



**ADOSSER UN CAARUD AU CSAPA POUR PRENDRE  
EN COMPTE UN PUBLIC EN SITUATION D'ADDICTION  
DISSEMINÉ EN TERRITOIRE RURAL**

*Anne LE GUERN*

**2015**

*cafdes*



---

# Remerciements

---

Je remercie l'ensemble des formateurs, des professionnels, des amis et proches qui ont contribué à ce travail de fin d'études par leur disponibilité, leur écoute bienveillante et leur relecture attentive.

Un merci tout particulier à mes enfants pour leur patience infinie, Régis Dumont pour ses précieux conseils et Lucia qui, par son regard profane, m'a permis de clarifier ma pensée.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Un public en situation d'addiction disséminé en Flandre Intérieure qui n'accède pas au CSAPA « La Rose des Flandres »</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 Le CSAPA et son activité sur le territoire</b> .....	<b>5</b>
1.1.1 Le CSAPA « La Rose des Flandres » géré par une association .....	5
1.1.2 Les missions du CSAPA « La Rose des Flandres » et le personnel .....	6
1.1.3 Un public en situation d'addiction en zone rurale qui n'accède pas aux soins du CSAPA.....	7
<b>1.2 Le public sur le territoire de la Flandre Intérieure</b> .....	<b>9</b>
1.2.1 Définition de l'addiction : une évolution des approches et des représentations des professionnels qui ne convainc pas l'opinion publique.....	9
1.2.2 Alors que l'ONU appelle à la dépénalisation des usages de drogues, deux modèles européens s'opposent en la matière, le choix français : un dispositif pénal qui renforce la méfiance. ....	11
1.2.3 Les caractéristiques du public et des familles .....	17
1.2.4 Les caractéristiques des communes de Flandre Intérieure .....	20
<b>1.3 Un dispositif législatif et réglementaire qui incite à la prise en compte du problème</b> .....	<b>24</b>
1.3.1 La loi de santé de 2004 et la loi HPST de 2009 .....	24
1.3.2 Projet régional de santé et schéma régional d'organisation médico-social de l'ARS du Nord Pas-de-Calais 2012-2016 .....	25
1.3.3 Le rapport de l'IGAS, le rapport MILDT et le projet de loi de santé 2015 .....	27
<b>2 Diagnostic stratégique dans la perspective de la création d'un CAARUD adossé au CSAPA</b> .....	<b>31</b>
<b>2.1 Les enjeux associatifs sur le territoire</b> .....	<b>31</b>
2.1.1 Une association relativement jeune, récemment professionnalisée, qui a besoin de développer son activité.....	31
2.1.2 Un partenaire concurrentiel dans le domaine du traitement par la méthadone sur un même territoire .....	33
<b>2.2 Analyse stratégique : un CAARUD en Flandre Intérieure adossé au CSAPA</b>	<b>35</b>

2.2.1	Ressources humaines, immobilières et analyse financière .....	35
2.2.2	Faiblesse du réseau partenarial dans les villages .....	36
2.2.3	Un désintérêt de la psychiatrie et des médecins généralistes pour le champ de l'addictologie.....	38
2.2.4	Un clivage dans les rapports des secteurs du médico-social et de la Justice dans un contexte de redécoupage de la carte judiciaire .....	43
<b>2.3</b>	<b>Quelles stratégies face à « la guerre des Mondes » : comment intégrer les logiques contextuelles du champ psychiatrique, de la médecine générale et de la justice .....</b>	<b>45</b>
2.3.1	Les champs du possible avec le secteur psychiatrique et la médecine générale .....	46
2.3.2	Quelles articulations avec la justice ?.....	50
<b>3</b>	<b>La création du CAARUD mobile.....</b>	<b>55</b>
<b>3.1</b>	<b>Elaboration du projet CAARUD mobile et articulation avec le CSAPA ....</b>	<b>55</b>
3.1.1	Les grands axes du projet de service.....	55
3.1.2	Une démarche participative initiée avec les professionnels et une implication de l'équipe dans le développement de projet.....	56
<b>3.2</b>	<b>Adaptation de l'organisation.....</b>	<b>58</b>
3.2.1	Un nouvel organigramme au CSAPA/CAARUD mobile.....	58
3.2.2	Définition des missions .....	59
3.2.3	Elaboration du budget prévisionnel et du plan de financement .....	61
<b>3.3</b>	<b>Développer une coopération avec les acteurs du territoire.....</b>	<b>62</b>
3.3.1	Les communautés de communes de Flandre Intérieure.....	62
3.3.2	Les médecins généralistes : mise en place d'un dispositif d'intervision et proposition de création d'une microstructure.....	64
3.3.3	Le réseau Flandre Intérieure : un réseau d'acteurs de première ligne.....	64
3.3.4	Le secteur psychiatrique : s'appuyer sur la mise en place du Réseau Précarité Santé Mentale de Flandre Intérieure.....	66
<b>3.4</b>	<b>Evaluation de la pertinence et de l'efficacité du dispositif .....</b>	<b>68</b>
3.4.1	Evaluation des coopérations avec les acteurs du territoire.....	68
3.4.2	Evaluation des articulations entre les activités du CSAPA et du CAARUD.....	69
3.4.3	Evaluation de l'impact de l'activité du CAARUD sur celle du CSAPA .....	70
	<b>Conclusion.....</b>	<b>73</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>77</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>



---

## Liste des sigles utilisés

---

A.G.S.S. de l'UDAF	: Association de Gestion de Services Sociaux de l'UDAF
A.R.S.	: Agence Régionale de Santé
C.A.A.R.U.D.	: Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
C.C.A.S.	: Centre Communal d'Action Sociale
C.C.F.I.	: Communauté de Communes de Flandre Intérieure
C.E.S.	: Contrat Emploi Solidarité
C.R.E.H.P.S.Y.	: Centre de Ressources sur le Handicap Psychique
C.R.O.S.M.S.	: Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
C.S.A.P.A.	: Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
C.S.S.T.	: Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
D.A.S.S.	: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.D.C.S.	: Direction Départementale de la Cohésion Sociale
E.P.S.M.	: Etablissement Public de Santé Mentale
E.T.P.	: Equivalent Temps Plein
F.N.A.R.S.	: Fédération Nationale des associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale
G&T 59-62	: Généralistes et Toxicomanie 59-62
H.P.S.T.	: Hôpital, Patient, Santé, Territoire
I.G.A.S.	: Inspection Générale des Affaires Sociales
M.I.L.D.E.C.A.	: Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues Et les Conduites Addictives
M.I.L.D.T.	: Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie
M.S.A.	: Mutualité Sociale Agricole
O.E.D.T.	: Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies
O.M.S.	: Organisation Mondiale de la Santé
O.N.D.A.M.	: Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
P.J.J.	: Protection Judiciaire de la Jeunesse
P.R.A.P.S.	: Programme de Prévention et d'Accès aux Soins
R.D.R.	: Réduction Des Risques

R.P.S.M.	: Réseau Précarité Santé Mentale
S.A.T.O.	: Service d'Aide aux Toxicomanes
S.I.D.A.	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
S.P.I.P.	: Service de Probation et d'Insertion Pénitentiaire
S.R.O.M.S.	: Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
T.S.O.	: Traitement de substitution aux opiacés
T.R.E.N.D.	: Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues
T.R.O.D.	: Test Rapide d'Orientation Diagnostique
T.G.I.	: Tribunal de Grande Instance
U.D.A.F.	: Union Départementale des Associations Familiales
U.T.P.A.S.	: Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale
V.H.C.	: Virus de l'Hépatite C
V.I.H.	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Introduction

« **La galère des toxicomanes des campagnes** ». Ce titre d'un article du journal « le Monde » de l'édition du 19 septembre 2013<sup>1</sup> illustre pourquoi le développement de dispositifs mobiles en milieu rural est un axe important du plan de lutte contre les drogues et les addictions.

En effet, les addictions en zone rurale sont en constante augmentation. Les difficultés d'accès aux structures de soins ambulatoires, notamment pour la délivrance des traitements de substitution aux opiacés, ainsi qu'aux matériels de réduction des risques et des dommages, sont accentuées par l'étendue géographique des territoires et un manque de proximité des services médicaux.

Les addictions restent en France un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples : sanitaires, médicaux et sociaux. Les conduites addictives, en particulier les consommations de tabac, les abus d'alcool et dans une moindre mesure, de substances psychoactives, interviennent ainsi dans 30% des cas de mortalité précoce et évitable. On sait que 35% des jeunes de 17 ans ont déjà consommé de l'alcool et du cannabis simultanément, et qu'à 17 ans, un adolescent sur 5 consomme du cannabis plus de 10 fois dans l'année. Les addictions aux substances psychoactives sont responsables en France de plus de 100 000 décès, soit par accidents ou par maladies (dont près de 40 000 cancers).<sup>2</sup>

Je suis directrice d'un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie<sup>3</sup> implanté à Bailleul au cœur du territoire rural de Flandre Intérieure.

Lors de ma prise de fonction en septembre 2011, je constate que l'activité de l'établissement est bien en deçà de sa capacité de fonctionnement. L'autorisation de fonctionnement est accordée pour une durée de trois ans. Il s'agit d'un établissement récent, mal connu des professionnels du territoire, et peu repéré par les usagers de drogues sur le territoire rural de Flandre Intérieure.

---

<sup>1</sup> COLNET C., 19 septembre 2013, « La galère des toxicomanes », *Le Monde*

<sup>2</sup> Selon le Plan 2007-2011 du ministère de la santé et de la solidarité, la prise en charge et la prévention des addictions.

<sup>3</sup> CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2015



Aujourd'hui, nous développons des stratégies de communication en direction des professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire. L'établissement est mieux connu, l'activité a considérablement augmenté, surtout depuis l'ouverture du centre de traitement par la méthadone. Ce type de traitement était peu ou pas accessible à la population, les centres les plus proches étant à Armentières ou Dunkerque.

Pour autant, l'analyse de la file active<sup>4</sup> de l'exercice 2014 de l'établissement montre que le public qui accède au CSAPA est un public essentiellement issu des communes de Bailleul et d'Hazebrouck. Notre centre a établi son activité principale à Bailleul et une annexe à Hazebrouck. Cependant, nous constatons que très peu de personnes en situation d'addiction des petites et moyennes communes rurales accèdent aux soins en addictologie. Dès lors plusieurs questions se posent :

- Comment remédier à cette situation qui place l'établissement en position inconfortable vis-à-vis des politiques, des financeurs et des associations concurrentes potentielles ?
- Comment toucher le public en situation d'addiction disséminé sur le territoire rural de Flandre Intérieure ?

C'est à ces questions que ce mémoire se propose de répondre.

Dans une première partie, je vous proposerai quelques éléments d'explication de ce phénomène de défaut d'accès aux soins de cette population. Dans ma position de directrice de la structure, en connaissance des difficultés et des ressources, je démontrerai en quoi cette question concerne le CSAPA « La Rose des Flandres ».

La deuxième partie de cette étude évaluera les conditions et le contexte de création d'un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues<sup>5</sup> mobile adossé au CSAPA en réponse à la problématique posée, sachant qu'un CSAPA est un dispositif d'offre de soins, tandis que les CAARUD sont des dispositifs « bas seuil ». Ils accueillent les publics usagers de drogues qui ne sont pas nécessairement en demande de soins par rapport à leurs consommations, et vont également à leur rencontre pour créer du lien social et proposer des accompagnements de réduction des risques et des dommages.

---

<sup>4</sup> Personnes venues consulter au moins une fois dans l'année

<sup>5</sup> CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

Enfin, je proposerai la mise en place d'un CAARUD mobile en articulation avec le CSAPA, dans l'objectif de faciliter l'accès aux soins en CSAPA et de réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux pour cette population isolée en territoire rural.

# **1 Un public en situation d'addiction disséminé en Flandre Intérieure qui n'accède pas au CSAPA<sup>6</sup> « La Rose des Flandres »**

## **1.1 Le CSAPA et son activité sur le territoire**

Le CSAPA est géré par une association à but non lucratif. Lors de son ouverture en mars 2009, il doit faire face à une diversification importante de ses activités et à l'intégration de nouveaux professionnels dans une démarche d'appropriation du projet d'établissement. Parallèlement, le CSAPA continue à développer son activité auprès d'une population habitant un secteur semi-rural d'environ 750km<sup>2</sup> (sans compter l'Armentiérais qui est rattaché à la communauté urbaine de Lille).

### **1.1.1 Le CSAPA « La Rose des Flandres » géré par une association**

L'association Para-Chute naît en mai 1997 à l'initiative du médecin généraliste Jacques FLORENT et du député maire de Bailleul Jean DELOBEL.

Le Conseil d'Administration est composé du Docteur Jacques FLORENT, Président, de Jean DELOBEL, Président d'honneur, de parents de consommateurs et de personnes elles-mêmes toxicomanes.

Professionnels du secteur et personnes usagères des services proposés s'impliquent ensemble au sein de l'association.

Le projet associatif est fondé sur des valeurs humanistes et propose d'aider les personnes à accéder au patrimoine culturel, aux savoirs nécessaires à leur réalisation personnelle et à la maîtrise de leur destin. Il s'agit d'accompagner la personne « dépendante » dans la conquête ou la reconquête de l'exercice de sa liberté et de son libre arbitre et de ce fait, être responsable de ses actes. Les notions de liberté, de tolérance, d'indépendance, d'ouverture et de curiosité sont indissociables de l'esprit humaniste qui anime l'association Para-Chute. Ce qui est au cœur du projet, c'est de mettre le développement des qualités essentielles de l'être humain au premier plan des préoccupations institutionnelles.

A cette époque, pour évoquer les personnes consommant des produits psychotropes, on parle de « toxicomanes », « d'abstinence » et de « rechute ».

---

<sup>6</sup> C.S.A.P.A. : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, instauré par la loi du 2 janvier 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale  
Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

En créant cette association, le Docteur Jacques FLORENT souhaite proposer des activités occupationnelles à sa patientèle toxicomane pour la soutenir dans sa démarche de soin, et éviter autant que possible les phénomènes de « rechutes ».

Un local est mis à disposition par la commune de Bailleul pour assurer l'accueil du public. L'animation des activités est menée par des bénévoles.

En 2008, l'opportunité se présente de déposer un projet en CROSMS<sup>7</sup> pour demander à regrouper les activités associatives au sein d'un CSAPA. En effet, le cahier des charges des CSAPA<sup>8</sup> est constitué de missions déjà développées par les activités de l'association.

Le CROSMS rend un avis favorable le 10 juin 2008 et le 10 mars 2009, la DDASS<sup>9</sup> délivre une autorisation de fonctionnement provisoire d'une durée de trois ans,

### **1.1.2 Les missions du CSAPA « La Rose des Flandres » et le personnel**

Le CSAPA « La Rose des Flandres » développe les missions obligatoires suivantes :

- L'accueil,
- L'information,
- L'évaluation médicale, psychologique et sociale,
- L'orientation,
- La prise en charge de la réduction des risques sanitaires pour toutes les addictions, y compris les addictions sans produit.

L'accompagnement du public comprend :

- Une prise en charge médicale avec une possibilité d'initialisation de traitement de substitution et de délivrance de traitement par la méthadone au sein du centre,
- Une prise en charge psychologique,
- Une prise en charge sociale et éducative.

Le CSAPA « la Rose des Flandres » développe aussi des missions facultatives pour répondre aux particularités du secteur de la Flandre Intérieure :

- Une consultation « jeunes consommateurs » au centre de soins de Bailleul,
- Une consultation « jeunes consommateurs » de proximité à Hazebrouck,
- Des consultations avancées,
- Des actions de prévention.

---

<sup>7</sup> CROSMS : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Social

<sup>8</sup> Missions des CSAPA fixées dans la circulaire N° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie

<sup>9</sup> DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

L'équipe pluridisciplinaire accompagnant le public dans son parcours de soins est constituée de :

- Deux médecins (0.5 ETP<sup>10</sup>),
- Une infirmière (1 ETP),
- Une pharmacienne (0,11 ETP),
- Deux psychologues (1.5 ETP),
- Deux éducateurs spécialisés (2 ETP),
- Une assistante de service social (1 ETP),
- Un salarié en charge d'accueillir le public au sein de l'établissement (0.80 ETP).

### **1.1.3 Un public en situation d'addiction en zone rurale qui n'accède pas aux soins du CSAPA**

Depuis une dizaine d'années, des micro-réseaux de trafics de substances illicites se diffusent sur l'ensemble du territoire urbain, péri-urbain et rural.<sup>11</sup> Les produits sont de plus en plus disponibles sur l'ensemble du territoire et le milieu rural n'est pas épargné. L'enquête de l'association SATO-Picardie met en évidence que les soins sont difficilement accessibles en zone rurale.<sup>12</sup> Les plus démunis, c'est-à-dire les plus éloignés du droit commun, n'ont pas de complémentaire santé, ce qui entrave l'accès aux soins ou provoque des renoncements ou des ruptures dans les parcours. Lorsqu'ils ne sont pas réalisés en CSAPA, les TSO<sup>13</sup> sont coûteux et nécessitent des consultations médicales très fréquentes. Les principales entraves à l'accès aux soins repérées dans l'étude du SATO-Picardie sont : la crainte de la rumeur, la honte, les expériences de refus de soins, la distance pour accéder à un CSAPA (notamment pour le programme de la méthadone), la barrière financière et le défaut de mobilité.

De la même manière, il existe une part importante du public consommateur de substances psychoactives qui n'accède pas au dispositif de soins proposé sur le territoire de la Flandre Intérieure.

---

<sup>10</sup> Equivalent Temps Plein

<sup>11</sup> COSTES J.M. / éd., 2010, *Les usages illicites en France depuis 1999, vus au travers du dispositif TREND*, Saint Denis : OFDT, 192 p., p.136

<sup>12</sup> SOLER A., 2013, *Addictions et milieu rural*, Saint Martin le Nœud : Recherche Action du SATO-Picardie avec le soutien de l'ARS, le Conseil Régional de Picardie, la MILDT et le Conseil Général de l'Oise, 114p.

<sup>13</sup> TSO : Traitement de substitution aux opiacés

Alors que des personnes sont repérées sur la commune de Merville en tant que consommatrices de substances illicites<sup>14</sup>, l'activité de notre établissement démontre que peu de ces personnes accèdent aux soins. En effet, en 2010, 15 Mervillois sont venus au moins une fois au CSAPA pour une file active de 138 personnes, 7 en 2011 pour une file active de 155 personnes et 12 en 2012 pour une file active de 166 personnes<sup>15</sup>. Il est utile de rapprocher ce constat de l'activité du CSAPA de l'association « le Cèdre Bleu » d'Armentières afin de vérifier dans quelle mesure le public mervillois fréquente leur établissement. En effet, jusque fin 2013, notre CSAPA était dans l'attente de l'ouverture d'un centre de traitement par la méthadone, seul le CSAPA d'Armentières pouvait délivrer ce traitement. Les données statistiques du « Cèdre Bleu » en la matière sont les suivantes : en 2010, le CSAPA d'Armentières a reçu 6 Mervillois pour une file active de 244 personnes, en 2011, 6 Mervillois pour une file active de 262 personnes et en 2012, 5 Mervillois pour une file active de 299 personnes. Ce qui tend à démontrer qu'effectivement la population de Merville repérée comme consommant des produits psychoactifs n'accède pas aux soins.

La difficulté d'accès aux soins est aussi observée sur d'autres moyennes communes du territoire. Ainsi, concernant la ville d'Estaires, une des principales communes du territoire avec Bailleul, Merville et Hazebrouck, peu d'habitants de cette commune fréquentent notre établissement. En 2010, 7 sont venus au moins une fois, 6 en 2011 et 5 en 2012, par exemple Romain<sup>16</sup> qui habite à 10 km de Bailleul dans une commune de 2000 habitants. Il nous explique que venir trois fois par semaine pour chercher son traitement est très compliqué : le scooter que son père lui prêtait est tombé en panne, il vient parfois en stop ou accompagné par son grand-père, car il a un bus tôt le matin dans son village, et celui qui le ramène chez lui est en milieu d'après-midi.

Les publics fréquentant le CSAPA sont majoritairement les publics des villes les plus importantes du territoire : Bailleul où est implanté l'établissement, et Hazebrouck avec une annexe.

En conclusion, même si l'établissement est maintenant mieux connu des partenaires et atteint ses objectifs en matière de file active, les publics des petites villes (entre 3 500 et 10 000 habitants) et des villages accèdent peu ou pas aux soins en CSAPA sur la zone de proximité de Flandre Intérieure.

---

<sup>14</sup> Diagnostic prévention jeunesse selon une étude menée par le cabinet de consultant « E2i » à la demande de la Mairie de Merville, dont les résultats ont été communiqués aux partenaires sociaux en décembre 2010

<sup>15</sup> Non comprises les personnes de l'entourage

<sup>16</sup> Entretien de Romain, Annexe 1

## 1.2 Le public sur le territoire de la Flandre Intérieure

Il s'agit dans ce chapitre de situer le contexte dans lequel les missions du CSAPA doivent être mises en œuvre pour comprendre en quoi il influe sur l'accès aux soins du public. Je propose les axes de réflexion suivants :

- De quoi parle-t-on ?
- Quel contexte législatif et réglementaire ?
- Les caractéristiques du public du territoire concerné par les missions,
- Le contexte politique local de la Flandre Intérieure.

### 1.2.1 Définition de l'addiction : une évolution des approches et des représentations des professionnels qui ne convainc pas l'opinion publique

Le psychiatre Aviel GOODMAN propose une approche « intégrative » du concept d'addiction, c'est-à-dire qu'il invite à quitter les représentations sociales basées sur une approche « produit psychoactif » et le comportement de la personne souffrant d'une addiction. Il propose de prendre en compte plus généralement le processus sous-jacent au comportement addictif.

Sa définition de l'addiction est la suivante : « *Un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (défaut de gestion)* »<sup>17</sup>.

Dans les années 80, le psycho-sociologue américain Stanton PEELE a développé un nouveau concept : « L'approche expérientielle » de l'addiction.<sup>18</sup> Cette nouvelle approche a prévalu à l'organisation des systèmes de soins, tels que mis en œuvre depuis 2008 avec la création des CSAPA.<sup>19</sup> Il s'agit de quitter une approche « produit » de la dépendance pour une approche plus systémique des comportements addictifs.

En France, le psychiatre Alain MOREL et le psychologue Jean-Pierre COUTERON, ont défini l'addiction dans l'approche expérientielle et systémique de la manière suivante :

---

<sup>17</sup> GOODMAN A., 1990, « *Addiction : Definition and implications* », British Journal Addiction, Volume 85, pp.1403-1408

<sup>18</sup> PEELE S., 1985, *The Meaning of Addiction: an unconventional view*, 1998 reissued paper edition, San Francisco: Jossey Bass, 224 p.

<sup>19</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie

« *L'addiction est une recherche de satisfaction qui amène le sujet à focaliser peu à peu son existence sur un comportement en réduisant ses capacités à jouir de la vie. L'addiction devient une pathologie lorsque la conduite n'apporte plus au sujet la satisfaction qui lui donnait raison d'être, qu'il en souffre et qu'il ne parvient plus à la modifier* ». <sup>20</sup>

Les soins en addictologie ne se comprennent plus simplement de nos jours en termes de sevrage. Les modes de vie contemporains soumettent les personnes à différentes pressions, les pratiques addictives constituent aussi des moyens d'adaptation. C'est en cela que l'on peut considérer que la société est addictogène. Toutefois, toutes les pratiques addictives ne sont pas pathologiques.

Cette approche qui se base sur l'expérience des personnes par rapport à leur conduite addictive postule que l'accompagnement des publics en CSAPA repose sur « *une aide à la personne dans sa prise en charge d'elle-même* ». Il s'agit « *d'attribuer à la personne la liberté de se prendre en charge, de se déterminer selon ses ressources et ses limites propres, et selon sa satisfaction* » <sup>21</sup>.

L'approche intégrative et l'approche expérientielle sont complémentaires. Elles proposent toutes deux de sortir des approches « produits ». Ainsi, l'abstinence n'est plus une finalité en soi. Les équipes pluridisciplinaires prennent en compte la complexité et la singularité de la situation de chaque personne accompagnée par rapport à une addiction ou une pratique addictive. Les professionnels des secteurs sanitaire, social et psychologique croisent leurs regards pour prendre en compte cette complexité. <sup>22</sup>

Pour autant, ces nouvelles approches de l'addiction ne sont pas comprises et acceptées par l'opinion publique. Les représentations sociales héritées de l'histoire de la politique des drogues en France sont très ancrées chez les français, ce qui ne favorise pas l'évolution d'un cadre législatif en décalage avec l'avancée des connaissances actuelles en matière d'accompagnement des personnes souffrant d'une addiction. Ainsi, le manque de motivation et de volonté sont trop souvent associés dans les représentations sociales concernant la personne en situation d'addiction : « Quand on veut, on peut », dit-on dans le langage populaire. Ces représentations sociales accentuent les phénomènes de stigmatisation. C'est ainsi que Kathleen <sup>23</sup> décrit son impuissance à endiguer la répétition du comportement addictif malgré une motivation qu'elle affirme avec conviction : « *On se*

---

<sup>20</sup> MOREL A., COUTERON J., 2008, *Les conduites addictives*, Paris : Dunod, 298 p.

<sup>21</sup> MOREL A., COUTERON J., op. cit.

<sup>22</sup> MORIN E., 1990, *Introduction à la pensée complexe*, édition d'avril 2005, Paris : Seuil, 158 p.

<sup>23</sup> Entretien de Kathleen, Annexe 1



*bat, enfin moi pour ma part, je me bats. On ne sait plus comment arrêter. Le pire c'est qu'on le veut tous les deux... on a des projets... on veut un bébé, on veut acheter une maison dans deux ans... ».*

L'académie de médecine elle-même a publié un communiqué<sup>24</sup> qualifié de moralisateur et stigmatisant par « MG Addictions »<sup>25</sup> et la « Fédération Addictions »<sup>26</sup>, celui-ci remettant en cause le traitement par la buprénorphine à haut dosage<sup>27</sup>. Dans ce communiqué, les héroïnomanes sont décrits comme des personnes « avides » de leur médicament de substitution, trop facilement accessible sur prescription des médecins généralistes. L'académie prône un retour vers une conception du soin centré sur le sevrage. Cette position d'une institution de prestige entrave le changement des représentations stigmatisantes envers les usagers de drogue. La Fédération Addictions et MG Addictions se sont unis pour dénoncer dans un communiqué de presse le défaut de fondement scientifique des arguments de l'académie de médecine. Leurs propos sont étayés de données scientifiques invalidant les positions de la dite académie.<sup>28</sup>

### **1.2.2 Alors que l'ONU<sup>29</sup> appelle à la dépénalisation des usages de drogues, deux modèles européens s'opposent en la matière, le choix français : un dispositif pénal qui renforce la méfiance.**

A- La politique des drogues en Europe : primauté de la lutte contre le trafic

La politique des drogues en Europe s'est construite à partir de trois conventions internationales :<sup>30</sup>

- La convention unique sur les stupéfiants de 1961,
- La convention de Vienne sur les psychotropes de 1971,
- La convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et substances psychotropes de 1988.

Ces conventions obligent les pays signataires à pénaliser le trafic, la vente, la culture et la production de drogues.

---

<sup>24</sup> ACADEMIE DE MEDECINE, 30 juin 2015, Communiqué de la commission VI, « *La buprénorphine à haut dosage : mésusage et détournement d'usage* », Paris.

<sup>25</sup> Le groupe MG Addictions est un groupement de médecins généralistes impliqués en addictologie.

<sup>26</sup> La Fédération Addictions : un réseau au service des professionnels accompagnant les usagers dans une approche médico-psycho-sociale et transdisciplinaire des addictions.

<sup>27</sup> Médicament destiné au traitement substitutif de la dépendance à l'héroïne.

<sup>28</sup> Fédération Addictions et MG Addictions, 6 juillet 2015, communiqué de presse, « *L'Académie de Médecine et les traitements de substitution : la sombre impasse de l'obscurantisme...* », Paris

<sup>29</sup> ONU : Office des Nations Unies

<sup>30</sup> GRANGE A., 2005, *L'Europe des drogues : L'apprentissage de la réduction des risques aux Pays-Bas, en France et en Italie*, Paris : L'Harmattan, 448 p.

Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

Dans les années 70 à 80, des résolutions sont prises au Parlement européen, invitant les pays européens à se concerter en matière sanitaire.

Toutefois, dans les années 80, les pays s'organisent pour lutter contre le trafic, l'enjeu étant alors la construction de l'union européenne avec l'ouverture des frontières et la libre circulation des personnes.

Les Etats ne s'entendent pas sur une politique commune des aspects sanitaires et sociaux.

L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies<sup>31</sup> consacre une partie de son rapport annuel aux politiques antidrogues. Il existe un cadre pluriannuel européen pour permettre une action coordonnée entre les pays de l'Union Européenne, notamment en matière de mesures de réduction de la demande et de l'offre. Il ressort des rapports de 2013<sup>32</sup> et 2014<sup>33</sup> que même si la tendance est à l'abandon des peines de prison en cas de possession de drogue pour usage personnel, cela constitue toujours une infraction punissable d'une peine de prison. Les deux tiers des pays européens, dont la France, prescrivent la même sanction, quelle que soit la substance détenue pour usage personnel. Certains pays ont changé leur législation pour que les peines de prison n'aient plus cours pour les délits d'usage personnel. D'autres ont prescrit des directives pour que des sanctions alternatives à l'emprisonnement soient appliquées. Concernant l'offre de drogues illicites, les sanctions dans certains pays peuvent aller jusqu'à l'emprisonnement à perpétuité. Toutefois, quelques pays différencient les délits mineurs et majeurs d'offre de drogues.

#### B- La politique des drogues en France : le modèle répressif

En France, comme dans beaucoup d'autres pays européens, la prise en charge sanitaire et sociale ne préoccupe le politique que tardivement.

Ainsi, c'est sous l'angle de la répression et de la prohibition que la France s'intéresse d'abord à la prise en charge des usagers de drogues.

---

<sup>31</sup> OEDT : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies

<sup>32</sup> OEDT, 2013, *Rapport européen sur les drogues : Tendances et Evolutions*, Luxembourg : Office des publications européennes, 74 p.

<sup>33</sup> OEDT, 2014, *Rapport européen sur les drogues : Tendances et Evolutions*, Luxembourg : Office des publications européennes, 80 p.

La loi du 31 décembre 1970<sup>34</sup> est adoptée dans un contexte de plus grande visibilité du phénomène des drogues. C'est l'époque de la *French connexion* : « *Les drogues font peur et menacent la jeunesse de dévier du droit chemin* ». La toxicomanie et les mouvements de la jeunesse de 1968 sont étroitement associés. « L'Etat Providence » se sent menacé et promulgue cette loi qui se veut rassurante pour l'opinion publique. Encore aujourd'hui, c'est cette loi qui est la base des mesures sanitaires et de répression. La répression policière y est clairement légitimée et le délinquant est contraint à entreprendre des soins visant l'abstinence. Toutefois, dans les faits et en pratique, « *les activités de réinsertion, de prévention de la toxicomanie et risques liés à sa pratique sont minorés* ».<sup>35</sup>

En effet, les thérapeutes prônent la nécessité de la démarche volontaire dans le cadre de la cure de sevrage et les magistrats ne sont pas convaincus que l'obligation de soins soit une mesure de prévention de la récidive efficace.

L'opinion publique et les professionnels du secteur sanitaire conçoivent le soin avec un objectif d'abstinence, ce qui légitime l'approche répressive : le sevrage est donc imposé aux consommateurs comme alternative aux poursuites pénales.

Actuellement, le modèle français évolue progressivement et le champ de l'addictologie se spécialise. La consommation de drogue est considérée comme « *le symptôme d'une souffrance dont l'origine est à rechercher dans l'histoire personnelle du sujet et son rapport à la société* »<sup>36</sup>.

Néanmoins, le système de soins prônant l'abstinence comme finalité a retardé les ouvertures vers d'autres conceptions telles que les traitements de substitution et la réduction des risques.

C'est l'étendue et la gravité de l'épidémie du SIDA qui ont poussé les pouvoirs publics à revoir leur position en matière de prise en charge de la toxicomanie et à proposer des réponses spécifiques au sein des structures de soins spécialisés en accueillant des usagers de drogues confrontés au SIDA<sup>37</sup>. Si la vente libre de seringues en pharmacie est autorisée,

---

<sup>34</sup> MINISTERE DE LA JUSTICE, MINISTERE DE L'INTERIEUR, MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, MINISTERE CHARGE DES DOM TOM, MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, parue au JO le 2 janvier 1971

<sup>35</sup> BERGERON H., 1977, *Soigner ou prendre soin des toxicomanes : anatomie d'une croyance collective. Analyse du champ de la toxicomanie en France de 1975 à 1995 ou l'histoire de la domination d'un paradigme*, thèse du doctorat de sociologie, Institut d'Etudes Politiques de Paris, p.46

<sup>36</sup> GRANGE A., op. cit.

<sup>37</sup> SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

les pharmaciens sont réticents à accueillir ce type de population dans leurs officines. Il est d'ailleurs fréquent que des porteurs de seringues soient arrêtés pour « présomption de délit d'usage ».

En France, la loi de 1970 n'est toujours pas remise en cause. La pression policière prime toujours. La population souffrant d'addiction reste très stigmatisée, ce qui renforce sa marginalisation. L'accès aux soins est freiné. Pousser la porte d'un CSAPA, c'est aussi pour la personne prendre le risque de se faire appréhender dès lors qu'elle n'est pas abstinente.

Sur le territoire de Flandre Intérieure sont installés deux commissariats de police : un à Hazebrouck, un autre à Bailleul. S'agissant du commissariat de Bailleul, commune d'implantation du CSAPA « La Rose des Flandres », le rapport de Rolland CARRAZ et Jean-Yves HYEST<sup>38</sup> préconise dès 1998 la fermeture du commissariat avec un transfert de ses compétences vers la gendarmerie de Bailleul. La mission appuie ses préconisations sur une étude des besoins du territoire. Les élus du territoire au Sénat<sup>39</sup> ont défendu le maintien des deux commissariats, au motif que la Flandre Intérieure présente des spécificités : elle est au carrefour de Dunkerque, Lille et la Belgique, et à ce titre, elle connaîtrait une hausse de la délinquance, liée notamment à la toxicomanie.

Les besoins sont évalués à partir des faits constatés transmis au Parquet. Le nombre de faits constatés pour 1000 habitants exprime le taux de délinquance d'un territoire donné. Toutefois, c'est le ratio délinquance de voie publique/population<sup>40</sup> que la mission a choisi de retenir, du fait du sentiment d'insécurité des populations. Selon cette mission, le commissariat de Bailleul « *est sous-utilisé, cette même commune dispose en plus d'une brigade de dix gendarmes, alors qu'à quelques dizaines de kilomètres de là, les policiers de Lille sont surchargés* »<sup>41</sup>.

Cette fermeture annoncée du commissariat de Bailleul a beaucoup mobilisé les syndicats de police et les élus locaux, chacun œuvrant à faire la démonstration qu'il existe des

---

<sup>38</sup> CARRAZ R. et HYEST J.J., avril 1998, *Une meilleure répartition des effectifs de la police et de la gendarmerie pour une meilleure sécurité publique*, MINISTERE DE L'INTERIEUR, Paris 99 p.

<sup>39</sup> Question orale sans débat n°0315S de M. Alfred Foy publiée dans le JO Sénat du 02/10/1998, p. 3766 et Réponse du ministère de l'Intérieur publiée dans le JO Sénat du 21/10/1998, p.3878

<sup>40</sup> Délinquance de voie publique : regroupe les cambriolages, les vols d'automobiles, les vols d'accessoires d'automobiles, les vols à la roulotte, les destructions et dégradations de biens, les vols avec violence et vols à main armée.

<sup>41</sup> CARRAZ R. et HYEST J.J., op.cit., p. 28.

besoins à Bailleul, justifiant ainsi le maintien du commissariat. Dans la pratique, depuis ma prise de poste, j'ai pu observer à plusieurs reprises une présence policière devant notre établissement, et même une arrestation à la sortie de nos locaux.

Dans les villages et les petites villes, les consommateurs peuvent être amenés à dépanner d'autres membres de leur groupe de sociabilité.<sup>42</sup> Lorsqu'ils vont chercher le produit aux Pays-Bas ou en ville, ils en ramènent pour les autres consommateurs, parfois pour financer leur propre consommation<sup>43</sup>. Romain et Kathleen nous parlent de la manière dont ils s'approvisionnent en produits : « *...ils vont, on va dire en Hollande, ils reviennent, ils ont 2 kg. Ils prennent en gros, ils font un trajet tous les mois...* », « *...C'est un groupe d'amis qui ont des adresses, qui ont des noms, des numéros ... Après, il faut se déplacer à Lille, lui ou ses potes...* ».

En septembre 2014, la Voix du Nord titre : « *Les policiers démantèlent un trafic d'héroïne, rarissime en Flandres* ». Ces faits, « rarissimes » selon les dires des policiers, concernaient deux hommes accompagnés par le CSAPA.

Le 17 février 2015, le même journal titre : « *Bailleul : prison ferme pour Chouchou et Ninin accros à l'héroïne* ». En fait de démantèlement de trafic, il s'agissait de consommateurs d'héroïne qui faisaient pot commun et envoyaient deux d'entre eux chercher l'héroïne à Lille.

Pour les policiers, le contexte anxiogène incite à des pratiques qui accentuent encore d'avantage les pressions sur les consommateurs de drogues.

#### C- Le modèle des Pays-Bas : le développement de la réduction des risques

D'autres pays d'Europe ont construit différemment leur politique de lutte contre la toxicomanie. Ainsi, aux Pays-Bas, il existe des relations étroites entre chercheurs et politiques, de sorte que les mesures sont d'avantage basées sur les connaissances du moment que sur les représentations sociales collectives moralisatrices. Ce qui prévaut, c'est<sup>44</sup> :

- « *La valorisation de l'autonomie et de l'intégrité individuelle* »,
- « *Les déviants par rapport aux normes socio-culturelles dominantes méritent de recevoir de l'aide comme tout un chacun* »,

---

<sup>42</sup> SOLER A., op.cit.

<sup>43</sup> Entretien avec Romain, annexe 1

<sup>44</sup> GRANGE A., op. cit.

- « *Des services d'assistance offerts aux usagers, qu'ils désirent ou non arrêter leurs consommations, pour éviter les dommages irréversibles* ».

A partir de ces trois grands principes, les orientations politiques visent à réduire les pressions policières et à proposer des services de réductions des risques accessibles au plus grand nombre. Les études des scientifiques mettent en évidence que plus les consommateurs sont stigmatisés et leurs actions criminalisées, plus leurs conditions de vie se précarisent et leur environnement sanitaire se dégrade. De ce fait, les Pays-Bas ont fait le choix d'une politique plus libérale en matière de criminalisation de l'usage de stupéfiants.

Dès 1972, consommation et commerce de drogues sont différenciés. Les drogues sont classifiées en fonction des risques qu'elles présentent pour les usagers et la société (risques inacceptables pour les « drogues dures » et moindres pour les autres substances tels le cannabis et ses dérivés).

En 1985, avec l'augmentation des consommateurs d'héroïne, l'augmentation des phénomènes de désocialisation, la progression fulgurante des épidémies du SIDA et des hépatites, le principe de la réduction des risques fondent les orientations politiques. La consommation de drogue est considérée comme un problème social et traitée comme les autres problèmes sociaux. En l'occurrence, il s'agit d'éduquer les consommateurs pour qu'ils soient capables de gérer les risques liés à leurs pratiques de consommation. Aujourd'hui, les Pays-Bas ont abandonné l'exigence d'abstinence qui renforce les phénomènes de stigmatisation et de marginalisation. Le sujet n'est pas tabou et donne lieu à de nombreux écrits, des discussions et des débats publics.

#### D- L'actualité internationale en matière de politique des drogues

L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime se réunit chaque année le 26 juin. En 2013, à cette occasion, dans le cadre du projet Action Communautaire pour la Réduction des Risques, la campagne « Support. Don't punish » a été lancée.<sup>45</sup> Elle a pour but d'appeler les nations à :

- La réforme du système de contrôle international des drogues,
- La décriminalisation des usagers de drogues,
- L'abolition des peines sévères et disproportionnées des personnes impliquées dans les échelons les plus faibles du commerce de la drogue,
- L'abolition de la peine de mort pour les délits liés à la drogue,
- La centration de la politique des drogues sur la santé et la réduction des risques.

---

<sup>45</sup> <http://supportdontpunish.org/fr/a-propos/>  
Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2015

Le 26 juin 2015, dans le cadre de la journée internationale contre l'abus et le trafic de drogues, le secrétaire des Nations Unies invite les états membres à chercher des alternatives à la pénalisation et l'incarcération des consommateurs, et à privilégier l'action pénale contre la filière de l'offre. La priorité doit être donnée aux questions de santé publique, de prévention, de traitement et de prise en charge.<sup>46</sup>

### 1.2.3 Les caractéristiques du public et des familles

La Flandre Intérieure française est marquée par une identité culturelle forte, issue d'une histoire commune avec les Flandres belges. La langue régionale est le flamand. C'est une région culturellement marquée par le catholicisme qui, contrairement au reste de la région Nord, n'a pas connu les flux migratoires importants liés à l'essor de l'extraction du charbon. Il y a donc peu de mixité culturelle et les valeurs familiales, morales et culturelles sont essentiellement issues du catholicisme.

Selon le sociologue François DE SINGLY<sup>47</sup>, dans la famille « communautaire » ou « traditionnelle » les individus se définissent d'abord par leurs liens de filiation, tandis que la famille moderne se centre sur l'individualisation des liens entre ses membres.

Dans les familles traditionnelles, l'individu est au service de la famille, tandis que dans la famille moderne, c'est la famille qui est au service de ses membres. Ainsi, les rapports de solidarité ne se manifestent pas de la même façon selon que la famille est culturellement plus ou moins ancrée dans la tradition ou la modernité.

En milieu rural, *« le groupe domestique conserverait une fonction sociale destinée à atténuer bien des chocs ou à prévenir des ruptures en période d'instabilité économique. Des recompositions familiales ont lieu, mais elles s'opèrent le plus souvent au sein de la parentèle. On héberge autant que possible les enfants adultes et les membres de la fratrie qui se trouvent sans emploi ou qui à cause d'une maladie invalidante ne sont plus en mesure d'exercer une activité professionnelle. »*<sup>48</sup>

---

<sup>46</sup> <http://www.un.org/fr/events/drugabuseday/2015/sgmessage.shtml>

<sup>47</sup> DE SINGLY F., 2007, *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris : Armand Collin, 128 p.

<sup>48</sup> PAGES A., 2001, « *Pauvreté et exclusion en milieu rural français* », in *Etudes rurales*, 2001/3 (n° 159-160), *Exclusions, Dépendances, Pauvreté, Productivité, Tensions ethniques*, Paris : Editions de l'EHESS, p.97-110

L'isolement social est particulièrement lourd pour les familles les plus fragilisées en milieu rural. La campagne offre une certaine qualité de vie pour ceux qui peuvent en sortir quand ils le souhaitent. Pour les plus démunis, c'est un lieu de repli et de marginalisation.

Au terme d'une étude de plus de 20 ans, l'anthropologue Emmanuel TODD<sup>49</sup> observe que la famille communautaire est le modèle le plus fréquent dans le monde. Il en trouve quelques traces en France, et notamment dans le Nord. Selon lui, un système familial présuppose que des familles partagent des valeurs communes sur un même territoire. Il s'est attaché à définir une typologie des familles communautaires à partir de l'histoire des pays d'Eurasie et de leur territoire culturellement marqué.

Concernant la Belgique flamande qui partage des caractéristiques culturelles avec la Flandre Intérieure depuis le Moyen Âge, le modèle de famille communautaire est marqué par une forme de solidarité qui veut que les jeunes mariés cohabitent avec leurs parents quelques temps avant de prendre leur indépendance. L'auteur parle d'une co-résidence temporaire bilocale car elle se fait indifféremment dans la famille maternelle ou paternelle. (À différencier d'une co-résidence patrilocale ou matrilocale).

Au XVI<sup>ème</sup> siècle, un droit de « *maineté* »<sup>50</sup> était pratiqué en Flandres, le dernier né, comme l'ensemble de la fratrie, co-résidait temporairement lorsqu'il se mariait. Puis il revenait prendre en charge ses parents lorsqu'ils vieillissaient et héritait de la maison familiale. L'auteur observe que ce type de solidarité familiale subsiste en Flandres françaises.

Concernant le public de Flandre Intérieure que nous recevons au CSAPA, nous observons que les solidarités familiales restent fortes : les jeunes cohabitent avec leurs parents lorsqu'ils connaissent des revers de fortune dans leur parcours de vie, même si cette cohabitation est difficile et conflictuelle, comme pour ce jeune, accompagné dans le cadre de ses soins qui vivait dans une caravane au fond du jardin parental, ou aussi comme Romain<sup>51</sup> qui nous parle de ses conditions de vie chez ses grands-parents : « *Quand j'habitais à G., je vivais dans la salle de bain, en fait sur un matelas... comme mes grands-parents n'avaient pas les moyens, j'avais pas de chambre. Il y avait mon tonton qui vivait là-bas, mon père* ».

---

<sup>49</sup> TODD E., 2011, *L'origine des systèmes familiaux, T1 : L'Eurasie*, Paris : Gallimard, 768 p.

<sup>50</sup> TODD E., op. cit.

<sup>51</sup> Entretien de Romain, Annexe 1

Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2015



Les familles confrontées aux difficultés de cohabitation avec un membre de leur famille en situation d'addiction cherchent en premier lieu des solutions internes à la famille, ce qui peut retarder ou freiner l'accès aux soins.

Lorsqu'une personne en situation d'addiction est accompagnée au CSAPA, deux types d'attitudes sont repérés :

- **Une demande d'anonymat ou de confidentialité absolue**, y compris parfois à l'égard du médecin de famille, afin de cacher la situation aux proches. Un sentiment de honte sociale<sup>52</sup> et de culpabilité retarde également l'entrée dans une démarche de soin. Dans son étude consacrée aux sources de la honte, Vincent DE GAULEJAC met en évidence que honte et secret sont liés. Selon lui, « supporter le regard des gens » fait souffrir. Le sentiment de honte se développe à force de stigmatisation, d'instrumentalisation, de dépendance et de perte d'identité. Dans les villages, l'identité sociale de base est la famille lorsque ces familles sont implantées depuis plus d'une génération<sup>53</sup>. Souvent, les personnes sont désignées par leur nom de famille associé à un superlatif qui différencie les membres les uns des autres. Les usagers de drogues au sein des familles « déclassées » et socialement marquées du « sceau de la honte » sont admis et cachés par la communauté. Pour ceux-là, la déviance n'effraie pas et la consommation de drogues est facilitée. Ces comportements sont particulièrement visibles à la campagne, mais les usagers de drogues appartenant à des familles jouissant d'un certain prestige au sein de la communauté risquent un « déclassement social » et auront tendance à cacher leurs pratiques pour ne pas nuire à leur famille.  
Se soigner, c'est prendre le risque d'être découvert. Lors d'un entretien, Kathleen<sup>54</sup>, jeune mère de famille, évoque la honte qu'elle éprouve. Elle consomme en cachette, protège son secret de son employeur et de ses parents.
- **Une pression importante de la famille sur la personne en situation d'addiction et sur les professionnels de l'établissement**. Celle-ci est en attente de résultats en termes d'entrée en cure, d'abstinence, de contrôle des agissements de la personne en soin... Un retour à la norme sociale est attendu, conformément aux représentations et aux croyances de l'opinion publique qui pense encore trop souvent que la finalité du soin reste synonyme d'abstinence. Cette pression familiale qui s'ancre dans des valeurs de solidarité constitue elle aussi un frein à l'accès aux

---

<sup>52</sup> DE GAULEJAC V., 1996, *Les sources de la honte*, Paris : Desclée De Brouwer, 306 p.

<sup>53</sup> Action-Recherche du SATO-Picardie, op.cit.

<sup>54</sup> Entretien de Kathleen, Annexe 1

Anne LE GUERN - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2015

soins pour la personne en situation d'addiction qui sait qu'elle ne pourra pas répondre aux attentes de conformité sociale de sa famille.

C'est la raison pour laquelle le CSAPA s'appuie sur une approche systémique du soin en addictologie et qu'il est particulièrement important d'intégrer la place des parents et des proches dans une approche globale de l'accompagnement.

Les personnes en situation d'addiction cherchent à cacher leurs difficultés à leur environnement proche. Les métropoles offrent une certaine invisibilité aux personnes en situation d'addiction que les petites villes et les villages des territoires ruraux ne permettent pas. Par ailleurs, les élus de Flandre Intérieure peinent à reconnaître l'existence de problématiques addictives sur leurs communes.

#### **1.2.4 Les caractéristiques des communes de Flandre Intérieure**

Au sein de l'arrondissement de Dunkerque, lorsque l'autorité de tutelle était la DDCS<sup>55</sup>, la zone d'intervention de l'établissement concernant le territoire de Flandre Intérieure était une zone semi-rurale de 750 km<sup>2</sup> confrontée aux difficultés de transports. La Flandre Intérieure est composée de la communauté de communes « Flandre Intérieure » qui regroupent 50 communes et de la communauté de communes « Flandre-Lys » qui regroupe 8 communes. Les quatre principales villes sont Bailleul, Hazebrouck, Merville et Estaires qui comptent au total 50 000 habitants. Aujourd'hui, l'activité de l'établissement est de la compétence de l'ARS<sup>56</sup> du Nord Pas-de-Calais. La zone de proximité de la Flandre Intérieure est rattachée au territoire de santé de Lille Métropole – Flandre Intérieure. Le nombre d'habitants recensés sur la zone de proximité est de 181 613 dans le dernier projet régional de santé de l'ARS 2012-2016. Armentières fait désormais partie de cette zone de proximité (25 200 habitants). Pour illustrer mon propos, voici deux cartes de la Flandre Intérieure, dont l'une la situe géographiquement par rapport à la Belgique.

---

<sup>55</sup> DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale, mise en place le 1<sup>er</sup> janvier 2010

<sup>56</sup> ARS : Agence Régionale de Santé, instaurée par la loi du 23 juillet 2009

Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2015



d'une stigmatisation préjudiciable.<sup>57</sup> En effet, encore récemment, le monde rural était perçu comme un monde « archaïque » où régnaient le manque de culture, la folie et la consanguinité, en opposition au monde urbain qui représentait la modernité. Progressivement, la campagne est devenue plus attractive et attire les populations en misant sur la qualité de vie qu'elle incarne aujourd'hui car elle est supposée être restée à l'écart des excès qui frappent les villes. Ainsi, les usagers de drogues seraient l'apanage des villes, symbole de tous les excès, et risqueraient d'attirer le stigmate sur un monde rural qui se relève lentement de représentations sociales négatives. C'est pourquoi les problèmes sociaux se règlent dans la communauté et dans le secret.

Les professionnels du CSAPA « La Rose des Flandres » sont allés à la rencontre des élus des villages de la Flandre Intérieure. L'objectif était de présenter l'établissement et de réfléchir avec eux aux moyens les plus adaptés de rencontrer les publics en situation d'addiction. En général, les élus ne reconnaissent pas l'existence de situations problématiques sur leur territoire. Lorsque les professionnels évoquent des situations d'alcoolisation importante, ils veulent bien admettre que des habitants consomment de manière excessive, mais ne reconnaissent pas qu'il s'agisse d'un vrai problème. En Flandre Intérieure, le sens de la fête à son apogée lors de la saison des carnavals, est associée à la consommation d'alcool parfois excessive, mais banalisée. Au terme d'addiction ils n'associent généralement que les consommations de produits illicites. Pourtant, à Steenvoorde par exemple, alors que les élus ne reconnaissent pas les phénomènes de comportements addictifs au sein de leur commune, les médecins généralistes de la maison de santé observent qu'une partie de leur patientèle souffre d'une addiction ou vit dans l'environnement d'une personne en situation d'addiction et les établissements scolaires sont en demande d'aide pour faire face aux alcoolisations massives des jeunes aux sorties des cours, dans les abris-bus.

J'ai interviewé de manière exploratoire cinq personnes accompagnées par le CSAPA<sup>58</sup> et vivant en milieu rural. Selon leurs témoignages et la connaissance qu'ont acquise les professionnels du CSAPA auprès des publics qu'ils accompagnent, les jeunes consommateurs se regroupent au stade de football de leur village pour consommer du cannabis, voire de l'héroïne. Le cannabis est également consommé seul au domicile. Kathleen explique qu'elle consomme de l'héroïne uniquement chez elle avec son conjoint et leurs amis consommateurs. Elle ne s'approvisionne pas elle-même, de peur d'être

---

<sup>57</sup> PAGES A., 2005, *La pauvreté en milieu rural*, Toulouse : Presses Universitaires du Mirail, seconde édition revue et corrigée, pp. 30-35, 185 p.

<sup>58</sup> Annexe 2 : grille d'entretien

Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2015

contrôlée par les forces de l'ordre. Son conjoint s'approvisionne à Lille. Souvent, une personne fait le déplacement et ramène le produit pour les autres. Les dealers téléphonent pour signaler qu'ils ont de la marchandise. Les numéros de téléphone circulent. Même lorsqu'ils en changent, les dealers arrivent à se procurer de nouveau les coordonnées des clients.

Concernant le cannabis, les jeunes en trouvent dans leur village. Il est soit cultivé sur place, soit une personne s'approvisionne en Hollande et fournit le produit aux jeunes des villages qui n'ont pas besoin de se déplacer pour en trouver.

L'ecstasy est généralement achetée et consommée dans les boîtes de nuit.<sup>59</sup>

En conclusion, alors que les approches des professionnels de l'addictologie ont changé, les représentations sociales ont peu ou pas évolué et renforcent la stigmatisation et la marginalisation des publics en situation d'addiction. Le cadre législatif prohibitionniste des années 70 est toujours en vigueur et n'a pas pris en compte les évolutions du secteur de l'addictologie, ce qui renforce les sentiments de méfiance des publics.

En Flandre Intérieure, les familles manifestent des rapports de solidarité importants sur lesquels les personnes en situation d'addiction peuvent s'appuyer. Toutefois, l'accès aux soins peut s'en trouver retardé en raison du caractère secret et caché du problème par les familles et les personnes addictes elles-mêmes.

Les élus locaux des petites communes ne veulent pas prendre en compte les phénomènes d'addiction sur leur territoire, alors que les jeunes se rassemblent sur les terrains de football pour consommer des substances psychoactives licites ou illicites. De ce fait, le CSAPA a peu de relais partenariaux dans les communes rurales, d'autant que les professionnels du centre observent que les modes de connaissance des dispositifs de soins par le public sont les suivants :

- Le bouche à oreille,<sup>60</sup>
- L'orientation par la justice dans le cadre de l'obligation de soins,<sup>61</sup>
- La rencontre d'un professionnel du CSAPA dans le cadre d'action de prévention collective dans les établissements scolaires.

---

<sup>59</sup> Entretien de Romain, Annexe 1

<sup>60</sup> Entretien de Samuel, Annexe 1

<sup>61</sup> Entretien de Romain, Annexe 1

### 1.3 Un dispositif législatif et réglementaire qui incite à la prise en compte du problème

La question des addictions représente un véritable enjeu de santé publique. Progressivement, les pouvoirs publics révisent leur approche de cette question au travers des différentes lois de santé publique et l'organisation des schémas et programmes construits à partir de diagnostics et d'indicateurs de santé sur les territoires.

#### 1.3.1 La loi de santé de 2004 et la loi HPST de 2009

Deux lois fixent des axes d'orientation politique en matière d'addiction :

- **La loi de santé publique du 9 août 2004**<sup>62</sup> fixe les objectifs de santé, les plans et programmes d'action. La question des addictions y est abordée de manière transversale, au travers de l'objectif de réduction de la mortalité et de la morbidité évitables. Une avancée est notée : le législateur affirme une volonté de ne plus opposer soins et prévention en reconnaissant l'omniprésence de la prévention dans le système de soins. Il est question « *d'organiser l'accessibilité et la cohérence des services rendus en matière de prévention, de soins et de réadaptation...* »<sup>63</sup>. Ainsi, parmi les domaines couverts par la politique de santé publique nous trouvons : « *l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et de conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer* » ; « *l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps* ». Les addictions ne sont pas posées comme un problème de santé publique en tant que tel, mais sont traitées dans une approche transversale des autres grandes questions de santé. C'est dans ce contexte que sont créés les CAARUD<sup>64</sup>, avec pour missions d'assurer :
  - « *L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues* ;
  - *Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :*
    - *L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de premières nécessités, proposés de préférence sur place* ;

---

<sup>62</sup> MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, parue au JO le 11 août 2004

<sup>63</sup> Santé publique 2004, volume 16, n°4, pp.587-596

<sup>64</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de santé publique, paru au JO le 22 décembre 2005

- *L'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droits communs ;*
- *L'incitation au dépistage d'infections transmissibles ;*
- *Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;*
- *La mise à disposition de matériel de prévention des infections ;*
- *L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers. »*

C'est également dans le contexte de cette loi que sont créés les CSAPA<sup>65</sup>. Toutefois, la prévention reste une activité facultative, et bien qu'elle soit reconnue comme faisant partie des soins, elle n'est pas prise en compte par l'ONDAM<sup>66</sup>.

- **La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009<sup>67</sup>** s'inscrit dans la continuité de la loi de santé publique de 2004. La question de l'addictologie n'est toujours pas posée en tant que telle, mais sous l'angle de la prévention des maladies chroniques et des cancers. Ainsi, la prévention des risques liés à l'alcool et au tabac, l'éducation thérapeutique pour éviter les complications et les rechutes deviennent une priorité nationale, ainsi que la protection des mineurs avec l'interdiction ou l'encadrement de la vente d'alcool et de tabac. Cette prévention est appréhendée sous l'angle de la répression et de la pénalisation de certains modes de vente. Cette loi a également instauré les ARS et les transferts de compétences s'y afférant.

### **1.3.2 Projet régional de santé et schéma régional d'organisation médico-social de l'ARS du Nord Pas-de-Calais 2012-2016**

L'ARS du Nord Pas-de-Calais<sup>68</sup> présente la particularité de traiter le champ de l'addictologie au sein de la direction de l'offre médico-sociale dans le cadre de la mission « Personnes en difficultés spécifiques ».

---

<sup>65</sup> MINISTERE DE LA SANTE, DES SOLIDARITES, DE LA SECURITE SOCIALE, DES PERSONNES AGEES, DES PERSONNES HANDICAPEES ET DE LA FAMILLE. Décret 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, paru au JO le 15 mai 2007

<sup>66</sup> Objectif national des dépenses de l'assurance maladie, fixé annuellement

<sup>67</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, parue au JO le 22 juillet 2009

<sup>68</sup> Annexe 3 : organigramme de l'ARS Nord Pas de Calais

Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

Le plan stratégique régional de santé postule que l'égalité d'accès à la santé et l'efficience du système de soins doivent s'exercer dans le cadre de la solidarité nationale par les mécanismes de solidarité complémentaires. La santé est entendue dans sa conception globale telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé, la priorité n'étant plus le soin technique mais le « prendre soin ».

Le schéma d'organisation médico-sociale 2012-2016 prévoit un volet addiction avec quatre orientations :

- Agir sur les facteurs de risques d'entrée en addiction quelle que soit leur nature afin de réduire les dommages et la mortalité prématurée évitables liés aux comportements addictifs. Parmi les actions proposées, il est prévu de favoriser l'intégration des publics dans les dispositifs de prise en charge en addictologie, ce qui légitime que le CSAPA se préoccupe des publics en situation d'addiction ou de comportement à risques qui n'accèdent pas aux soins en addictologie.
- Favoriser et développer l'accès et le recours aux soins d'addictologie en évitant les ruptures de soins. A cet effet, le SROMS<sup>69</sup> prévoit d'adapter l'offre en addictologie sur les différents territoires où elle est inexistante ou insuffisante. A cet effet, il convient notamment d'adapter l'offre de proximité par des consultations avancées à partir des CSAPA et de renforcer les équipes mobiles rattachées aux CAARUD. La consultation avancée du CSAPA « La Rose des Flandres » montre son efficience sur les communes de Bailleul, Hazebrouck et Armentières, mais ne touche pas les publics disséminés sur le territoire rural de la Flandre Intérieure en raison d'un manque de partenaires relais
- dans les petites communes de campagne. Le SROMS envisage d'assurer une bonne couverture territoriale des CAARUD au moyen d'une prise en charge adaptée aux différents publics et problématiques. Nous observons que dans le Nord, seules les grandes villes de Dunkerque, Valenciennes et la Métropole lilloise sont dotées de CAARUD, alors que certains territoires ruraux du Pas-de-Calais sont pourvus de CAARUD mobiles. De ce fait, des axes d'amélioration au niveau des territoires ruraux du Nord sont donc attendus.
- Améliorer l'efficacité de la prise en charge addictologique en assurant la qualité et la sécurité des interventions : il s'agit notamment de lutter contre le recours tardif aux soins et de poursuivre une politique forte de réduction des risques et des

---

<sup>69</sup> Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale  
Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2015



dommages, en particulier auprès des usagers de drogues. C'est en incitant au dépistage et autres mesures de réduction des risques dans les CSAPA, en renforçant les liens avec les CAARUD, que cette amélioration sera possible. S'agissant des publics en milieu rural, le CSAPA seul est très limité dans son action de RDR.<sup>70</sup>

- Accompagner les dispositifs en mettant en cohérence l'activité des établissements médico-sociaux avec l'évolution des besoins et en affirmant le rôle pivot des CSAPA dans la dynamique du réseau en addictologie et le parcours de soin et de réinsertion du sujet.

### **1.3.3 Le rapport de l'IGAS<sup>71</sup>, le rapport MILDT<sup>72</sup> et le projet de loi de santé 2015**

La mission d'évaluation du dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives ciblait plus particulièrement le dispositif spécialisé des CSAPA et des CAARUD. Dans ce rapport, les missions des CSAPA et des CAARUD sont rappelées et il est observé que la différence entre ces deux types d'établissements tend à s'estomper. En effet, il existe une activité de réduction des risques et des dommages en CSAPA et des consultations médicales en CAARUD pour les dommages causés par l'usage de produits.

Certaines associations exercent parfois les deux activités sur le même lieu, les locaux de prise en charge étant cependant différents. Ce type d'organisation offre de nombreux avantages : il facilite le passage du CAARUD au CSAPA lorsque la personne est prête à s'inscrire dans une démarche globale de soin, favorise le continuum des parcours, permet une mutualisation des moyens humains (telle qu'une direction commune), et une optimisation de l'utilisation des locaux. Il favorise également une dynamique entre les équipes des deux établissements CSAPA et CAARUD.

Le rapport de l'IGAS préconise la possibilité pour un CSAPA de demander une extension de son activité en CAARUD dès lors que les locaux peuvent être mutualisés puisque les deux types d'établissement emploient quasiment le même personnel. Selon l'IGAS, ce type

---

<sup>70</sup> Réduction des Risques

<sup>71</sup> HESSE C. et DUHAMEL G., février 2014, *L'évaluation du dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives*, Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales, 85 p.

<sup>72</sup> REYNAUD M. / éd., janvier 2013, *Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages*, Paris : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie, 108 p.

de développement est particulièrement souhaitable dans des zones isolées où n'existe qu'un CSAPA et que les missions de CAARUD ne sont pas couvertes sur le territoire, ce qui est le cas de la zone de proximité de Flandre Intérieure.

Le rapport de la MILDT<sup>73</sup> parle de réduction des dommages plutôt que de réduction des risques, les deux étant toutefois étroitement liées. Il met en évidence l'échec des politiques idéologiques et se positionne favorablement pour une politique plus pragmatique de réduction des dommages. C'est en ce sens que la Fédération Addictions, AIDES et d'autres associations militantes constituent des « entrepreneurs de morale »<sup>74</sup> en luttant contre les préjugés et les positions politiques idéologiques qui pensent que toute action visant la réduction des risques et des dommages constitue une banalisation et une incitation à la consommation. Il s'agit d'inscrire la réduction des risques et des dommages dans une approche de non-jugement moral des personnes usagères de drogues, de leurs pratiques, de leur famille et de leur entourage.

La Fédération Addictions a largement participé aux débats parlementaires concernant le projet de loi de modernisation de notre système de santé publique de 2015. Le projet a été adopté en première lecture dans le cadre d'une procédure accélérée par l'Assemblée Nationale en avril 2015. Le travail des têtes de réseau du secteur de l'addictologie qui sont des « entrepreneurs de morale » va permettre des avancées considérables en matière d'accompagnement en addictologie<sup>75</sup> :

- Le « P » de prévention des CSAPA deviendrait une mission obligatoire et non plus facultative, ce qui induirait soit des financements pérennes dans le cadre de la loi de finance, soit une obligation de faire de la prévention à moyens constants. L'article 8 bis est ainsi rédigé : « *Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie assurent obligatoirement des missions d'accompagnement médico-psycho-social, de soins, de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective* ».
- De même, les professionnels des CSAPA et CAARUD seraient désormais protégés pénalement dans le cadre de leur mission de réduction des risques et des dommages. L'article 8 comprendrait un alinéa ainsi libellé : « *L'intervenant agissant*

---

<sup>73</sup> MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie

<sup>74</sup> BECKER H., 1963, *Outsiders : Etudes de sociologie de la déviance*, Paris : Edition Métailié de 1985, 247

<sup>75</sup> Annexe 5 : Intervention de Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 5<sup>ème</sup> journées nationales de la Fédération Addictions, 4 juin 2015 Lille

*conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficié, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal ».*<sup>76</sup>

- L'article 8 protégeant ainsi les professionnels de l'addictologie dans l'exercice de leur mission de réduction des risques et des dommages permettrait enfin l'expérimentation des salles de consommation à moindres risques en France.<sup>77</sup>

En conclusion, nous observons une évolution des normes et des approches sociétales de la question des addictions depuis ces dix dernières années. Aborder de manière transversale dans la loi de santé 2004, l'addictologie devient une question à part entière dans le projet de loi de santé 2015. Soigner aujourd'hui, c'est quitter une conception prohibitive de la gestion des risques pour envisager la question de la réduction des risques et des dommages en accompagnant les pratiques des personnes consommatrices de produits psychoactifs. Les rapports ministériels intègrent de nouvelles normes, moins stigmatisantes. La question de la couverture de soins et du « aller vers » en ruralité est posée et prise en compte dans les orientations stratégiques de l'ARS Nord Pas-de-Calais. La prévention est intégrée au soin. En ruralité, créer des CAARUD mobiles à partir des CSAPA constitue une réponse pertinente en matière d'accès aux soins. En effet, ce dispositif facilite les parcours des personnes d'une structure « bas seuil » vers une structure d'accompagnement global de soins en addictologie. Ainsi, **adosser un CAARUD au CSAPA pour prendre en compte un public en situation d'addiction disséminé en territoire rural** constitue une réponse que je peux envisager en tant que directrice de ce type de dispositif en Flandre Intérieure.

---

<sup>76</sup> Annexe 4 : articles 8 et 9 du projet de loi de modernisation de notre système de santé

<sup>77</sup> Discours de Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 5<sup>ème</sup> journées nationales de la Fédération Addictions, vidéo du 4 juin 2015, <http://www.federationaddiction.fr/lille-2015-un-congres-denvergure/>



## **2 Diagnostic stratégique dans la perspective de la création d'un CAARUD adossé au CSAPA**

L'association Para-Chute est une association jeune, récemment professionnalisée, qui a besoin d'asseoir une légitimité, tant au niveau des partenaires que de l'ARS.

Sur le territoire, un autre CSAPA développe ses activités depuis les années 1990 et fait autorité en matière de traitement de substitution par la méthadone.

Pour créer un CAARUD adossé au CSAPA « La Rose des Flandres », l'association dispose de ressources propices à la mutualisation de moyens humains et de locaux, et à l'investissement dans l'aménagement de nouveaux bureaux.

Pour assurer la mobilité de son activité, elle devra toutefois envisager les moyens d'acheter et d'aménager un véhicule.

Elle devra prendre en compte la faiblesse du partenariat sur le territoire de Flandre Intérieure et créer des coopérations avec la psychiatrie, les praticiens libéraux (surtout les médecins généralistes) et la justice.

A cet effet, le cadre législatif incite au développement de pratiques de travail en réseaux. Des initiatives innovantes ont été expérimentées dans le champ de l'addictologie, tels les dispositifs d'intervision et les microstructures.

### **2.1 Les enjeux associatifs sur le territoire**

En créant le CSAPA « La Rose des Flandres », l'association Para-Chute a voulu pérenniser ses activités. L'enjeu était de démontrer son expertise et son savoir-faire dans un contexte d'autorisation administrative provisoire délivrée pour une durée de trois ans et d'ouvrir le centre de traitement par la méthadone. Sur le territoire, un autre CSAPA, centre de traitement par la méthadone est implanté depuis les années 80. Il bénéficie d'une grande notoriété.

#### **2.1.1 Une association relativement jeune, récemment professionnalisée, qui a besoin de développer son activité**

A partir de 1999, l'association embauche elle-même des personnes « toxicomanes stabilisées » en CES<sup>78</sup>. Elle salarie également deux emplois jeunes sur des profils d'éducateur et d'animateur sportif. Il s'agit là des prémices du mouvement de professionnalisation des activités de l'association qui se développera par la suite et marquera l'évolution de Para-Chute.

---

<sup>78</sup> Contrat Emploi Solidarité

Anne LE GUERN - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

En 2001, une stagiaire psychologue vient compléter ce qui commence à ressembler à une équipe pluridisciplinaire (CES, éducatrice, animateur sportif, psychologue). L'offre de soins et d'accompagnement s'organise autour de :

- L'accueil du public,
- Des entretiens avec l'éducatrice et la psychologue,
- La mise en œuvre du projet « Aider les toxicomanes en changeant leur image »,
- Des ateliers sportifs et culturels,
- L'éducation à la gestion d'un budget à partir de la mise en œuvre d'un atelier cuisine.

Une large part des actions de Para-Chute est alors financée dans le cadre du Programme Régional de Santé.

En 2003, Madame Andy KETELERS, pharmacienne à l'EPSM<sup>79</sup> de Bailleul, succède au Dr Jacques FLORENT et prend la présidence de Para-Chute.

Le contexte économique est alors extrêmement précaire. L'association ne perçoit que quelques subventions de la Justice (SPIP<sup>80</sup> et PJJ<sup>81</sup>) et de quelques communes de la Flandre Intérieure, si bien qu'en 2004, avec la fin du dispositif « Emplois jeunes », certains postes ne peuvent être pérennisés.

Fin 2004, l'association n'est plus en mesure de payer les salaires, c'est la Présidente qui avance personnellement les fonds nécessaires et Jean DELOBEL met son indemnité parlementaire à disposition.

Grâce à cette dynamique volontariste de l'association auprès des partenaires financeurs, un étayage économique de la DDASS de 20 000 € permet de mettre en place la « consultation d'évaluation et d'accompagnement des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives ». Ce nouveau dispositif, communément appelé « consultation cannabis », s'adresse exclusivement aux jeunes consommateurs de cannabis et ne propose pas d'accompagner d'autres démarches de soins.

Toutefois, l'association qui s'adresse depuis toujours à un public poly-consommateur a développé des compétences à cet effet. Les actions bénévoles des professionnels ont permis de maintenir l'activité : consultations gratuites du médecin, examens d'analyse urinaire offerts gracieusement par l'EPSM, implication d'une infirmière bénévole...

---

<sup>79</sup> Etablissement Public de Santé Mentale

<sup>80</sup> Service de Probation et d'Insertion Pénitentiaire

<sup>81</sup> Protection Judiciaire de la Jeunesse

Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2015

C'est également à cette époque que le Conseil général sollicite l'association pour développer des actions de prévention sur le territoire de la Flandre Intérieure. C'est le début du partenariat avec le service EPICEA<sup>82</sup> du Conseil général et le financement d'actions de prévention dans le cadre de ce partenariat.

En 2006, afin de pérenniser les activités de l'association, la DDASS propose de financer un poste de « chargé de mission » et alloue un budget suffisant pour sortir de la précarité et sécuriser les emplois. Elle demande toutefois l'arrêt des ateliers et activités destinés à restaurer l'estime de soi et à gérer ses émotions, activités qu'elle ne souhaite plus financer.

En mai 2006, la commune d'Hazebrouck met un local à la disposition de l'association afin d'y installer une antenne de la consultation « cannabis ».

Progressivement les activités se professionnalisent, sont légitimées par les autorités de tutelle et reconnues par les partenaires du territoire.

Les CSAPA ont la possibilité de garder une spécialisation en alcoologie ou en toxicomanie, mais doivent à terme se donner les moyens de devenir généralistes et de sortir de l'approche « produit » pour accueillir un public présentant tout type de comportement addictif.

Au moment de la création du CSAPA « La Rose des Flandres » sur le territoire de la Flandre Intérieure, il existe un CSAPA rattaché au service hospitalier d'alcoologie d'Hazebrouck et un CSAPA géré par une association spécialisée en toxicomanie et proposant la délivrance des traitements de substitution par la méthadone à Armentières.

Ainsi, la création du CSAPA permet de consolider une activité précarisée économiquement. Cette nouvelle assise financière est récente et l'association souhaite diversifier les services qu'elle propose dans le champ de l'addictologie.

### **2.1.2 Un partenaire concurrentiel dans le domaine du traitement par la méthadone sur un même territoire**

A l'origine, le centre de délivrance de traitement par la méthadone d'Armentières, géré par le Cèdre Bleu, est une annexe du CSAPA du Cèdre Bleu de Lille transféré à Lomme depuis 2014.

---

<sup>82</sup> EPICEA est le nom du pôle prévention des addictions du Conseil Départemental du NORD  
Anne LE GUERN - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

Cette association existe depuis 1979. Elle a ouvert le premier centre d'accueil et de traitement par la méthadone à Lille en 1994. Celui d'Armentières a ouvert en 1998.

En 2009, le CSST<sup>83</sup> de Lille devient un CSAPA et le centre de traitement par la méthadone d'Armentières est une annexe.

Aujourd'hui, cette annexe veut offrir les mêmes services qu'un CSAPA et revendique auprès de l'ARS d'être considérée comme tel.

Dans son rapport d'activités 2014, le Cèdre Bleu publie un article : « CSAPA Armentières : réelle vocation généraliste »<sup>84</sup>. La démarche est en bonne voie car l'ARS vient d'accepter de leur allouer des moyens socio-éducatifs supplémentaires. Le Cèdre Bleu a acquis une certaine expertise liée à l'ancienneté de sa pratique en matière de traitements substitutifs et accroît ses domaines de compétences.

En 2014, avec un effectif de 2,71 ETP (sans compter les cadres hiérarchiques et le personnel administratif), le Cèdre Bleu annonce une file active de 240 personnes, dont 47 en TSO, tandis que la Rose des Flandres a une file active de 250 personnes, dont 43 en TSO avec un effectif de 5,5 ETP. Cette comparaison ne permet pas d'évaluer la durée et l'intensité des accompagnements proposés par les différents professionnels. Il faudrait pour cela avoir une lisibilité du nombre d'actes par professionnels et le nombre de nouveaux patients accueillis par chaque établissement.

La notoriété de cette association et son implantation ancienne sur le territoire lui permettent de bénéficier de partenariats anciens et pérennes. Armentières est toutefois située au sud du territoire et, par conséquent, très éloignée pour une grande part du public de Flandre Intérieure. Bailleul est située au cœur de la zone de proximité Flandre Intérieure et offre des possibilités d'accueil à Hazebrouck.

L'association Para-Chute est relativement connue, mais le fait d'avoir donné un nom au CSAPA brouille un peu les repères en termes d'identité. Depuis sa création en 2009, le CSAPA a fait la promotion de ses activités et bénéficie aujourd'hui d'une certaine lisibilité auprès des partenaires. En revanche, il reste difficile de le faire reconnaître en tant qu'établissement de soins auprès du corps médical, d'où une difficulté d'orientation du public par les médecins généralistes, mais aussi par les médecins psychiatres de l'E.P.S.M. de Bailleul (dans le cadre de mésusages médicamenteux par exemple).

Même si les activités des deux CSAPA peuvent paraître concurrentielles, nous observons que la majorité du public accueilli par le Cèdre Bleu est Armentéroise. 54 personnes reçues viennent de Flandres et 25 de Lille, tandis que la Rose des Flandres reçoit majoritairement le public de Flandres Intérieure (surtout de Bailleul et d'Hazebrouck).

---

<sup>83</sup> Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

<sup>84</sup> Rapport d'activité 2014 du Cèdre Bleu

Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2015



En conclusion, le CSAPA « La Rose des Flandres » a obtenu une autorisation de fonctionnement pérenne validée par une visite de conformité de l'ARS. Le centre méthadone du CSAPA est l'un des premiers à avoir été validé, avec l'intégration d'une pharmacie intérieure dans la région. Même si les CSAPA d'Armentières et de Bailleul développent des activités qui peuvent paraître concurrentielles sur le territoire, il apparaît qu'ils ne touchent pas les publics des mêmes secteurs. Le CSAPA d'Armentières reçoit majoritairement des personnes armentières, de la métropole lilloise et des communes du sud du territoire. Le CSAPA « La Rose des Flandres » est situé au cœur du territoire de Flandre Intérieure sur un secteur beaucoup plus rural.

## **2.2 Analyse stratégique : un CAARUD en Flandre Intérieure adossé au CSAPA**

Afin de vérifier la faisabilité du projet, il apparaît nécessaire d'analyser les ressources mobilisables à l'interne, sachant que l'équipe actuelle est fortement engagée sur le développement de projets en général, et sur celui-ci en particulier. Les difficultés majeures résideront dans le défaut de réseau partenarial sur le secteur rural, et particulièrement avec la psychiatrie et les médecins généralistes. Les relations avec la justice sont également sources de clivage en raison de la différence des approches des institutions judiciaire et médico-sociale en matière d'insertion sociale et de soins.

### **2.2.1 Ressources humaines, immobilières et analyse financière**

Tous les CAARUD du Nord ont été créés à partir d'une grande ville : Lille, Dunkerque, Valenciennes.

Aucun CAARUD n'ayant été créé en milieu rural, la préparation d'une réponse à un appel à projet de cette nature peut être anticipée. Dans cette éventualité, il s'agirait de la création d'un nouvel établissement.

Le CSAPA est correctement doté en ressources humaines et permet d'envisager une mutualisation des moyens au niveau des personnels des services généraux (direction, secrétaire de direction, ouvrier d'entretien), mais aussi au niveau des postes d'assistants sociaux et de médecins. Cette mutualisation offrirait également l'opportunité de repenser l'organisation du CSAPA, notamment concernant la gestion des absences pour congés de l'infirmière, et ce par rapport aux spécificités de la délivrance des traitements de substitution. En effet, actuellement, c'est l'assistante sociale qui, sous le contrôle d'un des

médecins de l'établissement, distribue les traitements que la pharmacienne a préparé pour chaque patient.

Le CSAPA a déménagé deux fois depuis sa création dans des bâtiments que l'EPSM de Bailleul mettait gracieusement à disposition.

En 2010, l'association fait l'acquisition d'une maison en centre-ville de Bailleul et rénove entièrement et aménage le bâtiment et ses dépendances pour y installer le CSAPA et le siège de l'association. Le second étage du bâtiment principal n'est pas aménagé mais l'ARS accepte deux années de suite d'affecter les excédents d'exploitation à l'investissement afin de financer ces travaux, l'extension permettant ainsi d'installer de nouveaux salariés. Par ailleurs, l'antenne de proximité d'Hazebrouck est installée à l'étage d'une maison en location, tandis que le rez-de-chaussée est occupé par une orthophoniste. Cette antenne de proximité permet de proposer des permanences d'accueil sans rendez-vous les mardis et jeudis après-midi. Des consultations sur rendez-vous sont également possibles le mardi soir et le mercredi après-midi, mais cette antenne n'est pas adaptée pour l'accueil du public CAARUD et son occupation n'est pas optimisée. De même, l'établissement de Bailleul ne reçoit pas de public les mardis, vendredis après-midi et samedis, ce qui laisse des possibilités d'accueil du public CAARUD dans les locaux.

Il serait possible de négocier la location d'un appartement au cœur d'une cité HLM<sup>85</sup> d'Hazebrouck pour y transférer l'antenne de proximité existante et accueillir le public CAARUD sur d'autres créneaux horaires. Ainsi, les antennes fixes d'accueil du public CAARUD n'occasionneraient pas de coût supplémentaire en termes de location ou d'investissement immobilier.

Le CSAPA ne dispose pas de véhicule aménagé pour l'accueil du public et les conditions d'acquisition d'un tel véhicule nécessiteront d'être étudiées.

## **2.2.2 Faiblesse du réseau partenarial dans les villages**

Il existe un défaut patent de dispositifs de prévention dans les milieux les plus isolés du territoire. De ce fait, les jeunes en difficulté ne peuvent pas être orientés. Les seuls lieux de prévention restent le milieu scolaire. Toutefois, chaque établissement scolaire investit le domaine de la prévention selon des modalités qui s'avèrent plus ou moins efficaces. Les différentes approches en matière de prévention ont démontré que :

- Les discours moralisateurs sont contre productifs,

---

<sup>85</sup> HLM : Habitations à Loyers Modérés

- Les actions en milieu scolaire menées exclusivement par les forces de l'ordre sont perçues comme abusivement autoritaires et illégitimes. La MILDT préconise donc que désormais les forces de l'ordre ne soient plus les seuls acteurs de prévention.
- Le défaut d'implication des équipes enseignantes ne permet pas d'ouvrir des espaces de parole.

L'ouverture d'espaces de paroles et d'information concernant les effets des produits et les pratiques de consommations est entravée par la loi en vigueur. En effet, les textes<sup>86</sup> interdisent de présenter les drogues sous un jour positif. Aussi, la négation de la notion de plaisir induite par la consommation de drogues n'engage pas les consommateurs à entamer le dialogue sur le sujet.

Même lorsque les acteurs essaient de mettre en place des dispositifs d'accueil et d'écoute, il est observé une désaffection de ces lieux par les usagers :

- D'une part, pour les raisons développées précédemment concernant la difficulté de garder l'anonymat en campagne ou dans les petites villes,
- D'autre part, lorsque les acteurs sont eux-mêmes issus du territoire et qu'ils connaissent les membres de la communauté. Ainsi, au sein de l'équipe du CSAPA, seule la secrétaire est originaire de la Flandre Intérieure et certains usagers manifestent une certaine gêne lorsqu'ils la reconnaissent.

Des tentatives de mise en place de permanences d'accueil ont eu lieu au sein de la commune de Merville, en partenariat avec le centre social. Elles n'ont pas été concluantes. Les élus ne veulent pas risquer d'attirer négativement l'attention sur leur commune en sollicitant de l'aide pour des problèmes que la communauté devrait être en mesure de gérer seule.

Pour autant, il existe des acteurs investis pour accompagner les jeunes en difficulté, mais les ressources et les relais à mobiliser manquent.

---

<sup>86</sup> MINISTERE DE LA JUSTICE, MINISTERE DE L'INTERIEUR, MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FIINANCES, MINISTERE CHARGE DES DOM TOM, MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, parue au JO le 2 janvier 1971

En milieu rural, les travailleurs sociaux et les acteurs du territoire sont confrontés au même type de problème que les médecins : « *En l'absence de ressources et de spécialistes, il faut être... spécialistes de tout* »<sup>87</sup>. Ainsi, les acteurs sont démunis pour orienter le public, faute de service ou d'accessibilité aux services sur le territoire. Pour autant, les travailleurs sociaux font preuve d'un investissement important dans certaines petites communes, avec une grande implication personnelle, en raison de leur connaissance particulière des familles des jeunes qu'ils accompagnent.

Toutefois, dès lors que ces obstacles sont dépassés, la capacité de mobilisation et de coordination des acteurs est facilitée par leur nombre limité.

De même, le faible niveau de décohabitation implique les familles dans les problématiques des usagers de drogues. Une fois les risques de stigmatisation neutralisés, elles peuvent devenir des ressources mobilisables de première importance. Elles souffrent en général du même isolement et des mêmes contraintes et peuvent être parties prenantes des actions proposées pour accompagner ou aider leurs enfants ou leurs proches.

### **2.2.3 Un désintérêt de la psychiatrie et des médecins généralistes pour le champ de l'addictologie**

L'Organisation Mondiale de la Santé<sup>88</sup> répertorie cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le 21<sup>ème</sup> siècle :

- La schizophrénie,
- Le trouble bipolaire,
- L'addiction,
- La dépression,
- Le trouble obsessionnel compulsif.

Trois aspects semblent indissociables en matière de politique de santé mentale :

- Le sanitaire,
- Le social,
- Le médico-social.

Ainsi, s'agissant des acteurs du secteur sanitaire, la psychiatrie et la médecine générale ont un rôle important à jouer avec les acteurs du secteur social et médico-social dans l'accompagnement des parcours de soins, l'intervention précoce et le repérage des

---

<sup>87</sup> SOLER A., op.cit.

<sup>88</sup> OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2015

conduites à risque en addictologie. Toutefois, le champ de l'addictologie n'est pas ou peu investi par ces acteurs de première ligne.

#### A) La psychiatrie publique

La psychiatrie publique s'est profondément transformée.

A l'origine, l'asile psychiatrique avait une fonction de protection de la société, au même titre que la prison.

Le nombre de lits en hospitalisation complète a fortement diminué depuis le début du 20<sup>ème</sup> siècle. Les modalités d'interventions se sont diversifiées et aujourd'hui, il y a d'avantage de visites à domicile et de consultations en ambulatoire. Les prises en charge ont massivement basculé de la psychiatrie vers les structures sociales et médico-sociales pour répondre aux besoins d'insertion et proposer des accompagnements plus adaptés et moins coûteux.<sup>89</sup>

Pour comprendre les difficultés d'articulation entre le secteur médico-social en général (et donc le CSAPA en particulier) et l'EPSM des Flandres, il semble important d'analyser comment s'est construite la psychiatrie en France en général, et l'histoire de l'institution psychiatrique de Bailleul en particulier.

Depuis la révolution, tout homme est un citoyen à part entière et, au 19<sup>ème</sup> siècle, les théoriciens de l'époque cherchent les moyens de renouer une communication et une relation avec les personnes présentant des handicaps : les sourds, les aveugles et les aliénés. Le système de soins organisé à partir de l'hôpital général éclate et se spécialise. Dans un premier temps, les personnes sont internées en prison, à l'asile ou à l'hospice, en fonction des catégorisations « responsables, irresponsables, curables, incurables, aliénés et infirmes », pour aboutir à l'organisation clivée que nous connaissons aujourd'hui entre la législation spécifique de la psychiatrie et celle du handicap.

A Bailleul, les habitants parlent de l'EPSM comme « d'une ville dans la ville » que le Dr Henri DAMAYE<sup>90</sup> décrit comme « *un véritable petit village* » dont il évoque la réputation de « *premier asile de France* ».

---

<sup>89</sup> JAEGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 201 p.

<sup>90</sup> DAMAYE H., 1919, « *Etablissements d'aliénés : L'asile de Bailleul* », in les annales médico-psychologiques n°11, pp. 47-51, disponibilité : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90152x1919x11>  
Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

La psychiatrie est une discipline médicale qui investit progressivement le social et vise l'insertion des personnes « guéries », en développant les consultations à domicile.

Les offices publics d'hygiène sociale développent des activités extrahospitalières dans le champ de l'hygiène mentale. C'est le début de la politique de secteur en psychiatrie.

L'élaboration de cette politique de secteur psychiatrique institue que les « équipes de secteur médico-social » dépendent de l'hôpital psychiatrique qui reste le « chef d'orchestre » de la prise en charge. La psychiatrie perd progressivement son pouvoir sur la sphère sociale et médico-sociale avec « *la diversification des législations spécifiques et des formes d'intervention* »<sup>91</sup>.

La circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre la maladie mentale, prévoit que l'hospitalisation ne constitue plus qu'une étape dans le parcours des patients. Les dispensaires d'hygiène mentale dépistent plus précocement les pathologies traitées en hôpital et assurent les suivis postcures lors du retour au domicile. Les relais par les structures médico-sociales apparaissent nécessaires. Au nom de l'égalité de traitement pour tous, les malades mentaux sont accueillis à l'hôpital général. Toutefois, seul l'hôpital psychiatrique est compétent sur des zones géographiques données pour les hospitalisations à temps complet, prérogative qui disparaîtra aussi au profit des hospitalisations à temps complet à l'hôpital général. Ainsi, le clivage entre les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux a longtemps perduré.

En 1992, le rapport de la mission Massé préconise<sup>92</sup> deux orientations pour sortir les patients d'hospitalisation et organiser les soins hors les murs :

- Utiliser les dispositifs de l'action sociale, notamment ceux du champ du handicap, mieux adaptés pour l'accompagnement vers l'insertion sociale et professionnelle,
- Intégrer la psychiatrie à l'hôpital général.

Il s'agit alors pour les institutions psychiatriques de type asilaire telles que celle de Bailleul, de transférer une partie de leurs compétences vers d'autres institutions et de délocaliser leurs équipes sur les secteurs pour proposer les soins en ambulatoires et en hospitalisation de jour.

---

<sup>91</sup> JAEGER M., op. cit.

<sup>92</sup> MASSE G., 1992, *La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale*, rapport remis au ministre de la santé et de l'action humanitaire, Rennes, ENSP, 329 p.  
Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2015

Pour les professionnels de ces institutions, l'évolution de la psychiatrie s'est construite sur le registre de la « perte » : lutte de pouvoir organisationnel entre le sanitaire et le social, activités vécues parfois comme concurrentielles entre les deux secteurs, délocalisation des équipes hospitalières vers les structures ambulatoires.

La présidente de l'association, retraitée pharmacienne biologiste de l'EPSM de Bailleul, témoigne de l'évolution de l'asile psychiatrique des Flandres. De 1700 malades hospitalisés à temps complet au début de sa carrière, l'EPSM ne compte plus aujourd'hui que 6 secteurs psychiatriques sur les territoires de Flandre Intérieure et Flandre Maritime et une capacité d'hospitalisation de 234 lits.

Le clivage entre le sanitaire et le social est accentué par les lois de décentralisation et la mise en œuvre de politiques « catégorielles » qui obligent à « catégoriser » le public en fonction du type de problématique qu'il présente. Une fois « étiqueté », il lui est difficile d'accéder à d'autres types de prises en charge qui seraient pourtant nécessaires au vu des fluctuations de ses problématiques et de ses évolutions.

Pourtant, les comorbidités psychiatriques et addictologiques sont tellement importantes que les professionnels d'un champ ne peuvent y répondre sans les compétences de l'autre.

Selon Michel Reynaud<sup>93</sup>. « *Les addictions et les troubles mentaux ont...tellement d'interactions que la psychiatrie et l'addictologie doivent désormais convoler en justes noces* ». Il illustre son propos en citant trois types de relations entre addictions et pathologies mentales :

- Les troubles mentaux sont facteurs de vulnérabilité des addictions, avec des phénomènes d'automédication et /ou de consommation de produits psychoactifs pour soulager une souffrance psychique,
- Les troubles psychiques apparaissent en conséquence d'une addiction, avec des apparitions secondaires de symptômes d'anxiété ou d'état dépressif,
- Troubles mentaux et addictions se développent simultanément, sans que les uns soient la conséquence des autres.

Environ un tiers des patients addicts présente des troubles psychiatriques et un tiers des patients psychiatriques souffre d'une addiction.

Démonstration est faite, s'il le fallait encore, qu'il est incontournable de penser une organisation de soins qui soit complémentaire entre l'addictologie et la psychiatrie.

---

<sup>93</sup> REYNAUD M., 2009, « *Addictologie et psychiatrie : allons-nous célébrer un mariage de raison ?* », *L'information psychiatrique* 2009/7 (volume 85), pp. 593-593  
Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

## B) Les médecins généralistes

La recherche-action du SATO-Picardie met en évidence que de nombreux usagers de drogues mettent en place des stratégies pour éviter d'évoquer leurs consommations avec leur médecin généraliste. Lorsqu'ils parviennent à lui en parler, il n'est pas rare qu'ils soient confrontés à un refus de soins, ce qui renforce le sentiment de honte et accentue les phénomènes d'isolement.

L'isolement des professionnels est facteur d'enfermement dans leur pratique. Les médecins tendent d'ailleurs à se regrouper dans des maisons de santé pour faciliter l'accès aux soins des patients et proposer une prise en charge globale, mais aussi pour rompre cet isolement.<sup>94</sup>

Il semblerait qu'un soignant soit d'abord tenté de dépister les problèmes de santé qu'il est en capacité de soigner. La transdisciplinarité semble de ce point de vue le type de pratique le plus adapté pour le repérage, l'intervention précoce et l'orientation vers le soin ou la RDR. Toutefois, les médecins généralistes sont peu formés à l'addictologie. Ils sont souvent confrontés à des difficultés de gestion de la réglementation, notamment en matière de prescription de TSO. Ils sont seuls à écouter les patients, alors que l'accompagnement pluridisciplinaire permet une approche plus globale et rompt l'isolement du professionnel de santé.

Le médecin Sophie ROUYER fait un point sur la formation des médecins généralistes en addictologie pour le groupe interalcool Rhône Alpes.<sup>95</sup> Elle fait le constat que « *plus que d'un problème de formation, c'est d'un problème de représentations qu'il s'agit* ». Ces « *fausses représentations* » freinent l'investissement des responsables de formation et des doyens des facultés de médecine. Elles ne favorisent pas le dépassement des préjugés du corps médical en général, et des médecins généralistes en particulier.

La publication du communiqué de l'Académie de médecine sur le mésusage et le détournement de la buprénorphine en constitue une illustration patente. Les médecins généralistes évitent de traiter les questions d'addictions aux substances psychoactives et ne se forment pas en addictologie en raison de ces préjugés et fausses représentations.

---

<sup>94</sup> COUTERON C. / éd., 12 mai 2013, « *Parcours de soin : l'usager au cœur de l'articulation des pratiques des acteurs* », Paris : Cahiers thématiques de la Fédération Addiction, Actal n°12, pp. 40-42

<sup>95</sup> Groupe Intercool Rhône-Alpes, ROUYER S., « *Un point sur la formation des médecins généralistes en addictologie* », mise à jour le 19 août 2011, disponible à l'adresse internet suivante : <http://groupeintercool.free.fr/index.php/component/content/article/48-2009-2010/62-rouyer-generalistes>



Cependant, ils restent les personnes les plus accessibles et les plus sollicitées par les usagers de drogues et sont de ce fait les acteurs de première ligne indispensables pour le repérage précoce des consommations à risques ou la dépendance aux produits psychoactifs. Néanmoins, un défaut de prise en charge des addictions par les médecins généralistes est constaté.

Ce défaut de formation initiale des médecins généralistes est désormais pris en considération, puisqu'aujourd'hui l'addictologie a une place en formation initiale dans le tronc commun à toutes les spécialités, ainsi que dans le troisième cycle de médecine générale (internat).

Cette évolution est récente, car entre 1995 et 2000, comme nous l'explique le Docteur ROUYER, l'addictologie se réduisait à une Unité de Valeur facultative de quelques heures intitulée « *Toxicomanie et drogues dures* ».

En Nord Pas-de-Calais, l'association G&T 59-62 est une association de médecins généralistes qui, dès sa création en 1994, s'est positionnée en soutien des médecins accueillant une patientèle toxicomane.

En 2012, l'ARS de la région veut évaluer l'intérêt de la pratique d'intervision dans le champ de l'addictologie, dispositif qu'elle finance jusqu'alors au travers d'une dotation allouée à l'association G&T 59-62. La Fédération Addictions se mobilise avec G&T 59-62 pour maintenir le financement de l'activité et une réflexion est menée autour de la définition de critères d'évaluation demandés par l'ARS.

#### **2.2.4 Un clivage dans les rapports des secteurs du médico-social et de la Justice dans un contexte de redécoupage de la carte judiciaire**

Le 1<sup>er</sup> janvier 2011, dans le cadre de la réforme de la carte judiciaire, les activités du Tribunal de Grande Instance<sup>96</sup> d'Hazebrouck sont transmises au TGI de Dunkerque. Ce transfert de compétences éloigne les justiciables des services judiciaires. En préparation de cette réforme, le SPIP<sup>97</sup> de Dunkerque, installe trois permanences par semaine dans les locaux du tribunal d'Hazebrouck, ceci afin d'éviter aux personnes des déplacements dans le cadre de leur suivi socio-judiciaire.

---

<sup>96</sup> TGI : Tribunal de Grande Instance

<sup>97</sup> SPIP : Service de Probation et d'Insertion

Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

Depuis l'automne 2014, un projet de guichet unique de greffe au sein du tribunal est également expérimenté pour pallier l'éloignement géographique du TGI.

La loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance prévoit des « *dispositions tendant à prévenir la toxicomanie et certaines pratiques addictives* ». Les contentieux liés à la toxicomanie peuvent faire l'objet de procédures simplifiées afin d'accélérer le traitement des infractions. Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants constituent une nouvelle mesure alternative aux poursuites, à l'ordonnance pénale<sup>98</sup> et à la composition pénale<sup>99</sup>.

Dans le cadre de la répression du trafic de stupéfiants, la loi du 9 mars 2004<sup>100</sup> permet à la police de nouvelles procédures d'infiltration telles que :

- « *L'acquisition, la détention, le transport, la livraison des substances, biens, produits, documents, ou informations tirés de la commission des infractions ou servant à leur commission,*
- *L'utilisation ou la mise à disposition de personnes se livrant à ces infractions des moyens de caractère juridique ou financier ainsi que des moyens de transport, de dépôt, d'hébergement, de conservation et de télécommunication* ».

Ces nouveaux moyens de lutte contre le trafic ne peuvent toutefois pas « *constituer une incitation à commettre une infraction sous peine de nullité de la procédure* ».

Concernant l'esprit de la loi, il semble que la tendance soit de lutter contre le trafic tout en développant des alternatives aux poursuites pour les usagers de drogues.

Dans les faits, sans doute pour les raisons que j'ai exposées précédemment, les forces de l'ordre sont très souvent en faction devant l'établissement, ce qui entrave l'accueil du public dans la confidentialité et l'anonymat. Cette situation est encore plus préoccupante depuis l'ouverture du centre de traitement par la méthadone car les personnes en soin viennent de manière quotidienne, ou au moins deux à trois fois par semaine pour prendre leur traitement : donc, des points de vue et des contextes d'intervention difficiles à concilier depuis la loi 31 décembre 1970<sup>101</sup>.

Par ailleurs, cette loi du 5 mars 2007 durcit les peines de récidive. Alors, l'usager de drogue, un malade à soigner ou un délinquant à rééduquer ?

---

<sup>98</sup> Article 524 et suivant du code de procédure pénale pour les contraventions, article 495 et suivants pour les délits : procédure simplifiée pour les jugements, ordonnance rendue sans débat préalable (relaxe, contraventions et peines complémentaires sans débat contradictoire)

<sup>99</sup> Article 41-2 du code de procédure pénale : mesure prise par le Procureur de la République dans le cadre d'une procédure d'alternative aux poursuites, dans la mesure où la personne reconnaît être l'auteur des faits

<sup>100</sup> MINISTERE DE LA JUSTICE. Loi 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, publiée au JO le 10 mars 2004

<sup>101</sup> Loi du 31 décembre 1970, op. cit.

En conclusion, le projet de création d'un CAARUD mobile adossé au CSAPA en Flandre Intérieure présente des atouts : des capacités de mutualisation de moyens humains et immobiliers, des capacités d'investissements pour l'aménagement des locaux, ainsi qu'une implantation géographique stratégique au cœur du territoire avec la possibilité d'installer des lieux fixes d'accueil à Bailleul et à Hazebrouck.

Le CSAPA du Cèdre Bleu d'Armentières, même s'il développe des activités concurrentielles au CSAPA « La Rose des Flandres », ne touche pas le public rural. Le projet de création du CAARUD pour développer des activités de réduction des risques et d'aide à l'accès aux soins devra prendre en compte les difficultés liées à la faiblesse du réseau partenarial. Les partenaires sont peu nombreux et facilement identifiables. La prise en compte des freins liés aux particularités de la ruralité devra permettre une mobilisation des acteurs en vue de favoriser l'implantation du dispositif : les élus, les forces de l'ordre, les acteurs des institutions sociales et médico-sociales...

La psychiatrie, les médecins généralistes et la justice sont des partenaires privilégiés dans le cadre de la mise en place du projet. Cependant, les contextes d'interventions et les cultures professionnelles des acteurs entravent les coopérations avec les professionnels de l'addictologie.

### **2.3 Quelles stratégies face à « la guerre des Mondes » : comment intégrer les logiques contextuelles du champ psychiatrique, de la médecine générale et de la justice**

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale oblige les structures à définir leurs partenariats dans leur projet d'établissement ou de service. Concernant les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation d'addiction en territoire rural, il apparaît que les pratiques de réseaux sont de nature à répondre aux différents clivages repérés entre les champs du sanitaire, du médico-social et de la justice. En effet, l'accompagnement des personnes en situation d'addiction est au carrefour de ces trois logiques contextuelles, et doit prendre en compte les difficultés de mobilité du public et les représentations stigmatisantes qui n'épargnent pas les professionnels qui en ont la charge. Le choix de développer ce type de dispositif partenarial n'exclut pas la mise en œuvre d'autres types de coordination, tels que les conventions, les procédures d'orientation, les regroupements inter-partenariaux...

### 2.3.1 Les champs du possible avec le secteur psychiatrique et la médecine générale

#### A) Le secteur psychiatrique

Selon Marcel JAEGER, l'avenir de la psychiatrie et de l'action sociale réside dans la prise en compte de « *la question de la socialisation et de l'approfondissement de la notion de réseau* »<sup>102</sup>. Il distingue les réseaux informels et les réseaux institutionnels.

Les réseaux informels, appelés aussi réseaux primaires, sont fondés sur les relations de solidarité, de liens sociaux, et sont plus ou moins chargés d'affectivité. Lorsqu'il est défaillant ou qu'il n'assure pas sa fonction de « *support social et relationnel efficace* » pour la personne, un réseau institutionnel peut remplir cette fonction support. L'auteur met toutefois en garde de ne pas tomber dans les anciennes conceptions asilaires de la psychiatrie où les réseaux institutionnels se substituaient entièrement aux réseaux primaires et relationnels des publics.

Construire un réseau institutionnel ou secondaire consiste en la difficile opération de coordination d'institutions qui s'ignoraient jusque-là (cloisonnement) et qui ne poursuivent pas nécessairement les mêmes buts. Les acteurs des réseaux secondaires doivent accepter le « *jeu du conflit* » pour pouvoir mettre à jour les problèmes et les dysfonctionnements, y compris les standards de leurs institutions d'appartenance, pour identifier les freins à l'accès au système de santé, aux dispositifs d'insertion, et de manière générale aux dispositifs de droit commun.

Pour être efficace et dynamique, le réseau ne doit pas céder à la tentation de la bureaucratisation. Une organisation souple et adaptable lui permet de rester dynamique et réactif.

Au niveau organisationnel, les acteurs doivent déterminer :

- Un cadre,
- Des règles du jeu,
- Des régulations.

La question du décroisement et de l'articulation entre le sanitaire, le social et le médico-social préoccupe les politiques publiques depuis déjà longtemps.

Au travers des différentes lois dans les champs du sanitaire, du social et du médico-social, Marcel JAEGER<sup>103</sup> retrace comment l'Etat s'est intéressé à organiser et favoriser la création

---

<sup>102</sup> JAEGER M. op. cit, pp. 83-89

<sup>103</sup> JAEGER M., op. cit., pp. 103-114

de réseaux dans le but de coordonner les partenariats entre les différentes organisations au profit des publics les plus précarisés.

Cette implication de l'Etat a commencé en juin 1991<sup>104</sup> avec la mise en place des réseaux « Ville-hôpital » dans le but de coordonner la prise en charge et l'accompagnement des personnes atteintes de VIH<sup>105</sup>.

Puis, d'autres circulaires ont encadré la création de réseaux sur des publics ciblés.

Concernant le secteur de l'addictologie, citons :

- La circulaire du 9 novembre 1993<sup>106</sup> et celle du 7 mars 1994<sup>107</sup> relatives à la mise en place de réseaux de toxicomanie,
- La circulaire du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool<sup>108</sup>.

La circulaire du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux<sup>109</sup>, impose un cahier des charges commun à tous les réseaux, sur la base d'un dossier unique et en contrepartie de financements. Ces nouvelles dispositions risquent de standardiser tous les réseaux et d'annihiler leurs capacités d'innovation. Elles nécessitent une vigilance des acteurs sur cette question.

Les articles 6 de l'ordonnance n°96-345<sup>110</sup> et 29<sup>111</sup> de l'ordonnance n°96-346 préconisent la création de réseaux de soins. Ce dispositif concerne les hôpitaux, les centres de traitement ambulatoire, et plus particulièrement la psychiatrie. Des moyens financiers sont alloués à cet effet.

---

<sup>104</sup> MINISTERE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire DH/DGS n° 612 du 14 juin 1991 relative à la mise en place du réseau ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection VIH

<sup>105</sup> VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

<sup>106</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION. Circulaire DGS/SP n°72 du 9 novembre 1993 relative aux orientations dans le domaine sanitaire du plan de lutte contre la drogue

<sup>107</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE. Circulaire DGS/DAS n° 14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes

<sup>108</sup> MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES CHARGE DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE. La circulaire DGS 87-707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool

<sup>109</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, CHARGE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE. Circulaire DGS/SQ2/DAS/DH/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux

<sup>110</sup> MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES CHARGE DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

<sup>111</sup> MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES CHARGE DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Les réseaux de soins sont transformés en réseaux de santé avec la loi du 4 mars 2002<sup>112</sup>.

Alors que le secteur de la santé organise les partenariats au travers des dynamiques de réseaux, les politiques publiques du secteur social et médico-social organisent le secteur social sur le même modèle.

La loi du 29 juillet 1998 prévoit que les établissements de santé « *concourent à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux* ». <sup>113</sup> Cette loi crée également les Programmes de Prévention et d'Accès aux Soins.<sup>114</sup>

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale<sup>115</sup> préconise elle aussi le réseau pour « *désenclaver l'action sociale et médico-sociale* »<sup>116</sup>. Les établissements ont l'obligation de préciser comment ils organisent leurs partenariats au cœur de leur projet d'établissement ou de service. La notion de réseau est une des modalités de coopération prévue et<sup>2</sup> désignée dans la loi en ces termes : « *Réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés* ».

Au travers de son programme régional de santé mentale 2012-2016<sup>117</sup>, l'ARS Nord Pas-de-Calais évoque la question des articulations entre secteur social et médico-social et secteur psychiatrique. Concernant les coopérations entre secteur sanitaire et secteur médico-social, la création des ARS et le regroupement de toutes ces structures au sein d'une même agence semblent de nature à les faciliter.

Les réseaux précarité santé mentale sont créés en 2003 dans le cadre des PRAPS. Les acteurs du milieu social et ceux de la santé mentale souhaitent se rencontrer « *pour mettre en commun leurs connaissances et monter des projets concertés au bénéfice des personnes en situation de précarité* ». Ces rencontres permettent de lever les préjugés réciproques.

---

<sup>112</sup> MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>113</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE CHARGE DE LA SANTE. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

<sup>114</sup> PRAPS : Programme de Prévention et d'Accès aux Soins

<sup>115</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>116</sup> JAEGER M., op . cit., p. 112

<sup>117</sup> ARS Nord Pas-de-Calais, juin 2013, *Programme Régional de Santé Mentale du PRS Nord Pas-de-Calais 2012-2016 : Prévention, soins psychiatriques et parcours de vie*

Au terme d'une évaluation réalisée en 2008, la pertinence de ces réseaux a été démontrée. Toutefois, il apparaît nécessaire de « *veiller au respect des engagements des structures participantes en matière de partage interne des travaux du réseau* ».

A cet égard, Régis DUMONT ajoute que les pilotes du réseau doivent veiller à « *...la représentativité des services et établissements du système d'action autour de la situation problème pour que les innovations puissent constituer des propositions standardisables par chaque organisation* ». <sup>118</sup> En effet, selon l'auteur, le réseau constitue une « organisation apprenante ».

David GARVIN définit « l'organisation apprenante » comme « *une organisation capable de créer, acquérir et transférer de la connaissance et de modifier son comportement pour refléter de nouvelles connaissances* » <sup>119</sup>.

## B) La médecine générale

Le médecin généraliste, acteur de première ligne peu formé à l'addictologie peut être démuni face à un patient en situation d'addiction. De ce fait, il risque de lui refuser les soins et de renforcer ainsi les phénomènes d'exclusion et de stigmatisation.

Le dispositif d'intervision est également une « organisation apprenante ». Dans le Nord, il est piloté par l'association G&T 59-62 <sup>120</sup> et soutenu financièrement par l'ARS. Il permet une pratique de réseau avec d'autres acteurs de santé auxquels il convient d'associer les pharmaciens.

G&T 59-62 définit l'intervision « *comme un lieu de rencontres, de formations, d'expériences professionnelles et de pratiques réunissant les champs médicaux, psychologiques, sociaux et associatifs à partir de cas patients relevant de la santé mentale ou de la dépendance.* »

Pour faciliter la mise en œuvre du dispositif, le temps de travail des praticiens libéraux est rémunéré par G&T 59-62 avec des fonds de l'ARS. Les rencontres sont organisées à l'heure du déjeuner, parfois au sein des cabinets médicaux ou dans des lieux géographiquement proches des cabinets et des officines, ceci afin de limiter les temps de déplacements parfois conséquents en Flandre Intérieure. Les organisateurs assurent la collation, toujours dans un souci d'optimiser le temps de rencontres sans trop désorganiser les activités libérales.

---

<sup>118</sup> DUMONT R., mai/juin 2003, « *Le travail en réseau professionnel au quotidien* », *Travail en réseau et territoire d'action*, Les Cahiers de l'Actif n° 324-325, p. 79

<sup>119</sup> GARVIN D., juin-juillet 1993, « *Building a Learning Organization* », Cambridge : Harvard Business Review

<sup>120</sup> Généraliste et Toxicomanie 59-62

Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

Les médecins généralistes de G&T 59-62 veulent développer des pratiques qui associent les problématiques d'addiction aux pathologies du lien et de la dépendance. Ils s'appuient sur une valeur de référence : la citoyenneté. Il s'agit d'accompagner le patient dans l'usage de ses droits aux soins et dans sa capacité à assumer ses responsabilités. De ces deux idées forces en découle une troisième : « Ne jamais travailler seul », mais travailler en lien avec les autres partenaires : médecins traitants, pharmaciens, intervenants médico-sociaux...

L'intervision a pour but de structurer le lien entre les CSAPA et la médecine de ville. Elle pourrait également concerner les CAARUD car les médecins généralistes et les pharmaciens sont des acteurs de première ligne en matière de RDR.

Dans les années 1990, l'expérience des microstructures médicales se développe en Alsace : une équipe pluri-professionnelle s'installe au sein du cabinet du généraliste et constitue un pôle de santé<sup>121</sup>. L'Alsace compte aujourd'hui 17 de ces microstructures.

Sur le modèle de l'organisation en microstructures, l'association « Le Mail » à Amiens a également créé un partenariat avec une maison de santé en territoire rural: travailleur social et psychologue se rendent chaque semaine au cabinet du médecin généraliste sur des plages horaires identifiées. Ils reçoivent ainsi les patients que le médecin leur adresse. Des synthèses mensuelles permettent un accompagnement thérapeutique adapté à la situation de chaque patient.

Dans ce contexte, le médecin généraliste sort de son isolement professionnel par rapport au public en situation d'addiction. Le travail en équipe est formatif et permet une modification des représentations sociales.

### **2.3.2 Quelles articulations avec la justice ?**

La loi du 17 août 2014 relative à l'individualisation de la peine et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, ouvre-t-elle de nouvelles perspectives en matière de partenariat avec le SPIP et la PJJ<sup>122</sup>?

---

<sup>121</sup> COUTERON C. / éd., 12 mai 2013, « *Parcours de soin : l'usager au cœur de l'articulation des pratiques des acteurs* », Paris : Cahiers thématiques de la Fédération Addiction, Actal n°12, pp. 43-46

<sup>122</sup> PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse



La circulaire d'application du 26 septembre 2014 <sup>123</sup> décrit les dispositions de cette loi qui s'appliquent également aux mineurs. Ainsi, les compétences des juges d'application des peines et des juges d'instruction concernés par la loi, s'appliquent également aux juges des enfants. Il en est de même pour les compétences des SPIP et des services de la PJJ.

Concernant le prononcé des peines, le pouvoir d'appréciation du juge est renforcé. Des dispositions de la loi du 5 mars 2007 ayant particulièrement durci les sanctions sont abrogées. A titre d'exemple, l'excuse de minorité au bénéfice des mineurs multirécidivistes de 16 à 18 ans est restaurée. La protection de la société ne passe plus uniquement par l'enfermement ou l'internement, mais par une sanction de l'auteur de l'infraction **et** la mise en place de dispositions de nature à favoriser son amendement, son insertion ou sa réinsertion. La peine doit être individualisée « *en fonction des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur, ainsi que de sa situation matérielle, familiale et sociale...* ». Cette loi prévoit également une diminution des peines encourues en cas de trouble mental altérant le discernement.

Les professionnels socio-éducatifs des SPIP et de la PJJ vont jouer un rôle important dans l'appréciation de la personnalité de l'auteur et de sa situation familiale, économique et sociale. En vue d'adapter la sanction à chaque situation, les juridictions pourront ajourner les affaires pour solliciter les SPIP ou les services de la PJJ pour qu'ils effectuent des enquêtes de personnalité.

De nouvelles obligations sont créées, en particulier l'interdiction de parier dans les organismes de paris mutuels ou « *de prendre part à des jeux d'argent et de hasard* ». Les personnes souffrant d'une addiction aux jeux de hasard et d'argent avaient la possibilité de solliciter volontairement leur propre interdiction d'accès au casino. Aujourd'hui, elles peuvent également y être contraintes par un juge. Si elle ne s'accompagne pas de soins, une interdiction de jouer risque d'être aussi peu efficace qu'une interdiction de consommer des produits psychoactifs pour les personnes dépendantes de ces produits.

La loi prévoit également un dispositif de réduction des risques concernant la conduite en état d'ivresse. Un auteur de ce type de délit peut désormais être condamné à une peine alternative de cinq ans d'interdiction de conduire sans dispositif d'anti-démarrage éthylotest.

---

<sup>123</sup> MINISTERE DE LA JUSTICE, circulaire du 26 septembre 2014 de présentation des dispositions applicables le 1<sup>er</sup> octobre 2014 de la loi n° 2014 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales  
Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

L'exécution des peines a pour finalité « *de préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne condamnée afin de lui permettre d'agir en personne responsable des règles et des intérêts de la société et d'éviter la commission de nouvelles infractions* ».

Les missions du Juge d'Application des Peines<sup>124</sup> et celles des SPIP sont clarifiées. Le SPIP a désormais une mission d'évaluation régulière de la situation matérielle, familiale et sociale des personnes condamnées. Sur la base de cette évaluation, il définit les modalités de prise en charge à mettre en œuvre et individualise ainsi le plan de suivi dans le cadre du mandat judiciaire. L'objectif de lutte contre la récidive est maintenant axé sur les démarches de résolution des difficultés de la personne. Ainsi, le rôle des SPIP et de la PJJ devient central dans l'individualisation de la peine des personnes condamnées.

Concernant les obligations de soins, le SPIP n'a plus uniquement un rôle de suivi, mais est également prescripteur du type de suivi, ce qui implique une coordination des acteurs en charge de l'accompagnement des personnes. Or, « *Les professionnels de la santé et de la justice s'inscrivent cependant dans des logiques d'intervention différentes...* », ce qui « *...constitue souvent un frein à une collaboration optimale* ». <sup>125</sup>

À tous les stades de la procédure pénale, l'obligation de soins contraint la personne à se soumettre à des mesures de contrôle de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. La personne soumise à ce type d'obligation est libre de choisir son médecin ou l'établissement qui la suivra. Parmi les obligations de soins, l'injonction thérapeutique instaurée par la loi du 31 décembre 1970<sup>126</sup> pour les personnes toxicomanes est étendue aux infractions liées à l'abus d'alcool. A l'origine, cette mesure était prononcée dans le cadre d'une alternative aux poursuites. Elle peut désormais être décidée à tous les stades de la procédure. La personne fait alors l'objet d'un signalement à l'ARS qui lui impose de se soumettre à la mesure d'injonction thérapeutique. Le contenu des soins est fonction de l'examen médical du médecin relais du ressort judiciaire concerné et de l'enquête sociale du SPIP. Concernant le ressort judiciaire de Dunkerque, l'ARS n'a désigné aucun médecin relais, ce qui ne permet pas la mise en place des injonctions thérapeutiques dans le cadre des procédures pénales.

Dès lors, comment construire un partenariat efficace entre les professionnels de la justice en charge de l'application de ces nouvelles dispositions et les acteurs du secteur sanitaire

---

<sup>124</sup> JAP : Juge d'Application des Peines

<sup>125</sup> TARLEVE E. / éd., 2009, *Santé-Justice : les soins obligés en addictologie*, 2<sup>ème</sup> édition 2011, Paris : Fédération Addiction, p.6, 86 p.

<sup>126</sup> Loi du 31 décembre 1970, op. cit.

Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2015

et médico-social ? « *La prise en compte chez le justiciable de troubles addictifs au long cours, potentiellement à l'origine de la récidive, relève plus directement du champ de l'obligation de soins. Or, les soins ordonnés par le juge ne reposent pas toujours sur des critères d'évaluation précis et fiables en matière d'addictologie, tels qu'ils pourraient être mis en avant par le biais d'une expertise médicale. La pertinence des soins ordonnés peut apparaître, dans ses conditions, discutable et être source d'incompréhension de la part des soignants et des justiciables* »<sup>127</sup>.

En l'absence de médecin relais sur les Flandres, l'amélioration de la formation en addictologie des intervenants justice, et en particulier des conseillers en insertion et probation, apparaît primordiale. Par ailleurs, la réduction des risques constitue un axe incontournable dans le cadre de la prévention de la récidive. En effet, l'exigence d'abstinence et de sevrage dans le cadre de l'obligation de soins est illusoire dès lors que le sujet ne sait pas pourquoi il le fait.

Les soins obligés intégrés dans le dispositif de santé publique confrontent les acteurs de terrain à des logiques différentes :

- La nécessité de réduire les désordres liés aux addictions,
- La nécessaire adhésion des patients aux soins.

La Fédération Addictions préconise à cet égard d'adopter des pratiques de réseaux dans l'objectif de favoriser la compréhension et l'intégration des logiques de chaque champ d'interventions des professionnels. Ces pratiques de réseaux facilitent les liens entre les professionnels et permettent le décroisement entre les acteurs qui, plutôt que d'opposer leurs pratiques, articulent leurs actions de manière complémentaire.

A partir d'une expérience sur le territoire d'Armentières, le responsable du département de l'intervention socio-éducative à l'IRTS Nord Pas-de-Calais Régis DUMONT<sup>128</sup> expose les conditions requises pour qu'un réseau serve la coordination des actions et le décroisement institutionnel propice à l'innovation.

Selon lui, le réseau s'appuie sur un projet collectif des participants, défini à partir d'une situation problème. Les acteurs acceptent d'interroger les « *pratiques standardisées* » de leurs organisations respectives et expliquent aux membres du réseau pourquoi les réponses institutionnelles à tel ou tel problème s'organisent de telle ou telle manière. Ils

---

<sup>127</sup> TARLEVE E. /éd., op. cit., p.59

<sup>128</sup> DUMOULIN P., DUMONT R., BROSS N., MASCLLET G., 2006, *Travailler en réseau : Méthodes et pratiques en intervention sociale*, Paris : Dunod, pp. 71-89, 238 p.

Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

déterminent ensemble le « qui fait quoi et comment ? » pour proposer des réponses coordonnées aux situations rencontrées.

La création d'un réseau nécessite l'engagement des responsables hiérarchiques des institutions. En effet, « *la recherche de nouvelles pratiques favorisant coordination, expérimentation, développement d'une compétence transversale pour les participants<sup>129</sup>...* » peut engendrer une remise en cause des pratiques institutionnelles au profit de nouvelles pratiques standardisées par le réseau. Cet engagement des organisations permet au réseau d'occuper une place de relais « *vers l'environnement pertinent* ». L'auteur met en évidence que « *la transversalité du réseau* » est nécessaire à cette fonction relais. Chaque membre représentant son organisation va participer à la diversification des cultures professionnelles. Il accepte de remettre en cause sa pratique, de partager ses savoirs avec d'autres, et met ainsi en évidence « *les routines défensives* » des pratiques à l'œuvre au niveau institutionnel. « *L'innovation...est un compromis entre ce qui est permis de faire en situation, dans le respect du cadre d'action et la stricte application des standards de l'organisation* ».

En conclusion, les pratiques de réseau peuvent être soutenues par les pouvoirs publics, tels les RPSM pilotés par un représentant de l'ARS et un représentant d'une organisation sanitaire, sociale ou médico-sociale. D'autres voient le jour sous l'impulsion d'initiatives des acteurs de premières lignes et sont parfois transposables dans d'autres organisations, avec ou sans le soutien des autorités de tutelle. Il en est ainsi des microstructures médicales qui se sont développées en Alsace et qui essaient maintenant dans d'autres territoires.

---

<sup>129</sup> DUMOULIN P., DUMONT R., BROSS N., MASCLET G., op. cit., p.86  
Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2015

### 3 La création du CAARUD mobile

#### 3.1 Elaboration du projet CAARUD mobile et articulation avec le CSAPA<sup>130</sup>

Ce chapitre montre comment les grands axes du projet seront portés par les professionnels du CSAPA pour faciliter l'installation à l'intérieur du CAARUD d'un point de vue organisationnel.

##### 3.1.1 Les grands axes du projet de service

Pour rappel, les CAARUD sont mis en place par la loi de santé publique 2004-906 du 9 août 2004<sup>131</sup>. Les missions sont définies par le décret 2005-1606 du 19 décembre 2005<sup>132</sup>. Le CAARUD s'adresse à des personnes consommatrices actives de substances psychoactives licites et illicites qui « *ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins ou dont les modes de consommations ou les produits qu'elles consomment les exposent à des risques majeurs qu'ils soient infectieux, accidentels, psychiatriques, sexuels, sociaux, etc...* »

- Concernant l'accueil collectif et individuel, je suis en mesure de proposer deux lieux d'accueil fixes, l'un à Bailleul et l'autre à Hazebrouck. Les locaux disposent de bureaux permettant des entretiens individuels et la distribution de matériel de réduction des risques. Ils seront équipés de lave-linge et de sèche-linge professionnels.
- Afin d'aller à la rencontre des publics de la ruralité, je prévois d'investir dans un véhicule aménagé d'un espace d'accueil collectif et d'un bureau.  
Dans un contexte de plus grande visibilité en ruralité, je proposerai des rencontres sur le territoire, en concertation avec les élus et les forces de l'ordre, afin de prévenir les effets de stigmatisation et de préserver l'anonymat des personnes reçues.  
Les partenariats avec les élus pourront se décliner dans le cadre des contrats locaux de santé<sup>133</sup>. Le contrat local de santé des communautés de communes du Pays des Géants et du pays de Cassel, et de la commune de Boeschepe<sup>134</sup> et celui des

---

<sup>130</sup> ARS Nord Pas-de-Calais, 2013, Extrait du cahier des charges de l'appel à projet médico-social n° 2013-03, pour la création d'un CAARUD

<sup>131</sup> Op. cit.

<sup>132</sup> Op. cit.

<sup>133</sup> CLS : Contrat local de santé

communes de Nieppe, Armentières et Merville développent chacun un axe d'amélioration de la prévention, du repérage et de la prise en charge des personnes en situation d'addiction.

- Un programme de mise à disposition de matériel de prévention des infections et d'éducation thérapeutique sera élaboré en concertation avec les acteurs de premières lignes, plus particulièrement avec les médecins généralistes et les pharmaciens.

En préparation des conditions de mise en œuvre de la création du CAARUD, je demande aux professionnels du CSAPA d'initier cet axe du projet.

Afin d'évaluer les pratiques en cours et les besoins, j'ai élaboré avec la pharmacienne et l'infirmière un questionnaire à destination des officines du territoire. A ma demande, la pharmacienne du CSAPA a contacté l'URPS<sup>135</sup> pharmaciens pour les associer à la démarche. Le pharmacien de l'URPS en charge du champ des addictions a répondu favorablement à notre sollicitation et souhaite soutenir la construction de ce partenariat sur la Flandre Intérieure.

- Concernant l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun, la mutualisation de personnels de première ligne avec le CSAPA, tels que le chef de service, l'assistante sociale et le médecin, est de nature à faciliter les orientations d'un centre vers l'autre et/ou vers d'autres structures de soins.
- Le CSAPA propose des tests rapides d'orientation diagnostique<sup>136</sup> pour le VIH et le VHC<sup>137</sup>. Je demande qu'un accompagnement du public CAARUD vers le CSAPA pour la réalisation de ces TROD soit organisé, y compris l'accompagnement médical du CSAPA pour la vérification des tests positifs. Ainsi, les allers-retours entre CSAPA et CAARUD pourront faciliter le passage d'un accompagnement médico-social « bas seuil » vers une démarche de soins, même si aucune demande par rapport aux consommations n'est formulée.

### **3.1.2 Une démarche participative initiée avec les professionnels et une implication de l'équipe dans le développement de projet**

A l'ouverture de l'établissement en mars 2009, seuls une psychologue, une éducatrice spécialisée, l'accueillant et une chargée de mission qui deviendra directrice, sont en poste dans le cadre des activités de l'association, c'est-à-dire essentiellement la consultation

---

<sup>135</sup> U.R.P.S. : Union Régionales des Professionnels de Santé

<sup>136</sup> TROD : Test rapide d'orientation diagnostique

<sup>137</sup> VHC : Virus de l'Hépatite C

Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2015

« Jeunes consommateurs ». Un médecin bénévole assure des consultations médicales gratuites et est embauché dans le cadre de la mise en œuvre de ce nouveau projet.

En septembre 2011, quand je prends mes fonctions de directrice, l'équipe est au complet depuis peu (exceptés un médecin et une pharmacienne qui seront embauchés à l'ouverture du centre de traitement par la méthadone en 2013).

J'initie un travail de réécriture et d'appropriation collective du projet d'établissement au travers d'une formation ayant pour objet de définir le cadre évaluatif de la démarche d'évaluation interne. Ce travail vise la construction d'une identité culturelle d'entreprise, au sens développé par Renaud SAINSAULIEU<sup>138</sup> qui s'appuie sur « *les forces et les cultures de la tradition* » portées par le conseil d'administration et les salariés les plus anciens. Il s'agit d'intégrer les parcours variés des professionnels et de leur permettre d'accéder « à une position d'acteurs responsables de ses investissements autant que de leurs conséquences » pour la mise en œuvre du projet d'établissement.

A cet effet, j'instaure des lieux d'expression, de compréhension mutuelle et de débats pour mettre en évidence les dysfonctionnements observés ou ressentis : des réunions concernant l'articulation des actions des différents professionnels dans le cadre de l'accompagnement des personnes, des réunions de fonctionnement institutionnel et d'évaluation interne et une supervision animée par un consultant extérieur.

Je transmets les appels à projets de l'ARS, de la MILDECA<sup>139</sup> et de la Fondation de France aux salariés qui ont la possibilité d'y répondre ou d'accompagner les structures dans le cadre des appels à projets pour lesquels le CSAPA est partenaire. Ils me soumettent leurs projets que je valide avant d'élaborer les budgets prévisionnels afférents.

Les professionnels conçoivent le projet, le réalisent, l'évaluent et m'en rendent compte régulièrement ainsi qu'aux autres membres de l'équipe.

Avant de s'engager dans une action, un diagnostic des situations justifiant l'engagement dans le projet est partagé. Cette dynamique de repérage des besoins par les acteurs de première ligne favorise leur participation et leur implication dans des actions innovantes.

---

<sup>138</sup> SAINSAULIEU R., 1994, « *L'identité en entreprise* » in Centre de relations internationales et de sciences politiques d'Amiens et le centre universitaire de recherches administratives et politiques de Picardie, *L'identité politique*, Paris : PUF, pp. 252-260

<sup>139</sup> MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Conduites Addictives  
Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

Le diagnostic concernant les difficultés des publics est d'abord initié par les observations des professionnels du CSAPA : les difficultés de mobilité sur le territoire, les processus d'entrée en addiction des personnes reçues en soins, ce qu'ils disent des autres usagers de drogues qui ne fréquentent aucun dispositif de soins... C'est le recueil de toutes ces informations que les professionnels obtiennent auprès du public qu'ils accompagnent qui ont permis d'émettre des hypothèses d'explication concernant les difficultés d'accès aux soins en addictologie.

De ce fait, les acteurs sont impliqués et présentent peu de résistance aux changements.

## **3.2 Adaptation de l'organisation**

A ce stade il est important de clarifier l'organisation des activités de l'association, les missions principales des acteurs du projet, les conditions budgétaires et les investissements requis pour le fonctionnement du CAARUD, ainsi que les impacts sur le budget du CSAPA.

### **3.2.1 Un nouvel organigramme au CSAPA/CAARUD mobile**

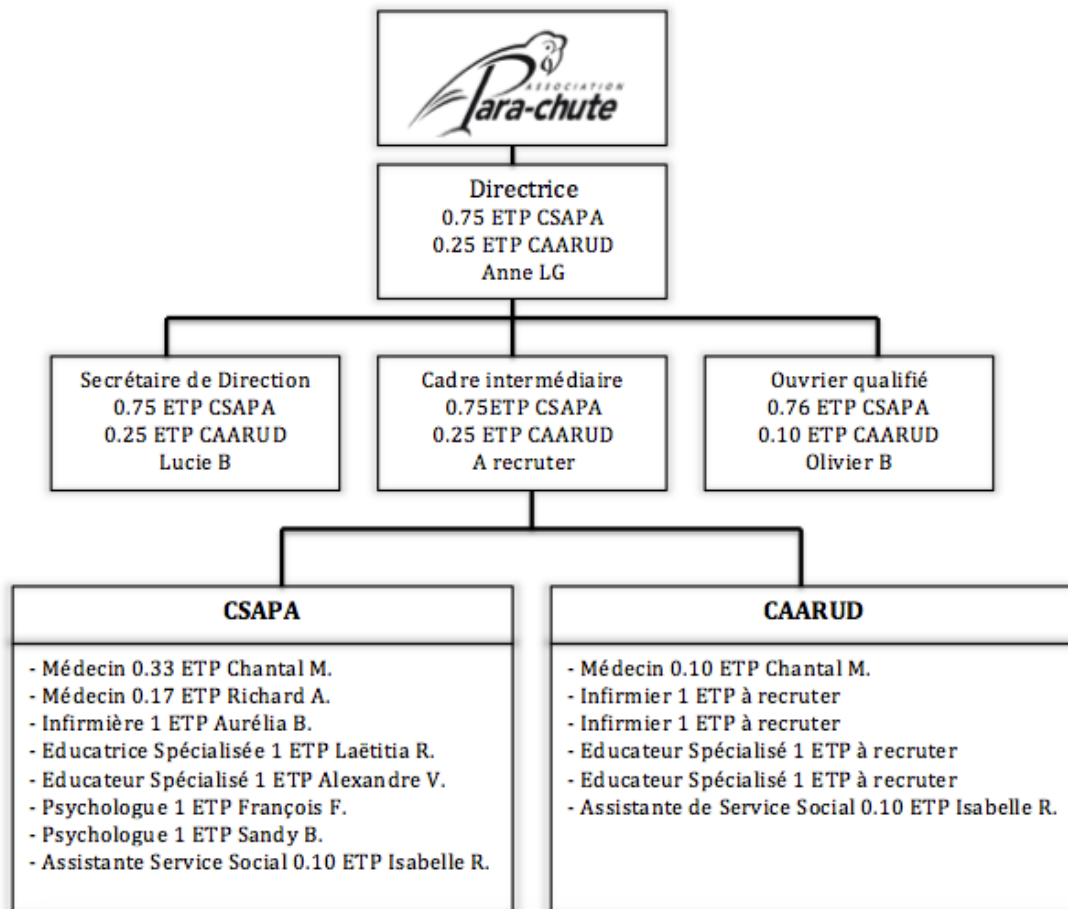
Un des médecins du CSAPA exerce également en tant que généraliste à Merville. Elle envisage de faire valoir ses droits à la retraite dans le courant de l'année 2016 et souhaite poursuivre son activité salariée au sein de l'association. C'est pourquoi il est possible d'augmenter son temps de travail de 10% sur l'activité du CAARUD. En tant que médecin généraliste de la Flandre Intérieure, elle pourra bénéficier d'une légitimité auprès de ses confrères du territoire, ce qui facilitera la mise en œuvre du réseau partenarial avec les professions libérales.

Les activités de l'association s'organiseront selon l'organigramme suivant <sup>140</sup>:

---

<sup>140</sup> Pour la clarté de l'exposé, des prénoms personnalisent l'organigramme mais ne sont pas ceux des personnes effectivement en poste.





La pharmacienne n'apparaît pas dans l'organigramme. Elle intervient à 0.11 ETP au sein du CSAPA. Son contrat de travail est signé avec le Cèdre Bleu, avec lequel une convention de prestation de mise à disposition a été signée. En effet, la loi de sécurisation de l'emploi autorise le temps partiel des pharmaciens dans le cadre des établissements médico-sociaux à hauteur de 7 heures minimum par semaine, ce qui ne correspond pas aux besoins de l'établissement.

### 3.2.2 Définition des missions

En tant que directrice du CAARUD, je conduis le projet :

- En sollicitant le repérage des besoins des usagers, des ressources de l'environnement et des moyens afin de construire une analyse en concertation avec le cadre intermédiaire et l'équipe médico-sociale,
- En proposant des réponses aux problématiques repérées,
- En assurant une veille sur les politiques publiques, notamment par une participation aux travaux de réflexion initiés par la Fédération Addictions, afin d'opérer des choix stratégiques,
- En élaborant et exécutant le budget du CAARUD, et en rendant compte à l'ARS.

Par délégation de la direction, le cadre intermédiaire sera en charge de l'encadrement des équipes et organisera les réunions de régulation et de synthèse. Il veillera à l'articulation entre les professionnels du CSAPA et du CAARUD afin de favoriser la fluidité des parcours de soins des usagers. Il évaluera les compétences des personnels non cadres et participera à l'élaboration du programme de formation des établissements. En lien avec la direction, il impulsera une dynamique de communication interne et externe, et organisera la circulation de l'information.

Chaque professionnel du CAARUD accompagnera les usagers pour faire valoir leurs droits sociaux. Toutefois, lorsque les situations seront complexes, l'assistante sociale qui a développé un réseau sur le territoire et connaît plus spécifiquement les cadres institutionnels d'accès aux droits et les dispositifs d'inclusion sociale, facilitera les démarches et les mises en relation avec les différents professionnels.

Le médecin pourra recevoir les usagers de drogues que les professionnels du CAARUD lui adresseront, afin de prendre en charge les affections médicales liées à leurs pratiques addictives. En effet, la rencontre avec un médecin de l'addictologie peut favoriser l'expression d'une demande de soins et faciliter les ponts entre le CAARUD et le CSAPA. Ce médecin participera à la prévention et à la réduction des risques sanitaires liés aux comportements addictifs des patients accueillis. Il construira et pilotera le partenariat avec les médecins et les pharmaciens de ville, dans une perspective de continuité de prise en charge des soins des patients. Il proposera des interventions aux partenaires.

Les infirmiers et les éducateurs spécialisés participeront à la prévention, à la réduction des risques sanitaires et à l'éducation à la santé liées aux comportements addictifs des patients accueillis. Ils effectueront des maraudes et iront à la rencontre des publics. Ils organiseront les plannings d'accueil mobile en fonction de leur connaissance des besoins du territoire. Les infirmiers pourront dispenser des soins relevant de leur domaine d'initiative et de compétences. Ils pourront également réaliser les soins infirmiers prescrits par le médecin du CAARUD.

Les éducateurs spécialisés seront formés à la médiation sociale qu'ils exerceront auprès des usagers de drogues, de leur famille et de leur entourage, mais également auprès des acteurs de première ligne, des élus, des habitants des quartiers.

### **3.2.3 Elaboration du budget prévisionnel et du plan de financement<sup>141</sup>**

L'association Para-Chute applique la convention collective nationale du travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966.

L'organigramme du CAARUD présenté ci-dessus prévoit la mutualisation des postes de direction, de cadre intermédiaire, de secrétaire de direction (également en charge de la comptabilité et de la paie), d'assistante sociale, de médecin et d'ouvrier qualifié pour l'entretien des locaux.

Deux infirmiers et deux éducateurs spécialisés seront recrutés, avec en moyenne une ancienneté de cinq années dans la fonction.

Cette mutualisation de moyens occasionnera une mesure nouvelle au CSAPA : un cadre intermédiaire à 0,75 ETP. Cette mesure sera partiellement compensée par la réduction des postes de l'assistante sociale, de la direction, de la secrétaire comptable et de l'ouvrier qualifié. L'augmentation du groupe 2 du CSAPA s'élèvera à 13 418,98 €.

Pour la construction du groupe 2 du BP du CAARUD, j'ai retenu une valeur de point de 3,76 €.

Le montant global des salaires bruts prévisionnels est de 144 535,54 €.

Le montant estimé des honoraires du commissaire aux comptes est de 2 800 €.

Le groupe 1 du budget est composé d'achats stockés, ce qui correspond à l'achat de matériel de réduction des risques pour un montant de 27 400 €, ainsi qu'aux frais de carburant du véhicule aménagé pour un montant de 2 600 €.

Le groupe 3 du budget est composé de l'assurance du véhicule, des charges d'intérêts d'emprunt et des dotations aux amortissements. Le total des charges du groupe 3 s'élèvent à 23 439,48 €.

Les investissements concernent :

- L'achat d'un véhicule et son aménagement qui seront financés par un emprunt sur 5 ans,
- L'achat de matériel informatique, de mobilier de bureau, de lave-linge et sèche-linge.

Le montant total du budget annuel du CAARUD s'élève à 280 491,94 €.

---

<sup>141</sup> Annexe 6

### 3.3 Développer une coopération avec les acteurs du territoire

En réponse à la problématique de ce mémoire, je fais le choix d'inscrire la mise en œuvre du projet du CAARUD dans des pratiques de réseaux informels ou formels, coordonnés par l'ARS pour certains, initiés et pilotés par le CSAPA pour d'autres, afin de concilier les logiques contextuelles des acteurs de santé, des champs sanitaire, social ou médico-social, mais aussi des acteurs de la justice et de l'inclusion sociale.

#### 3.3.1 Les communautés de communes de Flandre Intérieure

L'article L 1434-17 prévoit que « *La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* ». « *Les signataires des contrats sont les collectivités territoriales et les ARS. Les préfets, les services de l'Etat, les acteurs de santé et les associations peuvent être associées au dispositif* <sup>142</sup> ».

Il existe deux contrats locaux de santé sur le territoire de Flandre Intérieure :

- Le contrat local de santé des communes d'Armentières, Nieppe et Merville est signé le 7 décembre 2012 par le directeur général de l'ARS, le préfet délégué pour l'égalité des chances et les maires des trois communes, pour la durée du projet régional en cours. Ce projet prévoit un axe d'amélioration de la prévention, le repérage et la prise en charge des publics en situation d'addiction avec les objectifs opérationnels suivants :
  - « *Former en addictologie les acteurs socio-éducatifs des trois communes aux addictions,*
  - *Favoriser la prévention et la prise en charge des addictions en milieu du travail au sein de la mairie d'Armentières,*
  - *Renforcer la réalisation d'intervisions avec les professionnels de santé de premier recours sur les prises en charge difficiles en fonction du projet de vie du patient dépendant et de son entourage* ».Les actions concernant l'Armentierois et Nieppe sont menées par l'association Le Cèdre Bleu.
- Le contrat local de santé des communautés de communes du Pays des Géants et du pays de Cassel et de la commune de Boeschepe est signé le 13 décembre 2012

---

<sup>142</sup> SECRETARIAT GENERAL CHARGE DES AFFAIRES SOCIALES, octobre 2012, *Contrats locaux de santé : agir ensemble pour la santé des citoyens au cœur des territoires*

par le directeur général de l'ARS, le sous-préfet de l'arrondissement de Dunkerque, les présidents des communautés de communes, du maire de Boeschepe et de la présidente de la MSA<sup>143</sup> du Nord Pas-de-Calais. Ce contrat prévoit également un axe d'amélioration de la prévention, du repérage et de la prise en charge des personnes en situation d'addiction qui se décline avec les objectifs opérationnels suivants :

- « *Organiser un groupe de travail pluriprofessionnel pour mieux coordonner la prise en charge des addictions,*
- *Engager un programme de formation à la problématique addictive à destination des professionnels de santé et des acteurs des champs social, médico-social et éducatif,*
- *Développer un programme d'actions de prévention en addictologie auprès de tous les publics ».*

Les professionnels du CSAPA se sont d'avantage impliqués dans ce CLS. C'est l'association « Santé au cœur des monts de Flandre » qui coordonne les actions définies dans le cadre du contrat et l'ARS qui pilote le dispositif.

Une réunion d'évaluation intermédiaire des actions réalisées a eu lieu le 9 septembre 2015. Certaines actions sont reconduites, d'autres ont été réalisées et n'ont plus cours. La ville d'Hazebrouck intègre le CLS qui devient le CLS de la communauté de communes de Flandre Intérieure et un nouveau contrat est signé le 8 octobre 2015.

A l'occasion de cette évaluation intermédiaire visant à intégrer la commune d'Hazebrouck, j'ai demandé d'ajouter une action au contrat : la constitution d'un groupe de travail avec les praticiens libéraux, tels les médecins généralistes, les infirmières, les pharmaciens..., pour réfléchir à la coordination de nos actions en vue d'un meilleur repérage précoce et la mise en place de moyens de réduction des risques et des dommages auprès des personnes en situation d'addiction.

Le CSAPA «La Rose des Flandres » sera porteur du projet, ce qui préparera la mise en place des activités du CAARUD.

Un des médecins de l'établissement s'impliquera dans l'animation des groupes de travail, avec un éducateur spécialisé.

---

<sup>143</sup> M.S.A. : Mutualité Sociale Agricole  
Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

### **3.3.2 Les médecins généralistes : mise en place d'un dispositif d'intervision et proposition de création d'une microstructure**

Les interventions et les microstructures sont deux dispositifs qui sont généralement proposés ou mis en place dans le cadre de structures de soins telles que les CSAPA.

Concernant le CAARUD, je propose d'étendre le concept au champ de la réduction des risques et des dommages aux personnes en situation d'addiction aux substances psychoactives qui ne sont pas en demande de prise en charge par rapport à leurs consommations, mais qui pourraient bénéficier d'éducation thérapeutique par rapport à leurs pratiques de consommation, ainsi que de matériel de RDR.

Concernant les interventions, je propose de s'appuyer sur le groupe de réflexion que le CSAPA portera avec les praticiens libéraux dans le cadre du contrat local de santé de la CCFI<sup>144</sup>. Le médecin du CSAPA a une expérience de ce type de pratique et pourra expliquer et présenter le dispositif aux professionnels de santé libéraux.

Concernant la mise en place d'une microstructure, une maison de santé est en construction à Merville. Un des médecins du CSAPA exerce en tant que médecin généraliste dans cette commune et a été associé à la réflexion par son confrère porteur du projet.

Merville est une commune dans laquelle les usagers de drogues n'accèdent pas aux soins. Dans la perspective d'offrir un environnement favorable à la formulation d'une demande de soins, la maison de santé offre l'invisibilité propice à l'accès à la RDR. Educateurs et infirmiers pourraient y proposer des consultations de RDR, une fois par semaine, sur orientation des praticiens de la maison de santé et organiser des synthèses régulières avec le professionnel prescripteur.

Afin d'étudier la faisabilité de ce projet, je prévois d'organiser une rencontre avec le médecin généraliste porteur du projet de maison de santé à Merville et d'y associer le médecin du futur CAARUD (déjà en poste au CSAPA).

### **3.3.3 Le réseau Flandre Intérieure : un réseau d'acteurs de première ligne**

Ce réseau est créé à l'initiative de l'assistante sociale du CSAPA « La Rose des Flandres » et de celle du centre communal d'action sociale d'Hazebrouck, avec l'accord de leurs directions respectives.

Confrontées à la complexité des situations des personnes qu'elles accompagnent et au manque de connaissances des partenaires, elles ont envoyé un courrier aux assistantes

---

<sup>144</sup> C.C.F.I. : Communauté de Communes de la Flandre Intérieure  
Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2015

sociales des différents établissements et services du territoire. Ce courrier commun expose leur intention et propose une rencontre inter-partenariale, à savoir :

- Recueillir les constats, attentes et réflexions des acteurs du territoire,
- Travailler à la construction d'un réseau respectueux des missions et institutions respectives, afin de répondre de façon plus cohérente et/ou innovante aux usagers des établissements et services.

Un coupon réponse est joint à ce courrier, avec un court questionnaire exploratoire concernant leur connaissance éventuelle d'un réseau professionnel d'échanges de pratiques en Flandre Intérieure et de leur intérêt pour participer à ce type de réseau.

9 structures sur 20 sollicitées ont répondu.

La première réunion permet de déterminer que les participants attendent du réseau qu'il réponde à leurs besoins, directement en lien avec leur pratique professionnelle et en rapport direct avec les usagers qu'ils ont la mission d'accompagner. Ils veulent ouvrir cet espace d'échanges à d'autres acteurs : éducateurs spécialisés, conseillères en économie sociale et familiale, professionnels des unités territoriales de prévention et d'action sociale<sup>145</sup> du conseil général (devenu depuis peu conseil départemental).

Les professionnels des UTPAS n'ont pas eu l'autorisation de leur hiérarchie pour participer au réseau Flandre Intérieure.

Ce réseau se réunit une fois par trimestre depuis le 9 septembre 2012. Il est composé de 47 personnes pour un taux de participation d'environ 20 professionnels par réunion. Les institutions représentent les secteurs de :

- La justice, avec les conseillers d'insertion et de probation du SPIP de Dunkerque,
- Le secteur sanitaire, avec les travailleurs sociaux de l'EPSM, du centre hospitalier d'Hazebrouck, du CSAPA hospitalier d'Hazebrouck, des CMP de Bailleul et d'Hazebrouck, de la permanence d'accès aux soins et de santé du centre hospitalier d'Hazebrouck,
- Le secteur de l'enfance et la famille, avec les travailleurs sociaux des services de protection de l'enfance de l'AGSS de l'UDAF<sup>146</sup> et de la Sauvegarde du Nord,
- Le secteur de l'hébergement, avec les travailleurs sociaux des pensions de familles, de l'accueil d'urgence, des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, du service intégré d'accueil et d'orientation,

---

<sup>145</sup> U.T.P.A.S. : Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale

<sup>146</sup> A.G.S.S. de l'U.D.A.F. : Association de Gestion de Services Sociaux de l'Union Départementale des Associations Familiales

Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

- Le secteur de l'activité économique, avec les travailleurs sociaux de Sésame emploi, de l'insertion par l'activité économique et de la société Roquette implantée sur le territoire (qui emploie près de 3000 personnes),
- Le secteur social et médico-social, avec les travailleurs sociaux du CSAPA « La Rose des Flandres » et des CCAS<sup>147</sup> d'Hazebrouck, Merville et Bailleul.

Depuis sa création, le réseau Flandre Intérieure axe les ordres du jour sur la présentation des établissements et services ainsi que des dispositifs particuliers. A titre d'exemple, les dispositifs d'accès et d'accompagnement au logement, ou encore les nouvelles compétences des conseillers en insertion et probation ont été présentées à l'ensemble des partenaires. De cette manière, le réseau actualise les connaissances de chacun en fonction de l'évolution des législations et réglementations.

Afin de mieux articuler leurs pratiques et de proposer des solutions innovantes au bénéfice des usagers qu'ils accompagnent, les membres du réseau décident désormais de poursuivre leurs travaux et réflexions à partir de la présentation de cas complexes. L'assistante sociale du CSAPA pilote ce dispositif avec sa collègue du CCAS d'Hazebrouck.

Elle travaillera au sein du CAARUD et mobilisera son réseau professionnel au profit de l'insertion des usagers de drogues accompagnés par le centre.

Régis Dumont<sup>148</sup> explique que la pérennisation des réseaux informels nécessite qu'ils soient producteurs et qu'ils acquièrent une reconnaissance institutionnelle. C'est souvent à ce stade de leur existence que les réseaux se voient remis en cause par les organisations. En effet, accorder au réseau informel une reconnaissance organisationnelle à part entière, c'est accepter qu'une part de cette organisation échappe à leur contrôle. Avec la mise en place d'un Réseau Précarité Santé Mentale en Flandre Intérieure en janvier 2015, quid de la co-existence de ces deux réseaux ?

### **3.3.4 Le secteur psychiatrique : s'appuyer sur la mise en place du Réseau Précarité Santé Mentale de Flandre Intérieure**

En 2010, dans le cadre de l'élaboration du PRAPS de la Région Nord Pas-de-Calais, constat est fait que la psychiatrie et les acteurs de l'inclusion sociale sont en difficulté pour

---

<sup>147</sup> C.C.A.S. : Centre Communal d'Action Sociale

<sup>148</sup> DUMONT R., op. cit, p. 72



coordonner leurs actions auprès du public précaire relevant de la prise en charge en santé mentale.<sup>149</sup>

Un groupe de travail propose une formation-action sur 16 arrondissements de la région à l'attention des acteurs du secteur social et de la psychiatrie. L'objectif est de créer une culture commune en :

- « *Améliorant la connaissance mutuelle des acteurs sanitaires et sociaux,*
- *Initiant une collaboration qui s'inscrit dans le temps des professionnels sanitaires et sociaux autour de la problématique de la santé mentale et de la précarité* ».

A partir de cette formation-action, les RPSM se mettent en place dans la région. Deux coordinatrices, travaillant respectivement à la FNARS<sup>150</sup> et à l'EPSM de Lille, présentent la démarche aux directeurs d'établissements et aux médecins chefs de services pour qu'ils y adhèrent et y engagent leurs équipes.

En fin de formation, les professionnels participants souhaitent poursuivre un travail commun autour des pratiques de partenariat.

Les RPSM sont validés dans le cadre des PRAPS et reliés à une coordination régionale. Des équipes mobiles de psychiatrie sont détachées pour intervenir au sein des structures sociales confrontées aux problématiques de santé mentale.

Depuis 2010, l'ARS reprend cette coordination régionale.

Aucun RPSM n'est créé en Flandre Intérieure. C'est en 2015 que l'ARS impulse la démarche sur ce territoire. Ainsi, une première rencontre réunit les professionnels en janvier 2015. Les acteurs de première ligne participant au réseau Flandre Intérieure sont présents, exceptés les conseillers en insertion et probation, mais également des cadres de direction et des cadres de santé. Le réseau se réunit trois fois en 2015 sur les thèmes suivants :

- Echanges sur les représentations respectives des participants au sujet de la santé mentale et de la précarité,
- Présentation des dispositifs d'addictologie : les CSAPA d'Armentières, de Bailleul et d'Hazebrouck, ainsi que le service hospitalier d'addictologie,
- Présentation du CREHPSY<sup>151</sup>.

L'existence et la poursuite du réseau Flandre Intérieure sont évoquées au sein de la première réunion du RPSM. Je propose que, lors de leur prochaine rencontre, les

---

<sup>149</sup> FNARS, 2010, « *Les réseaux précarité et santé mentale du Nord Pas-de-Calais* », in *Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques*, p.79, 129 p.

<sup>150</sup> F.N.A.R.S. : Fédération Nationale des associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale

<sup>151</sup> C.R.E.H.P.S.Y. : Centre de Ressources sur le Handicap Psychique

Anne LE GUERN - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015*

participants du réseau Flandre Intérieure réfléchissent aux suites qu'ils souhaitent donner à ce réseau : doit-il co-exister avec le RPSM ou poursuivre le travail engagé ?

Les professionnels du réseau Flandre Intérieure souhaitent poursuivre leur collaboration dans le cadre de ce réseau. Ils cheminent ensemble depuis trois ans et se saisissent maintenant de préoccupations d'acteurs de première ligne confrontés à des problématiques concrètes des usagers.

Leur participation aux RPSM relève de directives institutionnelles, la présence de cadres au RPSM ne permettant pas selon eux la même implication de leur part.

Les deux réseaux vont donc co-exister.

L'assistante sociale du CSAPA « La Rose des Flandres » est sollicitée par l'animateur de l'ARS pour co-animer le réseau avec lui.

En conclusion, les conditions pour inscrire le CAARUD dans une logique de développement de partenariat en réseau sont réunies. La mobilité du dispositif sera facilitée par un accompagnement de tous les acteurs de première ligne qui concourront au repérage précoce. J'attends des pratiques de réseaux qu'elles influent sur les représentations sociales des acteurs concernant les personnes en situation d'addiction. Mieux formés, leurs évaluations seront moins stigmatisantes et seront partagées avec d'autres acteurs des réseaux.

### **3.4 Evaluation de la pertinence et de l'efficacité du dispositif**

L'objet de ce mémoire est de démontrer qu'un CAARUD adossé à un CSAPA est un moyen pertinent pour toucher un public en situation d'addiction en territoire rural. Afin d'évaluer l'efficacité du projet que je crée sur la Flandre Intérieure, je propose d'évaluer :

- Les coopérations sur le territoire, et plus particulièrement celles avec les acteurs de la psychiatrie, des praticiens libéraux et de la justice,
- Les articulations entre le CSAPA et le CAARUD, en veillant particulièrement à ne pas reproduire à l'interne les clivages observés à l'externe,
- L'impact de l'activité du CAARUD sur le CSAPA : le CAARUD favorise-t-il les demandes de soins en CSAPA ?

#### **3.4.1 Evaluation des coopérations avec les acteurs du territoire**

*« Expérimenter les innovations in situ, reprendre en groupe les avantages et inconvénients de nouvelles actions mises en œuvre, élaborer des guides de bonnes pratiques sont des*

*activités essentielles d'un réseau professionnel* »<sup>152</sup>. Ce sont également des activités qui permettent d'évaluer la qualité des coopérations des acteurs du réseau.

Pour créer, un réseau doit se doter d'une organisation qui tienne compte des enjeux des différentes institutions auxquelles appartiennent les acteurs qui le constituent.

C'est pourquoi, je propose aux partenaires la mise en place d'un COPILTER (Comité de Pilotage Territorial) du réseau Flandre Intérieure. Celui-ci se réunira selon une fréquence annuelle à déterminer, avec les pilotes du réseau qui présenteront les productions et les actions. Une validation par le COPILTER permettra de prendre en compte les enjeux institutionnels de chacun et d'évaluer les coopérations mises en place par les acteurs de première ligne au bénéfice des usagers.

L'évaluation des activités des CLS et du RPSM sera organisée par les ARS avec les institutions qui y participent. La qualité des coopérations partenariales mises en œuvre y sera également évaluée.

Les RPSM disposent d'un outil de communication régionale : un site internet où chaque réseau publie les comptes rendus des rencontres, des formations, des journées à thème, des productions...

### **3.4.2 Evaluation des articulations entre les activités du CSAPA et du CAARUD**

Le cadre intermédiaire du CAARUD et du CSAPA aura une mission de coordination inter-services, afin de garantir la fluidité des parcours des usagers entre les deux dispositifs. Sa vision globale du process permettra une évaluation des difficultés à prendre en compte et des leviers à actionner pour les surmonter.

En concertation avec les équipes, il devra mettre en place un outil de coordination entre les deux centres, de type « fiche navette », en répertoriant les activités des deux dispositifs et en explicitant les complémentarités.

Afin d'évaluer le profil des personnes bénéficiant des accompagnements du CSAPA et du CAARUD, dans la continuité de leur parcours de l'un à l'autre dispositif, ou dans la prise en charge globale par l'un et l'autre dispositif simultanément, j'initierai une enquête annuelle.

---

<sup>152</sup> DUMONT R., op. cit., pp. 80-81

Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

### 3.4.3 Evaluation de l'impact de l'activité du CAARUD sur celle du CSAPA

Je mettrai en place un observatoire de l'activité CAARUD au regard de celle du CSAPA.

Le logiciel intranet de l'association permet à la fois de renseigner le dossier de la personne accompagnée et de traiter les informations de manière statistique. Aussi, le croisement des données permettront de quantifier le nombre de personnes accédant au CSAPA via l'activité du CAARUD, mais aussi d'évaluer si le CAARUD a un impact sur les sorties « sèches » du CSAPA. En effet, en addictologie les ruptures de soins sont fréquentes, mais seraient moins dommageables si elles étaient relayées par le CAARUD.

« Aller vers » le public en situation d'addiction en milieu rural est une question d'efficience du partenariat, aussi l'évaluation quantitative de l'activité du CAARUD ne saurait être performante d'emblée.

Aussi, je compte sur une montée en charge progressive de l'activité sur une durée de trois ans.

La participation du public à l'évaluation de la qualité de l'accompagnement qui lui est proposé demeure un exercice compliqué dans le cadre de l'accompagnement en ambulatoire. J'ai mis en place deux modalités différentes d'expression des usagers, sachant qu'il s'agit d'un public difficilement mobilisable sur le long cours :

- Des enquêtes de satisfaction par thématiques sont expérimentées au CSAPA et donnent des résultats. Il s'agit de mobiliser l'ensemble du personnel pour qu'il accompagne la passation du questionnaire. Les professionnels sont mobilisés sur deux semaines dans l'année et je demande à l'assistante sociale d'effectuer le dépouillement. Les résultats sont ensuite présentés et analysés en équipe pour qu'il en soit tenu compte dans la définition des axes d'amélioration de la mise en œuvre du projet d'établissement. Ce type de démarche sera également mis en œuvre au CAARUD.
- De la même manière, des groupes d'expression par rapport aux attentes des usagers en matière d'accompagnement et d'accueil sont organisés une fois par trimestre et seront institués également au CAARUD. C'est l'occasion pour les usagers d'exprimer leurs attentes, leurs satisfactions ou insatisfactions. Un ou deux professionnels animent la réunion autour d'un petit déjeuner et produisent un compte rendu. J'assiste à cette réunion, ce qui permet d'apporter des réponses institutionnelles ou de mettre leurs préoccupations à l'ordre du jour des prochaines réunions de fonctionnement pour y apporter des réponses.

En conclusion, les trois axes d'évaluation du projet CAARUD participeront à l'amélioration continue de la prestation. Toutefois, les résultats attendus nécessitent d'abord d'installer un réseau partenarial efficient sur le territoire de Flandre Intérieure. C'est d'abord cet axe du projet qui sera évalué pour une atteinte des objectifs à trois ans concernant l'accompagnement du public.



## Conclusion

La Flandre Intérieure est un territoire rural. Les personnes en situation d'addiction des campagnes et des petites villes n'accèdent pas au CSAPA.

L'établissement propose un accompagnement pluri-professionnel dans une démarche bio-psycho-sociale.

Ce mémoire propose des hypothèses d'explication en réponse au constat posé :

- Les pratiques en addictologie ont évolué : il est question aujourd'hui d'approche « intégrative » et « expérientielle ». Le sevrage et l'abstinence ne sont plus une condition impérative du soin. Les traitements de substitution participent à maintenir la personne insérée ou à la réinsérer. Les proches et l'entourage sont pris en compte dans l'accompagnement proposé. Cette conception des soins intègre aussi la réduction des risques pour la personne consommatrice active de substances psychoactives. A l'instar de l'approche des Pays-Bas, la personne en situation d'addiction est un citoyen à part entière et à ce titre ouvre droit à un accompagnement lorsqu'elle est en difficulté par rapport à son insertion ou à sa santé.
- Pour autant les représentations sociales de l'opinion publique et des politiques concernant les usagers de drogues n'évoluent pas ou peu. La société oscille entre une vision sécuritaire du phénomène et une vision sanitaire, telle que présentée dans la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. Le durcissement des mesures de répression des usages de drogues et de la récidive a montré ses limites, et l'Europe appelle à une dépénalisation de l'usage pour concentrer les moyens sur la répression des réseaux de trafiquants. La méfiance des usagers par rapport aux forces de l'ordre dans ce contexte est un frein à l'accès aux dispositifs de soins.
- La stigmatisation des usagers de drogue est renforcée en milieu rural et dans les petites communes. Tout le monde se connaît, les phénomènes de honte et de repli sur soi accroissent l'isolement des personnes. Les solidarités familiales étant particulièrement développées en Flandre Intérieure, les usagers de drogues cachent leurs consommations pour ne pas attirer le stigmate sur leur famille, tandis que les familles lorsqu'elles prennent conscience du problème pensent qu'elles peuvent le gérer dans le cadre de leur réseau primaire.

- Les élus eux-mêmes sont dans la banalisation ou le déni de la réalité : il y a des drogués dans les campagnes ! Alors que la ruralité française se relève de représentations négatives à son égard et qu'elle a besoin d'attirer l'implantation de nouvelles familles sur les petites communes, elle mise sur la qualité de son environnement. Les drogues se sont des comportements dégradés des cités urbaines. La ruralité n'a pas besoin d'une telle publicité ! Tout juste peut-elle s'accommoder des personnes consommatrices d'alcool, mais pas de l'installation de la délinquance sur son territoire !

Cependant, dans le champ de la santé, les politiques évoluent et incitent à la prise en compte du problème.

D'une approche transversale dans un premier temps avec la loi de santé 2004 et la loi HPST de 2009, le projet de loi de 2005 consacre enfin un volet de son programme, spécifiquement à la question des addictions.

La question des professionnels de la réduction des risques est enfin posée : ils bénéficieront d'une protection dans le cadre de l'exercice de leur fonction et ne risqueront plus d'être suspectés d'incitation à la consommation de drogues.

Le rapport de l'IGAS<sup>153</sup> préconise la possibilité pour les CSAPA de solliciter une extension d'activité en créant le CAARUD à partir de l'établissement.

Certaines préconisations de l'IGAS ont été retenues dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé, c'est pourquoi il est possible d'envisager une évolution de la réglementation dans ce sens.

En réponse à la problématique posée, je propose d'adosser un CAARUD au CSAPA pour toucher un public en situation d'addiction disséminé en Flandre Intérieure.

Les conditions de réalisation de ce projet semblent réunies à l'interne : des possibilités de mutualisation des locaux, des opportunités de mutualisation de personnels et des possibilités d'investissement dans l'aménagement des locaux pour installer les nouveaux professionnels du CAARUD.

Toutefois, le réseau partenarial sur le territoire présente des faiblesses, en raison des élus qui peinent à reconnaître le problème, mais aussi des difficultés de coopération entre les acteurs du sanitaire, et plus particulièrement de la psychiatrie, des praticiens libéraux et de la justice.

---

<sup>153</sup>HESSE C. et DUHAMEL G., op. cit.

Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2015



Dès lors les pratiques de réseaux apparaissent comme un recours possible pour tenter de créer de la culture commune et des habitudes de travail entre les acteurs.

En tant que directrice du CSAPA, en charge de conduire le projet de création du CAARUD, je favorise les pratiques de réseaux au sein de mon établissement, avec la création du réseau Flandre Intérieure piloté par l'assistante sociale du CSAPA et celle du CCAS d'Hazebrouck. J'inscris l'établissement dans d'autres réseaux de coopérations, tels que ceux des contrats locaux de santé, au sein desquels j'initie un groupe de réflexion avec des praticiens libéraux. En début d'année 2015, avec des membres de l'équipe, j'intègre le RPSM soutenu par l'ARS.

J'étudie la possibilité de créer une microstructure dans une maison de santé avec les professionnels du CAARUD, pour proposer de la RDR à la patientèle consommatrice de substances psychoactives qui ne formule pas de demande de soins.

Enfin, ce mémoire n'a pas abordé l'articulation entre réseaux primaires des usagers de drogues et acteurs du CAARUD. Selon le psychosociologue Louis Fève<sup>154</sup> « *le savoir des marginaux ne se transmet qu'à partir des groupes d'appartenance où ils peuvent s'exprimer* ». C'est pourquoi je souhaite engager l'équipe du CAARUD dans la construction des conditions éthiques pour « *faire des réseaux primaires des partenaires de l'action sociale* ».

Le projet sera de former des consommateurs actifs à la RDR pour qu'ils puissent être les relais des messages de prévention et de réductions des risques dans leurs réseaux de sociabilité, et distribuer le matériel de prévention aux usagers en incapacité de prendre attache avec le CAARUD.

---

<sup>154</sup> FEVE L., mai/juin 2003, « *Associer les réseaux primaires et secondaires pour remailler le tissu social* », *Travail en réseau et territoire d'action*, Les Cahiers de l'Actif n° 324-325, p. 120



---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

BECKER H., 1963, *Outsider : Etudes de sociologie de la déviance*, Paris : Edition Métailié de 1985, 247 p.

COSTES J.M. / éd., 2010, *Les usages illicites en Système depuis 1999, vus au travers du dispositif TREND*, Saint Denis : OFDT, 192 p.

DE GAULEJAC V., 1996, *Les sources de la honte*, Paris : Desclée De Brouwer, 306 p.

DUMOULIN P., DUMONT R., BROSS N., MASCLET G., 2006, *Travailler en réseau : Méthodes et pratiques en intervention sociale*, Paris : Dunod, 238 p.

DE SINGLY F., 1993, *Sociologie de la famille contemporaine*, 3<sup>ème</sup> édition refondue de 2007, Paris : Armand Collin, 128 p.

FNARS, 2010, « *Les réseaux précarité et santé mentale du Nord Pas-de-Calais* », in *Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques*, 129 p.

GRANGE A., 2005, *L'Europe des drogues : l'apprentissage de la réduction des risques aux Pays Bas, en Système et en Système*, Paris : L'Harmattan, 448 p.

JAEGGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 201 p.

MOREL A., COUTERON J., 2008, *Les conduites addictives*, Paris : Dunod, 298 p.

MORIN E., 1990, *Introduction à la pensée complexe*, édition d'avril 2005, Paris : Seuil, 158 p.

PAGES A., 2005, *La pauvreté en milieu rural*, Toulouse : Presses Universitaires du Mirail, seconde édition revue et corrigée, 185 p.

PEELE S., 1985, *The Meaning of Addiction : an 78nconventional view*, 1998 reissued paper edition, San Francisco : Jossey Bass, 224 p.

SOLER A., 2013, *Addictions et milieu rural*, Saint Martin le Noeud: Recherche Action du SATO-Picardie avec le soutien de l'ARS, le Conseil Régional de Picardie, la MILDT et le Conseil Général de l'Oise, 114 p.

TARLEVE E. / éd., 2009, *Santé-Justice : les soins obligés en addictologie*, 2<sup>ème</sup> édition 2011, Paris : Fédération Addiction, 86 p.

TODD E., 2011, *L'origine des systèmes familiaux, T1 : L'Eurasie*, Paris : Gallimard, 768 p.

### **Thèses :**

BERGERON H, 1977, *Soigner ou prendre soin des toxicomanes : anatomie d'une croyance collective. Analyse du champ de la toxicomanie en Système de 1975 à 1995 ou l'histoire de la domination d'un paradigme*, thèse du doctorat de sociologie, Institut d'Etudes Politiques de Paris, p.46

### **Articles :**

ACCADEMIE DE MEDECINE, 30 juin 2015, Communiqué de la commission VI, *La buprenorphine à haut dosage: mésusage et détournement d'usage*, Paris.

COLNET C., 19 septembre 2013, « *La galère des toxicomanes* », journal Le Monde

COUTERON C. / éd., 12 mai 2013, *Un réseau contre l'isolement des professionnels » in Parcours de soin : l'usager au cœur de l'articulation des pratiques des acteurs*, Paris : Cahiers thématiques de la Fédération Addiction, Actal n° 12, pp. 40-42

DAMAYE H., 1919, « *Etablissement d'aliénés : l'asile de Bailleul* » in *Les annales médico-psychologiques* n°11, pp. 47-51, disponible à l'adresse internet suivante : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90152x1919x11>

DUMONT R., mai/juin 2003, « *Le travail en réseau professionnel au quotidien* », *Travail en réseau et territoire d'action*, Les Cahiers de l'Actif n° 324-325

FEDERATION ADDICTION ET MG ADDICTION, 6 juillet 2015, Communiqué de presse, *L'Académie de Médecine et les traitements de substitution : la sombre impasse de l'obscurantisme*, Paris.

FEVE L., mai/juin 2003, « Associer les réseaux primaires et secondaires pour remailler le tissu social », *Travail en réseau et territoire d'action*, Les Cahiers de l'Actif n° 324-325

GARVIN D., juin-juillet 1993, « *Building a Learning Organization* », Cambridge : Harvard *Business Review*

GOODMAN A., 1990, « *Addiction: Definition and implications* », *British Journal Addiction*, Volume 85, 1403-1408

Groupe Interalcool Rhône-Alpes, ROUYER S., « *Un point sur la formation des médecins généralistes en addictologie* », mise à jour le 19 août 2011, disponible à l'adresse internet suivante: <http://groupeinteralcool.free.fr/index.php/component/content/article/48-2009-2010/62-rouyer-generalistes>

PAGES A., 2001, « *Pauvreté et exclusion en milieu rural français* », in *Etudes rurales*, 2001/3, (n° 159-160), *Exclusions, Dépendances, Pauvreté, Productivité, Tensions ethniques*, Paris : Editions de l'EHESS, pp. 97-110

REYNAUD M., 2009, « *Addictologie et psychiatrie : allons-nous célébrer un mariage de raison ?* », *L'information psychiatrique 2009/7* (volume 85), pp. 593-593

SAINSAULIEU R., 1994, « *L'identité en entreprise* » in Centre de relations internationales et de sciences politiques d'Amiens et le centre universitaires de recherches administratives et politiques de Picardie, *L'identité politique*, Paris : PUF, pp. 252-260

### **Rapports:**

CARRAZ R. et HYEST J.J., avril 1998, *Une meilleure répartition des effectifs de la police et de la gendarmerie pour une meilleure sécurité publique*, Paris : MINISTERE DE L'INTERIEUR, 99 p.

HESSE C. et DUHAMEL G., Février 2014, *L'évaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduits addictives*, Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales, 85 p.

MASSE G., 1992, *La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale*, rapport au ministre de la santé et de l'action humanitaire, Rennes : ENSP, 329 p.

OEDT, 2013, *Rapport européen sur les drogues: Tendances et évolutions*", Luxembourg: Office des publications européennes, 74 p.

OEDT, 2014, *Rapport européen sur les drogues: Tendances et évolutions*", Luxembourg: Office des publications européennes, 80 p.

REYNAUD M. / éd., janvier 2013, *Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages*, Paris : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie, 108 p.

### **Discours:**

Discours de Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 5<sup>ème</sup> journées nationales de la Fédération Addictions, vidéo du 4 juin 2015, <http://www.federationaddiction.fr/lille-2015-un-congres-denvergure/>

### **Lois, décrets, circulaires :**

MINISTERE DE LA JUSTICE, MINISTERE DE L'INTERIEUR, MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, MINISTERE CHARGE DES DOM TOM, MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE. 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 des substances vénéneuses, parue au JO le 2 janvier 1971

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire DH/DGS n° 612 du 14 juin 1991 relative à la mise en place du réseau ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection VIH

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION. Circulaire DGS/SP n°72 du 9 novembre 1993 relative aux orientations dans le domaine sanitaire du plan de lutte contre la drogue

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE. Circulaire DGS/DAS n° 14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES CHARGE DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES CHARGE DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES CHARGE DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE. La circulaire DGS 87-707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, CHARGE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE. Circulaire DGS/SQ2/DAS/DH/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

MINISTERE DE LA JUSTICE. Loi 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, publiée au JO le 10 mars 2004

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, parue au JO le 11 août 2004

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue et modifiant le code de santé publique, paru au JO le 22 décembre 2005

MINISTERE DE LA SANTE, DES SOLIDARITES, DE LA SECURITE SOCIALE, DES PERSONNES ÂGEES, DES PERSONNES HANDICAPEES ET DE LA FAMILLE. Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, paru au JO le 15 mai 2007

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, paru au JO le 22 juillet 2009

MINISTERE DE LA JUSTICE, circulaire du 26 septembre 2014 de présentation des dispositions applicables le 1<sup>er</sup> octobre 2014 de la loi n° 2014 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales







---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1 p. II : entretiens avec des consommateurs habitant en ruralité
- Annexe 2 p. XXIII : grille d'entretien
- Annexe 3 p. XXIV : organigramme ARS NPDC
- Annexe 4 p. XXV : projet de loi de modernisation de notre système de santé
- Annexe 5 p. XXVIII : Intervention de Marisol Touraine, 5<sup>ème</sup> journées nationales de la Fédération Addiction, 4 juin 2015, Lille
- Annexe 6 p. XXXIII : Eléments du budget
- Annexe 7 p. XLI : Courrier aux partenaires de la Flandre Intérieure

## **ANNEXE 1 : ENTRETIENS AVEC DES CONSOMMATEURS HABITANT EN RURALITE**

### **KATHLEEN**

**Je vais vous demander votre âge.**

- Alors 36 ans.

**Voilà, c'est parce que comme ça, j'interroge des jeunes, des moins jeunes, des plus âgés. Est-ce que vous vivez seule, en couple ?**

- En couple avec des enfants.

**En couple avec des enfants, dans un village ?**

- Dans un petit village.

**Un petit village, vous savez combien d'habitants ?**

- Non, mais petit.

**Vous pouvez me dire le nom du village, je ne le mettrai pas, mais je vais juste mettre le nombre d'habitants.**

- A E (environ 1800 habitants) dans la Flandre Intérieure.

**Comment avez-vous connu le CSAPA ?**

- C'est le bouche à oreille.

**Je vais vous demander ce que vous consommez.**

- Bah de toute façon vous le savez, si je suis ici, ce n'est pas pour rien. Je consomme uniquement, enfin de temps en temps, de l'héroïne.

**Et depuis combien de temps vous consommez de l'héroïne ?**

- Oh là, question que je ne me suis jamais posée.

**Vous ne savez pas.**

- On va dire un an et demi.

**Est-ce que vous vous souvenez comment vous avez été amené à consommer la première fois ?**

- Oui, on le sait. On le sait particulièrement, on le sait très bien. Là c'est parce que je suis en couple avec quelqu'un qui consomme. Donc comme je ne le voyais jamais, ben pour le voir, en fait, je me suis lancée dans ça. Une grosse bêtise quoi !

**C'est une rencontre avec une personne qui vous a amené à consommer.**

- En fait cette personne, elle s'est mise à consommer ça à cause d'une séparation, à cause des copains qui ont dit « prend ça, tu verras, t'es vraiment pas bien, donc ça va t'aider. »

**Et on vous a dit ce que c'était ?**

- Oui, oui, il ne m'a rien caché. Au début, je n'en voulais pas, de toute façon, il ne voulait même pas m'en donner. Il me disait : « non, non, ne commence pas là-dedans ». C'est moi qui ai insisté, ce n'est pas lui, c'est moi qui ai insisté, donc, puis après quand on commence une fois, bon pas terrible, on se dit bof, une deuxième fois, une troisième fois. Ecartée hein au début, on se dit ouais, on va savoir arrêter. Il me disait ben non tu verras, arrête ça, tu vas te, comment on peut dire, tu vas te...être addictive, voilà, je cherchais le mot. Et pour finir, il a eu raison. Parce que malheureusement... quand on n'est pas dedans on ne peut pas savoir ce que ça fait. Je suis désolée mais... Même les professionnels médicaux, franchement, c'est ce que je pense. Mais le personnel médical qui soigne des personnes qui sont là-dedans, et qui n'ont jamais été ou qui n'ont pas eu de la famille qui a été dedans, ils ne peuvent pas savoir ce que c'est. Parce que quand on nous dit, « ouais, bah pourquoi ? Pourquoi t'en as pris ? » Y a pas de raison.

**Ah si il y en a une, vous l'avez dit « je voulais être avec lui ».**

- Ouais, mais maintenant, il n'y a plus de raison. La raison, c'est au début, mais maintenant, il n'y a plus de raison.

**Après, c'est que vous ne pouvez plus vous empêcher de le faire.**

- Après, c'est y en a, bah donne. Y en a pas, y en a pas. Mais moi y en a, bah j'arrive pas à dire non. C'est même pas qu'il propose. C'est moi qui demande.

**Bah ça va faire l'objet d'une question en fait, je voulais savoir comment vous vous procuriez les produits ?**

- Bah je pense que tout monde par ici, c'est le même plan. C'est sur Lille. Malheureusement, on va dire c'est la plaque tournante.

**Alors qui vous amène ça, enfin qui, je vous demande pas un nom...**

- Non, non.

**Mais qui vous amène ça, c'est quelqu'un que vous connaissez, de votre entourage ?**

- C'est pas moi qui y vais, moi je ne peux pas, je ne peux pas, j'ai trop peur en fait de la police tout simplement. J'ai une trouille bleue de me faire arrêter pour ça, je ne peux pas. C'est le seul truc, y en aurait pas, je n'en consommerais pas. Ça c'est autre chose, mais bon. Après, bah disons que c'est un groupe d'amis qui ont des

adresses, qui ont des noms, des numéros. Disons que si on va chez quelqu'un, après y a un réseau. C'est des réseaux qui savent qu'on va se procurer chez eux. Ils arrivent à avoir notre numéro et ils nous appellent. Oui, j'ai un meilleur prix qu'eux...

### **Donc ils distribuent vos numéros de téléphone ?**

- Je pense, oui. Ils nous envoient un texto. Oui, ce n'est même pas nous qui allons chercher les numéros, c'est eux qui viennent à nous. C'est une fois qu'on a un numéro, c'est fini. Nous on a déjà effacé les numéros pour pu y aller quoi. Et ben on nous sollicite autrement, quoi. C'est quand même hallucinant. On se dit mais comment faire ?

### **Ils viennent chez vous ?**

- Par le téléphone.

### **Et après faut aller le chercher, c'est votre ami qui va...**

- Après faut se déplacer à Lille quoi.

### **Et vous allez chercher à Lille, donc c'est lui qui va chercher à Lille.**

- Soit lui ou ses potes. Ça va de 10h00, généralement le week-end jusqu'à 22h30 quoi. Plages horaires assez larges quoi.

### **Et vous consommez où ?**

- A la maison, je peux pas, ailleurs je ne pourrais pas. Même chez un pote, je ne pourrais pas. Il faut que ce soit chez moi, bien cachée. Pour moi c'est une honte quand même. Vous avez raison, c'est une honte, enfin...

### **Moi je ne juge pas, mais vous le vivez comme ça.**

- Ah oui, j'ai honte de consommer ça. Mais j'arrive pas à m'en sortir. On a beau me faire des remarques, je sais bien que les remarques, c'est pour moi.

### **Qui vous fait des remarques ?**

- Bah ici. Bah on essaie de me faire un déclic, on va dire. Mais le problème, c'est que, y'en a certains qui ne comprennent pas, c'est que quand on est dedans, on est dedans quoi ! C'est pas évident de dire, ah bah demain, j'en prends pas. Ouais demain, j'en prends pas. C'est pas évident quoi, quand on n'est pas dans le truc, on ne peut pas savoir. C'est ça qu'ils n'arrivent pas à se mettre bien dans leur tête. On aimerait bien être comme eux, dire, bon, allez hop, c'est bon, aujourd'hui, j'arrête. Mais on ne peut pas. J'en connais pas, enfin p't'être vous, mais moi, je ne connais personne, qui du jour au lendemain, a su dire « j'arrête ». Et il n'y a pas de classes sociales. Nous on ne pourrait pas me dire que je... jamais on aurait su me dire que

j'allais faire ça. Jamais, c'est un truc qui me... je sais pas. Je me disais mais comment ils font ça, comment ils peuvent faire ça ? Le problème, c'est qu'on y est vite... on y est vite, et bon après, malheureusement.

**Quand vous consommez chez vous, vous êtes seule ?**

- Non, jamais...jamais. Enfin, je suis toujours avec mon compagnon ou ses amis.

**Ils viennent consommer chez vous.**

- Bah oui, parce que moi je ne veux pas aller chez eux. Moi, je ne me déplace pas, ailleurs que chez moi, c'est hors de question, je ne peux pas. Déjà, on me dit « pourquoi, tu ne le dis pas à tes parents ? » Dire à ses parents qui ont quasiment 70 ans, écoute ta fille, elle consomme...

**Ils vivent loin vos parents ?**

- Non, ils vivent à 10 minutes de chez moi...Je ne pourrais pas, non je ne pourrais pas. Y en a qui y arrive à dire autour d'eux, mais moi je ne peux pas. C'est tellement une honte pour moi, je ne peux pas me permettre de... oh non, ce serait un souci en plus pour eux, je ne pourrais pas.

**Vous vous sentez être une charge, si vous le disiez, vous pensez que vous seriez une charge pour eux ?**

- Ah oui carrément, carrément, parce que déjà là, à cause de ça, on a des problèmes financiers, c'est obligatoire. J'ai des problèmes financiers donc déjà là on est obligé de leur demander... donc non je ne pourrais pas. Donc là pour l'instant, c'est entre nous quoi. C'est dans notre couple, le problème c'est que ça engendre sur la vie de couple aussi.

**Certainement.**

- Non, c'est pas certainement, ça c'est sûr !

**Ça m'intéresse de regarder les relations familiales aussi. C'est intéressant de savoir qu'en Flandre, c'est pas comme ailleurs, quand même. Et en plus, c'est en milieu rural, il y a l'isolement... Je ne sais pas, vous vous sentez isolée ?**

- Je ne vois plus personne. Ça c'est simple, j'ai coupé les ponts avec toutes mes copines. Je n'ai plus personne.

**Vous avez, vous, décidé de couper les ponts ?**

- Ça c'est fait tout seul. Sans... pas volontaire, ça c'est fait tout seul. C'est moi qui ai, bah avec ce truc, avec l'héroïne, toute façon, on est dans une bulle, donc, bah on m'envoie des messages et je ne réponds pas, je ne réponds pas tout de suite, je dis wah, et puis voilà, petit à petit on se retrouve tout seul. Mon compagnon, c'est pareil.

Il a en tout et pour tout deux amis, mais deux amis qui consomment quoi. Donc automatiquement.

**Donc les seuls amis que vous avez maintenant, c'est des consommateurs.**

- Oui, donc le moyen, c'est quoi, c'est de plus leur parler. Ils habitent à côté.

**Mais vous gardez des relations avec votre famille.**

- Avec mes parents, je fais comme si de rien n'était. Je sais pas si ça se voit. Je vais au travail comme d'habitude, je suis un peu plus fatiguée ça c'est sûr... parce que ça fatigue à mort. Parce que ça prend beaucoup d'énergie en fait. Parce que quand on ne peut pas fumer dans la journée, en fait on se bat. On se bat parce que certes on a la métha qui agit, mais bon, au début ça va, on a le peps et tout, mais en fin de journée je peux vous certifier que le peps, il n'est plus là. On se bat, enfin, moi pour ma part, je me bats. On sait plus comment arrêter. Le pire, c'est qu'on le veut tous les deux. On en parle tous les soirs. Mais on ne trouve pas le moyen. Tous les jours on se dit allez c'est bon, mais je sais pas.... Je ne sais plus comment faire de toute façon. Donc on verra bien. Je sais bien que c'est nous qui pouvons décider, mais, c'est comme on m'dit, oui pourquoi tu fais pas une cure ? Moi je ne peux pas faire de cure, j'ai ma fille, j'fais comment, moi je suis toute seule, sans son père, son père on n'en parle même pas, il ne s'en occupe pas. Elle a 16 ans, donc heu... il ne s'en occupe pas...moi je ne peux pas laisser ma fille toute seule, ça c'est hors de question. L'autre coup, on m'a fait une remarque, alors je l'ai mal prise, on m'a dit « oui de toute façon, tu fais passer ça avant ta fille ». J'ai dit ça c'est pas vrai. J'ai dit ça, je ne permets pas de dire ça, j'ai dit si ma fille a besoin de quelque chose, choisir entre fumer et payer le truc à ma fille, je paie le truc à ma fille, et je ne fumerai pas. Ça c'est clair et net, et ça je le fais par contre. Comme quoi, je me dis que je peux, amis. Le problème, c'est que c'est pas moi qui y vais, c'est ça le truc, hein. Moi, y a personne qui irait, j'en aurais pas. Mais bon après, je ne le pousse pas non plus à ne pas y aller. Je ne peux pas lui jeter la pierre. Y en a plein qui y arrive, pourquoi pas nous ? Peut-être qu'on mettra plus de temps que certains.

**Chacun son rythme.**

- Certainement. Le problème, c'est qu'on veut puisque on vient et tout. Le pire c'est qu'on a des projets, c'est ça, on veut un bébé, on veut s'acheter une maison dans deux ans. On a des projets, allez comprendre, le cerveau. Quand on a donné quelque chose à un cerveau, je pense que... et qu'il a aimé, ça doit être dur de s'en défaire. Après je pense que c'est comme de l'alcool ou ... il y en a c'est les jeux...



je vais dire je préférerais peut-être encore les jeux, je ne sais même pas, je ne sais même plus quoi dire.

**Kathleen, merci.**

## **ROMAIN**

**Je vais te demander ton âge.**

- 21 ans

**Et tu habites, tu m'as dit à G (commune de 2000 habitants). Je voulais savoir, qu'est-ce que tu consommes ?**

- En ce moment, là ? ou avant ?

**Avant, puis aujourd'hui.**

- Avant c'était beaucoup d'héro et un peu de coke. Aujourd'hui, je ne fume plus que le cannabis. Et l'héro, je ne touche plus.

**Quand tu consommais de l'héroïne, t'habitais où ?**

- J'ai habité à G et à Bailleul, j'ai habité chez mes grands-parents et chez ma belle-mère.

**Est-ce que tu peux me dire, quand tu consommais de l'héroïne, où tu consommais, quand je veux dire où c'est, est-ce que c'était chez toi, chez les potes, est-ce que c'était dehors...**

- Non, moi c'était au stade de foot. Quand j'habitais à G, c'était au stade le plus souvent, quand j'habitais à Bailleul, c'était dans le hall de l'immeuble.

**Est-ce que quand tu consommais de l'héroïne, est-ce que tu consommais tout seul ou est-ce que tu consommais avec d'autres ?**

- Non, je consommais avec d'autres, avec des amis. Mais ça m'arrivait de consommer tout seul aussi. Quand j'étais tout seul, j'allais dans ma chambre. Enfin, ça s'appelle pas une chambre, c'est parce que quand j'habitais à G, je vivais dans la salle de bain en fait, sur un matelas en fait, comme mes grands-parents n'avaient pas les moyens, j'avais pas de chambre. Y avait mon tonton qui vivait là-bas, mon père.

**Toute la famille vivait là.**

- Là comme mon oncle est parti, j'ai eu la chambre en fait, c'est mieux.

**Tes grands-parents savent que tu consommes ?**

- Oui, c'est mon grand-père qui m'accompagne ici.

**Donc toi, tu ne vis pas en couple, tu es tout seul.**

**Et le cannabis, c'est pareil, c'est tout seul, c'est avec les copains ?**

- Le cannabis, je fume tous les jours, tous les soirs. Je ne fume pas la journée, que le soir avant d'aller au lit.

**Ça t'aide à dormir ? Donc tout seul.**

- Oui ou avec mon frère de temps en temps. Sinon, la plupart du temps c'est tout seul.

**Tu l'as fumé longtemps l'héroïne ?**

- Pendant un an et demi.

**Et c'était il y a ?**

- Bah l'année passée

**Donc là, tu es substitué ?**

- Oui, je prends de la métha.

**Et comment tu t'organisais à cette époque-là pour te procurer l'héroïne, et comment tu te procures du cannabis ?**

- Bah l'héroïne, avant j'avais mon chômage, donc tous mes sous partaient là-dedans. Et après quand j'avais plus de sous, bah j'ai fait des grosses conneries, genre, j'ai revendu ma télé, mon ordinateur, mon scooter, donc j'ai plus rien maintenant quoi. A cause de ça.

**Et t'allais la chercher où l'héroïne ?**

- A Lille.

**C'est toi qui allais ?**

- Oui, en train ou en voiture avec des copains. La plupart du temps, c'était à Lille.

**Tu savais où aller chercher ?**

- Oui. Après quand on ne connaît pas, on demande une fois, et après bah on peut aller tout le temps, on connaît la personne, c'est bon.

**Et le cannabis, tu fais comment ?**

- Oh le cannabis, j'ai pas besoin de bouger de mon village. Y en a qui font pousser maintenant même, ça devient terrible pour ça. Y en a beaucoup qui font pousser pour eux, mais même pour revendre, y en a beaucoup qui revende.

**Donc dans ton village, on deale du cannabis et on produit du cannabis.**

- Même moi, j'en ai déjà vendu dans mon village, mais là j'ai arrêté parce que j'ai eu des problèmes avec la justice. Donc j'ai voulu arrêter quand même. Sinon, oui c'est facile d'en trouver. C'est plus dur de trouver de la cocaïne et de l'héroïne que du cannabis.

**Donc en fait ils la font sur place. Il n'y a pas besoin d'aller la chercher nulle part.**

- Non, dès fois si, ils vont jusque on va dire en Hollande, ils reviennent, ils ont 2 kg quoi. Ils prennent en gros. Ils font un trajet tous les mois.

**Et ils tournent dans les villages ou c'est quelqu'un dans ton village que tu connais ?**

- Moi, je connais plusieurs personnes dans mon village.

**Est-ce que tu sais me dire comment tu as connu le CSAPA ici ?**

- Heu La Rose des Flandres ? Grâce à mon frère, à Samuel qui est ici. En fait il était inscrit ici lui, mais il avait repris, il était retombé dans l'héro, et comme je fumais avec lui, lui il voulait se faire soigner, j'ai voulu aller avec lui pour voir comment c'était, et après je suis revenu, la métha m'a aidé quand même.
- Sinon, je ne connaissais pas, c'est clair. Si j'avais eu un coup un papier de la mission locale, mais sans plus.

**Comment tu t'organises pour venir, tu viens tous les jours ?**

- Non, là je ne viens plus que le lundi, le mercredi et le vendredi. C'est pour ça j'ai demandé à Aurélia si je pouvais bientôt être passé à deux fois, parce que moi, c'est pas évident, là mon scooter il est en panne. Le scooter à mon père que je prenais, il est en panne. Et c'est mon grand-père qui vient me conduire tous les trois jours, et pour lui c'est un peu...chiant quoi ! Sinon, je viens en stop dès fois. A G., il n'y a rien. Il y a un bus, mais il est à 6 heures du matin. 6-7 heures. Et après, même à Bailleul, pour aller à G., le bus, je crois qu'il est à 14 heures, ou 15 heures.

**Oui, alors en fait pour venir chercher juste ton traitement...**

- Oui je dois attendre après, et encore, il ne passe pas tous les jours.

**C'est compliqué.**

- Bah oui

**Tu dis que dans ta famille, il y tes grands-parents, ton père, il y avait ton oncle avant, qui est le frère de ton père, toi et ton frère.**

- Non, mon frère, lui, il est avec ma vraie mère, dans le même village. Mais avec ma mère, je n'ai aucune affinité.

**Donc t'as choisi de rester avec papa.**

- Non, c'est même pas avec papa, c'est avec mes grands-parents. Mon père, il a fait 6 cures pour l'alcool. Mon père, c'est parce qu'il vit là-bas, sinon je ne parle pas trop avec non plus.

**Il y a de la solidarité quand même dans ta famille.**

- Plus avec mes grands-parents et ma marraine, sinon mon petit frère, mon frère quoi ! Après j'ai 5 demi-frères et 4 demies sœurs. Mais, ils habitent à Bailleul, je les vois, mais plus comme avant. Maintenant, c'est mon seul vrai frère que je suis avec tout le temps.

**Romain, je te remercie**

**SAMUEL**

**Je vais commencer par te demander quel âge tu as.**

- 28 ans

**Est-ce que tu vis seul ou avec quelqu'un ?**

- Là pour l'instant, je suis hébergé chez ma mère.

**Et elle habite où ta mère ?**

- Au MDC, au bout du monde, ouais.

**Tu as toujours vécu dans un petit village comme ça ?**

- Oui, MDC, G, après S, mais bon, il n'y a pas de gare, forcément c'est pas facile, il n'y a que des bus et c'est une fois le matin et une fois l'après-midi

**Et au MDC, il y en a des bus ?**

- Non

**Dis-moi,-toi, tu consommes quoi ? Ou tu consommes encore quoi ?**

- Je consomme plus là, j'ai le traitement méthadone, donc du coup, voilà. Je consommais de l'héroïne, de la cocaïne, je fumais le joint aussi, ecstasy, champignon, tout ça.

**T'as tout essayé.**

- Oui, à part l'injection, ça j'ai jamais essayé.

**Tu as commencé à consommer à quel âge ?**

- Moi, j'ai commencé j'étais en fin de 4<sup>ème</sup>, début 3<sup>ème</sup>. J'étais jeune. J'ai commencé par le joint, donc après bah ça s'enchaîne. Quand on arrive au lycée, bbah on passe directement à ce qui est déjà plus fort, le speed, tout ça. Pis après, je suis vite arrivé à l'ecsta. On va dire que dès que j'ai eu fini mon lycée, comme forcément avec la drogue, bah après tout s'enchaîne, du coup j'ai été exclu du lycée, j'ai fait que 7

mois de lycée en fait, j'ai été exclu pour violences, stupéfiants et tout, ce qui fait que bah du lycée, j'avais déjà tout essayé quoi !

**Et tu as consommé pendant combien de temps ?**

- A l'aise 9 ans

**Et l'héroïne, tu l'as consommée combien de temps ?**

- L'héroïne, j'ai fumé ça pendant pas loin de 5 ans. Comme ils disent, l'héroïne, c'est le joint fois dix. C'est l'expression que les jeunes disent aujourd'hui. Du coup, forcément on passe vite à l'héro, parce que, c'est déjà une mode le joint de toute façon, tout le monde fume le joint maintenant, qui c'est qui ne fume pas le joint.

**Tu fumes encore toi le joint ?**

- Non, non, non, plus rien du tout. C'est pas facile, mais avec le traitement, ça aide énormément.

**Quand tu as commencé à fumer le cannabis, tu habitais où ?**

- Quand je fumais le cannabis, j'habitais au MDC, j'étais chez ma grand-mère. J'étais hébergé chez ma grand-mère parce que j'ai eu une enfance difficile, en fait avec mon père, tout ça, qui me tapait, c'était pas facile quoi ! Du coup, j'étais hébergé chez ma grand-mère pour éviter les coups du père. Donc du coup, là je suis tombé, avec les copains, j'ai essayé un joint, tout ça quoi !

**Comment tu faisais pour te procurer le cannabis au MDC ?**

- Au MDC, ce que je faisais, je demandais à des amis du lycée, qui m'en procuraient au lycée ou alors, du lycée, on venait me chercher au MDC, ce qui était pas facile ou alors, je prenais mon vélo, et avec mon vélo, j'allais jusqu'à Hazebrouck pour aller chercher du cannabis.

**Et tu consommais où ?**

- Au lycée, comme les trois quarts des personnes.

**Dans le lycée ?**

- Oui, je sais qu'à mon époque, on avait la possibilité de se cacher dans le lycée pour fumer, assez régulièrement même tous les matins tout le monde allait fumer aux endroits que tout le monde connaissait. Ou après, sinon quand on attendait le bus ou alors quand je rentrais chez ma grand-mère. Parce que justement je prenais le bus de Hazebrouck, jusque G, et après de G jusqu'au MDC, je devais monter à pieds quoi.

**Et donc tu fumais, chez mamy ?**

- Chez mamy, mais pas à l'intérieur, chez mamy autour de la maison, ou caché un peu plus loin.

**Et donc la plupart du temps tu consommais avec les copains au lycée.**

- Les trois quarts du temps oui, et après en rentrant le soir, peut-être un joint, maximum deux, mais c'était au début avant la dépendance.

### **Et donc après le cannabis, tu dis que t'as essayé le speed.**

- Le speed, le cannabis en fait, ça a été un temps, après j'ai commencé à devenir dépendant sans m'en rendre compte, au début on fume avec les copains et tout, et après ça devient comme une dépendance, on se dit pas mince, purée, quand je ne fume pas un joint, je n'arrive pas à dormir, psychologiquement, mais bon, ça devient quand même une dépendance. Pis après, bah, le speed, ça c'est en discothèque, du coup on commence à faire les premières sorties en boîte, et alors là, ben... tout s'enchaîne.

### **Alors ça c'est dans la discothèque ?**

- C'est dans la discothèque, ou alors avant de sortir en boîte, avec les amis ou après du coup, on commence à connaître, comme ils disent les after, on ne dort pas, on prend du speed pour pas dormir, pis voilà...

### **Et le speed, tu le trouvais où ?**

- Ca c'était la discothèque, c'était là-dedans qu'on achetait ça.

### **Le speed, et après t'es passé à l'héroïne.**

- Après tout de suite le speed, c'était l'ecstasy, ça reste toujours en discothèque, et après tout ça, du coup on commence à connaître le Pays Bas, alors du coup on va là-bas. Donc haute qualité de stupéfiants, meilleure qualité, du coup après on essaie autre chose, les champignons, et alors après de là, on revient par ici, et on retrouve les drogues que l'on trouve ici régulièrement sur Lille, de toute façon, il n'y a pas de secret, et là alors, arrive la prise d'héro quoi. En fait au lycée, j'en fumais, j'en avais goûté comme ça, mais sans exagérer, du coup, bah on en parle, ah bah tiens, toi t'en prends, bah tiens, on va en prendre ensemble, et après bah du coup, là on part dans l'héroïne, et là après, c'est la descente aux enfers. L'héroïne, c'était sur Lille, où alors comme je vous dis, les gens qui allaient à Lille et qui ramenaient au lycée, du coup on pouvait se le procurer, mais ça c'était rare à mon époque, à mon époque, c'était plus le cannabis au lycée.

### **Du coup, c'est toi qui allais à Lille ?**

- Du coup je me débrouillais, le vélo, jusque Bailleul. MDC-Bailleul, ça va encore en vélo, enfin à l'aller ça descend, après le retour, ça devient un peu plus long. Et pis après bah le train, du coup forcément, je ne travaille pas, alors du coup on prend le train en fraude, pis après il y a tout qui s'enchaîne, les amendes, se faire arrêter. Moi, j'ai tout perdu à cause de ça, j'ai perdu mon permis, après mon permis j'ai perdu ma voiture, j'ai perdu ma copine, j'ai perdu mon appartement, j'avais un CDI aussi.

## **Tu faisais quoi ?**

- J'étais poseur de fenêtres. Je posais des fenêtres, des portes, de tout, j'avais un bon boulot, j'étais chef d'équipe, j'avais un camion pour aller et rentrer chez moi, au boulot, j'ai vite... j'ai même failli mourir par moment, je suis descendu à 47 kg. Pis comme j'étais beaucoup, avec l'héro on s'enferme beaucoup en fait, donc moi j'étais enfermé dans mon appartement et mes parents, ils ne s'en rendaient pas compte. Parce que, ils voyaient que je me distançais un peu à la fois, mais sans trop se préoccuper les premiers mois, donc du coup forcément quand ils sont revenus au bout de trois, quatre mois, ils ont ouvert la porte, ils m'ont vu, la première chose qu'ils m'ont dit, c'est « t'as attrapé quelque chose, ou quoi ». Maigre comme un clou, du coup forcément, je le cachais un peu au début, je m'étais beaucoup ça sur le dos de la cassure de ma relation. Après voilà, ils se sont vite rendu compte. Ils venaient chez moi, j'étais tout blanc, je demandais de l'argent à prêter, quand ils ne m'en prêtaient pas, je pleurais. Du coup, elle s'est dit « mince, il pleure parce que je ne lui ai pas prêté d'argent, c'est un peu bizarre. C'est parce que j'étais en manque, j'avais besoin de ma dose. Là du coup, ils se sont rendu compte, ils ont décidé de me faire soigner. Au début, j'ai beaucoup repoussé l'aide de ma famille, parce que j'ai beaucoup été comme ça, j'ai toujours été comme ça à vouloir me débrouiller tout seul. Mais bon, faut pas se voiler la face, il arrive un moment, on a besoin d'aide. Au début, je ne voulais pas, mais après, une fois que j'ai commencé à connaître Para-Chute et tout. Là, voir un psychologue, parler à quelqu'un, ça fait longtemps que je viens. Ça fait 9 ans quand même que je viens à Para-Chute. Du coup, je n'ai plus caché les choses, je l'ai avoué. Pis il y a eu des fois ma mère m'a vu, du coup elle m'a dit « tiens, prends 20 euros, va chercher ton truc, j'sais pas c'est quoi, mais fais quelque chose, nous on ne sait plus te voir comme ça, t'es affreux ». On était en communion, ou quelque chose, au mariage à ma sœur, j'étais tout blanc, tout trempé, du coup, pendant le mariage je suis parti chercher de l'héroïne à Lille, le mariage, c'était à côté du MDC. Du coup voilà, c'est des trucs que je ne veux plus, je ne veux vraiment plus que ça arrive, mais alors plus du tout. Une fois qu'on a tout perdu, après on remet tout en question.

## **Alors, tu disais que tu avais vécu en couple.**

- J'ai vécu en couple, oui j'avais une copine. Ça c'était quand je vivais à S. Du coup, j'ai eu une vie assez dure quand même, j'étais chez ma grand-mère, frappé par mon père pendant 10 ans, après je suis retourné avec ma mère, elle s'était mis avec un gars, il buvait, il est resté avec pendant 10 ans, ça n'a pas été, du coup on s'est retrouvé à vivre avec ma mère. Donc, il y avait moi, ma mère, ma sœur de 25 ans, une sœur un peu plus en bas âge que moi, après j'ai une petite sœur qui la

maintenant est au collège, j'ai un petit frère qui est au collège aussi. Donc on s'est retrouvé à 4. Donc la par contre, je consommais encore de l'héroïne et tout ça, j'ai essayé plus ou moins mais bon. C'est un cercle vicieux, les copains... Donc du coup, après elle a rencontré quelqu'un, elle m'a mis un ultimatum en me disant que je devais me débrouiller pour trouver quelque chose parce qu'elle allait partir, moi j'y ai pas cru en fait. Non du coup elle m'a mis un ultimatum comme ça. Et puis elle est partie en fait, moi je me suis retrouvé 4 mois à la rue. Là c'était dur, mais oui j'ai volé, j'ai braqué, je suis passé au tribunal pour braquage à main armée et tout ça, tout qui s'enchaîne pour pouvoir acheter ma dose tout simplement. Donc cet homme est décédé, maman est revenue par ici, elle a rencontré quelqu'un, ça n'a pas marché et après elle a rencontré cet homme-là, qui moi en plus se retrouvait à la rue, j'ai été hébergé quelques mois de droite et de gauche, puis je me suis retrouvé 4 mois à la rue, ensuite je me suis retrouvé hébergé chez un ami, ensuite mon oncle, et je me suis retrouvé encore une fois à la rue, là il est venu me voir, il m'a dit « je ne peux plus te voir comme ça, je vais te prendre à la maison, on verra bien comment ça se passera ». Je me suis retrouvé chez lui, de là, j'ai fait la connaissance d'une fille et grâce à elle, en fait ses parents, ils m'ont ouvert les portes de pas mal de choses. Au début, elle ne savait pas que je fumais de l'héro, je fumais en cachette. Donc ses parents ils m'ont ouvert les portes sur pas mal de choses. Ils m'ont prêté de l'argent pour acheter une petite voiture et ils se sont portés garants pour pouvoir avoir un appartement. J'ai encore des problèmes avec eux maintenant. Donc du coup je me suis mis avec elle, tout allait bien, ça a duré un an et neuf mois. Donc les deux premiers mois, j'ai rien dit et après au cours du troisième mois, elle s'est rendue compte que, elle trouvait de l'aluminium dans le toilette et tout, donc elle a vite fait le rapprochement donc elle m'a posé un ultimatum « t'arrêtes ou on arrête ». Donc du coup là j'ai arrêté mais je me suis pas dirigé vers Para-Chute, j'ai arrêté à la dure, vraiment sans rien, donc du coup c'était vraiment dur. Je l'insultais, je n'ai jamais tapé sur mes copines, mais j'étais violent, je l'accusais, je la jetais dehors...mais elle est quand même restée avec moi, elle s'est battue pour que ça aille mieux. Donc ça a été mieux, donc j'ai arrêté pendant 6 à 8 mois on va dire, et je suis retombé sur les mauvaises personnes en étant encore avec elle, je me suis remis à fumer, mais en cachette. Et deux mois avant qu'on se sépare en fait, elle m'a surpris en train de fumer à la maison. Du coup, là ça s'est envenimé, pis voilà, à partir de là, j'allais plus au boulot ou alors je me levais à dix heures et demi, et les intérimaires, ça faisait 4 heures qu'ils attendaient en bas de chez moi près du camion, après j'allais sur mes lieux de travail. Quand j'avais le camion, du coup, j'avais déjà ce qu'il fallait dans mon camion, je partais directement.



Mais il arrivait un moment, il fallait bien que je revienne chercher du matériel ou mes fenêtres à poser à la société et là alors c'était les conflits, les disputes avec le patron, violence et tout. Du coup après j'allais plus au boulot, j'ai perdu mon boulot, là à cette époque-là, j'avais fait un crédit de 13 000 euros pour acheter une voiture. La voiture, je me suis fait un peu entre guillemets roulé quoi. Du coup, j'ai perdu ma voiture que j'avais payée 8 500 euros. Donc dès que j'ai eu la voiture en fait, les sorties avec les copains, l'héroïne, la cocaïne et puis tout ce qui s'en suit. Du coup après j'ai perdu ma voiture, j'ai eu des problèmes avec ma voiture, donc je l'ai revendue pour 2000 euros. Elle était morte, j'avais 6000 euros de frais dessus. Du coup après, ça s'est enchaîné, la voiture, le boulot, plus payer les loyers. Aujourd'hui, je me retrouve avec un dossier de surendettement de 30 000 euros quoi ! On dit toujours, c'est la descente aux enfers. Non, non, non, c'est pas vrai : la dépendance, faut quand même un bon laps de temps, et après c'est par étapes, on s'en rend pas compte mais par étapes, tout dégringole, tout s'enchaîne. On perd des amis, pour beaucoup on fait pas la vie avec ses amis, mais c'est toujours quand même bien d'avoir un avis extérieur sur une situation ou pour parler sur des choses. Pour moi, c'est ça, dès qu'on commence à perdre les amis, sa copine, son boulot, là on peut dire, là on descend en enfer après parce qu'on va se dire dans sa tête « de toute façon, j'ai plus rien, pourquoi arrêter. J'ai pas de copine, mais bon, si j'ai une copine, je ne peux pas fumer, pourquoi chercher une copine. Le boulot, c'est chiant, on ne peut pas fumer toute la journée, le boulot, et pis ça s'arrête plus ». Là, c'est la descente aux enfers après.

### **Comment as-tu connu le CSAPA ?**

- Moi, ici, j'ai connu ça en fait bêtement, j'avais pas d'argent, j'étais vraiment pas bien du tout, et j'ai un ami qui m'a dit, tiens si tu veux, je peux te donner ça. Du coup j'avais un peu peur au fait parce que avec tous les produits maintenant, on sait jamais sur quoi on tombe, il m'a dit tiens, c'est de la méthadone, c'est comme de l'héroïne. Sur le coup, j'ai eu un peu peur, j'ai pas osé la prendre. En fait, je ne l'ai même pas pris devant lui, je l'ai gardée, j'ai dit je la prendrai chez moi si vraiment ça va pas. Et moi, en fait il y a l'ecstasy, c'est un peu en forme de gélatine comme la méthadone. Donc du coup, moi j'ai eu peur, j'ai dit mince, je vais boire un bidon complet, je pense que je vais quand même être pas bien dans mes pompes. Donc du coup, j'ai pas osé prendre. Je suis rentré chez moi, j'ai attendu, et puis tellement que j'étais pas bien, c'est même un risque que j'ai pris parce que j'aurais pu mourir, un flacon d'ecstasy liquide, t'en bois un comme ça complet, t'es mort. Donc du coup je l'ai bu, et je me suis senti super bien en fait. Je me suis dit « mince, je pête pas la forme, mais j'ai plus de suées, j'ai plus les frissons, j'ai plus de manque. Du coup,

c'est vachement cool quand même, du coup j'ai tellement été focalisé la dessus, c'était encore l'époque, avant que je parte chez ma grand-mère, donc au MDC, j'ai pris mon vélo et j'ai été jusque que VB, c'est un bout ici, plus que Bailleul, et j'ai été le trouver, j'ai attendu toute une journée complète pour le revoir, attendre qu'il descende du bus et tout, et je le trouvais pas, il y a eu pleins de péripéties. Comme je voulais revoir ce garçon que j'avais connu bêtement, et je lui ai dit « écoute, il faut que tu me dises où est-ce que tu te procures ça parce que moi grâce à ça, je me rends compte que j'ai plus besoin de fumer d'héro ». Donc du coup, lui il m'a parlé d'ici, tout de suite après j'ai fait les démarches pour venir me faire soigner quoi. Après y a eu ça, je suis venu, je suis venu mais j'osais pas, au fait la peur de se retrouver face aux gens, de discuter et tout. Donc du coup j'ai pas osé et forcément après je me suis fait arrêter, donc j'ai eu une obligation de soins avec suivi thérapeutique et tout donc je suis venu ici, je me suis dit bah tiens mince,... et maintenant je suis obligé. Et j'ai atterri ici, c'était à l'époque à l'EPSM, donc ça date. Oui, ça doit faire 8-9 ans quand même. Il y a eu plein de choses dans ma vie, donc forcément, j'ai replongé.

- A l'époque de l'EPSM, on avait une ordonnance et du coup après, je pense que c'était le Dr M, j'ai toujours eu le Dr M, j'ai eu aussi le Dr R, mais j'ai rien contre le Dr R., c'est un ami de la famille et tout, mais je m'entends mieux avec le Dr M. Du coup elle sait comment je suis, je sais comment elle est et puis voilà. Ça se passe bien avec elle.

### **Alors aujourd'hui, du MDC, tu fais comment pour venir ici ?**

- Bah maintenant j'ai la chance d'avoir les ASSEDIC, j'ai pu travailler. Au début mon patron, en fait, il a du mal à me licencier, je pouvais pas avoir les ASSEDIC, j'avais pas de voiture, maintenant que j'ai les ASSEDIC, donc j'ai pu m'acheter une petite voiture, j'ai payé 300 euros la voiture, mais la voiture, elle est réglée. Je viens ici en voiture mais j'ai pas d'assurance, j'ai pas de carte grise, ma voiture donc du coup voilà, j'ai que 700 euros de revenus, donc je donne 200 euros aux huissiers tous les mois, donc après 98 euros qui partent pour une autre facture, donc 100 euros et 7, 6, 5, 4, 200 euros à maman, donc il ne me reste plus que 200 euros. Sur ces 200 euros là, j'ai 40 euros de forfait téléphone, et en fait par mois, il ne me reste que 100 euros par mois, pour moi voir les choses. Donc avec ces 100 euros là, il faut que je me fasse un peu plaisir, j'ai pas l'opportunité alors je ne le fais pas. Donc avec ces 100 euros là, même si ça m'embête un peu, je paie encore quelques factures, il me reste 50 euros d'essence dans le mois. Du coup, venir à Bailleul, même en ayant une voiture, avec ma situation sans boulot, bah ! Avant-hier, j'ai demandé 20 euros à maman pour mettre de l'essence pour pouvoir venir. Ici, pour l'instant, je suis

encore à tous les jours, pour le moment. Parce qu'il y a un mois et demi, j'ai reconsommé un peu. Deux mois même on va dire, et les mauvaises fréquentations, et du coup j'ai, je suis reparti dans la dégringolade de la drogue en fait, j'ai pas voulu le dire à Aurélia (infirmière du CSAPA), donc du coup après bah, pas de surprise, arrive le jour où on te tend le petit pot et du coup bah, voilà, elle l'a vu, et ça a pas trop passé, ça a fait un peu des étincelles, du coup forcément maintenant, voilà, je ne suis vraiment plus pour pouvoir avoir l'opportunité de demander de venir moins souvent.

- Moi je me lève le matin, je viens ici. Comme je dis au début forcément, c'est pas facile de parler aux gens, mais maintenant bah voilà, c'est, ça m'aide, pis même moi j'aime bien venir ici, parler à tout le monde, la psychologue, du coup ça aide beaucoup, La psychologue, l'assistante sociale pour les papiers, ça devient une grande aide quand même.
- A la maison, il y a les enfants, il y a des choses à faire. Ce qu'il y a c'est qu'avec le passé, j'ai 28 ans mais je sens que même encore à 28 ans j'ai besoin d'aide. Je veux bien qu'on m'aide, je ne suis pas un bébé qu'on doit câliner, mais j'ai besoin d'aide parce que j'ai pas su le faire avant moi-même donc du coup, là-dessus, je suis un peu décalé. J'ai besoin qu'on me pousse un peu, qu'on me dise « allez », façon de parler un peu vulgaire, « mets-toi un pied dans le cul et bouge-toi », ce que je suis en train de faire en ce moment. Peut-être ça va payer. Hier j'ai eu un entretien pour du boulot avec un patron, aujourd'hui, j'attends la réponse. En fait c'est de l'interim, pose de clôtures et tout ça. C'est pas mon métier, parce que moi, ça fait 10 ans que je suis dans le bâtiment, j'ai quand même les compétences, une maison de la dalle jusqu'à la faitière, à part la plomberie et l'électricité, je sais le faire. Je suis pas le garçon à dire je sais faire quand je sais pas faire. Du coup forcément, c'est pas mon métier, mais voilà, par ici de toute façon c'est dur. Hier je me suis retrouvé avec un jeune qui venait en même temps pour un entretien, qui vient de la Picardie, il disait « je suis en train de pleurer depuis un an que je suis arrivé dans le Nord », il m'a dit « ici c'est vraiment dur, par chez vous, vraiment ». Du coup voilà, je ne baisse pas les bras, maintenant, j'ai une deuxième grosse chance dans ma vie, c'est que maman m'a repris chez elle, du coup je saisi cette chance et puis voilà, je serais un peu bête de tout foutre en l'air maintenant. Du coup fumer tout ça, pourtant j'en ai l'opportunité, la semaine passée encore, on m'a proposé de fumer un joint, mais je l'ai pas fait. Parce que de toute façon, je ne suis même plus à un stade à la défonce ou à rigoler, je me sens pas bien en fait quand, donc du coup c'est, je vais pas faire quelque chose pour me sentir mal dans ma peau.

**Samuel, c'est gentil, tu as bien répondu à tout ce que j'avais besoin de savoir**

*Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015*

## STEEVE

**Steeve, je vais te demander ton âge ?**

- Je vais avoir 23 ans

**Est-ce que tu vis seul ou avec quelqu'un ?**

- Je vis avec les parents

**Où ça ?**

- Dans un petit village : C.

**A C., d'accord. Je vais te demander ce que tu consommes ou ce que tu consommais ?**

- La quantité ?

**Non, le produit**

- L'héroïne

**C'était de l'héroïne. Et depuis combien de temps ?**

- Ça faisait 3 ans

**3 ans. Donc tu as commencé vers 20 ans à peu près ?**

- Oui

**Et avant tu ne consommais pas d'autres ?**

- Cannabis

**Et le cannabis c'était vers quel âge ?**

- 16 ans

**Donc c'était à l'école, au collège ? Lycée ?**

- Lycée

**Alors tu habites C. ? Le cannabis tu consommes encore ?**

- Oui très rarement. Depuis que je suis venu ici j'ai appris à me séparer de l'héro vu que ça c'est déjà une bonne chose que j'ai diminué, bah je commence aussi à essayer de diminuer le cannabis

**Alors, ce que je voulais savoir...Il y a deux choses, d'une part le cannabis et d'autre part l'héroïne. Quand tu as commencé à fumer le cannabis, je ne sais pas si tu te souviens ? Où est-ce que c'était et dans quel contexte c'était ?**

- Bah c'était déjà... devant le lycée avec des copains pendant la pause ou après manger, tout ça

**Donc c'était avec les copains.**

- On passait du bon temps

**Après on s'habitue et on ne sait plus s'arrêter. Et comment vous faisiez alors pour vous procurer le cannabis ?**

- Bah au moment où j'étais au lycée moi, bah il y avait plusieurs dealers

**Il y avait des dealers dans le lycée ?**

- Devant le lycée mais ils faisaient partis du lycée

**Donc c'était déjà des collégiens ?**

- Non des lycéens. Enfin c'était les premières années de lycée en fait

**Donc c'était des lycéens qui dealaient ?**

- Oui

**D'accord donc c'était sur place ?**

- Oui. Moi j'ai commencé en 3<sup>ème</sup>. C'était au collège quoi. La dernière année

**D'accord. Et donc c'était en groupe ?**

- Oui avec les copains

**Et aujourd'hui le cannabis c'est à quelle occasion ?**

- Une fois de temps en temps le soir

**C'est tout seul ?**

- Oui et parfois accompagné aussi, ça dépend

**Et c'est plutôt le soir.**

- Oui

**C'est plus pareil qu'avec les copains ? Ça change.**

- Bah au début c'était avec les copains et après bah c'était tous les jours avec les copains et après tous les jours tout seul, et après bah maintenant une fois de temps en temps avec les copains et une fois de temps en temps tout seul

**Donc c'est moins quand même.**

- Oui quand même

**Et alors donc l'héroïne c'était... tu avais à peu près 20 ans, c'était quoi ta rencontre avec l'héroïne ?**

- Bah c'était un collègue de travail en fait et il m'a invité un soir et moi je ne savais pas qu'il faisait ça et en fait lui et sa copine ils faisaient ça et moi je fumais que des joints et ils faisaient ça à côté de moi et à la longue je... au début ils me demandaient pour goûter tout ça... bah ça ne me plaisait pas. Moi j'ai jamais vraiment voulu savoir ce que c'était au juste et à la longue j'allais le voir moins souvent et à force qu'il me demande de passer bah j'ai essayé quoi et c'était une fois aussi de temps en temps que j'essayais mais comme eux ils voulaient vraiment voir ce que ça me faisait bah comme j'en prenais vraiment peu c'était pas terrible terrible et après j'en prenais de plus en plus, ça me faisait même vomir des fois mais je continuais quand même. Et après bah une fois que je n'avais plus de vomissements et tout ça bah j'étais habitué et c'était trop tard quoi. Je ne pensais vraiment pas que j'allais rester dedans aussi vite.

**Ça a été vite l'héroïne ?**

- Oui ça a été vite

**Et donc c'était avec le copain. C'était chez lui ?**

*Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015*

- Oui

**D'accord. Et après c'était toujours avec le copain chez lui ou tu... ?**

- Bah je n'aimais pas trop faire ça seul et après oui j'ai continuais à faire ça seul. A la fin je prenais ça pour pas être en manque

**Et alors l'héroïne tu l'as trouvé où ?**

-Heu bah c'était en Système au début et après bah... parce que je travaille en Système donc c'était un collègue Belge et après bah on sait aussi en avoir en Système

**Et c'était où en Système ?**

- A Ypres / Courtrai

**Et ici c'est Lille ?**

- Oui

**C'est un peu toujours les mêmes endroits.**

- Oui

**Et le cannabis tu le trouve où ?**

- Partout

**Partout. Il n'y a pas besoin d'aller loin ?**

- Non

**Tu en trouve à C. ?**

- Heu ça arrive oui. Bah pas vraiment C. mais Hazebrouck

**Hazebrouck c'est à côté. Et comment tu t'organises pour trouver le produit ? C'est toi qui va le chercher. C'est quelqu'un qui te le ramène ?**

- Les deux. Ça dépend comment on s'arrange

**Tu es en voiture ? Tu te déplace en voiture pour aller chercher ?**

- Oui

**C'est bien que tu es une voiture donc. Sinon quand tu dis que tu vis chez tes parents, tu n'as jamais été tout seul ? Tu as toujours vécu chez tes parents**

- Oui

**Tes parents sont au courant ?**

- Oui j'ai eu des interpellations en fait et je n'ai pas le choix que de les mettre au courant

**Et ils sont toujours là.**

- Oui

**C'est bien. Et qu'est-ce que j'allais dire... Et le CSAPA ici comment tu as connu ?**

- Bah en fait heu à 16 ans je me suis fait arrêter par la police de Bailleul avec un joint et j'ai dû aller à Para – Chute à la Rue du Musée et des années après bah je

connaissais plus de personnes et j'en connaissais qui venaient ici pour se faire soigner en fait et du coup bah j'ai contacté aussi votre centre

**Donc la première fois c'est le directement la police qui t'ont donné l'adresse d'ici ?**

- Oui mais bon ça c'était à 16 ans et depuis j'ai oublié mais c'est quand j'étais dans l'héro que j'ai cherché comment je pouvais me séparer de ça et c'était ici

**Et les copains ils ont dit... C'est le bouche à oreille.**

- Oui.

**D'accord**

- Et mon médecin aussi, il s'y connaissait dans ces drogues là et pour les trucs de métha et tout ça et il m'a proposé d'aller ici.

**D'accord. Bah c'est bien**

- Oui bah je cherchais vraiment à arrêter et j'y suis presque.

**Tu y es presque. Tu n'as plus que la méthadone ?**

- Oui.

**Et ça marche bien la méthadone ? Oui ?**

- Oui ça aide.

**Et tu viens comment au CSAPA ici ?**

- En voiture

**Et la voiture c'est toi qui... Tu as travaillé, tu travailles toujours à Ypres ?**

- Oui.

**C'est bien tu as réussi à garder ton travail**

- Ça fait 4 bonnes années que je suis embauché et 5 années que je travaille.

**Tu fais quoi comme travail ?**

- Mécanicien.

**Ton employeur il ne sait pas ?**

- Pour la conso. Non.

**D'accord, tu as réussi à préserver**

- Oui mais au travail je ne suis pas du tout pareil que quand je suis chez moi à m'ennuyer. Le travail c'est le travail.

**Et chez toi tu t'ennuies ?**

- Oui maintenant j'ai dû mettre au point des trucs pour plus m'ennuyer.

**Donc il faut que tu sois occupé ?**

- Oui.

**Donc c'est plutôt bien.**

- Oui.

**Donc toi en fait tu as accès au soin, j'ai envie de dire, assez facilement parce que tu restes insérée dans ton travail, du coup tu as une voiture, du coup tu as les moyens de venir**

- Oui.

**C. – Bailleul. Tous les jours au début c'est compliqué sans voiture**

- Sinon avant je prenais le vélo ou le bus.

**Au début tu venais en vélo. En vélo c'est combien de kilomètres ?**

- 15 kms.

**Donc 15 allers – 15 retours ça fait 30 dans la journée. Quand on est jeune on n'a pas le choix. C'est compliqué de venir sinon ?**

- Non ce n'est pas compliqué, il faut en avoir envie parce que des fois je préfère partir en stop que d'attendre 3 heures après un bus.

**C'est vrai il y en a beaucoup qui viennent en stop, ils n'ont pas le choix je pense**

- En stop on va plus vite que d'attendre 3 heures un bus quoi et même quand je rentre à pieds je mettrais 1 heure.

**Oui ok. Bah écoute je te remercie.**



## **ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN**

Quel est votre âge ?

Avec qui vivez-vous ?

Qu'est-ce que vous consommez et depuis combien de temps ?

Quelle commune habitez-vous ?

Contexte des consommations ? Où (maison, squatt, chez un autre consommateur, dans un lieu public) ? Quand ? seul système, en couple, avec d'autres consommateurs ?

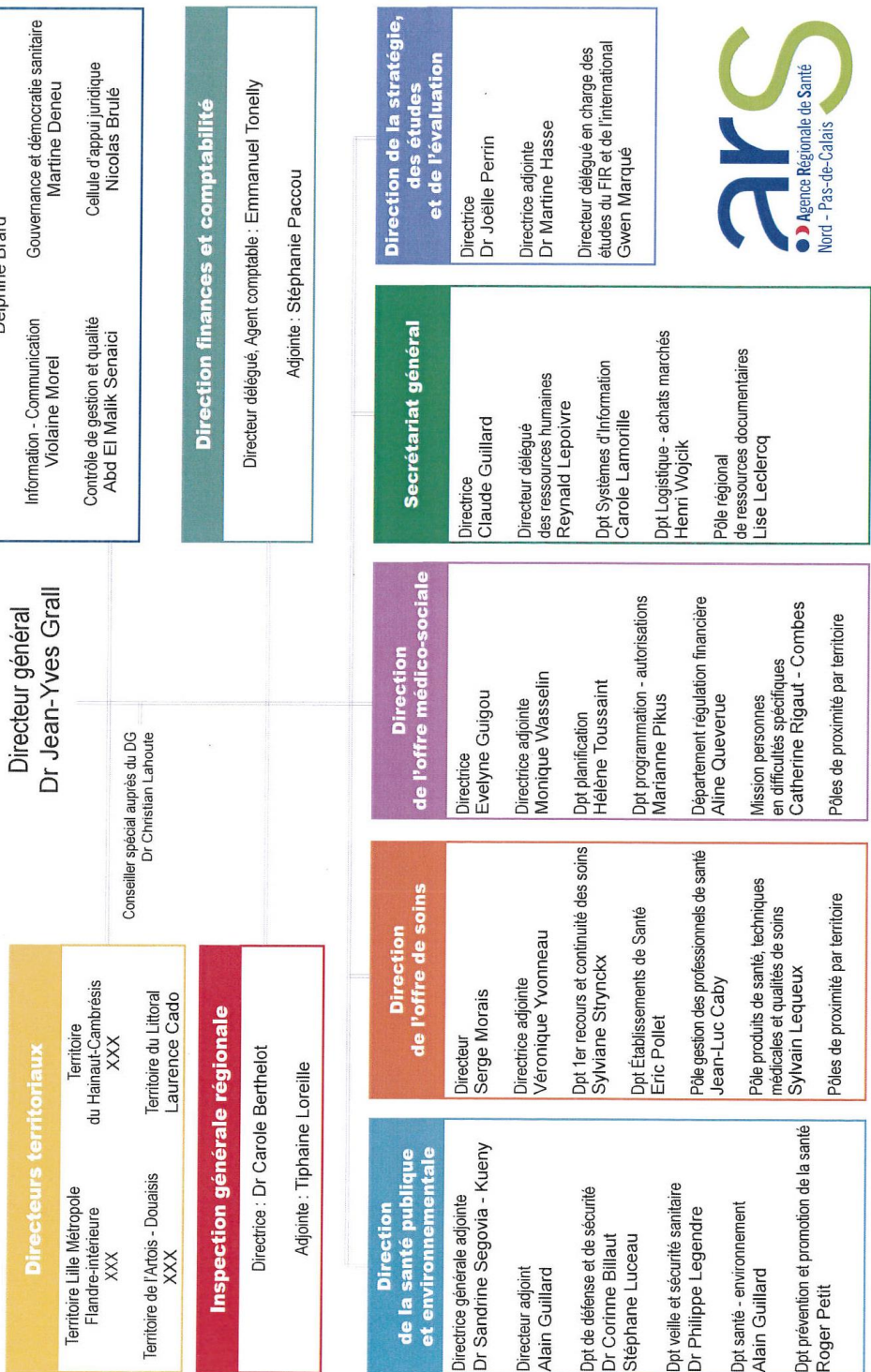
Comment vous organisez-vous pour vous procurer le ou les produits ?

Comment avez-vous connu le CSAPA ?

Comment venez-vous au CSAPA ?

# ORGANIGRAMME de l'ARS Nord - Pas-de-Calais

Mis à jour en mars 2014



## ANNEXE 4 : PROJET DE LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTEME DE SANTE

### Article 8

La troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° A (*nouveau*) À l'article L. 3121-3, qui devient l'article L. 3411-6, après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;

1° L'article L. 3121-4 est abrogé ;

1° *bis* A Le chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre IV est complété par un article L. 3411-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 3411-7. – I. – La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.

« II. – Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant à :

« 1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;

« 2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;

« 3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;

« 4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;

« 5° (*nouveau*) Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

« II *bis* (*nouveau*). – L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal.

« III. – La politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. » ;

1° *bis* (*nouveau*) L'article L. 3121-5 devient l'article L. 3411-8 et est ainsi modifié :

a) La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « et des dommages » ;

b) Au troisième alinéa, après le mot : « risques », sont insérés les mots : « et des dommages » ;

2° (*Supprimé*)

3° (*nouveau*) Le titre I<sup>er</sup> du livre IV est ainsi modifié :

a) Après le neuvième alinéa de l'article L. 3411-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue

mentionnée à l'article L. 3411-7 ; »

b) Après le chapitre I<sup>er</sup>, il est inséré un chapitre I<sup>er bis</sup> intitulé : « Réduction des risques et des dommages » et comprenant les articles L. 3411-6 à L. 3411-8, tels qu'ils résultent des 1<sup>o</sup>A, 1<sup>o bis</sup> A et 1<sup>o bis</sup> du présent article ;

c) Le même chapitre I<sup>er bis</sup> est complété par un article L. 3411-9 ainsi rédigé :

« Art. L. 3411-9. – Sauf dispositions contraires, les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

#### **Article 8 bis (nouveau)**

Le chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre IV de la troisième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 3411-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3411-5-1. – Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie assurent obligatoirement des missions d'accompagnement médico-psycho-social, de soins, de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective. »

#### **Article 9**

I. – À titre expérimental et pour une durée maximale de six ans à compter de la date d'ouverture du premier espace, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L. 3411-8 du code de la santé publique, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé, ouvrent, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions, une salle de consommation à moindre risque, qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.

II. – Ces espaces sont destinés à accueillir des majeurs usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L. 3411-7 du même code. Dans ces espaces, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges mentionné au I du présent article et sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins.

La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une salle de consommation à moindre risque créée en application du présent article ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.

Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.

III. – Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue mentionnés au I adressent chaque année un rapport sur le déroulement de l'expérimentation au directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort de laquelle ils sont implantés, au maire de la commune et au ministre chargé de la santé.

IV. – Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation, portant notamment sur son impact sur la santé publique et sur la réduction des nuisances dans l'espace public.

V. – Les articles L. 313-1-1 et L. 313-3 à L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles ne s'appliquent pas aux projets de mise en place d'une salle de consommation à moindre risque mentionnée au I.

#### **Article 9 bis (nouveau)**

L'article 51 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire est ainsi modifié :

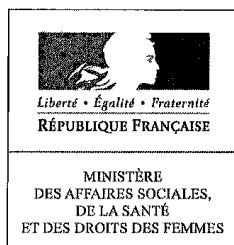
1° La première phrase est ainsi rédigée :

« Au début de son incarcération, il est proposé à toute personne détenue un bilan de santé relatif à sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« À titre expérimental et jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2018, dans des conditions fixées par arrêté ministériel, l'État peut autoriser une évaluation de l'état dentaire de la personne détenue au début de son incarcération, dans un nombre limité d'établissements pénitentiaires. »

**ANNEXE 5 : Intervention de Marisol Touraine, 5<sup>ème</sup> journées nationales de la  
Fédération Addictions, 4 juin 2015 Lille**



**Intervention de Marisol Touraine**

**Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes**

**5<sup>èmes</sup> journées nationales de la Fédération Addictions**

**4 juin 2015 – Lille**

*Seul le prononcé fait foi*

---

Monsieur le député, Bernard ROMAN,  
Mesdames et messieurs les élus,  
Monsieur le Préfet,  
Monsieur le directeur général de l'Agence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais,  
Jean-Yves GRALL,  
Madame la présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les  
conduites addictives, Danièle JOURDAIN-MENNINGER,  
Monsieur le Président de la Fédération Addiction, Jean-Pierre COUTERON,  
Mesdames, messieurs,

En début d'après midi j'ai visité le Centre résidentiel thérapeutique « Prélude » et j'y ai  
rencontré des professionnels engagés notamment dans les consultations jeunes  
consommateurs. Des femmes et des hommes mobilisés, sur le terrain, dans la lutte  
contre les addictions. Prévenir les addictions, aller au contact de publics fragiles,  
accompagner les victimes de conduites addictives et leurs familles, ce sont des missions  
capitales. Ma présence parmi vous aujourd'hui témoigne de l'importance qu'elles  
revêtent à mes yeux.

Je tiens donc à remercier la Fédération et son président, Jean-Pierre COUTERON, pour  
son invitation à cette 5<sup>ème</sup> édition de vos journées nationales.

*Seul le prononcé fait foi*

1

XXVIII

Anne LE GUERN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

## I. Les conduites addictives sont un défi que nous devons relever ensemble

La situation, vous la connaissez. Elle vous préoccupe, elle préoccupe les pouvoirs publics. Vous affrontez ces réalités sur le terrain. Vous y rencontrez des consommateurs de plus en plus jeunes et de plus en plus de consommatrices. Vous prenez en charge des usagers de plus en plus précaires, qui consomment des substances de plus en plus diverses. De nouveaux produits font leur apparition, comme les drogues de synthèse et de nouveaux modes d'approvisionnement facilitent la consommation par le biais d'Internet notamment.

**La consommation de tabac continue de progresser. Les jeunes sont particulièrement concernés.** A 17 ans, un sur trois est déjà un fumeur régulier. J'ai fait de la lutte contre le tabagisme l'une de mes priorités. Le programme national de réduction du tabagisme cherche d'abord à éviter l'entrée dans le tabac et de manière plus générale s'adresse plus particulièrement aux jeunes. Mon objectif est ambitieux : faire de la génération qui naît aujourd'hui la première génération d'adultes non-fumeurs.

**La consommation excessive d'alcool progresse elle aussi chez les jeunes.** En janvier 2014, j'étais venue à Lille, ville-pilote, saluer l'installation d'une plateforme innovante sur l'hyper-alcoolisation des jeunes. Ce type d'expérimentation locale a nourri la rédaction du projet de loi de modernisation de notre système de santé face au phénomène de « *binge drinking* ». Ainsi, le texte crée un délit d'incitation à la consommation excessive d'alcool. Dans le même temps, la loi met en place un parcours éducatif en santé. Réprimer certainement, mais éduquer mieux, c'est ce que nous devons faire.

## II. La consommation de cannabis est dangereuse, contrairement aux idées reçues.

Une enquête récente de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies a indiqué que, pour la première fois en dix ans, la consommation de cannabis a de nouveau progressé chez les jeunes. Aujourd'hui, près d'un jeune sur deux a fumé au moins une fois du cannabis et près d'un jeune sur dix en fume tous les jours. C'est peu dire que nous devons retrousser nos manches. C'est votre état d'esprit, c'est aussi le mien.

Il faut d'abord rappeler que le cannabis n'est pas « sympa ». Il fait courir un risque majeur pour la santé en ce qu'il altère les capacités cognitives à court et long terme et que sa consommation a des conséquences psychiatriques. Je me réfère à l'expertise collective de l'INSERM de 2014, qui est notre « bible » dans ce domaine.

2

*Seul le prononcé fait foi*

Chez les adolescents, Le cannabis entraîne des difficultés d'apprentissage alors que la maturation cérébrale n'est pas achevée. Il favorise les troubles psychiques et pulmonaires. Il fait peser un risque sur la société toute entière, en étant - souvent associé à l'alcool - à l'origine de nombreux accidents de la route.

Il est important de comprendre. Je souhaite que des études pluridisciplinaires soient menées pour nous permettre de déterminer précisément les raisons de la progression de la consommation de ces produits dans notre pays. J'ai demandé à la Direction générale de la santé de s'en charger, en lien avec l'ensemble des acteurs concernés.

**Car les addictions marchent ensemble.** Les hausses de la consommation de cannabis, de tabac et d'alcool sont intimement liées, on pourrait aussi évoquer l'addiction aux jeux. Il n'y a donc pas d'un côté les fumeurs de cannabis et de l'autre les consommateurs d'alcool et de tabac, mais bien des jeunes qui adoptent un ensemble de comportements addictifs. En me battant contre le tabac, l'alcoolisation massive et le cannabis, c'est une même ambition de santé publique pour notre jeunesse qui m'anime.

Il nous revient à tous, parents, amis, proches, professionnels et pouvoirs publics, de prendre ce problème à bras le corps. Il nous faut permettre aux jeunes de notre pays de briser la spirale de la dépendance.

<p><b>III. Je suis venue aujourd'hui pour vous dire que ma détermination, à vos côtés, pour mieux prévenir et mieux accompagner est totale. J'ai la volonté d'agir.</b></p>
---

**Agir en mobilisant toutes les énergies.** Les pouvoirs publics et les professionnels doivent mieux se coordonner. Je me réjouis de voir que l'action de votre Fédération s'appuie sur une coordination de la prévention et de l'accompagnement pour construire un parcours de santé le plus fluide et adapté.

**Agir en innovant dans notre approche de l'addiction,** c'est ce que prévoit le projet de loi de modernisation de notre système de santé. Ce texte renverse notre manière d'aborder la santé, en faisant de la prévention le socle de notre politique de santé. La promotion de la santé débutera dès le plus jeune âge, avec le **parcours éducatif en santé à l'École**. Les enfants de moins de 16 ans pourront enfin avoir un médecin traitant, généraliste ou pédiatre. Cet ensemble de mesures permettra aux professionnels de santé de prévenir, d'accompagner les jeunes et de mieux repérer les premiers signes

*Seul le prononcé fait foi*

3

XXX

Anne LE GUERN - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015



d'addiction. A ce propos, je tiens à saluer le succès de votre site internet *www.intervenir-addiction.fr* dédié aux professionnels non-spécialisés en addictologie. Ils peuvent y trouver toutes les ressources nécessaires pour aborder ces sujets et je sais que vous étofferez encore ce portail cette année.

**Agir enfin, en consolidant nos dispositifs d'addictologie.** Votre fédération joue un rôle moteur dans le développement de nouveaux modèles de prise en charge. Nous travaillons à lever les freins qui existent pour faire avancer la prévention et l'accompagnement. Par exemple, l'article 8 du projet de loi définit une acception large de la politique de réduction des risques et protège les intervenants au regard du code pénal. L'article 9 va rendre possible **l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque**, un dispositif qui a fait ses preuves à l'étranger. De même, **la prévention sera désormais inscrite dans les missions obligatoires des Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), avancée à laquelle, je sais, vous tenez beaucoup.**

Nous avons pris des engagements financiers majeurs pour soutenir les actions de prévention dans le domaine des addictions : c'est concrètement 380 millions d'euros qui ont été consacrés cette année aux structures d'addictologie.

**Les consultations jeunes consommateurs sont un bon exemple de cette nouvelle approche tournée vers l'accompagnement, qu'il nous faut développer encore.** Elles sont la preuve que des réponses éducatives existent. Cette démarche d'accompagnement a fait ses preuves : oui on peut agir précocement, avant que la drogue, les drogues, ne fassent des dégâts parfois irréversibles.

Je m'adresse aujourd'hui aux parents d'adolescents qui se sentent désarmés et ne savent plus vers qui se tourner. Je m'adresse aussi aux jeunes qui veulent simplement faire le point sur leur consommation. Chacun peut appeler le 0800 23 13 13 pour connaître la Consultation Jeune Consommateur (CJC) la plus proche et engager un dialogue gratuit, anonyme et sans tabou avec un professionnel. J'ai pu mesurer l'intérêt et l'apport de cette ressource aujourd'hui, à Lille. Il s'agit de mieux la faire connaître.

**Les consultations jeunes consommateurs manquent encore de notoriété.** La grande campagne de communication lancée en janvier dernier est un premier pas pour une meilleure visibilité auprès des « prescripteurs », professionnels ou familiaux.

**Il faut plus d'ambition.** J'ai donc demandé à la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives d'aller plus loin et de renforcer la communication et l'information en faveur des consultations jeunes consommateurs. Il faut aller chercher

4

*Seul le prononcé fait foi*

les jeunes consommateurs là où ils sont, sur internet, sur les smartphones, et leur permettre de géolocaliser la consultation la plus proche de chez eux. Une carte interactive sera bientôt disponible sur internet pour repérer rapidement où se trouvent les structures qui peuvent accueillir les jeunes consommateurs et leurs parents.

Mesdames et messieurs,

La lutte contre les conduites addictives est une priorité. Il nous faut changer d'échelle, agir plus tôt, plus fort.

Je sais que vous travaillez à adapter vos modes d'intervention, vos pratiques, vos structures avec pour objectif d'aller à la rencontre des usagers, quel que soit leur parcours. Vous travaillez sans cesse à proposer des réponses nouvelles.

C'est dans cet esprit, dans cette volonté commune d'innover dans notre façon d'aborder l'addiction, que je continuerai à travailler à vos côtés.

Je vous remercie.

## ANNEXE 6 : ELEMENTS DU BUDGET

ANNEXE 1: CADRE NORMALISE DE PRESENTATION DU BUDGET PREVISIONNEL D'UN ETABLISSEMENT ET SERVICE SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL RELEVANT DU I DE L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES	
ETABLISSEMENT :	CAARUD
ADRESSE :	SIEGE: 5 RUE DE LA GARE 59270 BAILLEUL
ORGANISME GESTIONNAIRE :	ASSOCIATION PARA - CHUTE
TELEPHONE :	03.28.42.28.48
	FAX: 03.28.48.87.49
	Email <a href="mailto:contact@larosedesfandres.org">contact@larosedesfandres.org</a>
NOM DU DIRECTEUR ou de la personne habilitée à représenter l'établissement :	LE GUERN ANNE DIRECTRICE
N° FINESS :	
CATEGORIE :	ARS
COMPETENCE :	ARS
C.C.N.T. :	15-mars-66
DATE D'ARRIVEE DES DOCUMENTS :	
CAPACITE AUTORISEE :	

TOTAL AGREGAT APPROUVE en N - I (classe 6-77-78-79)

**Projets d'investissement**

Ordre de priorité	Nature de l'opération prévue	Coût (par tranche si nécessaire)	Date de réalisation probable	Durée et mode d'amortissement	Financement prévu				Total (de 1 à 3)	
					Auto-financement (1)	Subvention ou apport (2)	Emprunts (3)			
					Montant	Taux	Durée			
1	Emprunt véhicule	80 000,00	01/01/2016	5 linéaire			4,50	60	80 000,00	
2	Deux machines à laver	6 960,00	01/01/2016	6 linéaire	6 960,00				6 960,00	
3	Deux sèche-linge	4 248,00	01/01/2016	6 linéaire	4 248,00				4 248,00	
4	Mobilier de bureau	1 200,00	01/01/2016	10 linéaire	1 200,00				1 200,00	
5	Matériel informatique (3 PC)	2 400,00	01/01/2016	3 linéaire	2 400,00				2 400,00	
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
<b>TOTAL</b>		94 808,00							80 000,00	94 808,00

**Retenu par l'autorité de tarification (cadre réservé à l'administration)**

<b>TOTAL</b>										

<b>TABEAU DE SURCOUTS D'EXPLOITATION</b>					
	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Surcoûts (+) ou économies (-) sur les amortissements et frais financiers du Groupe III</b>					
<i>amortissements de l'exercice précédent la première année du plan</i> ..... a	0	0	0	0	0
Amortissements sur acquisitions antérieures à la 1 <sup>ère</sup> année du plan .....	0	0	0	0	0
Amortissements des nouveaux investissements .....	18 788	18 788	18 788	17 988	17 988
Amortissements des charges à répartir .....	0	0	0	0	0
<b>Surcoûts liés aux amortissements = A - (a)</b>	18 788	18 788	18 788	17 988	17 988
<i>Frais financiers de l'exercice précédent la première année du plan</i> ..... b	0	0	0	0	0
Frais financiers sur emprunts antérieurs à la 1 <sup>ère</sup> année du plan .....	0	0	0	0	0
Frais financiers sur emprunts nouveaux .....	3 051,00	2 688,00	1 989,00	1 258,00	494,00
<b>Surcoûts liés aux frais financiers = B - (b)</b>	3 051	2 688	1 989	1 258	494
<b>Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE I</b>					
Charges afférentes à l'exploitation courante	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000
- achats stockés.....	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000
- .....					
- .....					
<b>Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE II</b>					
Charges afférentes au personnel	224 252	226 871	239 057	240 702	253 897
- Salaires + charges.....	224 252	226 871	239 057	240 702	253 897
- .....					
- .....					
<b>Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE III</b>					
Autres charges afférentes à la structure	1 600	1 600	1 600	1 600	1 600
(hors amortissements et frais financiers détaillés ci-dessus)					
- Assurance véhicule.....	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100
- Maintenance.....	500	500	500	500	500
<b>TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES</b>	<b>277 691</b>	<b>279 947</b>	<b>291 434</b>	<b>291 548</b>	<b>303 979</b>
calculés pour chaque année par rapport à l'année précédant la première année du plan					

**CADRE NORMALISE DE PRESENTATION DU BUDGET PREVISIONNEL D'UN ETABLISSEMENT ET SERVICE SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL RELEVANT DU I DE L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES**

	Réel n-2 (1)	Budget exécutoire n-1 (2)	Budget prévisionnel proposé Recon- (3)      Mesures (4)		Total (5) = (3) + (4)	Dépenses autorisées (6)	Budget exécutoire (7)
<b>ACHATS</b>							
601	Achats stockés de matières premières et de fournitures			27 400,00	27 400,00		
602	Achats stockés - autres approvisionnements						
603	Variation des stocks						
606	Achats non stockés de matières et fournitures				-		
607	Achats de marchandise						
709	Rabais, remises, ristournes accordés par l'établissement						
713	Variations des stocks, en cours de production, produits (en dépenses)						
<b>SERVICES EXTERIEURS</b>							
6111	Sous-traitance: prestations à caractère médical				-		
6112	Sous-traitance: prestations à caractère médico-social				-		
<b>AUTRES SERVICES EXTERIEURS</b>							
6241	Transports de biens						
6242	Transports d'usagers						
6247	Transports collectifs du personnel						
6248	Transports divers						
625	Déplacements, missions et réceptions			2 600,00	2 600,00		
626	Frais postaux et frais de télécommunications				-		
6281	Prestations de blanchissage à l'extérieur						
6282	Prestations d'alimentation à l'extérieur				-		
6283	Prestations de nettoyage à l'extérieur				-		
6284	Prestations d'informatique à l'extérieur				-		
6287	Remboursement de frais						
6288	Autres prestations				-		
<b>TOTAL GROUPE I</b>		-	-	30 000,00	30 000,00		-

	Réel n-2 (1)	Budget exécutoire n-1 (2)	Budget prévisionnel proposé (4)		Total (3)+(4)	Dépenses autorisées (6)	Budget exécutoire (7)
			Recon- (3)	Mesures (4)			
<b> GROUPE II : DEPENSES AFFERENTES AU PERSONNEL</b>							
621 Personnel extérieur à l'établissement							
622 Rémunérations d'intermédiaires et honoraires				2 800,00	2 800,00		
631 Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts)							
633 Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)							
641 Rémunération du personnel non médical				138 176,38	138 176,38		
642 Rémunération du personnel médical				6 359,16	6 359,16		
645 Charges de sécurité sociale et de prévoyance				79 716,92	79 716,92		
646 Personnes handicapées							
647 Autres charges sociales							
648 Autres charges de personnel							
<b> TOTAL GROUPE II</b>	-	-	-	<b>227 052,46</b>	<b>227 052,46</b>		

	Réel n-2 (1)	Budget exécutoire n-1 (2)	Budget prévisionnel proposé (4)		Total (3)+(4)	Dépenses autorisées (6)	Budget exécutoire (7)
			Recon- (3)	Mesures (4)			
<b> GROUPE III : DEPENSES AFFERENTES A LA STRUCTURE</b>							
612 Redevances de crédit bail							
6132 Locations immobilières							
6135 Locations mobilières							
614 Charges locatives et de co-propriété							
6152 Entretien et réparations sur biens immobiliers							
6155 Entretien et réparations sur biens mobiliers							
6156 Maintenance				500,00	500,00		
616 Primes d'assurances				1 100,00	1 100,00		
617 Etudes et recherches							
618 Divers							
623 Information, publications, relations publiques							
627 Services bancaires et assimilés							
635 Autres impôts taxes et versements assimilés (administration des impôts)							
637 Autres impôts taxes et versements assimilés (autres organismes)							





**CADRE NORMALISE DE PRESENTATION DU BUDGET PREVISIONNEL D'UN ETABLISSEMENT ET SERVICE SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL RELEVANT DU I DE L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES**

	Réal n-2		Budget exécutoire n-1		Budget prévisionnel proposé		Recettes autorisées		Budget exécutoire
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = (3) + (4)	(6)	(7)		
<b>GROUPE I : PRODUITS DE LA TARIFICATION ET ASSIMILES</b>									
731 Produits de la tarification relevant du I de l'article L.312-1 du CASF				280 491,94	280 491,94		280 491,94		
732 Forfaits journaliers (loi du 19 janvier 1983)									
734 Tarif dépendance									
736 Tarif soins (EHPAD)									
737 Produits des prestations non prises en compte dans les tarifs journaliers soins									
<b>TOTAL GROUPE I</b>				280 491,94	280 491,94		280 491,94		

	Réal n-2		Budget exécutoire n-1		Budget prévisionnel proposé		Recettes autorisées		Budget exécutoire
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = (3) + (4)	(6)	(7)		
<b>GROUPE II : AUTRES PRODUITS RELATIFS A L'EXPLOITATION</b>									
70 Produits									
71 Production stockée									
72 Production immobilisée									
74 Subventions d'exploitation et participations									
75 Autres produits de gestion courante									
603 Variation des stocks (en recettes)									
609 Rabais, remises et ristournes obtenus sur achats									
619 Rabais, remises et ristournes obtenus sur services extérieurs									
629 Rabais, remises et ristournes obtenus sur autres services extérieurs									
6419 Remboursements sur rémunérations du personnel non médical									
6429 Remboursements sur rémunérations du personnel médical									
6489 Fonds de compensation des cessations anticipées d'activité									
6611 Intérêts des emprunts et dettes (en recettes)									
<b>TOTAL GROUPE II</b>									

	(1) Réel n-2	(2) Budget exécutoire n-1	(3) Budget prévisionnel proposé		(4) Mesures	(5) = (3) + (4) Total	(6) Recettes autorisées	(7) Budget exécutoire
<b>GROUPE III: PRODUITS FINANCIERS ET PRODUITS NON ENCAISSABLES</b>								
76 Produits financiers								
<b>PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>								
771 Produits exceptionnels sur opérations de gestion								
773 Produits sur exercices antérieurs								
775 Produits de cessions d'éléments d'actif								
777 Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice								
778 Autres produits exceptionnels								
<b>AUTRES PRODUITS</b>								
78 Reprises sur amortissements et provisions								
78741 <i>dont reprises sur provision réglementée destinée à renforcer les capitaux propres (établissements publics)/réserve de trésorerie (établissements privés)</i>								
78746 <i>dont reprises sur provisions réglementées: réserves des plus values nettes (établissements privés)</i>								
789 reprises des ressources non utilisées des exercices antérieurs (établissements privés)								
79 Transfert de charges								
<b>TOTAL GROUPE III</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)</b>	-	-	-	280 491,94	280 491,94	280 491,94	-	-
002 Excédent de la section d'exploitation reporté	RAN n-2	RAN n-1				Report à nouveau n		
<b>TOTAL RECETTES D'EXPLOITATION</b>	-	-	-	280 491,94	280 491,94	280 491,94	-	-

## ANNEXE 7 : COURRIER AUX PARTENAIRES DE FLANDRE INTERIEURE



Centre Communal d'Action Sociale



Madame, Monsieur,

Dans le cadre de nos missions respectives d'assistants de service sociaux, nous rencontrons bon nombre de situations qui nécessitent de mener de véritables réflexions. En effet, nous accompagnons des personnes ayant des problématiques de tout type et parfois complexes.

Le travail en lien avec les différents partenaires fait souvent suite à une orientation d'usager, un passage de relais, une demande de conseils..., mais il n'existe pas de réels temps d'échanges entre professionnels qui amèneraient à réfléchir, ensemble, sur des situations particulières.

De telles rencontres permettraient de s'enrichir de nos expériences et de nos réseaux, et ainsi apporter des diagnostics pertinents.

Dans un premier temps, nous souhaiterions savoir si ces constats sont partagés par les assistants sociaux de la Flandre Intérieure.

Puis, nous proposons d'organiser une première rencontre qui nous permettrait de recueillir vos constats/attentes/réflexions.

Enfin, nous pourrions travailler à la construction d'un « réseau », d'un espace qui nous permettrait, en fonction de nos missions et institutions respectives, de répondre de façon plus cohérente, innovante, aux usagers que nous rencontrons.

Souhaitant nous appuyer sur vos réponses pour la mise en place d'une première réunion de travail, qui nécessitera la participation et l'investissement de chacun, nous vous transmettons un coupon-réponse qui nous permettra d'appréhender vos attentes, vos besoins et d'organiser au mieux ce premier temps d'échanges qui aura lieu le :

**Mardi 18 Septembre 2012, de 14h30 à 16h30**

*Lieu : sera communiqué par e-mail ou courrier ultérieurement*

MAISON DES SOLIDARITES- CCAS-  
5. Rue Donckèle- BP10121- 59223 HAZEBROUCK CEDEX

CSAPA La Rose des Flandres 1  
790 route de Loere Bat G9-59270 BAILLEUL

**COUPON REPONSE**

*A renvoyer impérativement avant le mercredi 13 juin 2012 (à La Rose des Flandres, 790 route de Locre - Bâtiment G9 - 59270 BAILLEUL, à l'attention de Isabelle Ramelot)*

Structure :

Nom :

Prénom :

N° de téléphone :

Adresse Email :

-----

1. Avez-vous connaissance de l'existence d'un tel réseau interinstitutionnel d'échanges de pratiques professionnelles en Flandre intérieure ?

Non

Oui

Si oui, quelles structures y sont représentées ?

2. Si vous y participez, ce réseau interinstitutionnel d'échanges répond-il à toutes vos attentes (en termes de réponses adaptées face à des situations d'accompagnement complexes) ?

Oui

Non

Si non,

- Quels sont les interlocuteurs repérés comme manquants ?

- Quels seraient vos besoins ?

3. Seriez-vous intéressé par la création d'un tel réseau interinstitutionnel d'échanges de pratiques professionnelles

Oui

Si oui, qu'est-ce que vous attendez d'un tel réseau ?

Non

Si non, pourquoi ?

4. Serez-vous présent à la rencontre prévue le 18 septembre 2012 ?

Oui

Non

Nous vous remercions d'avoir bien voulu prendre quelques minutes de votre temps pour remplir ce questionnaire qui nous permettra de préparer au mieux notre prochaine rencontre. En effet, ce réseau n'a de sens que si chacun y participe, y trouve sa place, et les réponses à ses questionnements...

Cathy Lhomel,  
Assistante Sociale  
CCAS d'Hazebrouck

Isabelle Ramelot  
Assistante Sociale  
CSAPA La Rose des Flandres

<b>LE GUERN</b>	<b>Anne</b>	<b>Novembre 2015</b>
<b>Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</b>		
<b>ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS de LOOS</b>		
<b>Adosser un CAARUD au CSAPA pour prendre en compte un public en situation d'addiction disséminé en territoire rural</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Le CSAPA « La Rose des Flandres » est un établissement situé dans une ville moyenne de la Flandre Intérieure, sur une zone de proximité rurale.</p> <p>Le public en situation d'addiction dans les campagnes est peu mobile, isolé et éloigné des dispositifs de soins spécialisés. Les consommateurs sont peu ou pas en demande d'aide par rapport à leur addiction, en raison de déterminants inhérents à la problématique addictive, mais aussi sociaux et culturels. Les représentations des partenaires sanitaires, des forces de l'ordre, des politiques représentants les petites communes rurales sont stigmatisantes et ne favorisent pas l'émergence d'une demande d'aide ou de soins.</p> <p>Un CAARUD mobile serait de nature à répondre aux difficultés repérées, en « allant vers les publics », en médiatisant les relations avec les partenaires et construisant ainsi des réseaux de professionnels adaptés aux problématiques spécifiques du territoire.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Addiction – Milieu rural – CSAPA – CAARUD – stigmatisation – représentations sociales – isolement – travail en réseau - partenariat</p>		