que les opiacés, la cocaïne et le cannabis. Aujourd'hui, les représentations évoluent vers la notion de "produits" où certains médicaments, l'alcool et maintenant le tabac, par leurs abus conjugués ou non sont considérés comme des drogues.

² Extrait d'ergot de seigle, le Lysergic Säure Diethylamid est plus connu sous le nom d'acide.

Fort heureusement, un usage de produits ne peut-être obligatoirement classé dans le registre de la toxicomanie. Une analogie est souvent réalisée avec l'alcool, où le fait de déguster modérément l'apéritif ne mène pas systématiquement vers une conduite alcoolique avérée. Beaucoup de gens usent ou abusent de produits divers mais ne deviendront jamais des toxicomanes. C'est donc de l'usage que l'on veut en faire, de la dépendance qui s'en suit et de la modification de comportement qu'il entraîne, que l'on peut parler alors de toxicomanie.

Sans vouloir entrer dans l'étymologie du mot toxicomanie, son utilisation est récente puisqu'elle est née de l'utilisation détournée du médicament qui a réellement été repérée à partir de 1910. Les phénomènes de dépendance émergent.

1 - 2 Une notion frontière : la dépendance.

1-2-1 La dépendance, un comportement résultant d'interactions.

En 1950, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit ainsi :

Il s'agit d'une "appétence morbide et prolongée, dégénérant bientôt en habitude tyrannique, manifestée par certains sujets pour des substances ou médicaments toxiques du système nerveux dont ils font l'expérience accidentellement ou volontairement".

Les caractéristiques sont :

- un désir insurmontable de prendre de la drogue et de l'obtenir par tous les moyens,
- une tendance à augmenter les doses,
- une dépendance physique et (ou) psychique,
- l'apparition d'un syndrome d'abstinence avec symptomatologie somatique et psychique en cas d'interruption soudaine de la consommation,
- des effets nocifs pour l'individu et la société.

Ce concept ainsi énoncé correspond à l'époque où les produits essentiellement utilisés étaient les opiacés, les barbituriques et l'alcool. Les modes de consommation et la spécificité des personnes touchées ne sont pas définies. L'idée de nocivité pour la société

commence seulement à apparaître et reste, elle aussi, floue. Dans le langage courant de l'époque, le terme de "drogué" était utilisé parce que cette première définition introduisait l'idée globale de toxicité des substances ou médicaments.

La dépendance apparaît ici comme étant psychique puisqu'elle produit un sentiment de satisfaction lié à une impulsion psychique nécessitant d'être renouvelée pour le plaisir ou pour éviter un état dépressif. Elle apparaît aussi comme une satisfaction physique à combler, par un état d'adaptation du corps au produit consommé.

Ces deux dépendances sont extrêmement difficiles à dissocier, aussi l'OMS préférait utiliser globalement le terme de pharmacodépendance.

Les produits restant un terme vague, on pense aussi à leur rapport pharmacologique.

C'est ainsi qu'en 1964, l'OMS fait évoluer son concept de toxicomanie vers celui plus prononcé de "pharmacodépendance" : elle est "un état psychique et quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme et un produit. Cette interaction se caractérise par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui engagent fortement l'utilisateur à prendre le produit de façon continue ou périodiquement afin de retrouver les effets psychiques et parfois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance ; la tolérance étant un état d'adaptation pharmacologique nécessitant l'augmentation des doses pour obtenir les effets initiaux. Une même personne peut être dépendante de plusieurs produits".³

Aujourd'hui, l'OMS définit la toxicomanie comme étant "la perte de la liberté de s'abstenir du toxique". Le produit toxique n'est ainsi plus mis en avant, c'est le comportement du sujet qui devient l'objet des préoccupations.

Au travers du temps, les définitions évoluent puisque le terme toxicomanie, qui pouvait laisser entendre une prise en compte des aspects affectifs et sociaux, est remplacé par celui de la dépendance. La connotation comportementaliste induite dans l'approche, permet d'introduire des idées de politique de réduction des effets nocifs et par déduction, une réduction des risques sociaux.

³ BERGERET Jean, Précis des toxicomanies, Paris, PUF, 1988.

C'est pourquoi je retiens, pour terminer, cette définition de la dépendance édictée selon le DSM IV (1994)⁴ que le professeur Parquet reprend dans son rapport.

"La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la période de douze mois :

- tolérance, entraînant soit un besoin de quantités nettement majorées pour produire les mêmes effets, soit un effet nettement diminué en cas d'usage continue du même produit,
- un effet de sevrage caractérisé,
- produit utilisé sur un temps plus long que prévu initialement,
- un désir persistant ou des efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation,
- un temps énorme passé à la recherche du produit,
- d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance,
- poursuite de l'utilisation de la substance, malgré les risques connus".

Peu importe le produit, qu'il soit licite ou illicite, puisque son utilisation répétée et l'augmentation des doses sont modificatrices de comportements. Par ailleurs, les dépendances à certains médicaments psychoactifs peuvent ne pas créer de liens avec des dépendances physiques. Ces abus, selon les sujets concernés, révèlent une pathologie sous-jacente ou à naître qu'il faut prendre en compte.

Ce n'est pas le produit qui fait le toxicomane : c'est la dépendance d'une personne à un produit qui cache son mal être avec une drogue.

⁴ PARQUET, Bernard, Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives, CFES, Vanves, 1997.

1-2-2 Vers une définition plus large de la dépendance : l'addiction.

1-2-2-2 De nouveaux critères, la dangerosité du produit.

Tous les produits ont en commun d'activer les terminaux neurobiologiques. Or, certaines molécules peuvent être extrêmement toxiques. C'est en prenant en compte ces avancées biologiques que Bernard Kouchner, secrétaire d'état à la Santé, demande en 1998 au professeur Roques de rédiger un rapport sur la dangerosité des drogues.

L'idée ancrée jusqu'alors était de penser que les drogues illicites sont dangereuses, les autres beaucoup moins. Ce rapport tend à démontrer l'inverse.

Le tableau qui suit est extrait du rapport Roques⁵ :

Les différents facteurs de risques des "drogues"

	Héroïne (opioïdes)	Cocaïne	MDMA Ecstasy	Psycho- stimulants	Alcool	Benzo- diazépines	Cana- binoïdes	Tabac
Dépendance physique	très forte	faible	très faible	faible	très forte	moyenne	faible	forte
Dépendance psychique	très forte	forte mais intermittente	?	moyenne	très forte	forte	faible	très forte
Neurotoxicité	faible	forte	très forte (?)	forte	forte	0	0	0
Toxicité générale	forte	forte	éventuell. très forte	forte	forte	très faible	très faible	très forte (cancer)
Dangerosité sociale	très forte	très forte	faible (?)	faible	forte	faible	faible	0
Traitements substitutifs ou autres	oui	oui	non	non	oui	non recherché	non recherché	oui

Raisonné en terme de dépendance psychique revient à dire que l'alcool et le tabac sont des produits aussi dangereux que l'héroïne ou la cocaïne.

Alors que si l'on parle de dépendance physique, la cocaïne et le cannabis se situent au même rang. La notion de drogue dure et drogue douce ne veut plus rien dire, ainsi la barrière entre produits licites et illicites est rompue.

Cependant, si je me réfère aux propos de Lionel Gibier⁶, il ne faut pas perdre de vue l'interaction entre le produit et l'organisme.

C'est la raison pour laquelle nous parlons aussi "d'usage dur", impliquant une dépendance psychique, une addiction et "d'usage doux" où la notion de dépendance est inexistante.

⁵ ROQUES Bernard, Les problèmes posés par la dangerosité des drogues, Documentation Française, 1998.

⁶ D'après le docteur Lionel GIBIER, médecin psychiatre à Port Bretagne, dans un ouvrage à paraître,

Ce sont sociologiquement les héritages culturels liés à l'utilisation d'une drogue, de l'alcool, car bien que la dangerosité de l'alcool soit reconnue, il n'en demeure pas moins qu'elle n'est pas culturellement considérée comme une drogue. Pourtant son abus entraîne, comme un produit stupéfiant illicite, une modification du comportement ainsi qu'une dangerosité pour soi et l'entourage.

1-2-2-3 Une pathologie puissante du comportement qui remet en cause les systèmes actuels de prises en charge.

Les scientifiques regroupent actuellement en un seul ensemble tous les comportements de consommation, pour deux raisons ⁷:

- toutes les substances sont des substances psychotropes agissant sur un ou plusieurs neuromédiateurs pour modifier le comportement des consommateurs, d'où le vocable de consommation de substances psychoactives,
- le comportement de dépendance présentait les mêmes caractéristiques cliniques et utiliserait les mêmes mécanismes neurobiologiques, quel que soit le produit qui l'aurait induit.

Quel que soit la substance dont il abuse, c'est la conduite de l'individu qui importe, ainsi que la recherche de certaines sensations entraînant la dépendance du sujet. Le produit n'est ici plus mis en avant. L'objet de cette dépendance dépasse inévitablement le produit illicite tel l'héroïne, longtemps au centre des "dépendances", modèle paradigmatique des professionnels en toxicomanie. C'est par conséquent cette conduite liée aux abus quels qu'ils soient, que l'on définit maintenant par le terme d'addiction.

Le professeur Parquet reprend la définition de l'addiction tirée de Goodman : "Elle est un processus par lequel un comportement pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, elle est employée d'une façon caractérisée par :

- l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement,

intitulé : Prise en charge des usagers de drogues.

⁷ Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives, op. cit., p 31.

- sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives".

Les conduites addictives recouvrent dans l'usage courant d'autres pathologies du comportement, comme :

- les médicaments,
- l'alcool,
- les troubles alimentaires (anorexies),
- le "sex addict".

Il y a par conséquent dans l'idée d'addiction, une notion de perte de contrôle liée à un désir persistant, puissant, impulsif.

L'arrêt d'une conduite addictive telle que celle liée à la toxicomanie n'est pas alors une seule affaire de volonté. Le docteur Gibier pense que cette notion est capitale pour les thérapeutiques substitutives⁸.

Nous voyons combien les techniques de soin basées sur l'abstinence n'ont plus lieu d'être au regard de la puissance de cette notion qu'est l'addiction.

Cette notion clef d'addiction est la source des thérapeutiques substitutives et de prise en charge, qui intègrent enfin toute la trilogie bio-psycho-sociale du sujet soigné comme nous allons le voir par la suite.

⁸ GIBIER Lionel, Prise en charge des usagers de drogues, op. cit.

CHAPITRE 2 - LE SUJET TOXICOMANE : MIEUX LE CONNAITRE POUR MIEUX LE SOIGNER.

2-1 Etat des lieux : la nouvelle population toxicomane.

2-1-1 Les nouveaux consommateurs.

Si je me réfère aux statistiques fournies par l'OFDT⁹, la proportion d'adultes entre 18 et 75 ans déclarant avoir pris une drogue au cours de leur vie est passée de 12% en 1992 à 16% en 1995.

Si les hommes sont majoritaires par rapport aux femmes, l'expérimentation diminue avec l'âge (32% pour les 18-24 ans et 1,5% pour les 60-75 ans).

Ce sont chez les personnes dont l'âge se situe entre 18 et 35 ans que se trouve une forte majorité de personnes sous conduites addictives, en particulier les adolescents pour qui la consommation est de plus en plus élevée. 40% des jeunes hommes déclarent avoir pris au moins une fois du cannabis et 14,5% en consomment régulièrement.

Par rapport aux années précédentes, l'usage d'ecstasy a très fortement augmenté, 5% en ont déjà pris, dont le quart en consomme régulièrement.

Le phénomène se développe depuis une douzaine d'année dans une population de jeunes adultes principalement masculine et socialement bien insérée. D'autres produits y sont associés, tels l'alcool et le cannabis. L'évolution de la toxicomanie dans sa diversité est incontestable. Les comportements liés à l'usage de produits licites et illicites nous font dire qu'il faut maintenant parler de polytoxicomanie, par conséquent de polyconsommation, tant les changements de produits sont fréquents y compris les médicaments psychotropes qui sont alternativement utilisés seuls ou associés à l'héroïne, la cocaïne ou l'alcool.

Nous constatons que 84% des prises en charge sanitaires et sociales concernent des personnes âgées de 18 à 34 ans. La toxicomanie avérée concerne donc essentiellement les adultes relativement jeunes qui, plus rapidement qu'il y a quelques années, prennent aussi conscience de la nécessité de se soigner.

⁹ OFDT, Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances, Paris, OFDT, 1999.

Toujours selon l'OFDT, il semblerait que par rapport aux années précédentes, nous assistions à une radicalisation des états de pauvreté et de la précarisation des toxicomanes.¹⁰ A titre d'exemple, en 1997 un peu plus de 6 % de personnes ayant eu recours au système social ne possèdent pas de couverture sociale, parmi elles 44 % sont des jeunes de moins de 24 ans.

2-1-2 Les nouvelles pratiques liées aux abus.

Les dispositifs d'observation des usages de drogue ne peuvent rendre précises les données statistiques. Deux volets, le sanitaire et le répressif, fournissent des chiffres qui se recoupent : le toxicomane est de par la loi "malade" et délinquant.

Dans le domaine des drogues illégales, nous constatons au niveau national une progression rapide des consommations, ne serait ce que dans une utilisation même furtive : 7 millions de personnes ont consommé au moins une fois une drogue dans leur vie, dont 2 millions en 1997. Dans la plupart des cas, il s'agit de consommateurs de cannabis.

Des spécialistes estiment à 160 000 le nombre de personnes consommant en produit principal l'héroïne et qui ont eu recours au système sanitaire et social. D'après la MILDT, la consommation d'héroïne stagne, sinon régresse pour l'instant en France alors que la cocaïne est en augmentation.

En 1997, entre 1 et 2% des lycéens de 15 à 19 ans déclarent avoir consommé de la cocaïne dans l'année.

La baisse de consommation d'héroïne se fait aussi sentir dans d'autres pays européens. C'est un des résultats de mise en place des programmes de substitution.

On connaît aussi aujourd'hui 220 produits de synthèses différents qui, associés à d'autres produits médicamenteux ou de l'alcool, amplifient les problèmes de polytoxicomanie. Il est clair que ce problème deviendra crucial dans quelques années.

Dans l'ensemble de la population, les consommations de drogues sont difficilement repérables, mais les observations des professionnels montrent que c'est le cannabis qui est le plus consommé. Les statistiques de la préfecture du Maine-et-Loire indiquent que

¹⁰ Des sites sur internet fournissent régulièrement des données épidémiologiques tels que www.ofdt.fr,

depuis le début de l'année 1999 près de 150 kg de cannabis ont été saisis contre moins d'une dizaine de kilos sur la même période 1998¹¹. Les adolescents sont les plus touchés par cette prolifération, la part des jeunes ayant consommé du cannabis au moins dix fois au cours de l'année a augmenté de plus de la moitié entre 1993 et 1997. Sachant aussi que ces usagers associent régulièrement l'alcool et des produits psychoactifs à leur consommation, la montée en puissance des conduites d'addiction chez ces adolescents est prégnante.

2-1-3 La substitution, une nouvelle "défonce" ?

La volonté des pouvoirs publics de mettre en place des traitements de la dépendance aux opiacés date de 1994. Les objectifs sont multiples : limiter les contaminations infectieuses tout en facilitant l'accès aux soins des usagers de drogues, diminuer les trafics illicites et les agressions physiques liées à la recherche des financements.

Depuis son autorisation de mise sur le marché en 1996, selon l'OFDT, 57000 personnes sont sous traitement au Subutex®, morphinique de synthèse.

7200 patients sont sous programme de traitement méthadone et suivis par des centres spécialisés.

Les médecins généralistes ont vu augmenter de 50 % le nombre d'usagers de drogues en raison des traitements de substitution.

Ces produits de synthèse dispensés légalement mais qui sont aussi l'objet de trafics, par leur utilisation de plus en plus répandue, font diminuer les consommations de drogues illicites, notamment l'héroïne. Entre 1994 et 1998 la mortalité par overdose est passée de 564 à 143¹². Le trafic de Subutex® n'est pas officiellement quantifié. Cependant, nous le verrons plus loin, l'arrivée des demandes de cure de sevrage liées aux surconsommations de cette molécule n'est que le résultat d'une utilisation abusive et détournée de sa prescription médicale légale.

dont j'extraits les chiffres de ce chapitre. Le site de la MILDT sera opérationnel en décembre 1999.

¹¹ Source : Le Courrier de l'Ouest, quotidien du 20 octobre 1999.

¹² Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances, p 151.

Comme je l'écrivais plus haut, des nouveaux produits ont fait leur apparition. Les consommations de produits psychotropes et d'ecstasy sont en progression. Ce dernier est un produit très toxique, indépendamment de tout abus. Il entraîne en effet des complications somatiques parfois irréversibles et mortelles, dans certaines conditions d'utilisation. L'utilisation de plus en plus fréquente de l'ecstasy dans les soirées récréatives urbaines ou rurales (raves, boîtes de nuit, en privé) devient inquiétante.

D'après les observations faites par les centres de soins implantés dans la région parisienne, il semblerait aussi que l'usage solitaire commence à s'étendre.

Cependant, la substitution entraîne le risque de déplacement du problème de la personne concernée. Substituer, c'est faire le deuil de tout ce qui tourne autour de la recherche du produit. C'est par conséquent créer un "vide occupationnel" qu'il faut combler ou qui devient révélateur de la pathologie sous-jacente originaire de la conduite toxicomaniaque. D'où certains phénomènes d'alcoolisations et de passage à d'autres tentatives de retrouvailles d'autres turbulences.

2 - 2 Le toxicomane, une personne dans sa trilogie.

Il n'existe pas de structure type de la personnalité du toxicomane. Mais il apparaît des éléments sous-jacents à la personnalité qui seraient communs aux différents types de structures : "Dans tous les cas, la dépendance d'un produit toxique est recherchée non seulement en fonction d'un besoin plus ou moins conscient, ou plus ou moins manifeste du sujet, mais aussi, sur le registre économique latent, comme une tentative de défense et de régulation contre les inefficiences ou les failles occasionnelles que la structure profonde présente dans le cas particulier envisagé".¹³

Ce besoin plus ou moins conscient dont parle Jean Bergeret, peut être la recherche du plaisir pouvant rappeler certaines attitudes infantiles, telles que la satisfaction immédiate et totale. C'est le désir de corriger une réalité qu'ils ne sont plus ou pas capables de supporter.

¹³ BERGERET Jean, Toxicomanie et personnalité, Paris, PUF, 1996, 5^e édition corrigée.

2-2-1 Enfance, adolescence passages difficiles vers l'âge adulte.

Le propre de l'enfant est d'être dépendant de sa mère avec laquelle il fusionne étroitement dans les premiers mois de sa vie, pour s'en détacher progressivement, l'affronter et acquérir son autonomie.

Francis Curtet¹⁴ fait le lien avec la petite enfance en ces termes : "ils ont souvent eu, dans leur petite enfance, des expériences relationnelles profondément négatives où la massivité et la répétition des frustrations affectives ont perturbé les possibilités d'identification parentales".

Si la progression de cette autonomie est mal vécue, la personne peut rester dépendante de sa famille ; ou dans le cas inverse, s'accrocher à quelqu'un d'autre ou quelque chose comme la drogue. Il reste alors chez ces personnes quelque chose de l'enfance, un peu comme le nourrisson pour qui ce serait de l'ordre de "du tout-tout de suite" avec les conflits inévitables entre ce qui est de l'imaginaire et ce qui est du réel.

La période de latence qu'est l'enfance avec sa phase oedipienne évolue progressivement vers l'adolescence, passage conflictuel plus ou moins bien vécu.

L'adolescence en tant que concept est récent dans l'histoire humaine. De la Grèce au moyen âge, la vie de la naissance à la mort était ponctuée de rites initiatiques où le passage pubertaire faisait certes l'objet d'attentions particulières, mais n'était pas formalisé comme maintenant. Le mot "adulescentia" déjà utilisé par Cicéron avec la connotation "fini de grandir", donne aux romains une fourchette d'âge de l'adolescence très large, entre 17 et 30 ans¹⁵.

Sigmund Freud dans son livre "Trois essais sur la théorie de la sexualité"¹⁶ datant de 1905, traite de la période de la puberté sans jamais citer le mot "adolescence". Pourtant l'expression de ce statut se confirme dans d'autres ouvrages, chez d'autres auteurs. L'évolution de la société ponctuée par les guerres successives, mai 68 ainsi que les aléas de la croissance économique, ne font que marquer pour chacune des générations concernées, ce passage difficile de l'enfance à ce que l'on appelle l'âge adulte.

¹⁴ CURTET Francis, Idées fausses sur la défonce, Paris, Flammarion, 1982.

¹⁵ HUERRE Patrice, PAGAN-REYMOND Martine, REYMOND Jean Michel, L'adolescence n'existe pas, Paris, Odile Jacob, 1997.

¹⁶ FREUD, Sigmund, Trois essais sur la théorie de la sexualité, Paris, Gallimard, Idées, 1962.

Il semblerait qu'en Europe occidentale, l'adolescence commence de plus en plus tôt, vers l'âge de 10–12 ans. L'abaissement de cet âge semble lié à deux facteurs. D'une part la puberté commence plus tôt, d'autre part la sortie de l'enseignement primaire pour l'entrée en sixième est un des moments charnière de rupture sociale.

Le jeune adolescent quitte peu à peu le modèle parental, voire s'y oppose en quête de sa propre identité. Il cherche ses limites, allant jusqu'à la transgression de l'interdit. Les modifications biologiques, psychologiques, sociales, inéluctables l'emmènent progressivement vers le monde des adultes avec toutes les représentations possibles, y compris celle de l'autonomie. Apprentissages dont le parcours est semé d'embûches.

Comme l'écrit Yves Gervais¹⁷, l'adolescent en difficulté à symptôme "drogue" est un jeune qui commence à dysfonctionner, mais qui a toujours des liens avec sa famille, avec son entourage social. Il utilise de manière occasionnelle, épisodique, des produits toxiques. C'est la structure de la personnalité qui, pour un peu qu'elle soit fragile, fait passer le jeune d'une conduite d'essai à une conduite à risques. Si l'entourage familial ou social n'apporte pas rapidement un soutien, la frontière de la déviance répétée est vite franchie.

La toxicomanie devient alors l'expression d'une souffrance profonde qui se situe constamment aux frontières de la pathologie, de la déviance et de l'exclusion sociale.

L'excitation, le flash, la stimulation sont des moyens pour fuir la réalité, pour refuser le déplaisir. Dans notre société actuelle, le plaisir est normalement en grande partie apporté par la confrontation, l'exercice et la gratification de la vie sociale. Il demande non seulement une adaptation mais aussi l'acceptation d'un délai dans la réalisation de la satisfaction personnelle.

2-2-2 Une personnalité, un produit et un moment socioculturel.

Pour aller encore plus loin dans le raisonnement, il faut par conséquent associer au sujet les contraintes extérieures qui interagissent sur la personnalité.

La vision psychanalytique avec ses adaptations éducatives, servent depuis longtemps de référence aux intervenants en toxicomanie. C'est le courant de pensée qui consiste à

¹⁷ GERVAIS Yves, La prévention des toxicomanies chez les adolescents, Paris, L'Harmattan, 1994.

énoncer que "c'est le toxicomane qui fait la drogue". Autrement dit, il faut d'abord soigner la personne, le produit n'étant qu'un accessoire à la problématique du sujet.

Une vision opposée, prohibitionniste, alimente les débats. Elle affirme que "c'est la drogue qui fait le toxicomane". La facilité d'utilisation du produit serait alors à l'origine des conduites pathologiques. Il faut par conséquent en pénaliser l'utilisation. La loi du 31 décembre 1970 de par son volet répressif prédominant, suivi de l'obligation de soin, est le reflet de cette tendance.

Cette vision prohibitionniste de la toxicomanie, tout comme celle centrée uniquement sur le sujet, n'explique pas à elle seule la complexité du phénomène.

C'est la raison pour laquelle, s'appuyant sur sa qualité de médecin psychiatre et fort de sa longue expérience en matière de toxicomanie, Claude Olievenstein, directeur du centre Marmottan à Paris, énonce : "la toxicomanie surgit à un triple carrefour : celui d'un produit, d'un moment socioculturel et d'une personnalité".¹⁸

Tout être humain se structure psychiquement dès sa naissance et se voit confronté à son environnement. C'est, semble-t-il, d'après l'auteur, en raison d'un manque, d'une béance existant dans l'une des composantes de la personnalité que peut s'incruster la problématique du toxicomane, à la faveur d'un contexte extérieur, ponctuellement ou non, défavorisant.

2-2-3 La trinité de l'homme.

Dans ces hypothèses possibles, nous retrouvons constamment l'élément qui est au centre de nos intérêts : la personne humaine dans toute sa complexité.

Certains auteurs parlent de "trinité" de l'homme. Je ne citerai qu'Edouard Zarifian¹⁹ qui écrit : "Si l'on considère un être humain qui pense, il est nécessaire de saisir dans la simultanéité ses trois dimensions bio-psycho-sociales, qui ne peuvent qu'artificiellement être dissociées pour des besoins d'étude. Le leurre consiste à penser que la nécessité méthodologique de dissocier les trois dimensions permettra d'en privilégier une par rapport aux autres".

¹⁸ OLIEVENSTEIN Claude, La drogue ou la vie, Paris, Robert Laffont, 1983.

¹⁹ ZARIFIAN Edouard, Les jardiniers de la folie, Paris, Odile Jacob, 1988, nouvelle édition 1994.

Il est vrai qu'au fil des années, différentes approches ont traité du problème de la toxicomanie. C'est ainsi qu'il existe une approche Biologique, Médicale, et aussi Sociale.

Il faut reconnaître que les recherches scientifiques surtout en neurobiologie sont sensibles, elles modifieront dans les prochaines années les modalités de prises en charge sanitaires des personnes sous conduites addictives.

Dans le premier numéro de la revue "Intervention" éditée par l'ANIT²⁰ en 1982, Marc Valleur médecin psychiatre à Marmottan écrit : "depuis dix ans, nous avons beaucoup appris ; pas assez pour en faire une théorie de la toxicomanie, ou pour réduire celle-ci à un cas particulier de quelque discipline en sciences humaines. Mais assez pour pouvoir donner tout leur poids à certaines idées et à certaines questions. Par exemple que l'usage de produits toxiques, interrogation sociale essentielle, ne soit pas un concept équivalent à celui de toxicomanie, qui scelle dans la souffrance l'aliénation d'un individu à un produit. Que la toxicomanie pose des problèmes spécifiques, sur sa genèse individuelle et l'enfance du toxicomane, comme sur l'impact de produits agissant de façon explosive au plus profond du vécu du sujet, ses perceptions, sa jouissance, sa souffrance".

Chacune des approches scientifiques apporte certains éléments de réponses à la problématique. Cependant aucun modèle ne peut expliquer à lui seul les liens de cause à effet. Une seule constante toutefois, celui de l'hétérogénéité des produits et des personnes²¹.

2-2-4 Agir sur l'interactivité biopsychosociale.

Si l'homme est constitué de toutes ces dimensions et d'autres encore, la personne toxicomane ressemble elle aussi à un puzzle dont la complexité rend le diagnostic difficile à cerner. Le "soin" ne peut alors se réduire à une réponse seulement psychiatrique, médicale ou éducative.

Dans le rapport annuel du Centre Médical Marmottan de décembre 1998, le professeur Olievenstein insiste sur le fait que "c'est sur les trois paramètres produit, personnalité, moment socioculturel, qu'il faut globalement faire porter nos efforts et non pas sur une non-spécificité qui permet à l'université comme à l'hôpital de présenter une variété réductrice de ce qui peut être le malaise dans la civilisation".

²⁰ ANIT : Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie.

²¹ MOREL Alain, HERVE François, FONTAINE Bernard, Soigner les toxicomanes, Paris, Dunod, 1997.

Les Québécois l'ont compris depuis longtemps. En effet, après avoir étudié le modèle thérapeutique français de "sevrage, prise en charge psychologique, individuelle et familiale, postcure et réinsertion" et le modèle hollandais prônant "l'opportunité de maintenir un statu quo médical et social, en dépit de leur persistance à abuser des drogues" ainsi que le modèle belge préconisant coexistence pacifique entre personnes sous traitement, substitution et abstinents, ils ont élaboré leur propre modèle biopsychosocial²². Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec décrit la réadaptation²³ comme n'étant pas seulement un processus fini relevant des spécialistes en réadaptation et se terminant avec une finalité temporelle. Cette réadaptation englobe aussi toutes les activités favorisant chez la personne toxicomane la reconquête de son autonomie et sa réinsertion sociale.

L'homme est une trinité biopsychosociale. On ne peut agir sur l'une de ces composantes sans provoquer de changements sur les autres.

Il y a par conséquent un phénomène d'interactivité nécessitant une intervention dans les autres domaines. La reconquête d'une autonomie passe par un équilibre à construire ou reconstruire.

Nous ne devons pas oublier que l'utilisation répétée de drogues induit des modifications de comportement dans le rapport à soi et aux autres. La drogue est porteuse de valeurs culturelles et sociales. C'est pour cette raison que le toxicomane démedicalise certaines molécules, comme le Subutex® afin de poursuivre le rite entourant l'utilisation de la seringue.

Il faut donc travailler aussi sur les représentations qui tournent autour des rituels de la prise de produits. En fait, le toxicomane devient dépendant à l'expérience vécue plutôt que dépendant à un produit.

Tout comme il nous faut aussi penser que le toxicomane n'est pas seulement en cause et qu'il faut aussi travailler sur son environnement.

²² QUEBEC/Canada, Approche pluridisciplinaire des toxicomanies, Cndt, n°20, 1995.

²³ Le terme de réadaptation est utilisé au Québec pour définir le soin aux toxicomanes et aux alcooliques. La définition qui en est donnée par la commission spécialisée est la suivante : "c'est un processus d'évolution personnelle qui permet au toxicomane qui le désire de reprendre progressivement du pouvoir sur sa vie...ce processus de réadaptation n'est pas linéaire : il implique des retours, des reprises et des arrêts comme tout apprentissage. Il ne saurait être unique ou invariable".

C'est ce que les Canadiens développent sous la forme de modèle intégratif²⁴.

Or, l'environnement social est intimement lié aux évolutions des peuples. Depuis le début de ce siècle marqué par l'histoire et imprégnée des valeurs du moment, notre société tente d'apporter et d'adapter des réponses à ce malaise individuel et social qu'est la toxicomanie.

CHAPITRE 3 - LES LOGIQUES DE SOINS AU SERVICE DES POLITIQUES DE SANTE PUBLIQUE.

3-1 L'évolution du soin et de ses logiques est liée à l'histoire.

En 1900 aux Etats Unis, 300 000 personnes dépendantes aux opiacés grossissaient le chiffre des usagers anciens combattants des guerres civiles. Des cliniques ont alors été ouvertes dès 1912, délivrant des opiacés, elles ont été suivies par 44 centres de soins. Leurs objectifs n'étaient pas uniformes : certaines structures visaient des programmes de désintoxication alors que d'autres préconisaient une politique de maintien.²⁵

En France, l'asile et l'hôpital, ainsi que quelques établissements privés étaient les principales réponses apportées à la fin de ce XIX siècle.

Seul l'usage de la drogue en société était puni par la loi du 12 juillet 1916.

La seconde guerre est à l'origine d'une montée en puissance des héroïnomanes, c'est à cette époque que l'Allemagne, pour pallier au manque de morphine, synthétise la méthadone à des fins analgésiques. Cette molécule est ensuite étudiée et utilisée aux Etats Unis en 1946, pour n'être réellement exploitée qu'en 1964.

Il a fallu attendre en France le début des années 60 pour voir les hôpitaux psychiatriques commencer à soigner les toxicomanes et les alcooliques.

C'est aussi à cette période qu'arrive en Europe les méthodes comportementalistes venant des USA pratiquées par des institutions américaines comme "Synanon" ou "Day Top".

²⁴ BROCHU Serge, Drogue et criminalité, une relation complexe, Québec, Presses de l'université de Montréal, 1995.

Dans la deuxième partie de son ouvrage, l'auteur réalise une synthèse des modèles existants. Il tente de construire un modèle intégratif s'appuyant sur un paradigme *phénoménologico-systémique* qui redonne à la personne toute son humanité tout en la faisant interagir avec un ensemble de systèmes. Il s'agit pour lui de comprendre les relations existantes entre délinquance et drogue qui sont tour à tour de cause à effet dans les phénomènes de déviances.

²⁵ Traitement à la méthadone Mark W.Parino, MPA-Consensus Panel Chair, Editions Médecine et Hygiène.

Il s'agit, selon les propos du docteur Olievenstein "par un dressage autoritaire, de transformer les toxicos en individus humbles et polis, qui ne contestent plus, s'intègrent, au contraire, parfaitement à la vie sociale, bref, deviennent des citoyens modèles, c'est à dire des robots".²⁶Ces méthodes sont reprises nuancées dans des communautés thérapeutiques en Italie et à Lausanne par Pierre Rey, directeur du "Centre du Levant" et aussi en France par l'association "le Patriarce", la seule sur l'hexagone à pratiquer ce genre de méthode mais qui a servi de contre exemple au système de soins français.

En France, l'augmentation des consommations de stupéfiants apparaît nettement. Le système de soins spécialisé réduit à quelques professionnels parfois entourés d'anciens toxicomanes, se construit autour de la notion centrale d'abstinence dans la lutte contre la toxicomanie. Le sevrage est une condition préalable à toute démarche de soin.

Les événements de 68 ont précipité, pour faire face à la menace de ces déviances naissantes en France, la promulgation de la loi du 31 décembre 1970. Celle-ci traite, comme je l'expliquerai plus loin, à la fois du soin et de la répression en matière de toxicomanie.

Suite à l'application de cette loi, se développent des structures de prises en charge spécialisées en toxicomanie, essentiellement organisées autour du mode associatif. Quelques institutions publiques voient le jour, notamment l'hôpital Marmottan à Paris, avec un service créé et dirigé par le docteur Olievenstein, psychiatre, longtemps figure de proue du secteur.

3-2 Entre soin et répression : la loi de 1970, clé de voûte du secteur.

La loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970, relative aux mesures de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses, est la première à poser à la fois un cadre à la répression et à l'organisation du soin aux toxicomanes.

Cette loi possède plusieurs volets.

Elle réprime toutes les infractions à la législation des stupéfiants, de la production à la consommation.

²⁶ OLIEVENSTEIN Claude, Il n'y a pas de drogués heureux, Paris, Robert Laffont, 1977, édition Livre de Poche, 1980, page 376.

Elle met en place une mesure à la fois répressive et thérapeutique : l'injonction thérapeutique.

Un financement spécifique de ces mesures attribue un statut particulier au soin et aux établissements chargés de la prise en charge des toxicomanes.

Outre les mesures de répression de l'usage et du trafic de stupéfiants, la loi permet à l'usager de se faire soigner plutôt que de faire l'objet de poursuites judiciaires : c'est le principe de l'injonction thérapeutique.

La prise en compte du volet sanitaire est importante. Le volontariat, l'anonymat et la gratuité des soins sont garantis dans les centres spécialisés en toxicomanie.

Dans les centres de soins, après l'accueil, la cure de sevrage est un élément clé dans le processus de soin. En effet, la condition d'admission en centre de post cure repose sur la nécessité d'abstinence. Le sevrage psychologique fait suite au sevrage physique.

Depuis plus de trente ans, en matière de lutte contre la toxicomanie, la société oscille entre une logique répressive et une logique de soin. Le toxicomane est, en fonction du contexte considéré comme un délinquant qu'il faut punir, ou comme un malade qui sera dans l'obligation de se soigner.

Aujourd'hui cette unique loi est beaucoup controversée par les professionnels du secteur judiciaire et de santé. En effet, si l'on considère la banalisation actuelle du cannabis surtout chez les jeunes, le débat est lancé entre les partisans de la dépénalisation du simple usage et ceux du "tout répression" pour qui la transgression de l'interdit doit être punie, en simple application de la loi. Sans vouloir entrer dans ce débat, il faudra pourtant un jour réfléchir à certains aménagements. En effet la loi de 70 se trouve en contradiction avec la politique de réduction des risques notamment en ce qui concerne les seringues dont le port est une présomption de délit alors qu'il est préconisé d'en changer à chaque injection.

3-3 Le Sida conditionne une orientation médicale.

L'apparition de l'épidémie du Sida²⁷ en France dans les années 84 – 85, jette le désarroi, non seulement dans la population mais aussi parmi les professionnels sociaux et de santé.

La consommation d'héroïne est fortement développée et ce sont précisément ces utilisateurs qui sont parmi les premiers touchés par le VIH²⁸.

Ce fut un sentiment d'échec et de culpabilité qui naissait dans les centres de soins, réduit pendant un moment à l'impuissance. En effet, le schéma classique cure postcure ne tient pas devant de telles difficultés, car comment vouloir proposer l'abstinence à des toxicomanes, alors que la priorité devient sanitaire pour eux.

L'autre priorité était de lutter contre la propagation du virus, elle s'est traduite par une politique appelée "réduction des risques".

Bien avant l'arrivée du Sida, la réduction des risques était déjà une stratégie utilisée au début de l'année 1980 aux Pays Bas. Il s'agissait à l'époque de parer à la transmission de l'hépatite B.

Néanmoins, si la "Harm réduction" était destinée à lutter contre les infections liées à l'utilisation de drogues en intraveineuse, c'est bien l'arrivée du Sida qui est à l'origine de cette politique de réduction des risques incluant les mesures de substitution qui s'adressent aux toxicomanes.

La méthadone fait son apparition officielle en France le 26 avril 1972 par un arrêté qui propose son utilisation dans le cadre d'une utilisation thérapeutique et d'un protocole très précis.

Quatre centres médicaux sont alors agréés à titre expérimental, 40 places de traitement à la méthadone sont ouvertes et étendues à 12 places supplémentaires en 1990.

La pandémie du Sida contraint les autorités à prendre des mesures sanitaires, limitant les risques d'infections. En 1993, le gouvernement Balladur publie des décrets évoquant les programmes de réduction des risques.

En 1995 des programmes d'échanges de seringues apparaissent.

²⁷ Syndrome Immuno Déficitaire Acquis, fréquemment employé pour désigner ce qui concerne les infections liées au virus. En toute rigueur, il s'utilise pour désigner la dernière phase de l'infection.

²⁸ Virus de l'Immunodéficience Humaine, entraînant des maladies opportunistes.

Malgré les nombreux débats entre médecins et intervenants en toxicomanie qui refusent tout produit de substitution dans le traitement des usagers, la politique de réduction des risques se met en place.

C'est ainsi qu'en 1995, 1425 places sont ouvertes sur un ensemble de 39 centres.

Le 31 mars 1995, une circulaire définit les objectifs et modalités de traitement de la substitution.

La santé est au centre de la politique de réduction des risques. Michel Foucault²⁹ pense qu'un des phénomènes fondamentaux de ce siècle est la prise en compte de la vie par le pouvoir, "faire vivre et laisser mourir". Il le désigne comme étant un "bio-pouvoir" conduisant à la mise en place d'une médecine qui "va avoir maintenant la fonction majeure de l'hygiène publique avec des organismes de coordination des soins médicaux, de centralisation de l'information, de normalisation du savoir, et qui prend aussi l'allure de campagne d'apprentissage de l'hygiène et de médicalisation de la société". Cette philosophie se traduit en terme d'acte et de programme.

La réduction des risques ne se pose pas au niveau du toxicomane en tant que sujet, mais au niveau de certains comportements dommageables liés à l'usage de drogue. Ce que l'on cherche à modifier ce sont les comportements à risques et non pas la souffrance à l'origine de la dépendance³⁰. La réduction des risques devance la demande de soins, elle permet de recréer des liens avec le système sanitaire et social et doit pouvoir favoriser cette dernière.

3-4 Organisation et évolution du secteur spécialisé : les CSCST.

Dans la mouvance de la loi de 70, la circulaire DGS du 3 juillet 1979 souligne l'efficacité d'un sevrage physique s'il est prolongé par une étape d'intense soutien psychologique.

Se profile ainsi l'institution d'une chaîne thérapeutique qui se définit en trois étapes majeures : l'accueil, la cure de sevrage et la postcure. L'arrêt de tout produit est un des objectifs conduisant à la "guérison", pense t'on à l'époque.

Le dispositif spécialisé s'est donc construit suivant ce schéma. Il revêt essentiellement quatre formes :

- les centres d'accueil,
- les unités hospitalières spécialisées,

²⁹ FOUCAULT Michel, Il faut défendre la société, Gallimard, Seuil, 1997.

- les centres de postcure,
- les antennes en milieu pénitentiaire.

Ces structures, hormis les hôpitaux, sont très peu médicalisées et se sont spécialisées dans la prise en charge des personnes héroïnomanes. Pour ces dernières la dépendance, lourde de conséquences, est souvent associée à des pathologies sous jacentes. La notion de sevrage physique et psychologique qui prédomine, avec un objectif d'abstinence, est soutenue par un ensemble d'accompagnement éducatif visant la réinsertion dans la société. Les années 80 font apparaître d'autres problématiques signifiant déjà l'évolution des pathologies liées à la toxicomanie. Par ailleurs, les lois de décentralisation donnent aux autorités locales le soin d'impulser et de financer les actions de prévention. L'état se réserve le financement du soin. La plupart des institutions mettent à profit leurs expériences en matière de prise en charge des toxicomanes pour mener à bien ces actions de prévention.

Afin de clarifier les missions des structures et leur financement le décret n° 92-590 du 29 juin 1992, labellise les centres en les conventionnant "Centre Spécialisé Conventionné de Soins aux Toxicomanes" : CSCST. Ce sigle est très souvent utilisé abrégé : CSST.

Ces centres de soins ont conventionnellement des missions précises à assurer en matière de prise en charge thérapeutique, de soins en ambulatoire et en hébergement. Les actions de prévention et d'insertion socioprofessionnelles en sont exclues, tout en restant des modalités d'intervention à financer par les départements ou autres.

Le décret "recentre la mission des centres sur le soin des personnes toxicomanes au sens large, en distinguant deux types de prise en charge, l'une à dominante médico-psychologique et l'autre sociale et éducative"³¹.

Un des éléments de ces deux dominantes doit obligatoirement figurer dans les projets thérapeutiques. Dans ce cadre, les appartements thérapeutiques constituent une annexe au conventionnement.

³⁰ Etude sur les pratiques professionnelles en matière de Réduction des risques en Europe, ERIT 1998.

³¹ D'après la circulaire n° 56 D.G.S/2.D du 6 octobre 1992, expliquant l'application du décret.

Recentrage des missions ou clarification des financements, la question se pose. Ce décret s'il a l'inconvénient de rendre impossible le financement par la DGS³² des actions de prévention et d'insertion, a le mérite de rendre crédible le travail réalisé par les institutions conventionnées.

Selon la MILDT, il existe aujourd'hui 256 CSCST en France. Majoritairement de nature associative, elles se distinguent par leurs spécificités, leurs tailles mais aussi par leurs anciennetés.

De plus, ces centres conventionnés doivent tous les cinq ans reconsidérer leur projet thérapeutique, moyen efficace pour remettre en question la valeur des prestations fournies au regard des évolutions inéluctables du contexte social. L'application du décret ne s'est concrétisée qu'en 1993, c'est la raison pour laquelle la DGS émet en novembre 1998 ses souhaits d'orientations.

3-5 La note d'orientation ministérielle de novembre 1998 : aller vers une approche pluridisciplinaire sanitaire et sociale.

"Ces dernières années ont été marquées par l'apparition de nouveaux types de consommation : polyconsommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments détournés de leur usage, mais aussi poursuite de la consommation de crack et accroissement des consommations d'ecstasy.

Parallèlement, la mise sur le marché des traitements de substitution a induit une nette évolution des pratiques de soins, et des modes d'intervention".³³

Tel est le constat porté dans la note d'orientation de novembre 1998, justifiant des évolutions à prendre en compte dans l'élaboration des nouveaux projets thérapeutiques.

Cette note rédigée par la Direction Générale de la Santé énonce les grandes lignes de conduite devant être prises en compte pour les 5 ans à venir.

Elle a pour objet de :

- clarifier la portée juridique de l'obligation de modification des projets thérapeutiques,

³² Direction Générale de la Santé, ses services financent les CSCST sur le chapitre 47-15 article 40.

³³ Note d'orientation n° 98-659 du 5 novembre 1998, relative à la révision des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

- donner des orientations relatives au fonctionnement des CSST en ambulatoire et avec hébergement,
- d'informer les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les équipes hospitalières intéressées de l'inclusion dans le programme hospitalier de recherches cliniques du thème des dépendances.

Si l'association n'est pas concernée par les programmes de recherche, elle est directement impliquée par les nouvelles orientations à prendre.

Elles ne sont pas sans conséquences sur le fonctionnement.

L'intérêt d'une approche pluridisciplinaire sanitaire et sociale se justifie par la diversité des conduites d'addictions dans l'utilisation de produits licites, illicites et médicamenteux, mais aussi par la mise sur le marché des traitements de substitution nécessitant parallèlement à l'intervention médicale une intervention socio-éducative.

La nécessité d'accueillir la personne toxicomane sans préalable et sans jugement quel que soit son parcours, s'inspirant de la loi contre les exclusions, est une large ouverture vers un public pour qui, dans le cadre d'une politique de santé publique, la démarche personnelle d'abstinence n'est pas prioritaire.

Au-delà des directives d'orientations que les CSCST doivent intégrer, il s'agit là d'une injonction à évoluer, d'une obligation à étendre nos regards de soins vers d'autres personnes qui ne sont plus ou pas seulement héroïnomanes. Cette note d'orientation est le point de départ d'une course de fond, elle est reprise en effet dans le "Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances"³⁴. Communication à l'égard du public, justice, prévention, recherche, accueil et soins font partie d'un vaste programme fondé sur un certain nombre de constats repérés sur le terrain.

Il s'agit donc d'une démarche commune de santé publique destinée à mieux coordonner les actions pour prendre en compte toutes les dépendances.

³⁴ Document disponible à la MILDT, 10 place des cinq Martyrs du Lycée Buffon, 75506 Paris cedex 13.

CONCLUSION PARTIELLE

Si les conduites déviantes et d'abus sont inscrites dans l'histoire de l'humanité, le phénomène de toxicomanie s'est essentiellement développé au début de ce siècle avec l'utilisation massive d'héroïne.

L'utilisation répétée de drogues qui induit des modifications de comportement réagissant sur le rapport à soi et aux autres est un élément commun aux différentes approches et définitions de la toxicomanie. On parle alors non seulement de dépendance d'une personne à un produit mais aussi, et c'est le volet qu'il ne faut pas négliger, de la dépendance d'une personne à son propre comportement : le produit n'est alors qu'un accessoire de cette dépendance.

Or, la multiplicité actuelle des produits détournés de leur usage en raison de leur toxicité complexifie la problématique des comportements d'abus impulsifs. Cette évolution fait glisser l'usager de drogues vers des pratiques addictives.

L'homme n'est plus alors à regarder en fonction de sa dépendance mais plutôt sous tous les aspects qui le composent, s'imbriquent et interagissent, la trinité bio-psycho-sociale.

En s'organisant autour de l'abstinence, l'ensemble du dispositif repose depuis longtemps sur des approches psychologiques et sociales.

L'arrivée du Sida donne une dimension médicale indispensable aux soins en toxicomanie où pour des raisons de santé publique il faut réduire les risques et les dommages liés aux conduites addictives quelles qu'elles soient.

Cette orientation devient une priorité nationale. Aussi, l'état, après avoir réorganisé le secteur du soin en toxicomanie régi par la seule loi en la matière, celle du 31 décembre 1970, élargit les missions des CSCST. Outre l'incitation à sortir de la seule problématique de la prise en charge de l'héroïnomane, les centres de soins doivent élargir leur champ d'action vers les populations que définit le rapport Roques comme étant à risques par les produits qu'ils consomment.

Afin de répondre à ces nouveaux besoins, je vais d'abord dans la seconde partie analyser les logiques de soins et mesurer les limites des réponses apportées aux conduites addictives de l'Association Angevine d'Aide aux Toxicomanes et à leurs Familles.

En 1978, madame Monique Pelletier³⁵ insiste dans son rapport, sur le caractère permanent du phénomène de la toxicomanie avec lequel il faut "apprendre à vivre". Une des orientations préconisées consiste à développer un système spécialisé de soin et de prévention.

Dans cette dynamique, cette même année, le préfet angevin de l'époque impulse la création de l'Association Angevine d'Aide aux Drogés et à leurs Familles. Le terme "drogué", semble-t-il devenu péjoratif aux yeux des administrateurs, a été remplacé six ans plus tard par celui de "toxicomane".

Aujourd'hui, l'Association Angevine d'Aide aux Toxicomanes et à leurs Familles a son siège au 22 rue de Villesicard à Angers.

Elle a pour mission dans le département de :

- promouvoir et organiser toute action d'information sur les problèmes de la drogue et de prévention contre la toxicomanie,
- de se tenir à la disposition permanente des toxicomanes ou de ceux qui risquent de le devenir, ainsi qu'à la disposition de leurs familles, pour apporter aide et soutien.

Apparaissent bien ici en dehors de la prévention, la notion de mise à disposition, laissant l'action dans une position d'attente et de réponse à une éventuelle demande. Positions justifiées à l'époque où les personnes "demandeuses" d'aide étaient soit héroïnomanes, soit consommateurs de cannabis. Autrement dit, pour l'association n'étaient concernées que des personnes usant illégalement de stupéfiants. Or, les nouvelles pratiques addictives interrogent les logiques de soins de l'association, que je vais maintenant évaluer.

35 PELLETIER Monique, Problèmes de la drogue, Paris, La Documentation Française, 1978.

DEUXIEME PARTIE

**ASSOCIATION ANGEVINE d'AIDE aux TOXICOMANES
et à leurs FAMILLES**

UNE LOGIQUE DE SOIN REMISE EN QUESTION

CHAPITRE 1 - DES POPULATIONS, DES OBJECTIFS ET DES STRUCTURES.

1-1 Soigner est une priorité.

1-1-1 Accueillir pour soigner.

L'accueil est un préalable à toute demande de soins. C'est la raison pour laquelle des personnes toxicomanes viennent au centre d'accueil sans avoir de demandes particulières à formuler.

La personne toxicomane a d'abord besoin d'être écoutée, reconnue par l'autre.

C'est de ce travail d'écoute, surtout lors du premier entretien, que dépend la poursuite des relations avec les intervenants.

L'écoute, outil essentiel, doit être effectuée sans jugement préalable. Tout comme l'accueil. La patience, le temps donnent corps à la relation, à l'accompagnement qui se veut personnalisé.

1-1-1-1 Le lieu d'accueil : le "144".

Banale maison située 144 rue Bressigny, au cœur de la ville d'Angers, le centre d'accueil est plus connu sous l'abréviation de "144". C'est dans ce lieu que débutent toutes les interventions auprès des personnes toxicomanes.

L'anonymat est une garantie absolue. Aucun dossier nominatif n'est établi concernant les personnes suivies dans le strict cadre des entretiens psychologiques ou éducatifs.

Le volontariat est la condition préalable à toute demande thérapeutique. Ce principe est à nuancer lorsqu'il s'agit d'assurer un suivi dans le cadre des injonctions thérapeutiques prévues par la loi.

Le 144 est ouvert le jour, du lundi au vendredi. Son entrée est libre, il n'y a pas a priori d'exigence de rendez-vous. L'occasion est ainsi offerte de prendre une douche, laver son linge, boire un café. Ce niveau d'exigence facilite la relation qui va s'établir avec les accueillants et faire émerger les demandes.

Un minimum de règles cependant est requis.

- pas de violence, qu'elle soit physique ou verbale,
- pas de drogue ni alcool.

Il faut comprendre par ces deux interdits que si dans les locaux la présence de personnes sous l'emprise de drogues ou d'alcool est acceptée, l'introduction et le trafic de tout produit sont formellement exclus.

Le centre d'accueil est en quelque sorte la plaque tournante de l'association, un lieu d'orientation vers une prise en charge interne ou vers une autre structure externe.

La multiplicité des échanges informels et la variété des réponses apportées par les différents professionnels (éducateur spécialisé, assistante sociale, psychologue) favorise la création de liens.

Une demande de thérapie n'intervient que lorsque qu'une relation de confiance est établie et que des liens sont créés.

Les réponses apportées sont liées à nos différentes structures qui vont de l'hébergement à l'insertion sociale ou par l'activité économique. Relativement indépendants, ces différents lieux de prise en charge ne réservent pas seulement l'accueil aux demandes de prise en charges issues de la région.

1-1-1-2 Les personnes accueillies.

Environ 30 % des personnes accueillies à l'association viennent d'autres centres de soins qu'ils soient hors région pays de Loire ou DOM.

Des demandes parviennent aussi de toxicomanes ayant des problèmes de justice

Lorsqu'elle existe ou qu'elle en manifeste le désir, la famille doit être prise en compte, c'est également une de nos missions.

La souffrance de l'entourage doit être aussi exprimée, entendue. La toxicomanie de son enfant ou d'un membre de la famille est génératrice d'angoisse, elle déstabilise et remet en question le couple.

L'aide apportée au cours des différents entretiens favorise la diminution des charges émotionnelles. Elle passe aussi par une information sur les drogues et leurs conséquences physiques et pénales.

Des parents qui soupçonnent à tort une prise de produits, à ceux qui s'en aperçoivent beaucoup trop tard ; de ceux qui fournissent la drogue à ceux qui dénoncent leur enfant à la

justice, l'éventail des réponses que nous tentons d'apporter est à la mesure de la diversité de situations que nous rencontrons.

Les entretiens sont assurés en priorité par la psychologue. Ils ont lieu sur rendez-vous volontairement dans un local différencié du centre d'accueil. Ainsi, parents et enfants ne se rencontrent pas. Ce faisant, les parents ne perçoivent pas tel un miroir l'image de leur enfant au travers des toxicomanes présents au centre dont l'état, à priori, n'est pas source d'espoir.

1-1-2 Retrouver une possession de soi : la Grand Maison.

Cette structure s'adresse à des personnes trop déstructurées, incapables de vivre seules, ou en grande détresse physique ou psychique.

Qualifié d'appartement thérapeutique collectif, d'une capacité hébergement de 6 lits, ce lieu de vie possède l'avantage d'être lié à une activité économique dont je dirai quelques mots plus loin

Les premières expériences à l'association en matière d'hébergement collectif datent de 1990. Depuis 1995, l'association est propriétaire d'une ancienne ferme, la Grand Maison à Cheffes sur Sarthe, éloignée de 25 kilomètres d'Angers.

C'est autour d'un projet contractualisé que se construit la prise en charge dans ce "lieu contenant", avec un encadrement présent 24h sur 24. La condition préalable d'admission est l'arrêt de consommation de produits, ou plus exactement que la vie du toxicomane ne soit plus centrée sur la recherche et l'utilisation de produits toxiques.

L'accompagnement se veut essentiellement socio-éducatif autour de l'abstinence confrontée à une vie de groupe, élément de régulation.

Le lieu de vie s'il se veut protecteur, n'est pas aussi rigide et clos qu'un centre de post cure. En effet, le résident accepte par contrat de ne pas sortir seul au cours du premier mois. Les sorties sont ensuite graduellement autorisées, elles font l'objet de négociations. D'autre part, les gardes de nuit sont assurées par des veilleurs, et non par des éducateurs.

La vie quotidienne est partagée entre tâches obligatoires et temps libre, laissant ainsi le résident face à lui-même, vide non comblé par l'institution faute de moyens, qu'il faut apprendre à maîtriser et à gérer.

Après la période d'intoxication qui précédait l'arrivée, la personne voit resurgir les conflits qu'elle avait étouffés avec la drogue. Vivre l'abstinence suppose accepter son mal être,

accepter aussi que dans cette communauté de vie tous supportent les tensions générées. Le soutien de l'encadrement doit être constant, contenant.

Une autre condition d'admission, est d'être en mesure de participer financièrement aux frais de logement et de nourriture en fonction des revenus (ASSEDIC, RMI, COTOREP).

La durée de séjour est fonction du projet négocié dès l'entrée ; des bilans réguliers permettent de faire le point. L'objet du séjour conditionne sa durée. C'est ainsi qu'en 1998, 4 personnes ont fait un passage d'un mois au plus, 7 jusqu'à 3 mois et 4 jusqu'à 6 mois dont un à plus d'un an. La préparation à la sortie a l'avantage d'être soutenue par l'ouverture sur le monde extérieur et une aide à l'insertion grâce à l'activité économique intégrée au lieu de vie.

1-1-3 Un support du soin : la méthadone.

Aider la personne dépendante aux opiacés à sortir de sa spirale destructrice, c'est lui proposer, à défaut d'abstinence, d'entrer dans un programme de traitement de substitution.

Opiacé de synthèse, la méthadone est délivrée moyennant un protocole bien défini, comme produit de substitution à l'héroïne. Délivrée sous forme de sirop, elle est en principe inninjectable. Une des difficultés des toxicomanes commence ici car ils doivent faire le deuil du rite de la seringue.

Les utilisateurs de méthadone ne sont pas systématiquement issus de notre prise en charge institutionnelle. Ils sont pour la moitié suivis par l'intermédiaire du "144.

D'après la circulaire du 31 mars 1995 de la DGS, le traitement aux produits de substitution vise trois objectifs :

- L'accès et le suivi médical,
- La baisse de l'usage de seringues,
- Une insertion sociale.

C'est dans cette dynamique que s'est ouvert en 1994 le CTMA³⁶, au CHU d'Angers, avec 22 places autorisées.

L'association a une part active dans le fonctionnement du CTMA, puisqu'il est prévu dans le décret du 4 décembre 94 et dans l'application de la convention signée entre la DDASS,

36 CTMA : Centre de Traitement par Méthadone Angevin, 4 rue Larrey, Angers.

l'hôpital et l'association, qu'il ne peut y avoir pour les toxicomanes de substitution sans suivi éducatif.

A cet effet, l'association détache pour un tiers de temps une de nos salariées assistante sociale. Elle assure ainsi les suivis des personnes sous protocole de traitement à la méthadone et sert de lien et de liant entre les deux pôles de fréquentation que sont le "144" et le CTMA.

1-2 Soigner par l'insertion sociale et/ou professionnelle.

1-2-1 L'insertion sociale par l'hébergement.

Les appartements thérapeutiques, que je définis plus loin, sont destinés à des personnes moins déstructurées que celles accueillies à la Grand Maison, donc relativement autonomes. Le séjour en appartement constitue un outil thérapeutique, "cadre soignant", lié à un processus d'insertion sociale. Le toxicomane se voit confronté à des engagements et à des choix, qui l'amènent progressivement à se prendre lui-même en charge. L'accompagnement éducatif vise l'apprentissage ou le réapprentissage de la vie quotidienne. Il atténue les difficultés quotidiennes liées à l'investissement ou non de l'habitat, au sentiment de solitude, à la gestion financière, aux relations parfois conflictuelles de voisinage. Ainsi le "cadre soignant" est posé.

Sur ces lieux, l'arrêt définitif de l'usage de produits n'est pas posé comme exigence première ; il s'agit d'abord d'induire des changements de comportement visant le retour vers une normalité sociale. Aussi, les personnes sous traitement de substitution y sont acceptées.

Le travail thérapeutique exige que des relations régulières sur le lieu même d'hébergement soient instaurées avec l'éducateur référent.

D'autres aides sont apportées au travers d'entretiens psychologiques et de suivi social, dispensés au 144, qui complètent et soutiennent les changements de comportement.

Les appartements thérapeutiques ont d'abord été mis en place pour répondre aux besoins d'hébergements des personnes engagées sous contrat dans l'atelier de réadaptation au travail (ADJ), créé dès 1980 structure que je décrirai plus loin.

Aujourd'hui, l'équipe éducative d'Angers gère six logements (dont deux avec couples). Afin de répondre aux directives inhérentes aux mesures nouvelles relevant de l'insertion sociale, les locataires ne sont plus directement associés à un contrat de travail à l'ADJ.

Les locataires doivent cependant être en mesure d'assurer le financement du gîte (environ 500 F), et du couvert.

Ils sont donc bénéficiaires du RMI, par conséquent plus de 25 ans, ou possèdent un emploi extérieur ou non à l'association.

Quatre chambres individuelles, sans permanence éducative, aménagées dans un immeuble nous appartenant, sont destinées à des hébergements dans l'urgence. Le délai de séjour volontairement limité à quatre mois maximum, est une solution d'attente négociée avec le centre d'accueil.

1-2-2 L'insertion professionnelle : A.D.J.³⁷

Il s'agit de mettre en place un outil destiné d'abord à favoriser la réintégration d'éléments nécessaires à la reconstruction de la personnalité des toxicomanes³⁸, dans l'objectif ensuite d'une réinsertion socioprofessionnelle.

Deux dimensions sont privilégiées :

- le temps,
- l'espace.

Il est primordial d'activer des moyens tendant à favoriser la réappropriation de ces deux notions par les utilisateurs de l'atelier. Ces valeurs ont toujours leur place aujourd'hui.

La signature d'un contrat de trois mois renouvelable une fois, donne un réel statut de salarié et fixe une échéance à la personne. La durée du contrat est fonction de la capacité de la personne à s'autonomiser. Le respect des horaires est un des repères quotidiens. Chaque retard entraîne une perte de salaire ; les répétitions peuvent conduire à une sanction, allant de la mise à pied jusqu'au renvoi définitif.

³⁷ ADJ : Atelier Dépannage Jeunes.

³⁸ Extrait du document réalisé pour la jeune chambre économique à l'occasion de la remise du trophée à l'angevin de l'année 1991, décerné à René Scichilone, directeur de l'association à cette époque et auteur du document.

L'atelier étant l'espace de la réalité, il se démarque d'un lieu directement thérapeutique. C'est donc volontairement qu'il est géographiquement éloigné du lieu de parole qu'est le 144, repère supplémentaire pour ces personnes désorientées et désocialisées.

La rémunération est basée sur le Smic, à l'heure travaillée. L'argent apparaît comme étant la traduction de leur propre réalité. L'atelier se veut le plus proche possible du fonctionnement d'une entreprise classique, avec le rapport employeurs - employés.

Les activités concernent trois domaines :

- la sous traitance en électronique, petite mécanique, conditionnements,
- les transports et déménagements,
- les travaux en bâtiment de second œuvre, peinture, électricité, maçonnerie.

La diversité des professions exercées facilite l'embauche d'un plus grand nombre d'ouvriers et tente de faire émerger chez ces derniers des perspectives professionnelles, moyennant une formation de type AFPA ou autre.

1-2-3 L'originalité de l'activité économique sur la Grand Maison.

Le site de la Grand Maison (cf. p 34), est une ancienne ferme de 25 hectares de terrain dont la moitié a été transformée en plans d'eau exploités commercialement pour la pêche sportive.

Cette activité est complétée par un aire naturel de camping et par la location d'une salle de réception. Ouvert toute l'année, le public est constamment présent sur le site.

Placé sous la responsabilité d'un moniteur technique, cette activité économique à visée d'insertion, permet d'impliquer les résidents à des degrés divers dans l'entretien de la propriété et dans la gestion commerciale.

1-3 Prévenir et informer.

Au-delà de son rôle auprès des toxicomanes et de leurs familles, l'association est de par ses statuts, missionnée pour des actions de prévention des toxicomanies auprès notamment d'une population jeune.

Pour le secteur spécialisé, la prévention c'est répondre aux demandes d'informations et de formations qui nous sont formulées. La plupart du temps les demandes émanent d'adultes

impliqués dans des relations de travail ou de loisirs avec des adolescents ou des personnes en difficulté sociale.

Les actions de prévention sont assurées par les intervenant du 144.

Il n'est pas rare que les interventions prennent un caractère d'urgence pour répondre à un événement local lié à un problème de toxicomanie. Dans ce cas la demande est tempérée. Cette prise de distance par rapport à l'événement nourrit une réflexion plus objective et débouche fréquemment sur la mise en place de formations. Ces dernières, destinées aux adultes confrontés dans leur environnement à des problèmes de toxicomanie, s'orientent plus largement sur les conduites de pratiques addictives, les mêmes qui se heurtent à nos logiques de soins.

CHAPITRE 2 - LES LOGIQUES DE SOINS A L'EPREUVE DES NOUVELLES PRATIQUES ADDICTIVES.

Angers et ses environs ne sont pas des grands carrefours de transit commercial, comparativement dans notre région Pays de Loire, avec Nantes. Aussi, le trafic de stupéfiant se limite aux besoins de la consommation locale. Ce commerce est rendu aisé grâce au TGV ; Angers est à une heure trente de Paris. Les évolutions locales sont par conséquent le reflet des tendances moyennes nationales.

Cependant, la typologie des personnes fréquentant l'association n'est pas l'image fidèle du paysage de la toxicomanie angevine, car, comme je l'écrivais en première partie, environ 30 % des toxicomanes accueillis sont nés hors département. Ils proviennent essentiellement de la région parisienne. En terme de pathologies, ils précèdent celles que l'on rencontre sur le terrain angevin.

2-1 Une évolution locale vers des pratiques addictives.

Deux périodes d'observations issues de nos rapports d'activités, montrent que les produits principalement utilisés par les usagers de l'association, subissent des courbes inversées. La consommation d'héroïne est en baisse, alors que la polytoxicomanie progresse ; l'alcool est une de ces composantes.

Les risques de contaminations au VIH ou au VHC ont quelque peu modifié les modalités d'usage, mais ne font pas disparaître les problématiques de dépendance.

Produit principal consommé à l'arrivée au centre	1991	1992	1997	1998
<i>personnes concernées</i>	154	<i>étude sur 52 pers.</i>	164	145
héroïne	54%	46%	12%	8%
cocaïne	1%	2%	3%	2%
cannabis et dérivés	24%	25%	15%	17%
dérivés codéine	8%	9%	12%	11%
buprénorphine / méthadone (hors usage thérapeutique)			6%	6%
médicaments psychotropes non opiacés	4%	4%	11%	12%
autres dont alcool	4%	10%	17%	18%
polytoxicomanie	5%	4%	24%	26%

Si le nombre d'héroïnomanes diminue, il ne reste pas moins vrai qu'il existe toujours autant de personnes dépendantes aux opiacés.

Phénomène de société, l'utilisation de la drogue, malgré la loi de 70, sort d'un certain contexte d'illégalité :

En 1991, pratiquement 80 % de nos usagers consommaient des substances illicites.

Aujourd'hui, ils représentent à peine 30 %. Parmi eux les jeunes fumeurs de cannabis que nous ne rencontrons guère que dans le cadre des injonctions thérapeutiques.

La diversité des conduites d'abus, la banalisation du hachisch, se fait également ressentir à l'extérieur. Ainsi, les demandes que nous recevons pour mener des actions de prévention ou de formations ont augmentées d'un tiers en deux ans.

Le danger provient de l'association de produits différents dont les effets néfastes sont potentialisés par un abus d'alcool. Les conséquences de ces pulsions de consommations sont souvent imprévisibles et dangereuses pour l'individu et son entourage.

L'équipe ressent ces changements où la violence est sous jacente. C'est ainsi à titre d'exemple, qu'à trois reprises cet été, l'association fut le théâtre de violences accompagnées de dégradations des locaux, dues à des personnes dont les mélanges n'ont pas réussi. Ils reviennent plus tard, incapables, les effets passés, de se souvenir de leurs actes.

Aujourd'hui plus d'un quart des usagers du centre sont concernés par les polyconsommations, alors qu'elles ne représentaient qu'à peine cinq pour cent il y a six ans. Traduction d'une angoisse grandissante face à l'avenir ou conséquence de nos réponses inadaptées ?

La montée de violences sous l'effet de produits n'est pas une nouveauté, c'est la répétition de ces états qui est préoccupante.

L'accueil et l'écoute restent des éléments essentiels du suivi de ces personnes en détresse. Mais pour ces derniers l'objectif d'abstinence ne s'envisage qu'à peine, elle n'est pas la priorité du moment. Par ailleurs la cure de sevrage ne répond pas à leurs attentes. En matière de substitution, c'est d'abord le maintien d'un seuil minimum de non-souffrance qui est visé.

La volonté de soin des personnes dépendantes n'entre plus alors dans le schéma progressif et cloisonné de la cure de sevrage, post cure et insertion. Compte tenu de la diversité des conduites addictives à répétition, des interventions extérieures sont impératives pour prendre en compte la multiplicité et la complexité des problématiques rencontrées.

Les équipes se sont trop longtemps suffies à elles-mêmes ; il leur manque l'ouverture vers d'autres institutions qui ont, elles aussi, fonctionné longtemps en vase clos, chacun voulant défendre sa spécificité et sa clientèle, y compris dans le secteur médical.

2-2 L'abstinence à l'épreuve de la substitution.

2-2-1 Les cures de sevrage en diminution.

Grande orientation liée à l'histoire du soin en toxicomanie, l'abstinence comme préalable à toute démarche personnelle ne peut plus être mise en avant. Au mieux, elle reste un objectif vers lequel il faut tendre.

Depuis quatre ans, la chute des demandes de sevrage est significative³⁹. Elles représentent 5 % du nombre de personnes suivies par l'association en 1998, contre 13 % en 1994.

	1994	1995	1996	1997	1998
Nombre de personnes accueillies à l'AAATF	174	189	150	164	145
origine de la demande					
spontanée				87	85
par des proches				14	13
partenaires ext. Sanitaires				29	14
partenaires sociaux				21	30
cures de sevrages	23	18	9	7	7

³⁹ Certaines données statistiques n'apparaissent pas sur le tableau. Elles ont été rendues obligatoire à compter de 1997 dans le cadre du rapport d'activité type inhérent au fonctionnement des CSCST.

Elles ne sont plus prédominantes dans le processus de soins. La délivrance des traitements de substitution, assurée avec un minimum de suivi médical, répond à la politique de réduction des risques et des dommages.

Cependant, les traitements de substitution essentiellement au Subutex®, engendrent surtout dans le cadre d'un mauvais usage, un phénomène de dépendance nécessitant à leur tour un sevrage.

C'est ainsi qu'en 1998, sur les sept cures suivies par le centre, quatre sont dues à une dépendance au Subutex®. Etant donnée la généralisation de l'utilisation de cette molécule, il faut s'attendre à une montée en puissance de ce type de sevrage.

Entre abstinence et substitution, l'alternative interroge la logique de soins en hébergement collectif au sein de l'association.

2-2-2 La question des deux logiques en hébergement collectif.

Sur le lieu de vie de la Grand Maison, comme je l'écris précédemment, l'abstinence du résident s'inscrit en préalable.

Aujourd'hui, la quasi - totalité des personnes envoyées par l'intermédiaire des partenaires extérieurs arrivent à la Grand Maison, soit avec un traitement de substitution annoncé comme étant pratiquement terminé, soit après une rapide cure de sevrage afin de satisfaire aux critères d'admissions. Dans 60 % des cas il faut renégocier le séjour puis hospitaliser afin d'effectuer une nouvelle cure. La rechute est en effet inévitable parce que la décision de soin est suggérée, elle n'est ni le fruit d'une réflexion ni un choix personnel.

"Je recherche un endroit pour décrocher du Subutex, et pour me "remettre sur mes jambes". Seul, c'est impossible, c'est donc pourquoi je fais appel à vous.

Je suis environ à 4mg par jour (mais en injection). J'arrive pas à me stabiliser et je suis à bout de tout... !! ?

Merci d'avance"

"Voilà j'ai 24 ans, je suis mère de famille d'un petit garçon de 4 ans, je l'élève seule..

Je suis parti de chez moi pour arrêter l'héroïne en Normandie avec mon petit, j'ai réussi sans produit de substitution... Chaque fois que je vais dans ma ville je reprends l'héroïne. Ici en prison on m'en a déjà proposé mais j'ai refusé car je veux m'en sortir"

Deux demandes qui arrivent le même jour par courrier, elles ne peuvent être laissées sans réponse positive, sinon celle de retarder l'accueil faute de lit disponible.

Maintenant sur notre lieu de vie, la question se pose à l'équipe de la cohabitation de résidents abstinents (ils représentent 80 % des personnes accueillies en 1998 et 40 % en 1999) et résidents sous substitution.

Les critères d'admissions sont remis en cause :

Faut-il exclure d'emblée les personnes désirant être admises avec un traitement ?

L'abstinence doit-elle être un des objectifs de fin de séjour pour les personnes arrivant avec un traitement de substitution ?

Autant de questions d'éthique, que se pose l'équipe éducative.

La vie de groupe de résidents soulève aussi des difficultés dans la cohabitation substitués - abstinents. Pour ces derniers, les médicaments de substitution sont souvent considérés comme des produits de "défonce", selon eux, leur prescription évidemment sous contrôle médical, est symbole d'acceptation de la part de l'institution, d'une prise de drogue légale.

Par ailleurs les trois quarts des résidents sont suivis en psychiatrie, ils ont par conséquent un traitement médicamenteux qu'ils ne peuvent gérer seul.

Marqués par leur histoire, il faut des semaines aux résidents pour que les médicaments, hors mis les trithérapies,⁴⁰ ne soient plus considérés eux aussi comme étant une drogue légale.

La délivrance journalière des traitements médicamenteux est l'affaire de l'éducateur, elle devrait être celle d'un infirmier.

Approcher le secteur médical de campagne pour l'impliquer dans des suivis de patients substitués, n'est pas simple. Les médecins généralistes de proximité hésitent à s'engager dans les suivis des résidents. La méconnaissance, l'appréhension des pathologies liées à la toxicomanie et une charge suffisante de travail, sont les principales raisons de ce défaut d'engagement. Aussi les équipes sont-elles contraintes de se déplacer sur Angers, pour assurer le suivi médical des résidents complexifié par la multiplicité des pathologies, résultante de la diversité des produits toxiques utilisés.

⁴⁰ La trithérapie est un traitement destiné à stabiliser les personnes infectées par le VIH, virus du Sida. Cette trithérapie est contraignante et très souvent difficile à supporter en raison de ses effets secondaires, mais elle possède l'avantage de n'avoir qu'un risque infime de mourir des conséquences du Sida.

2-3 En manque de médical.

"Sevrage ou substitution, le traitement médical n'est pas le traitement de la toxicomanie, il n'en est qu'une des composantes"⁴¹.

La médecine, laissée de côté avant la pandémie du Sida, retrouve aujourd'hui un rôle qui lui revient dans le soin aux toxicomanes. Il faut en effet bien reconnaître que pendant trop longtemps les acteurs sociaux s'appuyant sur une culture antipsychiatrique, se sont suffits à eux même, ils ont écartés de fait le versant médical.

2-3-1 Substitution et réduction des risques.

La mise en place en 1994 du centre de traitement par méthadone sur Angers en est une démonstration. Les hésitations de l'équipe face à l'adoption au sein de l'institution à la fois d'une logique d'abstinence et d'une logique de santé publique conjointe, résultent d'une part de la crainte de perdre une certaine prérogative dans la prise en charge des toxicomanies face au poids du médical, et d'autre part de l'ambiguïté même du système soin français, puisque le secteur issu de l'application de la loi de 70 fait figure d'exception dans le champ social.

L'interrogation générée par les intervenants pouvait se justifier à l'époque où la méthadone et la réduction des risques engagées dans la lutte contre le Sida, se trouvaient en opposition avec l'idée d'abstinence qui était la pierre angulaire du processus de soin. La question de l'échange de matériel stérilisé pour se "shooter propre", s'est posée au sein de l'équipe. Comment en effet, mettre à disposition des seringues au centre d'accueil, alors que dans ce même lieu le travail thérapeutique est centré autour de l'abstinence.

C'est donc une tranche de population que les équipes ne rencontrent pas ou peu, faute de ne pouvoir leur proposer des solutions sanitaires à minima tels les Stéribox⁴².

Aujourd'hui, on le voit bien, les conduites addictives générées par la polytoxicomanie, le maintien de personnes toxicomanes grâce au Subutex® concernent une majorité de jeunes adultes pour qui l'arrêt de prise de produits ne passe plus par une abstinence totale. Le désir du toxicomane d'arrêter la défonce est le même qu'il y a vingt ans.

⁴¹ Soigner les toxicomanes, op. cit., p256.

⁴² Coffret de prévention mis à disposition, contenant une seringue stérile, coton et désinfectant, préservatif et une notice.

Cependant l'abstinence veut être vécue sans souffrance, ce qui signifie avec un palliatif. Chacun imagine la toute puissance du médicament empêchant de souffrir - puisque c'est inscrit dans notre culture - et permettant de vivre "comme avant". Le sevrage n'a alors plus sa place dans un tel processus.

2-3-2 La détresse psychologique.

Une autre évolution se fait sentir au cours des suivis, celle de l'augmentation des entretiens individuels, qu'ils soient socio-éducatifs ou psychothérapeutiques.

	1994	1995	1996	1997	1998
Nombre de personnes accueillies	174	189	150	164	145
Entretiens socio-éducatifs	596	667	739	752	1157
Entretiens psychothérapeutiques	141	107	115	127	156

Pour le moins significative d'un mal être, la montée en puissance des entretiens individuels peut signifier que les personnes toxicomanes sont de plus en plus sujettes à des complications psychiatriques. Cette hypothèse avancée aussi au niveau national mais qui ne fait pas l'objet de statistiques précises pour l'instant, se retrouve dans la typologie des personnes accueillies dans le cadre de l'hébergement. Sur les douze personnes admises en 1998 à la Grand Maison, quatre faisaient l'objet avant leur arrivée d'un suivi psychiatrique.

Ne recevant pas l'aide de personnel médical, il n'est pas aisé, y compris pour des équipes spécialisées et expérimentées, d'identifier l'origine de troubles constatés chez une personne en souffrance. Une pathologie sous-jacente est elle masquée par des complications toxicomaniaques ou bien les troubles psychiatriques sont ils la conséquence de la prise de toxique ? Ce diagnostic est important car il pourra déterminer la nature des soins qui seront proposés à la personne. Il est indispensable que ce diagnostic soit effectué par une équipe pluridisciplinaire, où les observations de chacun des membres de l'équipe puissent être prises en compte. Il est donc important de s'engager avec un médecin, dans un travail de suivi le plus approfondi possible.

Les difficultés de l'équipe à gérer les traitements des résidents et à travailler avec le secteur psychiatrique sont permanentes. En effet, pour ce dernier, les personnes hébergées par nos soins ne peuvent consulter que dans le cadre du service des permanences des sans domicile fixe, ce qui se traduit par l'impossibilité d'assurer un suivi régulier avec un même médecin.

La prise en charge des personnes en détresse ne peut plus être conditionnée par des critères sociaux et médicaux, au risque de mettre à l'écart des catégories de personnes qui sont par ailleurs refoulées par les autres institutions de soins, faute de ne pouvoir "entrer dans les cases". Ce sont toutes les personnes à la limite de plusieurs pathologies : ils ne sont pas tout à fait toxicomanes, ni alcooliques, à la limite de la psychiatrie et qui ont souvent des comptes à régler avec la justice.

2-4 Le poids de la justice.

Les personnes incarcérées pour infraction à la législation des stupéfiants représentent 10 % des détenus du Pré - Pigeon, maison d'arrêt d'Angers⁴³. S'ajoutent les personnes condamnées pour des actes de délinquance, la toxicomanie n'étant pas l'objet premier de leur condamnation mais seulement la conséquence.

En trois ans le nombre de personnes connues par le centre d'accueil avant leur incarcération a triplé.

Maison d'arrêt	1996	1997	1998
Détenus	9	18	36
Visites	34	72	69

Sans vouloir entrer dans le débat de l'opportunité de l'alternative proposée entre l'injonction thérapeutique ou l'incarcération, le constat qui est fait depuis longtemps est celui que l'incarcération entraîne un sevrage forcé pour des toxicomanes dépendants. Mais ce n'est seulement qu'un sevrage physique, les dimensions psychiques et psychologiques ont longtemps été secondaires compte tenu de la saturation carcérale des maisons d'arrêt.

⁴³ Statistique de la Commission de Surveillance de la Maison d'arrêt.

Les visites aux détenus, connus ou non de l'association, prennent leur importance en raison du soutien moral qu'elles apportent et de la préparation à la sortie facilitant une réinsertion dans le milieu ordinaire.

En 1998 le quart des détenus suivis ont demandé à être embauché à l'ADJ afin de pouvoir sortir dans le cadre d'une mesure de semi-liberté. Un seul en a bénéficié, la décision de sortie dépend en priorité du juge d'application des peines. Reste aussi à s'assurer du bien fondé de la demande qui est analysée par l'équipe.

Au regard de l'expérience acquise la prudence est d'usage ; il faut en effet tenter de vérifier la sincérité profonde des demandes de prise en charge⁴⁴.

La motivation, si grande soit - elle, n'induit pas pour autant que le chemin conduisant à la réussite soit exempt d'embûches ou de rechutes.

Les refus sont sources d'anxiétés qui ne peuvent être tempérées qu'en multipliant les visites, faute de ne pouvoir participer à des groupes de parole au sein de la maison d'arrêt. Face à ce contexte, l'équipe ne peut assurer la qualité et la quantité des visites pourtant nécessaires, faute de temps, de partenariat, de personnel.

CHAPITRE 3 - CARENCES ET POTENTIALITES INSTITUTIONNELLES.

3-1 Des équipes au profil socio-éducatif.

L'association dispose aujourd'hui de 22 salariés représentant 20,87 équivalents temps plein, hors mis 0,70 ETP en CEC⁴⁵. L'ensemble est réparti⁴⁶ sur quatre sites géographiquement différents que sont le siège, le centre d'accueil nommé 144, l'ADJ, la Grand Maison.

⁴⁴ Dans son ouvrage Les toxicomanes, Sylvie Geismar-Wieviorka écrit «Etre motivé, cela signifie qu'on trouve, en soi ou en dehors de soi, les *raisons* de changer.... La *vraie* motivation peut correspondre à l'émergence de l'*acte moral* pur, à l'expression de la liberté d'un individu qui, à un moment donné, se *motive* pour arrêter de se droguer.... Elle peut aussi être vue aussi comme un phénomène, une condition De l'émergence de l'acte moral, et non comme l'acte moral lui-même... nous ne parlons plus de LA motivation, mais d'être plus ou moins motivé...».

⁴⁵ Contrat Emploi Consolidé.

⁴⁶ Organigramme en annexe.

Les équipes se composent de six éducateurs spécialisés, de deux assistantes sociales et seulement d'un 7/8 d'ETP de psychologue. S'ajoutent à ce personnel une équipe de huit éducateurs techniques ou équivalents, deux veilleurs de nuit, trois agents administratifs et moi-même.

C'est donc essentiellement autour d'un personnel socio-éducatif que se sont élaborées nos actions. Le savoir-faire des équipes est centré sur une prise en charge éducative, une insertion sociale et professionnelle accentuée. En effet, l'atelier est de part son fonctionnement, une véritable petite entreprise, presque unique en son genre dans le secteur français de la toxicomanie. Cependant, en raison de leur autonomie, ces atouts que sont les appartements et l'atelier, ont l'inconvénient en interne, d'accentuer le cloisonnement des structures. Ce fonctionnement social quelque peu autarcique de l'association, ne favorise pas suffisamment l'ouverture de liens externes.

La faible dimension psychothérapeutique donnée à la prise en charge est mise en évidence par la présence d'à peine un ETP de psychologue, ne partageant qu'un tiers de son temps à la clinique. Pourtant pour aider la personne toxicomane ce n'est pas autour du produit qu'il faut travailler, mais plutôt sur ce qui détermine son utilisation. L'augmentation des entretiens psychothérapeutiques au centre d'accueil est révélatrice d'un besoin de ce type de prise en charge et corrobore la pathologie des conduites addictives.

3-2 Un manque d'organisation matériel.

Le centre d'accueil et l'ADJ ont chacun un chef de service. Les autres structures n'en sont pas pourvues, l'encadrement était assuré jusqu'alors sans intermédiaire par le directeur. Le fonctionnement du centre d'accueil est indépendant de celui de la Grand Maison, notamment au niveau des admissions et des sorties. Ce cloisonnement ne favorise pas chez le toxicomane son passage du lieu de vie vers une logique d'insertion que peut être un travail à l'ADJ ou une formation sur Angers. Il engendre par conséquent des manques de cohérence dans le suivi des toxicomanes pris en charge.

D'autre part, si les vingt petits mètres carrés sans fenêtre, de la pièce d'accueil du centre suffisait il y a quelques années, ils deviennent aujourd'hui inadaptés au nombre des personnes accueillies, surtout dans le cadre d'une première prise de contact. De plus, en

raison du nombre croissant des démarches administratives que les équipes ont à soutenir, ainsi que de la diversité des demandes formulées, le centre d'accueil souffre de son éloignement géographique du siège et du "lieu d'accueil parents".

Vingt cinq minutes de trajet entre le "144" et l'accueil parents, un quart d'heure pour se rendre au siège, ces pertes d'énergie en déplacements deviennent conséquentes, diminuant d'autant le temps pouvant être consacré aux différentes missions de prise en charge. Le nombre croissant des déplacements est à la mesure de l'hétérogénéité des réponses à apporter et de la multiplicité des démarches administratives destinées aux usagers.

Les pertes de sens aussi. En effet, les entretiens sont inévitablement perturbés par le téléphone, faute de n'avoir sur place un service administratif qui filtre la réception des appels.

3-3 Conventions et financements : l'exception d'état.

L'association est dotée de moyens financiers provenant en grande partie de l'état et du produit des activités économiques. Le budget global 1998 est de 7 109 969 F.

Les activités de soins entrent dans le cadre du décret n°92-590 du 29 juin 1992 régissant le fonctionnement des CSCST. Ce décret donne une situation d'exception au secteur de la toxicomanie, puisque le conventionnement au titre de CSCST signé entre l'état et les centres spécialisés ne relève ni du secteur hospitalier, ni du secteur médico-social.

La première convention signée en 1993 est en cours de renouvellement, sous condition de l'acceptation par les autorités de tutelle du nouveau projet thérapeutique.

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, au chapitre 47-15 article 40 de la Direction Générale de la Santé finance donc les activités du centre d'accueil, des hébergements et le siège administratif à hauteur de 3 091 944 F.

Dans le cadre d'une convention signée entre le CHU et l'association, le détachement d'un tiers temps d'assistante sociale au centre de méthadone est financé sur le même chapitre budgétaire que précédemment, via le CHU.

La Division Sida participe au titre de la prise en charge des toxicomanes atteints de VIH, pour un montant de 111 340 F.

Les actions d'insertion par l'activité économique font l'objet d'une convention réactualisée courant 1998. Elles se répartissent en trois habilitations :

- Un atelier de réinsertion professionnelle,
- Une activité socio économique liée au centre d'hébergement collectif,
- Des activités de formation professionnelle.

L'ensemble représente un budget global de 3 200 148 F, financé au titre du chapitre 47-15 article 60, prévention des toxicomanies, pour un montant de 1 765 600 F. La différence, soit 1 434 548 F est le résultat des activités de productions et de services.

Les actions de prévention et de formations sont l'objet de conventions d'objectifs, financements ponctuels et aléatoires provenant du département, des communes, de la CPAM, la CAF, la PJJ⁴⁷, l'ALT.⁴⁸

Les règles comptables prévues dans le conventionnement des CSCST sont conformes au décret n° 88-279 du 24 mars 1988.

En matière de gestion du personnel, l'association fait référence comme la plupart des centres de soins, à la convention collective du 31 mars 1966.

Cette situation conventionnelle et financière centrée exclusivement sur la toxicomanie a l'inconvénient de limiter l'élargissement des catégories de personnes à prendre en charge. Elle renforce aussi l'ambiguïté, notamment pour ce qui concerne le financement d'actions, entre ce qui relève de la compétence d'état et des départements.

3-4 Une place dans le dispositif départemental.

Le dispositif départemental répond aux besoins du seul département mais reste sous dimensionné au regard de la pression des besoins d'autres régions.

Il comprend :

- 2 centres de soins spécialisés d'une capacité globale de 27 lits à Angers et Beaupréau,
- 2 centres de traitement par la méthadone (Angers et Cholet),
- 2 services de soins et de prévention sans hébergement (Angers et Cholet),
- 3 lits de sevrages dont 2 au CHU à Angers, 1 au CH à Cholet.

⁴⁷ Protection Judiciaire de la Jeunesse.

L'association "Soleil Levant" gère ainsi le centre de post cure "Haute Brin" à Beaupréau d'une capacité d'accueil de 9 lits, ainsi que 3 appartements thérapeutiques à Cholet. Elle gère également dans cette même ville le centre d'accueil "Equinoxe".

Les deux associations cherchent à collaborer malgré les quelques rivalités au regard d'une enveloppe financière départementale toujours trop réduite au goût de chacun.

Un accord tacite entre les deux associations autorise le partage du département en deux zones d'interventions. La Loire détermine grossièrement les limites d'interventions de chaque association.

Ainsi, Angers et le nord du département sont nos zones d'actions privilégiées. Il est toutefois évident qu'une demande de prise en charge formulée au centre d'accueil est prise en considération sans, dans un premier, temps tenir compte de l'origine géographique du demandeur. Le découpage concerne donc essentiellement les actions de prévention et de travail en réseau qui s'ébauchent auprès des médecins, pharmaciens et services sociaux.

CHAPITRE 4 - LA NECESSITE DE CHANGEMENTS.

4-1 S'ouvrir à d'autres logiques de soins.

Mise en place en 1994 par la ministre d'état de l'époque Madame Simone Veil, la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie présidée par le professeur Henrion, s'est penchée sur l'état des lieux et la politique menée en France en matière de toxicomanie.⁴⁹

Dès cette époque il apparaît que "le paysage des toxicomanies s'est profondément transformé", ce que j'énonce en première partie. Outre les critiques envers l'inadaptation de la loi de 70 et l'insuffisance des financements du secteur, le rapport est force de proposition.

⁴⁸ Aide au Logement Temporaire.

⁴⁹ HENRION Roger, Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et les toxicomanies, Paris, La Documentation Française, 1995.

Pour ma part, je retiens celle de privilégier la complémentarité entre les différentes modalités de traitement. Il faut cesser d'opposer le sevrage et les produits de substitution car les indications ne sont pas les mêmes.

Le toxicomane désirant s'engager vers un sevrage doit pouvoir être soigné.

Celui qui ne veut pas entrer dans une démarche d'abstinence doit aussi recevoir l'aide qui lui permettra de vivre dans des conditions optimales.

Le professeur Alain Boissonnas⁵⁰ de l'hôpital Cochin à Paris, constate que dans ses services plus de 40 % des sevrages en 1997 sont relatifs à l'arrêt des opiacés, contre 15 à 20 % les années précédentes. C'est déjà le constat qui est fait sur Angers, petite échelle par rapport à Paris, mais qui signifie une augmentation des prises en charge qu'il faut anticiper. Il semble par conséquent important, en raison du service à rendre aux toxicomanes, de s'investir dans de nouvelles orientations de soins. Il ne s'agit pas de négliger l'existant, chaque sujet aidé est un pari gagné, mais chacun d'entre eux doit pouvoir être accompagné, sans jugement préalable sur son désir de se soigner.

Logique soutenue par le plan triennal (je l'évoque dans le chapitre suivant), qui est à rapprocher de la loi sur les exclusions. Il s'agit effectivement de ne pas laisser de personnes en difficulté de dépendances en dehors de tout système sanitaire. La "réorientation" est alors à considérer comme étant une sommation à ne pas rester figé dans une logique de soins centrée sur la seule prise en charge des héroïnomanes : "il faut évoluer et se diversifier pour prendre en charge les nouvelles conduites d'usage nocif et les polyconsommations".

4-2 Une inéluctable réorientation.

En 1998, le Premier ministre Lionel Jospin demande à Madame Maestracci, nouvelle présidente de la MILDT⁵¹ de faire un état des lieux ainsi que des propositions en matière de toxicomanie.

⁵⁰ BOISSONNAS Alain, Objectifs individuels et de Santé Publique des sevrages, Conférence de Consensus, Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant aux opiacés, les 23 et 24 avril 1998, Sénat – Palais du Luxembourg.

⁵¹ La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie. est chargée de coordonner les actions auprès des différents ministères dans le domaine de la toxicomanie. Son histoire et ses objectifs ont évolués avec les années. Sa création date de 1982 sous l'appellation MILT (Mission de Lutte contre la Toxicomanie). Transformée en DGLDT (Direction Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie), elle réapparaît en 1996 sous la forme connue aujourd'hui, avec des missions maintenant élargies aux problèmes de consommations abusives de tabac, d'alcool et de médicaments.

C'est ce rapport d'étape qui a servi de base de réflexion à la note d'orientation de novembre 1998 dont je parlais en première partie.

Le "Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances"⁵² paru en juin 1999, est l'aboutissement politique de ces réflexions et orientations.

S'appuyant sur des constats généraux que je ne peux reprendre ici, le plan "s'efforce de définir des priorités d'action". Une large vision se dégage du plan, où le tabac ainsi que l'alcool et les médicaments, doivent s'inscrire dans la lutte contre les dépendances au même titre que les drogues.

Projet louable mais bouleversant les habitudes culturelles de chacun de ces secteurs.

Un des enjeux pour l'association consiste à s'inscrire dans la dynamique des changements préconisés par le plan :

"Il est urgent de réorienter le dispositif d'accueil et de soins vers une prise en charge plus précoce des consommateurs abusifs de multiples produits. Afin de tenir compte des nouveaux modes de consommation associant plusieurs produits, les structures de soins et de prise en charge seront invitées à se rapprocher".

Unique centre spécialisé sur Angers et dans le nord du département, l'association est reconnue depuis 20 ans pour son expérience et ses compétences, tant dans le domaine du soin que celui de la prévention et de l'insertion en toxicomanie.

Aussi, nos équipes ont elles un rôle à jouer auprès des institutions et des structures nouvellement impliquées dans la mise en place des mesures que soutient le plan triennal.

4-3 Les changements, un atout stratégique.

Elaboré pour une période de cinq ans, le projet thérapeutique de l'association arrive à son terme. L'occasion est donc donnée à l'ensemble des équipes de procéder à l'évaluation de l'existant et de se projeter dans l'avenir.

Opérations difficiles pour deux raisons essentielles :

- Les intervenants doivent remettre en question vingt ans de pratiques et de certitudes acquises autour d'une logique de soin s'adressant à une catégorie de personnes qu'il ne s'agit pas de négliger, bien au contraire. Mais s'ouvrir à d'autres principes de

⁵² Disponible à la MILDT.

fonctionnement est motivant par l'esprit novateur qu'il faut développer, tout en étant générateur d'angoisse face aux incertitudes de la réussite.

- Le départ pour des raisons de santé du directeur, père fondateur. Possédant un charisme qui a fait sa renommée ainsi que celle de l'association, il a eu cependant l'inconvénient de freiner quelque peu l'esprit d'initiative du personnel et l'ouverture de celui-ci vers l'extérieur.

Suite au bref passage de son successeur, j'ai été nommé directeur début 1998. Le président du conseil d'administration me confie la tâche de mener à bien ces changements.

Le projet initial centré sur le soin aux héroïnomanes, principaux usagers du centre et pour lesquels le processus basé sur une démarche volontaire passe par le sevrage et l'abstinence, devient trop réducteur au regard des nouvelles formes d'addictions et des directives ministérielles récentes prévues précisément pour lutter contre ces formes de conduites addictives.

Rester sur le projet initial signifie une file active au centre d'accueil et un taux de remplissage de l'hébergement collectif en diminution, ce qui veut dire à terme une réduction des financements d'état, pouvant conduire à une fermeture de l'établissement.

CONCLUSION PARTIELLE

L'association est articulée autour de trois grandes missions : soin, insertion et prévention des toxicomanies.

Comme beaucoup de centres de soins spécialisés, l'AAATF s'inscrit dans une logique de soins à visée d'abstinence. Les personnes toxicomanes dépendantes aux opiacés ont pendant longtemps été majoritairement des consommateurs d'héroïne, les équipes socio-éducatives se sont par conséquent constituées autour de cette problématique.

Aujourd'hui tant à l'échelle nationale qu'au niveau départemental, le nombre d'héroïnomanes stagne alors qu'il existe une réelle montée en puissance des polytoxicomanies renforcées par des conduites addictives.

La logique de soin appliquée par les équipes est réductrice au regard de ces nouvelles conduites et de la politique de réduction des risques dont il faut tenir compte.

Attendre la demande volontaire du sujet ne suffit plus. En effet, une majorité des toxicomanes, parce qu'ils sont dans une logique de défonce où l'abstinence n'a pas sa place, ne fréquente pas les centres de soins.

Les besoins émergents et non exprimés de ces populations, ainsi que la pression des autorités de tutelle, incitent l'association à évoluer dans ses logiques de soins au regard des nouvelles pratiques addictives. Dans la troisième partie je propose une stratégie de changement au service des personnes auprès de qui l'association se doit d'œuvrer.

TROISIEME PARTIE

S'ADAPTER AUX NOUVELLES PRATIQUES ADDICTIVES,

UNE EVOLUTION NECESSAIRE

DES LOGIQUES DE SOINS

DE L'AAATF.

CHAPITRE 1 - OBJECTIF : ASSURER UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANIES.

Un projet de changement n'est jamais qu'une forme imaginée d'anticipation de l'avenir ; il s'accompagne de dispositifs concrets et de situations évolutives réelles, mais son aboutissement dépend autant de la cohérence vécue au départ, que de la pertinence des dispositifs mis en œuvre ainsi que de la qualité des fonctionnements sociaux et apprentissages déclenchés par l'intervention dans son ensemble⁵³.

Au regard des modes de consommations qui ont profondément évolué depuis ces dernières années, j'oriente les changements vers des besoins émergents qui sont d'ailleurs signifiés dans la note d'orientation de novembre 1998 destinée aux centres de soins spécialisés.

Ils impliquent une logique de soins plus ouverte que celle liée à la logique d'abstinence dans laquelle nous fonctionnions jusqu'à présent.

Ce changement de cap nécessite pour nous de :

Prendre en compte les polytoxicomanies et les nouveaux modes de consommations,

S'articuler plus étroitement avec une équipe médicale,

Assouplir les conditions d'admissions et de séjour,

Développer une fonction de pôle ressource,

Promouvoir la réduction des risques,

Renforcer la prise en charge des personnes toxicomanes en milieu carcéral.

Chacun de ces items peut faire l'objet de développements détaillés. Toutefois de ces orientations je retiens ce qui peut être la ligne de conduite globale à tenir au sein de l'association, où le traitement de la personne est désormais envisagé dans tous ses aspects.

1-1 S'orienter vers une prise en charge bio-psycho-sociale.

L'être humain n'est pas seulement un individu biologique mais aussi un acteur social et un sujet en quête de sens. Ces différentes dimensions coexistent, interagissent et se structurent mutuellement.

⁵³ PIOTET Françoise, SAINSAULIEU Renaud, Méthodes pour une sociologie de l'entreprise, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1994.

On ne peut intervenir sur une des dimensions sans tenir compte des autres. Si je cite à nouveau Alain Morel⁵⁴ : "Il n'y a d'intervention curative de nature à "guérir" la toxicomanie. Il n'y a que des interventions partielles, éventuellement complémentaires, visant à se réappropriier le pouvoir de soi et l'interaction sociale".

Pour cette raison, l'accueil et l'écoute de la personne toxicomane nécessitent d'œuvrer en interdisciplinarité, c'est à dire au moyen de fonctions spécifiques mises au service d'un objectif commun : inscrire la personne dans un processus thérapeutique visant la prise en charge globale de la personne dépendante, au moyen d'un projet individualisé qui guide nos actions.

L'association dispose déjà d'outils en interne, essentiellement d'ordre éducatif et social. Le volet psychothérapeutique est à développer. Ces outils devront être complétés par un travail en réseau tant en interne qu'avec les services extérieurs notamment autour du médical puisqu'il s'agit de prendre en compte l'ensemble de la personne.

La mise en œuvre de ces principes induit une réflexion plus globale de tous les acteurs sur les grandes orientations stratégiques de l'association. C'est ce que je propose en élaborant un projet d'établissement.

1-2 Mobiliser les équipes autour du projet d'établissement.

Les différentes structures de l'association se sont mises successivement en place sans lignes de conduite globalement réactualisées.

Aussi, l'opportunité du projet d'établissement repositionne l'association dans ses missions ; il est aussi un outil pour moi, de mobilisation du personnel et du conseil d'administration.

Compte tenu du contexte historique de l'association, je fais le choix de proposer au conseil d'administration l'intervention d'un consultant extérieur. Il mènera une réflexion plus globale sur les besoins et attentes analysés précédemment :

- l'état de l'existant,
- les besoins et les attentes des publics,
- la pluralité des méthodes de travail,

⁵⁴ Soigner les toxicomanes, op. cit. , p 203.

- les moyens à disposition de l'association qui sont notre vitrine pour l'environnement extérieur.

C'est pourquoi j'envisage la mise en place d'un groupe de pilotage ainsi qu'une consultation de l'ensemble du personnel en milieu d'année 2000.

Le projet d'établissement représente une somme de travail non négligeable qui peut s'étaler sur une année compte tenu de toutes les procédures et des réflexions à engager.

Il sera néanmoins, en prolongement du projet thérapeutique, le fruit d'une réflexion collective porteuse d'avenir à condition que celle ci se poursuive - c'est au directeur d'y veiller.

1-3 Réviser le projet thérapeutique.

Ligne de conduite pour cinq ans, le projet thérapeutique définit en fonction des besoins de la population accueillie, les orientations à prendre en matière de suivi et de prise en charge.

Pratiquement, dans la commande de révision des projets thérapeutiques énoncée par la DDASS, il doit être fait état de toutes les activités périphériques afin de mesurer la cohérence du parcours de la personne prise en charge, ainsi que celles de nos logiques d'interventions.

La révision du projet est donc l'affaire de l'ensemble des équipes.

Réviser le projet thérapeutique c'est remettre en question les logiques de soins de chacun des intervenants au regard des publics actuels.

Il faut se rappeler que globalement malgré l'augmentation du nombre de prise en charge, une majorité de personnes dépendantes se situe encore en dehors des circuits de soins.

Les évolutions et les perspectives des changements de pratiques sont conditionnées par le dynamisme des équipes. Cela suppose de ma part, de soutenir et, comme je vais le décrire plus loin, de former le personnel individuellement et collectivement.

C'est aussi l'occasion, en s'appuyant sur le travail de réflexion autour de ce projet thérapeutique, de mesurer la mobilisation et l'adéquation de chacun des salariés vis à vis des services à rendre.

L'équipe du centre d'accueil se situe en première ligne, sur un poste d'observation des mouvances des conduites addictives. Elle est en effet, dans l'association, la première à être en contact avec les usagers et en évalue les besoins qui ne sont plus en majorité à finalité d'abstinence. Toutefois, afin d'être constamment dans un objectif de soins sans attendre nécessairement la volontaire demande du sujet, il faut jouer la carte de la pluridisciplinarité et celle aussi de l'ouverture vers des partenaires extérieurs.

L'équipe du centre d'accueil, opère une "sélection" des personnes destinées à être prises en charge à la Grand Maison ou à l'ADJ, facilitant ainsi une certaine adéquation des personnes "admissibles" avec les structures concernées. C'est par conséquent avec quelques appréhensions que ces deux lieux envisagent la prise en charge de personnes dont les conduites déviantes sortent des règles d'abstinence en place, ou de l'éthique de soin établie.

Des rencontres par structure et par thème constituent la pierre angulaire de la construction du projet thérapeutique. Ce dernier se veut, chacun dans sa spécificité, mais en transdisciplinarité, centré sur le parcours individualisé de la personne en difficulté.

CHAPITRE 2 - MODIFIER LES REPRESENTATIONS DES LOGIQUES DE SOINS AUPRES DES EQUIPES.

2-1 Le parcours de soins dans la transdisciplinarité.

Créer les conditions nécessaires à la reconstruction de la personnalité suppose, comme je l'écris précédemment agir en interactivité sur les dimensions sociologiques, psychologiques, biologiques du sujet. Il s'agit alors de s'appuyer sur les connaissances et le savoir-faire de chacune de ces disciplines, sans vouloir préjuger de la supériorité de l'une sur l'autre.

Pour être efficace cette approche transdisciplinaire doit se réaliser dans le cadre d'un suivi individualisé, garant d'une cohérence entre les différentes disciplines, au bénéfice du sujet concerné.

J'entends développer cette cohérence au sein de l'association.

C'est ainsi que je mets en place une procédure de suivi, où désormais le projet s'élabore en premier lieu au centre d'accueil, passage obligé vers une autre prise en charge interne. La demande formulée par le sujet est travaillée et suppose réflexion de part et d'autre. Le

temps que chacun se donne, infirme ou confirme les objectifs individuels qui se traduisent au minimum par un contrat moral, s'il n'est pas écrit, dans le cadre des hébergements ou des activités économiques.

L'objectif individuel étant explicité auprès des équipes, un autre travail s'amorce entre la personne et un intervenant de son choix. Dans chaque lieu des formes contractuelles précisent les objectifs à court terme et le temps estimé pour les atteindre.

C'est pourquoi afin de ne pas rester sur une relation soignante duel limitée au lieu de prise en charge, le champ d'action des intervenants doit s'étendre aux autres structures autour d'un but commun, celui d'une continuité dans le suivi du projet individualisé.

C'est ainsi que suite à la fin d'un contrat de séjour, le suivi éducatif amorcé avec un éducateur de la Grand Maison, peut se poursuivre à Angers ou dans les environs proches, si le résident le demande.

Ce principe a toutefois l'inconvénient d'entraîner des absences répétées des éducateurs de la Grand Maison posant le problème de leurs remplacements. Aussi, dans le cadre des suivis en ambulatoire de longue durée, une transition progressive s'opère vers un autre intervenant du centre d'accueil.

La perméabilité établie entre les lieux assure une souplesse dans la progression du parcours qui se veut soignant. D'une prise en charge lourde effectuée à la Grand Maison, le résident en fonction de son projet individuel, peut poursuivre son chemin d'insertion sociale en appartement individuel, thérapeutique ou non, à Angers et aussi, s'insérer dans le tissu professionnel en signant un contrat de travail à l'ADJ.

C'est par conséquent l'établissement d'un réseau interne et d'un maillage des compétences que j'impulse progressivement. Le processus de soins d'une personne entre ainsi dans une dynamique de transdisciplinarité.

2-2 S'organiser autour des trois pôles : soins, insertion, prévention.

L'organisation que je propose tend à décroiser et supprimer le manque de liens entre les structures. Elle implique une coordination interstructurelle, c'est pourquoi je m'oriente vers une organisation thématique autour des trois pôles de l'institution qui représentent fondamentalement ses missions : soin, insertion, prévention.

Ainsi, le chef de service du centre d'accueil prend la responsabilité du service que l'on peut appeler éducatif. Je lui délègue la supervision des activités éducatives du centre d'accueil, des appartements individuels sur Angers et l'hébergement collectif de la Grand Maison. Il a par conséquent en charge de veiller à la cohérence du parcours de soin des personnes suivies au travers des différentes structures associatives.

Par ailleurs le chef d'atelier, responsable de l'ADJ assure sous mon contrôle, le fonctionnement des activités économiques basées à Angers (réadaptation au travail et formations professionnelles en taille de pierres organisées ponctuellement). Dans un second temps, il aura aussi en charge celles de la Grand Maison.

Les actions de prévention et de formation seront sous la responsabilité d'une seule personne. Celle-ci, membre de l'équipe du centre d'accueil, sera chargée de coordonner l'ensemble de ce secteur que je développe plus loin.

2-3 Promouvoir la réduction des risques et des dommages.

Faciliter l'accès aux aides quelles qu'elles soient, insérer ou maintenir la personne dans le tissu social, accéder à un logement stable, c'est aussi pour le sujet dépendant le libre-choix de se procurer du matériel d'injection intraveineux aseptisé, atténuant ainsi les risques liés aux injections sans conditions d'hygiène. Passerelle qui, par le dialogue informel, peut déboucher vers un contexte d'accès à une prise en charge sanitaire et sur la réouverture de droits de l'usager refusant d'emblée l'idée de soins, d'abstinence.

Sous l'impulsion de la DDASS, la ville d'Angers étudie la possibilité d'installer un distributeur échangeur de seringues. L'association est sollicitée sur ce projet. L'équipe du centre d'accueil s'interroge sur le bien fondé de notre participation à cette opération. Il est difficile pour l'équipe de concevoir un accès au soin qui passe aussi par la réduction des risques et dommages dans le cadre du centre d'accueil, par ailleurs repéré comme étant centre spécialisé dans des prises en charge à visée d'abstinence.

La réduction des risques, c'est donc une évolution que je dois promouvoir dans les équipes éducatives. La prise de conscience de cette dimension se heurte à l'exiguïté de l'unique petite salle d'accueil du centre. Mon objectif à moyen terme, c'est d'ouvrir une permanence

hors centre d'accueil, tenue par un professionnel vacataire qui ne soit pas impliqué dans les permanences du "144".

2-4 Permettre d'autres logiques de soins en hébergement collectif.

En hébergement collectif, la réussite du passage de l'éthique d'abstinence à celle plus ouverte de la maintenance, se réalisera en entretenant un dialogue soutenu avec l'équipe et aussi avec les résidents.

Deux problèmes se posent dans l'accueil des personnes substituées :

La gestion du groupe, la gestion des médicaments.

La substitution, il faut le répéter aux équipes, ne résout pas les problèmes qui ont conduit la personne à se droguer. Le critère d'abstinence devient maintenant un faux problème, le vrai critère à prendre en considération, c'est celui du désir de la personne à vouloir s'inscrire dans une démarche de soins, sans ou avec produit de substitution, à condition que ce dernier fasse l'objet d'un protocole de soin.

Dans une première phase, il s'agit d'accepter de recevoir des résidents en fin de parcours de délivrance de Subutex®. Je dois soutenir l'équipe dans cette nouvelle approche. La présence permanente d'un résident substitué suscite en effet inquiétude et suspicion. La méconnaissance des effets secondaires s'atténue avec la multiplicité des expériences de prises en charge.

Outre les formations nécessaires pour une meilleure connaissance des médicaments et produits nouveaux, l'intégration des changements passe par des réunions d'équipes qui viendront en complément des réflexions du projet thérapeutique, mais aussi et surtout grâce à un travail en commun avec le médecin hospitalier d'Angers chargé des traitements de substitution.

Le rapprochement avec le secteur médical est d'autant plus important que le suivi sanitaire des résidents nécessite d'intégrer dans le processus soignant (malgré leur provisoire inexpérience en la matière), les médecins et pharmaciens de proximité officiant à Cheffes sur Sarthe et à Tiercé, ceci pour éviter les déplacements sur Angers, ainsi que pour parer à une situation d'urgence.

Afin d'éviter un maximum de dérives dans la prise de médicament, la distribution est assurée par les membres de l'équipe. La question de la responsabilité se pose alors. Selon le code de la santé publique, nul ne peut pratiquer des actes médicaux s'il n'est médecin ou s'il n'y est habilité par un règlement, tels les infirmiers⁵⁵. Cependant, l'aide à la prise de médicament est un acte de la vie courante lorsque la prise du médicament est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative de la personne malade et lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficultés particulières. Seul le libellé de la prescription médicale peut permettre de distinguer si l'intervention de personnel non médical est possible. Il faut donc négocier avec le résident la délivrance de son Subutex par un encadrant pour éviter toute dérive, ainsi que les vols dans les chambres.

CHAPITRE 3 - L'ASSOCIATION DANS UNE FONCTION PÔLE RESSOURCE.

Dans l'accomplissement de ses objectifs, toute organisation doit négocier avec son environnement. Concept que défend Michel Crozier⁵⁶. Mais, ajoute-il, "dans l'accomplissement de leurs missions, les acteurs placés dans ces services spécialisés seront presque inévitablement amenés à s'identifier avec les besoins, les problèmes, voire les "mentalités" dans les segments de l'environnement distincts avec lesquels ils doivent maintenir de bons contacts".

La "prise en charge" des personnes sous conduites addictives fait maintenant appel à "des prises en charges" si l'on tient compte chez le sujet, de l'interactivité de chacun des aspects bio-psycho-sociaux. Un centre de soins spécialisé en toxicomanie puise son savoir-faire dans sa pratique du travail soignant auprès de ce public spécifique. En tant que pôle ressource, c'est donc le fruit de cette expérience quotidienne auprès de ces derniers, que l'association doit mettre au service des autres professionnels de santé et du social, confrontés également dans l'exercice de leurs spécialités à des conduites d'addictions au sein de leurs larges publics sans exclusive. La cohérence et la synergie des actions soignantes peut être atteinte dans ces conditions.

⁵⁵ article L.372 du Code de la santé publique.

3-1 Repenser une prévention précoce des conduites addictives : un travail en réseau.

"Une politique de prévention qui s'inscrit dans le respect des personnes, ne doit pas conduire à une stigmatisation du consommateur, doit aider les personnes dans leur démarche personnelle et motiver l'ensemble de la société à affirmer ses valeurs dans une perspective humaniste. Le but ultime sera de rendre chacun capable de conduire sa vie, de lui donner un sens dans notre société et de concourir au plein développement de celle-ci".⁵⁷

C'est aller dans le sens des propos du professeur Parquet, que de rassembler plusieurs structures agissant en prévention et de proposer une réflexion commune et des actions non plus ponctuelles, mais s'inscrivant dans la durée auprès de publics jeunes et adultes, autour des comportements de santé, tout en respectant l'identité de chacun des intervenants.

Notre participation au projet et au fonctionnement du réseau de prévention (RE.DE.C.A.M.E),⁵⁸ répond à ces critères.

Dans ce réseau de prévention trois objectifs principaux servent de fil conducteur :

- *Harmoniser les pratiques professionnelles de prévention des conduites à risques,*
- *Initier un partenariat entre les différentes structures oeuvrant dans le même champ,*
- *Contribuer à l'élaboration d'une politique départementale de prévention.*

Partagées entre temps communs de réflexions et préparation des interventions avec les membres du réseau, les équipes se confrontent à d'autres expériences professionnelles. En sortant ainsi de leurs actions spécifiques elles évoluent vers une réflexion plus large sur les conduites addictives et les comportements à risques.

Sur ce modèle, des actions de formation auprès d'adultes et de prévention destinées aux adolescents sont actuellement à l'étude ou en attente. C'est ainsi que des projets s'élaborent autour des circonscriptions d'action sociale, du CCPD⁵⁹ de Saint Barthélémy, la PAIO⁶⁰ de Segré, Rochefort sur Loire ; d'autres formations demandent à être poursuivies : Beaufort en Vallée, Durtal.

⁵⁶ CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, *L'acteur et le système*, Paris, Editions du Seuil, 1977.

⁵⁷ PARQUET Bernard, Comité Français d'Education pour la Santé, Paris, 1997.

⁵⁸ RE.DE.C.A.M.E : RE : réseau, DE : départemental, C : Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme, A : AAATF, M : Mutualité de l'Anjou, E : Equinoxe.

⁵⁹ Conseil Communal de Prévention de la Délinquance.

⁶⁰ Permanence d'Accueil Information Orientation.

La prévention concerne aussi l'enseignement secondaire où des lycées comme Narcé, Renoir, Mongazon, le Sacré Cœur ont entrepris des actions qui, puisqu'elles concernent une réflexion autour des comportements, ont été envisagées sur un travail à long terme.

Autour de ce même concept, des demandes sont formulées, telle celle du proviseur du collège de la Venaiserie de Saint Barthélémy désirant des interventions auprès des enseignants et aussi d'élèves volontaires pour servir de relais auprès de leurs camarades.

3-2 Développer les réseaux spécialisés.

A l'heure de l'internet la notion de réseau est au cœur de toutes les organisations. Pourtant ils existent de façon informelle depuis longtemps dans notre secteur. C'est grâce aux relations nouées dans des rencontres régionales et nationales que les personnes concernées par les problèmes de toxicomanie échangent autour de leurs pratiques, parfois différentes au regard d'un contexte local. Mais c'est aussi et surtout un moyen de repérer l'établissement le mieux adapté pour accueillir un toxicomane pour qui le processus de soin nécessite une structure en adéquation avec ses besoins et pour lequel une rupture avec son environnement proche s'impose.

Œuvrer à plusieurs institutions auprès d'une personne ne signifie pas abandonner chacun sa spécificité, mais plutôt donner une dimension pluridisciplinaire à la problématique de dépendance du sujet.

Localement des membres des équipes sont impliqués dans des réseaux spécialisés. C'est ainsi que j'incite les personnels à participer au RVIH : réseau spécialisé dans le suivi des personnes atteintes du Sida. Plus récemment s'est constitué un réseau orienté vers le suivi des personnes touchées par l'hépatite C. Les participants à ces réseaux sont souvent les mêmes, quelques médecins, le service des maladies infectieuses de l'hôpital, on y retrouve aussi parfois les même patients toxicomanes car très souvent pour ces derniers VIH et VHC sont contractés par le manque d'hygiène dans l'utilisation des seringues.

Dans le cadre d'une approche autour de projets personnalisés englobant l'ensemble bio psycho social du sujet, c'est donc un réseau ouvert plus largement à d'autres professions du sanitaire et du social qu'il faut développer. Il s'agit de favoriser les échanges et la

communication entre le plus d'acteurs possibles tels les CHRS et la Sauvegarde, favorisant le suivi et l'accès au soin de personnes dépendantes.

Outre les mésusages de médicaments psychotropes, la mise sur le marché du Subutex® incite à être vigilant par rapport au "vagabondage médical" des toxicomanes.

La circulaire DGS-DH n°96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes, définit les axes prioritaires permettant de mettre en œuvre la politique en faveur des toxicomanes. Un de ces axes incite au développement de la collaboration entre les différents acteurs du sanitaire et du social. Cette circulaire fait suite à celles de 1993 et 1994, relatives au travail en réseau dans le secteur⁶¹.

La formalisation d'un réseau sous couvert de la DDASS par l'élaboration d'une association gestionnaire évitera l'épuisement relatif à l'absence de liens entre les acteurs. En seraient membres : l'hôpital, des médecins, des pharmaciens, des psychiatres, des services sociaux et les deux CSCST du département. La forme associative facilitera le subventionnement des synergies autour de :

- l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes en favorisant l'échange de la communication entre les différents intervenants,
- la formation des médecins et des pharmaciens et autres professionnels du médical,
- du soutien mutuel dans l'accueil et le suivi des personnes toxicomanes,
- l'organisation des sessions de formation.

Ce projet fédérateur est dynamisant pour tous les acteurs soucieux de la santé des personnes dépendantes. Il émerge de besoins issus de praticiens et pharmaciens mis en difficultés face à cette nouvelle clientèle de polytoxicomanes usant plus que de raison de médicaments et de Subutex®.

Les formes addictives des conduites à risque étant abordées, la réflexion pourra s'étendre lorsque le réseau sera constitué, aux liens à promouvoir avec les services d'alcoologie.

⁶¹ La circulaire du 9 novembre 1993 relative aux orientations dans le domaine du plan de lutte contre la drogue est le premier texte abordant le sujet des réseaux ville - hôpital toxicomanie.

Celle du 2 décembre 1993, fixe les objectifs et les modalités du travail en réseau, à savoir :

- la mise en relation de travail à partir de structures existantes,
- la mise en place d'un suivi personnalisé,
- favoriser les projets locaux où chaque acteur à sa place.

La circulaire DGS-DH n°15 du 7 mars 1994 est relative aux lits réservés pour les cures de sevrage dans les services hospitaliers et au développement des réseaux ville -hôpital.

La construction laborieuse de ce réseau s'élabore d'abord autour de liens informels que je développe à l'occasion du suivi d'un patient commun. C'est donc autour de cette fonction de pôle ressource que j'incite les membres des équipes de l'association à jouer leur rôle de spécialiste auprès des partenaires. Se situant en tant que professionnel, avec leur spécificité en matière de prise en charge des toxicomanies, ils tissent des liens durables avec des personnes inexpérimentées face aux réactions et à la psychologie des toxicomanes.

3-3 Créer deux points écoutes.

La population jeune (essentiellement 16 25 ans) doit être, selon les directives du plan triennal, la cible prioritaire des programmes de prévention. Parallèlement les parents qui sont les premiers éducateurs, ont besoin de ces lieux d'écoute et d'informations sur les toxicomanies.

Lorsque les appels provenant de parents et de jeunes en difficulté parviennent à l'association, il est facile d'y répondre et de donner rendez-vous au centre si ces demandes sont issues de la ville et son environnement proche. Les difficultés apparaissent lorsque ces appels parviennent des cantons de Segré ou Baugé, situés l'un et l'autre entre 40 et 50 kilomètres d'Angers. Sur une vingtaine d'appels de parents cette année, le quart a pu se concrétiser par des entretiens qui par ailleurs se renouvellent avec difficultés. Là aussi, attendre la demande n'entre plus dans l'action volontariste d'aller au devant et auprès des personnes en situation difficile. Il ne s'agit pas cependant d'intervenir dans la rue ou les lieux publics des équipes de prévention en milieu ouvert s'en chargent notamment sur Angers, Cholet et Saumur.

La charge de travail des équipes n'autorise pas des détachements sans remplacements. (Je développerai plus loin ces aspects de gestion de personnel). Créer un point écoute dans chacune de ces agglomérations est un de mes objectifs pour 2000.

Les intérêts sont multiples :

- Aller au devant du public en ayant des permanences locales.

Intervenir en partenariat avec les services sociaux locaux, parmi eux les services d'alcoologie et de psychiatrie.

- Développer le réseau relationnel pour élargir les prises en charge des usagers originaires de ces régions et "vagabondant" sur Angers.

3-4 Un partenariat pour intervenir en milieu judiciaire.

Autre logique que celle du réseau, le partenariat est pour moi l'établissement, après négociation sur les services à rendre et sur leurs coûts, de conventions plaçant chacun des acteurs en position de prestataire de service.

Sortir du centre d'accueil pour ne plus seulement attendre la demande d'aide, c'est aller rencontrer les personnes en difficulté là où elles sont.

La maison d'arrêt d'Angers est précisément le lieu où nombre de toxicomanes incarcérés sont en attente de suivi et pour qui la préparation à la sortie est insuffisante.

Le changement pour moi, c'est aussi instaurer un partenariat avec les services de justice, l'association est d'ailleurs membre du CCPD, j'en suis le représentant par délégation.

C'est entre autre dans le cadre du partenariat, que la MILDT veut développer la fonction de pôle ressource au sein des CSCST. Il s'agit là d'établir des relations conventionnelles avec les services de justice.

La circulaire ministérielle du 14 janvier 1993 instaure les conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie.

Ces conventions ont pour finalité une prise en charge rapide et adaptée des usagers de drogue relevant de la justice.

Dans ce cadre, deux alternatives sont possibles :

les alternatives à l'incarcération,

les aménagements de la peine d'emprisonnement.

Pour atteindre ces objectifs d'après cette circulaire et selon le rapport triennal, le rapprochement et l'articulation entre la justice et la santé doivent être poursuivis et intensifiés.

Une note d'orientation émanant de la MILDT datée du 19 février 1999, reprend les directives de la circulaire précédente, avec l'objectif de généraliser la signature de conventions dès 1999 - 2000 dans les départements non concernés jusqu'à présent, après examen des dossiers par le comité de pilotage national.

Le chef de projet est depuis la circulaire du 9 juillet 1996, l'animateur de ces actions dans le cadre des comités restreints de lutte contre la drogue et la toxicomanie, dont le Conseil Départemental de Prévention de la Délinquance⁶² constitue l'organe de concertation.

La coordination des actions entre soin et justice, tout en conservant chacun ses spécificités, est le garant d'un suivi individualisé favorisant la prévention des conduites à risques.

En accord avec les services de justice, l'association peut remplir sa mission de pôle ressource autour de trois orientations :

➤ *Les interventions en détention pour préparer à la sortie de la maison d'arrêt.*

Deux actions de soutien aux détenus toxicomanes sont actuellement en place. Un suivi individuel auquel participent les éducateurs du centre d'accueil. L'autre forme de soutien est collective, par le biais d'un groupe de parole réunissant au maximum dix détenus permettant d'apaiser les tensions liées à la vie carcérale. Notre participation par l'intermédiaire d'un psychologue est de fait indiquée et à mettre en place dans cette thérapie collective. Elle doit en tout état de cause être différenciée de l'intervention en suivi individuel à caractère social.

➤ *S'engager dans l'hébergement de personnes sous main de justice.*

L'alternative à l'incarcération est un moyen facilitant la réinsertion sociale et professionnelle, elle a aussi l'avantage de désengorger les prisons.

➤ *Actions d'informations spécifiques pour l'accompagnement des jeunes consommateurs.*

Il s'agit dans le domaine de la toxicomanie, auprès de petits groupes de jeunes à la marge de l'intervention judiciaire, d'informations ponctuelles ayant un caractère uniquement préventif.

J'envisage ces développements au cours de l'année 2000, ils seront la concrétisation des négociations que j'ai entamées avec le procureur de la république et le directeur départemental du SPIP.

⁶² En abrégé : CCPD.

CHAPITRE 4 - EXPLOITER LES RESSOURCES HUMAINES.

Pour mener à bien ces évolutions, je déploie l'essentiel de mon énergie dans l'accompagnement des changements auprès d'un personnel marqué par des habitudes progressivement intégrées depuis vingt ans.

Succéder à un père fondateur fonctionnant comme quelques confrères de sa génération sur un mode psycho affectif, n'est pas tâche aisée.

Insuffler une autre culture d'entreprise demande du temps et de la patience.

Il s'agit pour moi de mobiliser les salariés dans l'élaboration de nouveaux projets. Des rites institutionnels, des habitudes de travail liés à la récurrence de la notion d'abstinence ont été prises depuis la création de l'association. Cependant, chaque personne a la capacité d'opérer un changement à condition qu'elle soit guidée, soutenue dans cette mutation et qu'elle se sente impliquée et responsable, même si c'est par intérêt personnel. Mon rôle en tant que directeur est de laisser l'imagination travailler autour de projets communs et d'inciter chaque acteur à se responsabiliser dans ses actions, tant en interne qu'en l'externe. C'est donc en m'appuyant sur un fonctionnement participatif des salariés que je conduis ma stratégie de management, tout en étant vigilant, directif sur les possibilités et les attendus institutionnels et en conservant le pouvoir de décision finale.

La participation des salariés est en partie conditionnée par l'organisation hiérarchique des services que je mets en place et par le choix du personnel d'encadrement. La promotion interne de l'éducateur dans l'évolution du poste de chef de service éducatif, repose sur son ancienneté à l'association, de l'expérience acquise lors de ces fonctions précédentes en atelier et en hébergement collectif et enfin sur sa formation en cours d'emploi, de chef de service.

Suite à mon départ de l'atelier, j'ai décidé de recruter un chef de service des activités économiques. Il apporte volontairement un autre regard, d'autres expériences ne relevant pas du social et qui sont sources d'interrogations sur les modes de fonctionnement associatifs.

Le redéploiement vers l'extérieur est pour le directeur un levier permettant, au travers les responsabilisations et les délégations attribuées, de faire prendre conscience aux membres des équipes la nécessité de travailler en interdisciplinarité.

Cependant ainsi que je l'écris à propos du projet thérapeutique, une certaine résistance au changement apparaît au sein des équipes.

Face aux incertitudes et afin de tenter de vaincre les résistances, la communication est un atout majeur dans la gestion des ressources humaines.

Cependant un travail en commun nécessite des lignes de conduites communes. C'est pourquoi il m'est apparu nécessaire de les fixer et de les regrouper au sein d'une charte établie avec l'ensemble des acteurs de l'institution.

4-1 Etablir une charte de déontologie.

Les problèmes liés à l'implication des salariés dans leur travail et à la détermination de leurs fonctions, auxquelles s'ajoutent les questions liées à l'obligation de discrétion, à l'anonymat, la citoyenneté et toutes les dimensions humaines de la personne sont autant de questions qui ont souvent été abordées mais jamais formalisées.

Travaillée sur la base des travaux de l'ANCE⁶³, la charte répond à deux nécessités.

- Celle du respect de la citoyenneté des usagers. Certains comportements déviants ou relevant de la délinquance font parfois oublier que le respect et la citoyenneté sont des droits qui valent aussi pour les personnes toxicomanes.
- Celle aussi inhérente à la multiplication des intervenants autour d'une même personne. Elle peut en effet conduire à des dérives dans la transmission d'informations concernant les usagers (VIH, VHC, traitements de substitution).

C'est par conséquent autour de réunions spécifiques du personnel et membres du conseil d'administration que la charte s'élabore, travail constructif qui sert de tremplin à d'autres réflexions à venir autour de la construction du projet d'établissement.

(cf. projet de charte en annexe).

⁶³ ANCE : Association Nationale des Communautés Educatives. Présidée par Alain Thévenet, inspecteur général honoraire des affaires sociales, le comité de pilotage proposa en 1996 après deux ans de réflexions, un texte de référence déontologique pour l'action sociale.

4-2 Informer, accompagner : des atouts de communication.

Les changements ne peuvent s'opérer que si la communication est intégrée dans ma stratégie d'implication et d'ouverture de tous les acteurs, qu'ils soient salariés, stagiaires ou bénévoles.

Les raisons éthiques et administratives qui poussent l'association à opérer ces changements ont été travaillées avec l'ensemble du personnel.

Cependant j'ai fixé les limites de ces évolutions, puisqu'elles se font pour l'instant à budget constant, l'état ne prévoit pas dans le plan triennal de mesures nouvelles ; seules les actions d'ouvertures vers la justice ou de prévention peuvent être financées sur projet. Les évolutions internes consistent par conséquent à regarder autrement les usagers, à changer de pratiques, apprendre à travailler ensemble.

Une démarche managériale participative, nécessite une réflexion collective sur les objectifs. L'information en est une des composantes. Elle exige une préparation, demande des réunions, des rencontres individuelles, Le facteur temps est primordial. J'ai par conséquent programmé une fois par trimestre une journée de travail réunissant tout le personnel. De la réflexion sur nos intentionnalités de soins, en passant par une remise à niveau concernant la connaissance des produits liés aux abus, les thèmes sont choisis dans la perspective de mener à bien les changements institutionnels.

La consultation, une des formes de communication, induit une part de négociation. En effet, il me revient de composer avec l'environnement politique, social et économique de l'association tout en tenant compte de l'histoire institutionnelle. Celle-ci est marquée par la notion d'exception du secteur de la toxicomanie dont les effets se ressentent au niveau départemental. Rappelons ici que depuis la décentralisation, le conseil général ne finance plus le soin en toxicomanie, mais intervient ponctuellement sur le champ de la prévention. Les enjeux politiques entrent alors en considération pour ce qui est de l'établissement de la frontière entre ce qui relève des compétences d'état et de celles du département. L'histoire associative est aussi marquée par le charisme du directeur, fondateur de la seule association existante sur Angers.

Le changement doit être accompagné et nourri par le partage d'expériences et la réflexion de spécialistes extérieurs. C'est pourquoi je facilite la participation à des colloques et des journées régionales et nationales telles que celles de l'ANIT.

Le budget à venir tient compte de frais supplémentaires inhérent à ces déplacements, d'autant que certains colloques peuvent s'inscrire dans le cadre de la formation continue.

4-3 La formation, un outil pour dynamiser les équipes.

La formation, élément moteur de la gestion des ressources humaines, est source de dynamisme au sein des équipes et est en lien avec les changements tant internes qu'externes.

Au-delà du plan annuel de formation qui est une obligation légale, je prévois de piloter sur trois ans les orientations de formation.

Le choix de trois ans répond essentiellement à deux critères, l'un conditionne l'autre. D'une part, les pratiques addictives, nous l'avons vu précédemment, sont évolutives. D'autre part, ces évolutions conditionnent les réorientations du plan gouvernemental de lutte contre la drogue prévu pour trois ans.

En matière de soins, les premiers rapprochements institutionnels préconisés par le plan, concernent les structures prenant en charge des conduites alcooliques. Les processus de soins sont différents, aussi, un minimum de formation facilitera à la fois une meilleure prise en charge des polyconsommations et favorisera le travail en commun dans le cadre de réseaux.

Dans la mesure où l'approche qui est menée en prévention s'intéresse essentiellement à la personne et à son comportement, les interventions auprès d'adolescents et d'adultes relèvent plus de l'animation de groupes que de la transmission d'un savoir sur la toxicomanie, des formations individuelles vont répondre à ces nouveaux besoins que sont l'animation de groupes et les conduites de réunions.

Compte tenu de l'élargissement et de la banalisation des conduites addictives chez les personnes jeunes et des demandes d'aide des parents, j'ai l'intention d'étoffer les soutiens que l'on peut apporter à ces familles sous forme de lieu d'écoute et de rencontre, de thérapie familiale. Pour ce faire, je propose aux intervenants du centre d'accueil une formation en cours d'emploi, centrée sur ces actions (analyse systémique, thérapie familiale). Deux salariés désirant s'investir dans ce domaine, seront tour à tour concernés.

En hébergement collectif la gestion de problématiques autres que celles inhérentes à la consommation d'héroïne ne sera efficiente que si elle est étayée par des formations. Elles permettront une approche plus spécifique des pathologies liées aux polyconsommations⁶⁴.

La gestion des prescriptions médicamenteuses des résidents nécessite un minimum de connaissances pharmacologiques⁶⁵. En raison des rotations de personnels d'hébergement, chacun des membres de l'équipe peut être concerné par une délivrance pharmacologique et doit être en mesure d'apprécier les actions et les effets des molécules prescrites. Mais cette équipe doit aussi maîtriser ses propres limites en matière de gestion médicamenteuse relevant légitimement du secteur médical.

D'autres formations de groupes s'opèrent comme je j'écrivais plus haut, à l'occasion de réunions à thème s'adressant à l'ensemble du personnel. C'est le cas à propos de l'utilisation courante et parfois détournée de certains médicaments ou autres substances toxiques, justifiant une remise à niveau des connaissances de tout le personnel.

Une relation thérapeutique se caractérise par le cadre institutionnel au sein de laquelle elle se déroule et par l'intentionnalité de soins du thérapeute. C'est cette relation thérapeutique que, dans le cadre des prises de responsabilité et d'un suivi individualisé des résidents, j'entends faire émerger chez chacun des intervenants de l'hébergement, avec des nuances liées à leurs fonctions professionnelles.

Or pour être aidante, la relation thérapeutique nécessite de la part du soignant des aptitudes et des capacités d'écoute, relationnelles, de congruence qui ne s'improvisent pas. Mais un certain nombre d'outils ne peuvent s'acquérir que grâce à une formation à la relation à l'entretien d'aide. Ce sont par conséquent des sessions collectives de formation que j'ai programmé dans le cadre du plan de formation.

La dynamique induite par les formations est renforcée par les apports nouveaux liés aux personnes recrutées.

⁶⁴ L'UFANIT, émanation du réseau des intervenants en toxicomanie géré par l'ANIT, organise des sessions de formations autour de la toxicomanie telles que :

Drogues et culture des banlieues, Articulation santé- justice, Séminaire substitutions, Maternité et toxicomanies, Réduction des risques et dommages, Produits nouveaux usages nouveaux, Prévention des toxicomanies, Qualité évaluation accréditation, etc.

⁶⁵ Comme je l'écrivais précédemment, la gestion des médicaments ne relève que de celle de la délivrance autorisée à être effectuée par un tiers. Elle n'entre donc pas dans le cadre du décret n° 99-927 du 4 novembre

4-4 Des recrutements complémentaires.

Les projets, comme je l'écrivais plus haut n'entrent pas pour le moment dans le cadre du décret de 1992. Ils ne bénéficient donc pas de financements pérennes et font l'objet de conventions spécifiques.

En conséquence les postes ouverts sont liés aux conventions par leurs durées et leurs amplitudes de travail.

Mes échéances conditionnées par l'autorisation de la DDASS sont les suivantes :

➤ Début 2000 :

- Ouverture d'un mi-temps en prévention.

Un mi-temps supplémentaire est nécessaire dans un premier temps pour répondre aux demandes dans le cadre la fonction pôle ressource du CSCST.

La psychologue partage actuellement son 7/8 de temps entre les suivis psychothérapeutiques et la prévention. La création d'un mi-temps supplémentaire clarifierait les missions. Toutefois comme je l'écris plus haut, le financement assuré par la MILDT ne permet pas de pérenniser le poste, mais s'il est accordé, sachant que les actions de prévention sont inscrites au plan triennal et dans la mesure où l'évaluation des prestations fournies est satisfaisante, il y a de fortes chances que le financement en soit renouvelé.

Ce risque calculé, je délègue la responsabilité du secteur prévention sur trois volets :

- *assurer les suivis extérieurs dans le cadre du réseau RE.DE.C.A.M.E,*
- *impliquer et coordonner les membres des différentes équipes dans les actions de prévention, d'informations et de formations,*
- *participer aussi à ces mêmes actions.*

En tant que directeur, je me réserve l'établissement définitif des budgets et des opérations financières de ces actions.

- Mise en place du point écoute à Segré et Baugé.

Les points écoutes représentent globalement seize heures par semaine lorsqu'ils seront pleinement opérationnels. Leurs mises en place relèvent dans une première phase de mes fonctions puisque ce sont les relations politiques et administratives qui prévalent.

1999, concernant la délivrance de médicaments dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, ayant une gestion de stock correspondant à une mission de délivrance directe.

Ces deux développements impliquent des prestations qui se recoupent. En effet, la présence d'un psychologue est indispensable dans le cadre des suivis psychothérapeutiques et pour certaines interventions sur des groupes en prévention. Un temps de travailleur social me semble aussi nécessaire pour deux raisons :

- Assurer des permanences sur les points écoutes,
- Pourvoir aux remplacements d'éducateurs détachés sur des séances de prévention.

Compte tenu des aléas de démarrage je prévois le recrutement d'un mi-temps de psychologue, puis progressivement celui d'un 0,4 ETP de travailleur social, ces calculs étant faits sur la base de 35 heures applicable à l'association dès janvier 2000.

➤ Milieu d'année 2000 :

Etant donnée l'avancée des rencontres, je compte formaliser les conventions d'objectif avec les services de justice dans le premier trimestre 2000, la concrétisation sur le terrain sera quasiment immédiate, puisque ce sont les deux postes ouverts en début d'année qui bénéficieront d'un avenant à leur contrat.

CHAPITRE 5 - LES MOYENS MATERIELS ADAPTES.

5-1 Regrouper les locaux d'accueils et administratifs.

L'éloignement géographique du siège administratif, du centre d'accueil, du centre de documentation et de l'accueil parents, ainsi que je l'écris auparavant, est source de dispersion d'énergie.

J'ai par conséquent proposé au conseil d'administration un regroupement de ces trois structures sur un même lieu.

Le centre d'accueil connu sous le nom de "144" depuis son ouverture par l'association, va abandonner son adresse symbolique dans la rue Bressigny. Cette métamorphose est un atout qui confirmera aux yeux de tous s'il le fallait, les évolutions dans les logiques de soins de l'institution. Néanmoins pour conserver un lien avec le passé et un repère en matière de prise en charge angevine des toxicomanies, le futur lieu d'accueil se prénommera comme avant : le "144".

En collaboration avec les équipes j'ai évalué les besoins à 260 m² en surface disponible regroupant bureaux, salle de réunion, deux pièces d'accueil différenciées (toxicomanes et parents). Je prévois aussi prévoir une porte d'entrée spécifique pour l'accueil des personnes dépendantes, afin que parents et enfants ne se croisent pas dans les mêmes couloirs.

Outre les pertes d'énergie, le regroupement va permettre au secrétariat de filtrer et gérer les appels téléphoniques. Il a aussi l'avantage de réorganiser le fonctionnement du centre d'accueil, c'est à dire en mettant en place des permanences qui ne soient plus seulement basées sur l'attente de la demande mais plutôt sur celles d'aller au devant des demandes, dans l'esprit des évolutions attendues.

Le regroupement des différents locaux n'aura pas d'incidence financière majeure, les frais actuels de location seront à peu près identiques à ceux d'un local à surface globale équivalente aux trois lieux actuels. La diminution des charges apparaîtra essentiellement sur les frais de téléphone et de déplacements.

5-2 Financer la précarité et les actions nouvelles.

5-2-1 les incidences financières liées à la précarité des usagers.

L'enveloppe financière concernant le financement des CSCST au chapitre 47-15 article 40 de la DGS⁶⁶ ne prévoit pas de mesures nouvelles pour 2000.

Pourtant la précarité des jeunes adultes accueillis à la Grand Maison engendre des dépenses inhabituelles comme celles d'achats de vêtements et produits de toilettes, sans parler ici d'argent de poche. En 1998 la charge supplémentaire qui s'élève à 12 800 F se voit augmentée d'un tiers en 1999.

D'autre part l'absence de revenus de ces personnes induit un manque à gagner sur leur participation à l'hébergement, loyer et alimentation.

Ces incidences financières résultent du changement dans la typologie des personnes accueillies. La règle éducative de participation au frais d'hébergements reste une directive des autorités de tutelle, mais se trouve en contradiction avec celle énoncée dans la note d'orientation, nous demandant d'accueillir sans condition préalable.

⁶⁶ Direction Générale de la Santé

5-2-2 le financement des actions du pôle ressource.

Chacune des actions fait l'objet d'un budget prévisionnel soumis à la DDASS.

Le budget prévisionnel des actions de prévention est établi comme suit :

Dépenses	Matériel	8 000	Recettes	Département	25 000
	Déplacements	9 500		PJJ	6 000
	Personnel	165 000		Participation des établiss.	18 000
				MILDT	133 500
Total		<hr/> 182 500	Total		<hr/> 182 500

L'ensemble des points écoute (Baugé et Segré) :

Dépenses		Subvention	
Consommables	5 000	MILDT	220 000
Services extérieurs	55 000		
Personnels	160 000		
Total	<hr/> 220 000		<hr/> 220 000

Les subventions proviennent d'enveloppes coordonnées par la DDASS au titre de la prévention, aussi je ne maîtrise pas la répartition de l'enveloppe entre le conseil général et la MILDT.

5-3 Démarche qualité et Evaluation.

La démarche qualité n'est pas encore institutionnalisée dans le secteur du soin en toxicomanie. Pourtant une ébauche est avancée, puisque le décret du 29 juin 1992 réglementant les CSCST précise certaines conditions d'habilitation des centres spécialisés de soins aux toxicomanes qui sont reprises dans la note d'orientation DGS n° 98-659 de novembre 1998.

Démarche qui nous amène à l'évaluation, où dans ce domaine il n'y a pas non plus de critères d'évaluation établis. Seul pour l'instant le rapport d'activité standard est obligatoire depuis 1997. Ce dernier, à caractère quantitatif, prend essentiellement en compte des caractéristiques d'entrée des personnes. Il est vrai que l'évaluation de la réussite dans le domaine de la toxicomanie est complexe. Depuis longtemps nous pensons que la réussite peut s'évaluer par l'espace temps qui s'allonge entre deux rechutes. Les produits de substitutions masquent cette mesure déjà aléatoire.

C'est pourquoi nous devons prendre des moyens à la hauteur de la diversité des items qui doivent être pris en considération dans une démarche d'évaluation.

Ces moyens sont de deux ordres : matériels et humains.

matériel : c'est l'acquisition de matériel informatique et d'un logiciel adapté,

humains : obtenir chez les intervenants le réflexe journalier de prendre des notes sur leurs différentes activités.

Dans cet objectif l'équipe grâce à un travail en réseau avec les autres CSCST des pays de Loire, s'achemine vers la mise en place d'un logiciel informatique qui se veut standardisé pour notre région, lisible et surtout utile dans le suivi statistique des personnes en charge, afin d'améliorer l'adéquation des réponses par rapport aux besoins, tant en matière de prise en charge que de prévention.

L'anonymat est de rigueur, une déclaration à la CNIL est prévue avant la mise en service. Ce projet s'inscrit comme étant la première étape d'une tâche ardue mais bientôt incontournable qu'est l'évaluation du soin dans notre secteur.

CONCLUSION PARTIELLE

La mise en œuvre du changement s'opère d'abord au travers d'orientations stratégiques dans les objectifs et les méthodes de prise en charge des toxicomanies. S'appuyant sur des constats réalisés en première et seconde partie ainsi que sur les directives ministérielles, la prise en charge bio-psycho-sociale devient le fil conducteur des actions associatives.

Dans sa dynamique, le projet thérapeutique interroge le personnel sur ses pratiques professionnelles. La réflexion engagée autour de son élaboration induit des représentations actualisées sur les toxicomanies et les logiques de soins.

La transdisciplinarité établie entre chacun des intervenants et la perméabilité des structures associatives, permet d'accepter un parcours de soin individuel adapté. L'abstinence, la trajectoire linéaire ne sont plus des conditions requises au regard de l'hétérogénéité des personnes prises en charge.

Ne plus attendre la demande mais aller au devant de ces demandes, tel est le principe que je développe auprès des équipes éducatives. Ce principe se traduit à l'extérieur en référençant l'association déjà labélisée CSCST, comme étant en lieu de pôle ressource auprès des institutions et des publics, s'appuyant en effet sur l'expérience professionnelle du personnel.

S'inscrire dans les réseaux de soins et de prévention, les développer et participer à leurs fonctionnements sont autant d'atouts à ma disposition pour faire évoluer le personnel vers une logique de transdisciplinarité. Pour aller encore plus loin dans cette démarche, le partenariat en cours avec le milieu judiciaire entre également dans le cadre de la fonction de pôle ressource, il répond aussi et surtout à des besoins exprimés en milieu carcéral.

L'ensemble de ces changements internes et externes qui s'interfèrent, suppose de la part du directeur un investissement majeur dans la gestion des ressources humaines. C'est donc autour d'un travail d'information et de motivation que je peux faire évoluer les représentations du personnel influençant logiquement ses pratiques quotidiennes. Les formations individuelles et collectives contribuent largement à la construction de la réappropriation d'un savoir être et d'un savoir-faire auprès d'une population à la fois désorganisée socialement et en détresse psychologique.

CONCLUSION GENERALE

Les changements s'opérant au sein de l'association sont le résultat de convergences de plusieurs éléments interactifs. Il sont les supports des projets que l'AAATF. doit porter au regard des missions qui lui sont confiées aujourd'hui et aussi de ceux qu'elle développera demain.

Les orientations signifiées par la MILDT. se transforment en impératif. Les centres de soins doivent les intégrer dans leurs pratiques, au risque de se voir déconventionné et donc sans financement. Cette opportunité d'évolution est renforcée dans le même temps par des changements de directeur : regard nouveau, approche plus globale et remise en question de l'existant tout en tenant compte du passé.

L'hétérogénéité des problématiques d'addiction dans son évolution, mérite toute notre attention en dépit des campagnes de prévention sur les abus de drogues, de médicaments, d'alcool et de tabac. Tout en tenant compte des problématiques passées, force est de constater qu'une approche transdisciplinaire c'est à dire bio -psycho-sociale est plus que nécessaire pour offrir des espaces soignants aux personnes dont la trajectoire individuelle se trouve affectée par des conduites d'abus nocifs. En effet, la toxicomanie est d'abord un phénomène de société qui ne peut être résolu uniquement par une approche sanitaire. Les dispositifs intégrant les dimensions psychologiques, éducatives, sociales sont tout aussi indispensables à la restauration des liens sociaux, supports de toute citoyenneté.

Le potentiel humain et matériel de l'association se mesure au regard de vingt ans d'expérience professionnelle de soins auprès des toxicomanes. Bien que forgée autour d'une logique d'abstinence les ressources innovantes du début ont continué d'évoluer, mais se trouvent toutefois en déphasage au cours de ces dernières années. Pouvait-il en être autrement de cette institution, par rapport à un phénomène évoluant presque en forme exponentielle ?

Porteur de projet que je dois être en tant que directeur, la dynamique de changement ne s'arrêtera pas à la fin de l'année 2000, je dois l'inscrire dans la culture associative. Car si

nous faisons un rapide retour sur le passé, nous pouvons constater que le phénomène de la toxicomanie dans ses pratiques d'abus et dans les réponses de prise en charge ressemble par son extension à une réaction en chaîne. En effet, de simples consommations d'opiacés à l'origine nous constatons aujourd'hui l'éventail des polyconsommations, auxquelles s'ajoutent maintenant d'autres consommations licites, mais gravement toxiques pour la santé de l'homme. Des réponses bénévoles de soins en toxicomanie du début des années 60, l'état étend les prérogatives des structures vers toutes les conduites d'addictions. L'idée récente de travail en réseau traduit à la fois la diversité des réponses et la qualité des services à rendre.

Nous pouvons alors nous poser la question du devenir du secteur spécialisé en toxicomanie.

A court terme il perdra son statut d'exception et passera dans le droit commun, passant très probablement dans le secteur médico-social, sous la loi de 75, au même titre que le secteur de l'alcoolisme. Nous pouvons aussi pousser le raisonnement dans le domaine du "coût social" où selon une étude remise à la MILDT. en octobre 1999⁶⁷, le coût social des drogues illicites représente 6,12% contre 40,94% pour le tabac et 52,94% pour l'alcool. Le faible poids des toxicomanies peut amener les décideurs pour des raisons financières mais aussi dans une logique de santé publique, à faire fusionner certaines structures, bien que les processus de soins soient différents.

De plus, les progrès de la neurobiologie sont tels qu'une molécule viendra inhiber tout plaisir de prendre de la drogue et peut être aussi celui d'avoir des conduites d'excès. Si cette magie chimique calme le manque, il n'en reste pas moins vrai que l'homme est là dans sa dignité, sa citoyenneté et que ces valeurs sont à protéger et soutenir. Le travail social ne manquera pas. Dans cette perspective, le rôle du directeur est précisément d'anticiper les besoins et d'inscrire ses équipes dans une dynamique constante de changements au service de valeurs d'humanisation.

⁶⁷ "L'alcool est la drogue qui pèse le plus lourd sur la société française", Le Monde, mardi 26 octobre 1999.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages lus ou consultés

- BERGERET Jean, Précis des toxicomanies, Paris, Presses Universitaires de France, 1988 ;
Toxicomanie et personnalité, Paris, Presses Universitaires de France, 5^e édition corrigée,
 1996.
- BROCHU Serge, Drogue et criminalité, Québec, Canada, Presses Université de Montréal,
 1995.
- CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, L'acteur et le système, Essais, Seuil, 3^e édition,
 1977.
- CURTET Francis, Idées fausses sur la défonce, Paris, Flammarion, 1982.
- FREUD, Trois essais sur la théorie de la sexualité, Paris, Gallimard, Idées, 1962.
- FONTAINE Bernard, MOREL Alain, HERVE François, Soigner les toxicomanes, Paris,
 Dunod, 1997.
- FOUCAULT Michel, Il faut défendre la société, Paris, Gallimard, 1997.
- GEISMAR WIERVORKA Sylvie, Les toxicomanes, Paris, Seuil, 1995.
- GERVAIS Yves, La prévention des toxicomanies chez les adolescents, collection Pratiques
 sociales, Paris, l'Harmattan, 1994.
- GIBIER Lionel, Prise en charge des usagers de drogues, ouvrage à paraître.
- HUERRE Patrice, REYMOND Martine, REYMOND Jean Michel, L'adolescence n'existe
 pas, Paris, Odile Jacob, 1997.
- LOUBAT Jean René, Elaborer son projet d'établissement social, Paris, Dunod, 1997.
- MEDA Dominique, Le travail une valeur en voie de disparition, Paris, collection Alto,
 Aubier, 1995.
- MIRAMON Jean Marie, Manager le changement, Rennes, ENSP, 1996.
- OLIEVENSTEIN Claude, La drogue ou la vie, Paris, Robert Laffont, 1984 ;
Il n'y a pas de drogués heureux, Paris, Robert Laffont, 1977, édition Livre de Poche, 1980.
- PARRINO Mark.W, Traitement à la méthadone, Genève, Médecine & Hygiène S A, 1994,
 tiré de la version originale américaine State Méthadone Treatment guidelines, 1992.

PIOTET et SAINSAULIEU, Méthodes pour une sociologie de l'entreprise, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques & Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), 1994.

ZARIFIAN Edouard, Les jardiniers de la folie, Paris, Odile Jacob, 1997.

Rapports

OFTD, Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances, Paris, OFDT, 1999.

HENRION Roger, Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et les toxicomanies, Paris, La Documentation Française, 1995.

PARQUET Bernard, Comité Français d'Education pour la Santé, Paris, 1997.

PELLETIER Monique, Problèmes de la drogue, Paris, La Documentation Française, 1978.

ROQUES Bernard, Les problèmes posés par la dangerosité des drogues, Paris, La Documentation Française, 1998.

Dossiers, Etudes, Articles

Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT), Saint Genis Laval :

Le livre Blanc, 1993.

Etat des lieux et propositions, novembre 1997.

Actes de Lille, Maison de l'Education Permanente, novembre 1998.

La santé de l'homme, Comité Français d'Education pour la Santé, Vanves, 1998, n° 334.

Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendants aux opiacés, Conférence de Consensus des 23 et 24 avril 1998, Paris, Fédération Française de Psychiatrie, 1998.

2e Conférence européenne des intervenants en toxicomanie, Fédération Européenne des Intervenants en Toxicomanie, ERIT, 1996.

CNDT Québec / Canada, 1995, n° 20.

Traitements de substitution, Impact Médecin, tiré à part, mars 1997.

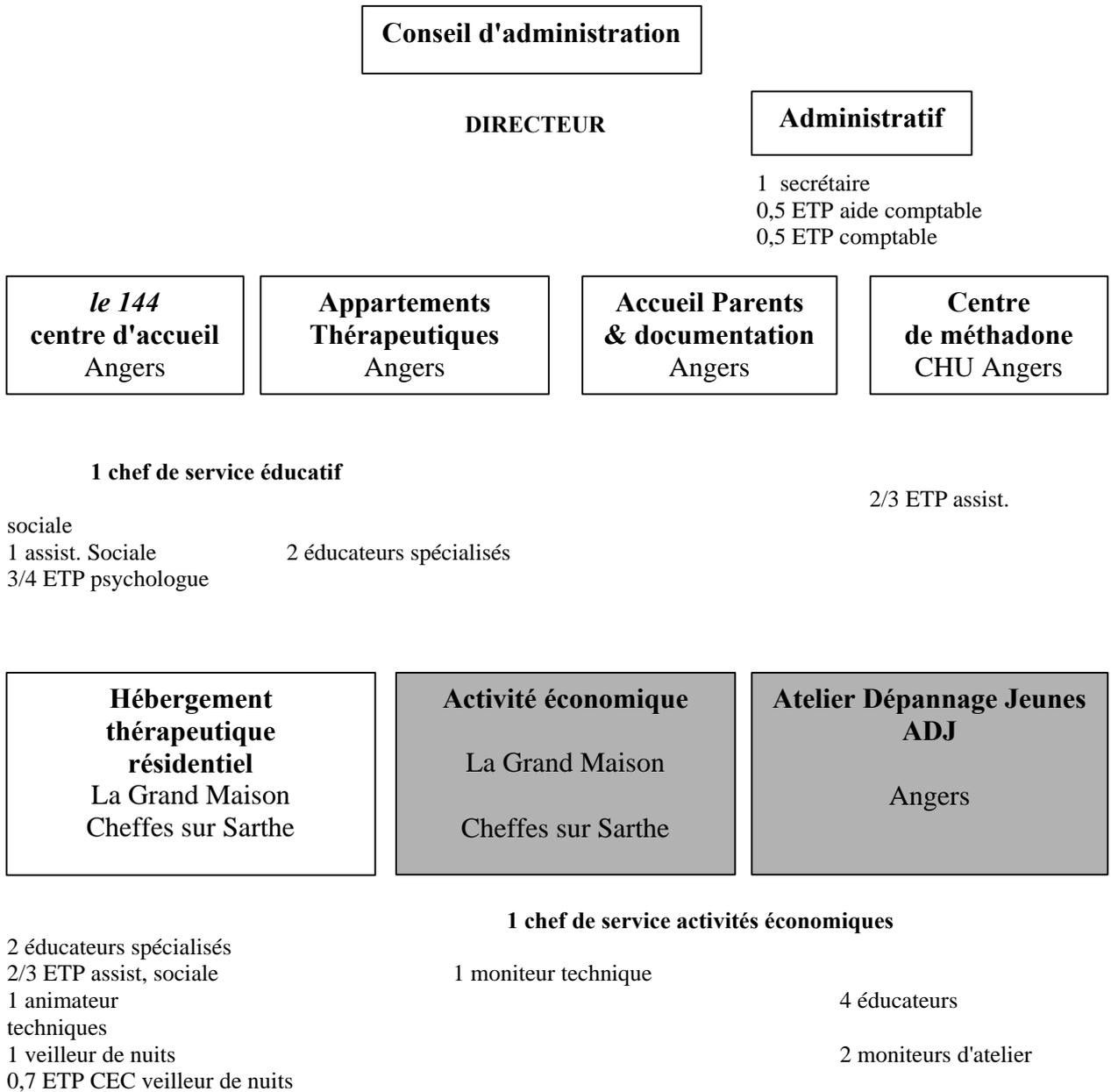
VENISSE Jean Luc, Conduites de dépendance du sujet jeune, ESF, 1995.

Drogues et substitutions, OFDT, <http://www.ofdt.fr>.

Données et repères toxicomanie et Sida, CEFS, dossier, janvier 1998.

Drogues et toxicomanies, Paris, OFDT, 1999.

ORGANIGRAMME FONCTIONNEL DES DIFFERENTES STRUCTURES



BUDGETS 1999

Administratif :	1 116 KF	
Centre d'accueil :	929 KF	
Hébergements & appartements :	1 945 KF	
ADJ :	2 760 KF	(dont 1 260 KF de productions)
Activité économique La Grand Maison :	703 KF	(dont 262 KF de prestations)

PROJET DE CHARTE DE L'A.A.A.T.F.

PREAMBULE

Cette charte est adoptée dans son intégralité par l'ensemble des acteurs sociaux de l'A.A.A.T.F.

Par acteurs sociaux, nous considérons toutes les personnes qui participent à quelque titre que ce soit aux missions de l'A.A.A.T.F. :

- les membres du Conseil d'Administration
- l'ensemble des salariés
- les bénévoles
- les familles d'accueil
- les stagiaires
- les objecteurs de conscience

ARTICLE 1

La légitimité, les devoirs généraux et les missions de l'A.A.A.T.F. se fondent sur la déclaration universelle des droits de l'Homme.

ARTICLE 2

L'action de l'A.A.A.T.F. a pour finalité de rendre ou de faciliter l'exercice d'une capacité citoyenne à ceux et celles qui font appel à elle.

ARTICLE 3

L'action se définit par rapport à la loi dans le cadre de missions précises :

- prise en charge et prévention telles que définies par l'article 2 des statuts.

ARTICLE 4

La légitimité du travail social est fondée sur une fonction d'action sociale qui incombe à la puissance publique.

Une part importante reste confiée à l'initiative privée.

Privée ou publique, cette initiative doit répondre à une exigence de compétences.

ARTICLE 5

L'action sociale mise en oeuvre par l'A.A.A.T.F. l'est dans un esprit de missions de service public.

ARTICLE 6

Dans le cadre de leurs missions, les acteurs sociaux de l'A.A.A.T.F. doivent s'engager dans une solidarité active, respectueuse de la loi, prenant en compte aussi bien la prévention que l'accompagnement des personnes et le traitement des informations.

ARTICLE 7

Les salariés mettent en oeuvre le projet institutionnel élaboré par l'association et faisant l'objet d'une convention avec l'Etat. Ils évaluent leurs actions et en rendent compte aux différentes instances responsables de l'A.A.A.T.F. ainsi qu'aux tutelles administratives concernées.

ARTICLE 8

Toute personne faisant appel à l'A.A.A.T.F. doit être entendue dans ses attentes, respectée dans son développement et son projet de vie.

Dans le respect de ses possibilités et de ses compétences, toute personne faisant appel à l'association doit être associée à l'élaboration d'un éventuel projet d'intervention.

Dans la mesure du possible, les interventions auprès des mineurs se feront en collaboration avec leur famille.

ARTICLE 9

Toute personne susceptible de bénéficier d'une intervention doit être informée des possibilités et des limites de cette intervention ainsi que de ses répercussions.

Par ailleurs, il devra lui être indiqué ses possibilités de recours.

ARTICLE 10

Elle a droit au respect de ses convictions et de ses croyances. Elle ne saurait être victime d'attitudes

vexatoires ou attentatoires à sa dignité. Ses droits sont aussi ses devoirs à l'égard d'autrui.

ARTICLE 11

La confidentialité des informations recueillies sur les personnes est un droit fondamental. L'obligation de discrétion concernant ces personnes vis à vis des tiers imposent des règles quant aux traitements et à la transmission de ces informations.

ARTICLE 12

L'ensemble des salariés de l'A.A.A.T.F. s'engagent à tendre vers la plus haute compétence possible tant sur le plan personnel que sur les démarches de formation. Cette dernière doit être prise dans un plan de formation. Ceci en accord avec les principes d'éthiques et déontologiques définis dans cette charte.

ARTICLE 13

Dans un souci d'intérêt collectif, les acteurs sociaux de l'A.A.A.T.F. bénéficient d'une autonomie technique respectant les choix institutionnels. Ils s'engagent à assurer leurs missions en mettant en oeuvre l'ensemble des moyens dont ils disposent.

Le 18 mars 1999