



**Mettre à profit la nécessaire restructuration associative pour
répondre aux nouveaux besoins d'accompagnement des
publics addictifs**

Eugénie LEMAIRE

2015

cafedes



Remerciements

Je suis très reconnaissante aux personnes qui m'ont permis, directement ou indirectement, de me projeter dans l'élaboration de ce mémoire.

En premier lieu, je tiens à remercier mes deux directeurs cafdésiens, Bernard Debelle et Michel Puzenat, qui m'ont permis d'accéder à cette formation et sans lesquels rien n'aurait été possible.

Merci à Michel Puzenat pour sa patience et sa bienveillance qui m'ont aidée à prendre ma place dans cette grande aventure de la direction d'établissement social et médico-social.

Merci à Bernard Debelle pour sa disponibilité et son engagement.

Bien évidemment, je tiens à remercier mon compagnon Frédéric, avec lequel j'ai partagé pendant ce temps de formation, la joie de devenir parents et qui m'a aidée à mener de front cette nouvelle aventure, la formation et un changement professionnel.

Ce mémoire professionnel s'appuie sur mon expérience. Les changements et propositions qui en découlent ne sont que la mise en forme d'un possible que m'ont permis d'appréhender l'ensemble des salariés et administrateurs engagés auprès du public toxicomane.

Je tiens à remercier particulièrement mon président de l'ALT, Jean-Claude Manceaux, pour sa patience, son soutien au quotidien, et son implication sans faille dans l'ensemble des changements portés par l'association.

Pour terminer, je souhaite remercier Martine Bréteché, pour son engagement à former des cafdésiens sérieux et efficaces, Eve Chambon et Céline Rebours pour leur lecture attentive et leurs conseils avisés.

Sommaire

Introduction	1
1 État des lieux	3
1.1 L'addictologie	3
1.1.1 De l'addiction à l'addictologie	3
1.2 L'organisation nationale	4
1.2.1 Les missions des CSAPA et des CAARUD.....	4
1.3 Etat des lieux de la réduction des risques sur le territoire national	6
1.3.1 La réduction des risques : définition et concept	6
1.3.2 L'organisation nationale	7
1.3.3 Les manques et perspectives.....	7
1.4 L'organisation départementale	9
1.4.1 Un CSAPA aubois	9
1.4.2 Modalités d'organisations et de fonctionnement du CSAPA de l'Aube	11
1.4.3 Un CAARUD départemental.....	13
1.5 Population	13
1.5.1 Population toxicomane en France.....	14
1.5.2 Quelques chiffres pour la Champagne-Ardenne	15
1.5.3 Population toxicomane accueillie par l'ALT.....	16
1.5.4 Population relevant de la réduction des risques.....	17
1.5.5 Caractérisation du public.....	18
1.6 L'organisation de l'ALT	19
1.6.1 Sa situation et ses locaux.....	19
1.6.2 Ses ressources humaines	20
1.6.3 Le service CSAPA, son offre de service	20
1.6.4 Le CAARUD, son offre de service	22
1.7 Evaluations internes du CSAPA et CAARUD	23
1.7.1 Les axes d'amélioration de l'évaluation interne du CSAPA	23
1.7.2 Les axes d'amélioration de l'évaluation interne du CAARUD	23

2	L'association	25
2.1	Historique de l'association	25
2.2	Les orientations politiques de l'association	28
2.2.1	Liens entre dirigeance et gouvernance	29
2.3	Ressources humaines	30
2.3.1	La stratégie managériale mise en œuvre	30
2.3.2	L'organisation souhaitée par l'association	32
2.4	Le portage du CSAPA et du CAARUD, des choix controversés	33
2.4.1	D'autres exemples d'organisation	35
2.5	Les opportunités de changements	39
2.5.1	Un déménagement imminent	39
2.5.2	Un départ en retraite du directeur	40
2.5.3	Une équipe en questionnement	41
2.5.4	Le rapprochement du soin et de la réduction des risques	43
2.5.5	Une opportunité encouragée par les Politiques Publiques	44
3	Repenser l'Articulation CSAPA-CAARUD	49
3.1	L'intérêt d'une fusion CSAPA-CAARUD pour l'ALT	49
3.1.1	Intérêt pour le public	50
3.1.2	Intérêt pour les professionnels	53
3.1.3	Intérêt pour l'association	54
3.2	Les modalités de mise en œuvre du projet	56
3.2.1	Au niveau de l'Association	56
3.2.2	Mise en place du comité de pilotage	56
3.2.3	Au niveau administratif	57
3.2.4	Points de vigilance	58
3.2.5	Au niveau financier et budgétaire	58
3.2.6	Au niveau des Ressources Humaines	59
3.3	Les liens avec l'ARS	62
3.3.1	La visite de conformité	62
3.3.2	L'évaluation externe	63
3.3.3	Les modalités d'évaluation	64

3.4 Un nouveau local.....	64
3.4.1 Démarches d'acquisitions et modalités budgétaires	65
3.4.2 Organisation de l'espace	66
3.5 Développement et diversification des modalités d'intervention en RDR	68
3.5.1 Un accueil sans rendez-vous	69
3.5.2 L'unité mobile	70
3.5.3 Autres modalités d'intervention	71
3.5.4 Développement territorial du PES	71
3.5.5 Dépistages	71
3.5.6 Utilisation d'Internet.....	73
3.6 Développement du partenariat.....	73
3.7 La communication.....	75
3.8 L'évaluation	76
3.9 Calendrier.....	77
Conclusion	79
Bibliographie.....	81
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ACT = Appartements de Coordination Thérapeutique
ADDICA = Addictions précarité Champagne – Ardenne
ALT = Accueil Liaisons Toxicomanie
ANAES = Agence Nationale de l'Evaluation des Etablissements Sociaux
ANESM = Agence Nationale de l'Evaluation, de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux
ANPAA = Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARS = Agence Régionale de Santé
ASUD = Auto-Support des Usagers de Drogues
BHD = Buprénorphine Haut Dosage, molécule utilisée dans le cadre du traitement de substitution des personnes dépendantes aux opiacés, commercialisée communément sous le nom de Subutex®
BP = Budget Prévisionnel
CA = Compte Administratif
CAARUD = Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogue
CCAA = Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CESF = Conseiller en Economie Sociale et Familiale
CMPP = Centre Médico Psycho Pédagogique
CMS = Centre Médico-Social
CROSMS = Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CSAPA = Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST = Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
CT = Communauté Thérapeutique
DIPC = Document Individuel de Prise en Charge
ELISEA = Education Liaison Information Soins et Evaluation en Addictologie dans l'Aube
EPSMA = Etablissement de Santé Mentale de l'Aube
ETP = Equivalent Temps Plein
FNORS = Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé
GCSMS = Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
IGAS = Inspection Générale des Affaires Sociales

ILS = Infraction à la Législation sur les Stupéfiants

IRP = Instances Représentatives du Personnels

LAM = Lits d'Accueil Médicalisés

LHSS = Lits Halte Soins Santé

MILDECA = Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites
Addictives

OFDT = Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM = Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PES = Programme d'Echange de Seringues

PJJ = Protection Judiciaire de la Jeunesse

RDR = Réduction Des Risques

SIAO = Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

SROSMS = Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale

UDI = Usager de Drogue Injecteur

VHB = Virus Hépatite B

VHC = Virus Hépatite C

VIH = Virus de l'Immunodéficience acquise Humaine

Introduction

L'Accueil Liaisons Toxicomanie (ALT), association créée pour aider et accompagner les toxicomanes, porte les deux approches existantes dans l'accompagnement du public toxicomane : celle du soin et celle de la réduction des risques. La partie la plus importante de son activité est une composante d'un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), une seconde partie est un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD). Ces deux approches aujourd'hui tendent à se réunir au sein des pratiques et des politiques publiques qui préconisent une place privilégiée de la réduction des risques dans les CSAPA. De leur côté, les CAARUD se sont professionnalisés et leurs actions ne sont plus seulement une réponse à un problème de santé publique mais sont organisés en établissement médico-social avec des interventions qui complètent l'offre de soin en matière d'usage de drogues.

L'ALT a l'expérience de la toxicomanie et l'opportunité, de par un prochain déménagement, couplé avec le départ en retraite de son directeur, de repenser son projet et de travailler sur la clarification de cette notion de réduction des risques tant au niveau du CSAPA qu'au niveau du CAARUD.

De plus, les politiques publiques actuelles tendent à remettre l'accent sur la réduction des risques et le rapport de l'IGAS de février 2014, offre l'opportunité pour ceux qui le souhaiteraient de « *faciliter des rapprochements fonctionnels entre CSAPA et CAARUD sur la base du volontariat, les évaluer, avant d'envisager une fusion statutaire* ».

Ce contexte permet de repenser et de développer les actions portées par l'association en faveur d'un public consommateur de drogues.

Aussi, je commencerai par réaliser un recensement du champ médico-social de l'addictologie, du cadrage des politiques publiques en matière de réduction des risques avant de définir le public concerné par ces dispositifs.

Ma deuxième partie sera consacrée à l'association afin de faire un état des lieux précis de sa situation et des possibilités qui s'offrent à elle.

Enfin, je vous présenterai le projet de rapprochement et de fusion du CAARUD dans le CSAPA afin de permettre l'optimisation et le développement des actions de réduction des risques au profit des usagers des deux établissements.

1 État des lieux

1.1 L'addictologie

Dans un premier temps, je poserai le domaine d'intervention général de l'association qui a largement évolué ces dernières années passant du champ de la toxicomanie au champ de l'addictologie, élargissant le concept et les interventions à l'ensemble des addictions, qu'elles aient pour origine un produit ou un comportement.

Ainsi, le secteur est encore aujourd'hui en mutation afin de répondre à ce nouveau concept de l'addictologie.

1.1.1 De l'addiction à l'addictologie

L'addictologie, en tant que discipline remonte aux dernières années du XX^{ème} siècle. Elle naît du concept fédérateur de l'addiction qui tend à définir la relation de dépendance plus ou moins aliénante pour l'individu, et plus ou moins acceptée voire parfois totalement rejetée par l'environnement social de ce dernier, à l'égard d'un produit (drogue, tabac, alcool, médicaments), d'une pratique (jeu, sport, achats, addiction sexuelle, etc.), ou d'une situation (relation amoureuse). Le terme est employé surtout par les théoriciens ; le public et les cliniciens emploient le plus couramment *dépendance et toxicomanie*.

Tout l'intérêt, mais aussi toute la difficulté, du concept tel qu'il s'est développé tiennent à ce qu'il cherche à jeter des ponts entre les différentes conduites pathologiques de dépendance, que celui-ci suppose ou non le mésusage d'un produit réputé toxique¹. L'addictologie, terme beaucoup plus récent que celui d'addiction, consacre la naissance d'une approche commune, clinique, scientifique mais aussi politique de l'ensemble des conduites addictives.

Ce concept permet de dépasser la fragmentation actuelle séparant alcoolisme et toxicomanie et de se recentrer sur le comportement de dépendance².

¹ Richard Denis, Senon Jean-Louis, Valleur Marc, préface d'Axel Kahn, Dictionnaire des drogues et dépendances, Paris, Larousse, essais et documents, octobre 2009, 3^{ème} édition.

² Traité d'addictologie, sous la direction de Michel Reynaud, Paris, Flammarion, 2006.

1.2 L'organisation nationale

Avec la naissance du concept d'addictologie, les professionnels des champs de l'alcoologie, de la tabacologie et de l'intervention en toxicomanie se sont rapprochés.

Ce n'est qu'en 2002 que le mot « addictologie » apparaît dans les circulaires ministérielles et dans la loi n°2002-2³ qui instaure la création de CSAPA. Il a fallu attendre les décrets et circulaires de 2007 et 2008⁴ pour que la mise en place des CSAPA puisse être rendue effective.

Ainsi, depuis 2009, les deux anciens types d'établissements, les CCAA (Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie) et les CSST sont regroupés au sein d'une nouvelle identité : les CSAPA dont les missions se sont élargies à l'accueil et la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives en général, avec ou sans substances.

En parallèle, dans le champ de l'addictologie, les CAARUD, établissement de réduction des risques pour les usagers de drogues, qui avaient été autorisés par la loi de santé publique du 9 Aout 2004, sont confirmés en tant qu'établissement médico-social.

Ainsi, le champ médico-social de l'addictologie est composé de deux types d'établissement :

- Les CSAPA, généralistes ou spécialisés alcool ou toxicomanie
- Les CAARUD

1.2.1 Les missions des CSAPA et des CAARUD

A) Missions des CSAPA

Les missions des CSAPA sont détaillées dans le décret n°2007-877 du 14 mai 2007 :

- L'accueil, qu'il s'agisse de l'intéressé ou d'un membre de son entourage. Il s'agit d'écouter, d'établir un premier lien en vue de créer les bases d'une relation mais aussi d'apporter les premiers éléments de réponse aux demandes et besoins des personnes.

- L'information, au patient ou à son entourage dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité. Il peut s'agir d'information sur ses droits ou sur les modalités de prise en charge.

- L'évaluation médicale, psychologique et sociale du patient et/ou de

³ Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

⁴ Décret n°2007-877 du 14 mai 2007, Décret n°2008-87 du 24 janvier 2008, Circulaire n°DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007, Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008

l'entourage afin de proposer la prise en charge et l'accompagnement les plus adaptés à leurs besoins.

- L'orientation, toute personne accueillie dans le CSAPA doit pouvoir bénéficier d'une proposition d'organisation de prise en charge par le CSAPA ou d'une orientation vers une structure plus adaptée à ses besoins (ville, psychiatrie, hôpital, autre dispositif médico-social...).

- La prise en charge médicale en assurant notamment la prescription de l'ensemble des traitements de substitution

- La prise en charge psychologique vient compléter l'évaluation médicale et comprend un suivi psychologique et un soutien adaptés à la situation et aux besoins de l'utilisateur.

- La prise en charge sociale et éducative vise, pour le patient, à conquérir ou reconquérir son autonomie pour permettre de conforter les conditions de prise en charge thérapeutique. Plus précisément, elle comprend les aides au recouvrement, de maintien des droits sociaux et les actions ou des orientations visant à l'insertion sociale.

- La mise en œuvre de mesures de réduction des risques à destination du public pris en charge.

Les missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont définies par :

Des missions obligatoires, tout public : accueil, information, évaluation médicale psychologique et sociale, orientation ;

Des missions obligatoires visant le public pour lequel le CSAPA est spécialisé : la réduction des risques et la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative ;

Des missions facultatives : des consultations de proximité et de repérage précoce des usages nocifs, des consultations jeunes consommateurs, la prise en charge des addictions sans substances, l'intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison, la participation, ou mise en œuvre d'actions de prévention, formation, recherche, la participation aux dispositifs de veille et d'alerte sanitaire.

B) Missions des CAARUD

Les 7 missions des CAARUD sont détaillées dans le décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 :

- 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 :
 - a) L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place ;
 - b) L'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun ;
 - c) L'incitation au dépistage des 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.
- Le développement d'actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues.
- La participation au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

Ainsi, dans les deux types d'établissement CSAPA et CAARUD, il est question de mettre en œuvre une politique et des actions de réduction des risques à destination du public pris en charge.

1.3 Etat des lieux de la réduction des risques sur le territoire national

1.3.1 La réduction des risques : définition et concept

La politique de réduction des risques privilégie des stratégies de soin et de prévention visant à limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de produits psychotropes et, particulièrement, des drogues illicites.

« Réduire les risques, c'est choisir de réguler un usage de produit ou un comportement de consommation et/ou de dépendance. Ce choix implique de ne plus vouloir éradiquer les

drogues et les conduites addictives, mais au contraire de « vivre avec », et de « réduire les risques » (sociaux et médicaux) associés à ces comportement »⁵.

1.3.2 L'organisation nationale

Jusqu'à l'apparition des CSAPA, la réduction des risques restait l'apanage des CAARUD, ou tout au moins des acteurs intervenant dans le champ des drogues illicites, et tournée quasi exclusivement vers les risques et dommages liés aux risques infectieux.

Aujourd'hui, le RDR réaffirme sa volonté de s'étendre à un ensemble plus large des risques encourus par les usagers de drogues, dans son Plan gouvernemental 2013-2017 « Réduire les risques sanitaires et les dommages sociaux », par une ouverture sur de nouvelles perspectives, notamment en élargissant le champ de la réduction des risques à l'ensemble des produits, développant les approches populationnelles, renforçant l'accessibilité et la sécurisation de l'offre. La dimension socioprofessionnelle dans la prise en charge globale devient un axe de la RDR avec l'articulation des actions de la santé et la justice.

1.3.3 Les manques et perspectives

La couverture territoriale d'accès aux services de la RDR est inégale sur l'ensemble du territoire français.

Le plan quinquennal de la MILDT de 1999 prévoyait de doter d'un dispositif de RDR toutes les villes de plus de 70 000 habitants, et la circulaire DGS de 1998 prévoyait de donner priorité aux villes de plus de 40 000 habitants ne disposant pas d'activité de RDR en 1998. En 2012, 10 départements n'ont pas de CAARUD et seuls 40 départements disposent d'un Programme d'Echange de Seringues.

La situation rurale est également préoccupante : quand il y a un seul CAARUD pour couvrir l'ensemble du département, cela oblige les usagers à se déplacer pour avoir accès à des services de RDR⁶.

⁵ COUTERON Jean-Pierre, « la réduction des risques en France : un peu d'histoire », Actal - cahiers thématiques de la Fédération Addiction, décembre 2013, Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ?, n°13, p3-6.

⁶ MOREL Alain (sous la direction de), CHAPPARD Pierre, COUTERON Jean-Pierre, L'Aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie, Paris, Dunod, 2012.

Depuis, le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 réaffirme la volonté du gouvernement de « *prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux* »⁷.

Dans son allocution d'ouverture de la journée consacrée aux 10 ans des CAARUD, le 15 janvier 2015, Danièle Jourdain-Menninger, Présidente de la MILDECA, réprecise les grandes orientations du plan gouvernemental en matière de réduction des risques.

« L'adaptation des outils mis à disposition des usagers de drogues par les CAARUD et leur accessibilité sont d'autre part des axes forts du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives... Ces outils de la réduction des risques, nous devons sans cesse les améliorer dans leurs objectifs de prévention des infections microbiennes, virales ou fongiques... Pour que cette réduction des risques puisse bénéficier à toutes les personnes qu'elle peut concerner et ce partout sur le territoire, la Mildeca a financé en 2014 une évaluation des besoins et de la faisabilité de l'envoi postal de matériels de réduction des risques par les CAARUD...

...La réduction des risques s'est considérablement développée sur Internet. Nous devons aussi impliquer l'ensemble des professionnels sur les forums utilisateurs, dans une logique qui est aussi une logique de prévention par les pairs... Par extension de ce champ d'intervention, j'entends que la réduction des risques doit désormais prendre en compte l'ensemble des produits susceptibles d'un usage problématique, au premier rang desquels l'alcool et le tabac...

...L'insertion professionnelle doit prendre toute sa place dans la politique de réduction des risques au regard de son impact positif sur la réduction des dommages sociaux.

...Le développement de la médiation sociale doit prendre toute sa place dans les missions du dispositif de réduction des risques.

La réduction des risques concerne d'autres acteurs que les CAARUD et notamment les pharmacies d'officine.

Une convention lie désormais l'Ordre des pharmaciens à la mission interministérielle pour notamment conforter la place de ces derniers dans la prise en charge des patients sous traitement de substitution et pour renforcer l'accessibilité et la sécurisation des outils de réduction des risques...

⁷ Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017.

...Il est important, notamment parmi ceux qui sont les plus fragiles, que nous soyons toujours vigilants à leur apporter le service auxquels ils ont droit. »

Ainsi, l'intégration officielle de la RDR d'une manière plus globale et dans les missions des CSAPA permet de penser la RDR dans des réponses personnalisées et comme une démarche de « l'aller vers », largement initié par les CAARUD. Cette nouvelle définition de la RDR ne s'oppose plus au soin, et sort de la seule lutte contre les maladies infectieuses.

L'enjeu actuel est bien de renforcer la complémentarité et le partenariat des CSAPA et les CAARUD afin d'optimiser l'offre apportée aux usagers.

1.4 L'organisation départementale

1.4.1 Un CSAPA aubois

Jusqu'à l'élaboration du premier schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale (SROSMS) d'addictologie de la région Champagne Ardenne de 2008/2011, coexistaient sur le département aubois 2 Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) et un Centre de Soins Spécialisé pour Toxicomanes (CSST), devenus CSAPA Aubois.

L'association Accueil Liaisons Toxicomanie (ALT), l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie de l'Aube (ANPAA 10) et l'association Foyer Aubois étaient respectivement autorisées à gérer un CSST d'une part et deux CCAA d'autre part.

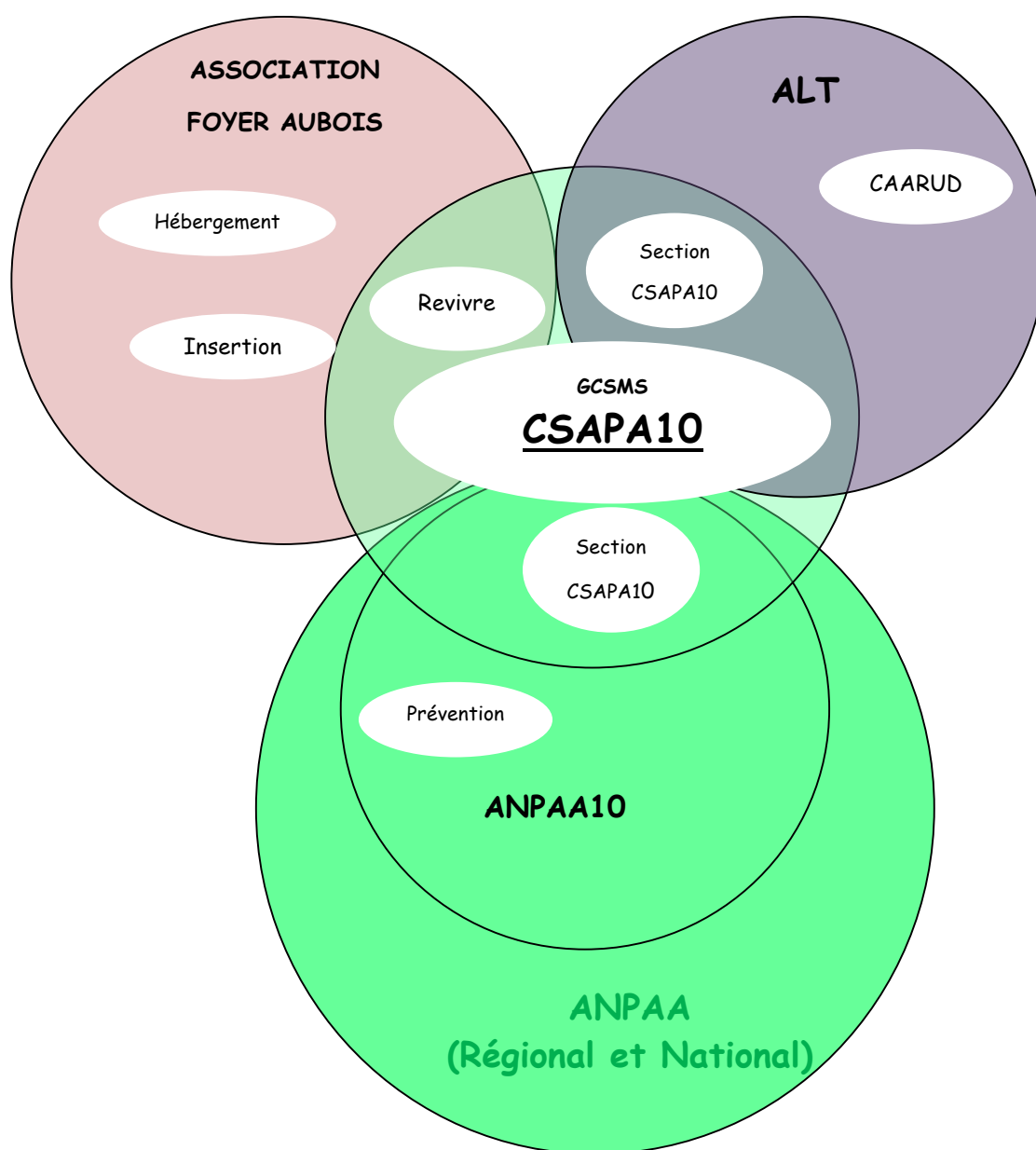
Le SROSMS a cadré l'organisation auboise, au vu de sa population, de sa configuration essentiellement centrée sur sa préfecture, Troyes, et des habitudes de travail en partenariat des acteurs médico-sociaux de l'addictologie (l'ALT, l'ANPAA10 et le Foyer Aubois-Revivre). Il a été décidé de n'octroyer qu'une seule autorisation de CSAPA pour le départemental aubois.

Cette décision politique, qui n'était pas à l'origine celle soutenue par les acteurs qui auraient préféré maintenir leurs autorisations respectives avec une spécificité « alcoologie » pour l'ANPAA10 et Revivre et « toxicomanie » pour l'ALT, a été travaillée par les 3 acteurs pour aboutir à la proposition de création d'un Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Sociale, composé des 3 associations membres, qui porterait l'autorisation du CSAPA Aubois.

Le « CSAPA de l'Aube » a été autorisé le 1er janvier 2011.

Je propose, pour une meilleure compréhension, de vous reporter au schéma ci-dessous, intitulé « L'ALT dans son environnement fonctionnel », qui sera une aide à la compréhension de l'organisation actuelle élaborée par les 3 acteurs.

L'ALT dans son environnement fonctionnel



Pour la demande d'autorisation présentée au CROSMS en 2010, les 3 acteurs ont déposé un projet d'établissement qui reprenait à la fois les projets des 3 « services » et leur articulation. La présentation sous forme de tableau permettait de poser les bases de la coopération des 3 associations pour le fonctionnement de ce nouvel établissement, le CSAPA10 et de répondre aux missions d'un CSAPA généraliste grâce aux pratiques et au savoir-faire de chacun mis en commun. L'accueil des nouveaux publics (addictions comportementales) encore en germe dans nos anciens établissements respectifs, est réfléchi au niveau de l'établissement.

Le projet d'établissement écrit pour l'occasion du passage en CROSMS succinctement est actuellement en cours de réécriture avec les 3 structures qui le constitue.

1.4.2 Modalités d'organisations et de fonctionnement du CSAPA de l'Aube

Le choix a été fait, afin de respecter l'histoire, les projets associatifs, de permettre aux équipes de se familiariser avec le nouveau dispositif et d'envisager collectivement les changements à opérer, de maintenir les spécificités de chacun des services, défendues comme une richesse pour le public.

La création du CSAPA de l'Aube, CSAPA généraliste, ouvre au champ complet de l'addictologie l'ensemble des services dans leur capacité d'accueil de toute personne se présentant avec une problématique d'addiction, avec ou sans produit.

Ainsi, la gestion du nouvel établissement CSAPA10 se fait par une organisation à trois têtes. Le choix a été fait de maintenir chaque association employeur de ses propres personnels. Chaque association devient « prestataire de service » du GCSMS gestionnaire de l'autorisation du CSAPA et ce sont ces « prestations » qui s'organisent pour constituer l'établissement (son projet, ses outils...).

Le GCSMS est géré par un administrateur. De ce fait, afin de bien délimiter les champs de compétences des uns et des autres, nous sommes dans l'élaboration de Documents Uniques de Délégations de l'administrateur vers ses membres.

Le GCSMS a été constitué de sorte que chaque association membre reste employeur de ses personnels. Ainsi, les 3 directeurs gèrent leurs propres personnels qui œuvrent au fonctionnement du CSAPA.

Au niveau du budget de l'établissement, chaque structure a apporté sa base d'enveloppe ONDAM qui est reconduite sur cette base et agrémentée des mesures nouvelles demandées et identifiées pour chaque porteur (avec l'accord de l'ARS) selon les besoins repérés et effectués en demande conjointes.

Les directeurs et les équipes se rencontrent régulièrement pour travailler à la cohérence du projet d'établissement et des outils de la loi 2002-2 qui eux, sont uniques.

Dans cette organisation, chaque association participant au CSAPA reste centrée sur sa population historique tout en élargissant ses pratiques à la prise en compte de l'ensemble des addictions. Le développement autour de l'accueil, l'évaluation, l'orientation et le soin des publics ayant d'autres problématiques d'addictions que celles autour desquelles les associations se sont constituées, est travaillé conjointement afin de proposer la meilleure orientation possible aux usagers et de développer harmonieusement les prises en charge.

Pour exemple, les personnes rencontrant des problématiques de Troubles du Comportement Alimentaire, TCA, sont orientées en interne vers l'ANPAA qui a développé avec ses professionnels, des compétences de prises en charge de cette problématique. Notamment du fait de la présence d'une diététicienne depuis de nombreuses années dans l'équipe.

Revivre qui trouve ses origines dans un mouvement d'entraide en alcoologie a réalisé tout un travail auprès de ses accompagnateurs bénévoles pour élargir son mouvement d'entraide aux addictions. De plus, leurs habitudes de travail sur un modèle plus collectif leur permettent de développer les groupes de parole à destination des usagers rencontrant un problème d'addiction aux jeux, ou d'autres addictions, d'avoir le soutien de pairs et la possibilité d'être inclus dans des activités collectives de loisir ou thérapeutiques développées par l'association.

La question de la réduction des risques qui nous intéresse plus particulièrement ici, est traitée par les 3 acteurs en fonction de son public d'origine. De ce fait, l'ANPAA10 et Revivre posent les bases de la réflexion et de l'offre de soin pour la RDR en matière d'alcool et de tabac, notamment sur le développement d'actions à destination des femmes enceintes et de l'alcoolisation ponctuelle des jeunes en milieu festif.

L'ALT, quant à elle, traite la question de la RDR en lien avec les usages de drogues illicites.

Cependant, les débats entre la RDR relevant du CSAPA et celle qui relève du CAARUD restent ouverts.

Cette question n'a toujours pas été tranchée puisque aucune convention n'a encore aujourd'hui été signée entre le CSAPA et le CAARUD.

Le paragraphe qui suit reprend la position et l'organisation actuelle du CAARUD départemental.

1.4.3 Un CAARUD départemental

Outre le CSAPA de l'Aube, le département possède dans le champ médico-social de l'addictologie, un CAARUD, autorisé et géré par l'ALT depuis décembre 2006.

Son existence repose sur le développement ultérieur d'actions de RDR menées par l'équipe de l'ancien CSST de l'ALT, devenu aujourd'hui « service du CSAPA10 ».

Cet établissement s'est donc constitué en appui de l'ancien CSST ; tant au niveau de ses locaux que du personnel.

Aujourd'hui, l'ensemble du personnel, à une exception près, est mutualisé entre les deux établissements.

En 2014, le CAARUD s'appuie sur 10 personnes pour un Equivalent Temps Plein de 1,9 ETP. Sur ces 1,9 ETP, seul 1,6 ETP est consacré à l'accueil et l'accompagnement du public.

Le projet d'établissement a été réécrit en 2012, à la suite de l'évaluation interne qui y a été menée.

Ainsi, nous avons un établissement qui n'aurait pas les moyens d'une existence autonome.

Je reviendrais plus précisément sur ce point dans les chapitres suivants.

1.5 Population

Je ne m'attarderai pas ici à décrire l'ensemble de la population française repérée pour des problèmes de consommation de substance psychoactive et/ou des problèmes liés à des addictions comportementales.

Je resterai centrée sur la population toxicomane pour laquelle l'ALT s'est historiquement constituée comme association et pour laquelle elle continue à mener son projet, même s'il s'est ouvert à un public plus large dans le cadre du CSAPA.

En particulier, j'orienterai mon étude sur le public toxicomane concerné par la réduction des risques.

1.5.1 Population toxicomane en France

Bien que le terme Toxicomanie décrive un « comportement de dépendance à l'égard d'une ou plusieurs substances psychoactives⁸ », je prendrai ici la définition du toxicomane comme *un usager problématique de drogues*.

Au niveau européen, les usagers problématiques de drogues sont définis comme l'ensemble des usagers réguliers d'opiacés, de cocaïne et d'amphétamines et des usagers de drogues par voie intraveineuse (injecteurs).

En France, leur nombre était estimé en 2011 à 281 000 personnes. Parmi elles, environ un tiers (soit près de 90 000 personnes) utilise habituellement la voie intraveineuse pour consommer ces substances⁹.

Une partie importante de ces usagers vit dans des conditions de grande précarité, avec un état de santé dégradé lié à leurs consommations et leur mode de consommation, notamment lorsqu'ils s'injectent, ainsi qu'à leur condition de vie. Ces personnes souffrent aussi souvent de troubles psychiatriques, qui entraînent pour eux des difficultés supplémentaires pour trouver des solutions d'hébergement et des centres de soins¹⁰.

D'autres, sans doute moins nombreux, peuvent se trouver dans des situations moins défavorables : certains, parmi ceux qui suivent un traitement de substitution aux opiacés, pouvant même être totalement intégrés dans la société et mener avec succès leur carrière professionnelle¹¹.

A) La population de toxicomanes accueillie dans, et hors des CSAPA et CAARUD

En 2006, dans les CSST, les opiacés au sens large (y compris les traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique) apparaissent comme la catégorie de produit posant le plus de problèmes pour 44 % des patients.

Une part importante des personnes dépendantes aux opiacés prises en charge dans les CSAPA consomme également d'autres substances. Elles peuvent être considérées

⁸ RICHARD Denis, SENON Jean-Louis, VALLEUR Marc, préface d'Axel KAHN, Dictionnaire des drogues et des dépendances, Paris, Larousse, essais et documents, octobre 2009, 3ème édition.

⁹ BASTIANIC Tanja, JANSSEN Eric, Usage problématique de drogues en France : les prévalences en 2011, estimations locales et extrapolations nationales, Saint-Denis, OFDT, septembre 2013.

¹⁰ ENa-CAARUD 2012 (OFDT)

¹¹ Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Drogues et conduites addictives. Inpes éditions, décembre 2014.

comme des polyconsommateurs (consommation d'au moins deux produits psychoactifs, hors alcool-tabac).

En dehors des centres spécialisés, les personnes consommant des opiacés peuvent également être prises en charge à l'hôpital et/ou en médecine de ville.

En 2013, les statistiques hospitalières hors psychiatrie ont enregistré près de 3 900 séjours pour sevrage de personnes dépendantes à une drogue autre que l'alcool (principalement des opiacés), chiffre en hausse par rapport à 2010 (3 200), et près de 1 800 séjours de personnes prises en charge en raison de leur usage d'opiacés, en diminution relativement à 2010 (2 200 environ). La statistique hospitalière ne permet cependant pas de connaître le nombre d'usagers de drogues qui sont suivis en ambulatoire à l'hôpital dans le cadre de consultations en addictologie.

Les médecins de ville voient également un grand nombre d'usagers de ces substances illicites, notamment ceux, au nombre de 135 000, à qui ils prescrivent un traitement de substitution aux opiacés.

En 2009, la moitié des médecins généralistes déclarait avoir vu au moins un patient dépendant aux opiacés par mois et environ 170 000 personnes ont reçu un traitement de substitution aux opiacés en 2012. Parmi elles, 150 000 ont été remboursées de médicaments de substitution délivrés en ville et 20 000 ont reçu leur méthadone via un CSAPA.

Si la plupart des patients utilisent le subutex® (BHD) dans un but thérapeutique, une minorité la détourne pour la consommer ou la revendre comme une drogue.

La file active des CAARUD intégrant les usagers suivis en accueils fixes, unités mobiles et interventions extérieures est estimée à environ 70 000 personnes en 2012 pour toute la France¹².

1.5.2 Quelques chiffres pour la Champagne-Ardenne

Spécifiquement pour la région Champagne-Ardenne, nous pouvons avancer quelques chiffres relevés dans le rapport de la FNORS, datant de septembre 2007 et faisant état des addictions dans les régions de France en 2005.

¹² Actes Journée CAARUD 10 ans

La vente de stéribox®¹³ dépasse de plus de 10% la moyenne nationale. C'est la 4^{ème} région qui observe le plus de ces ventes. Celles-ci ont augmenté de 17,9% entre 2000 et 2005.

La vente de subutex®¹⁴ (nombre de boites vendues pour 10 000 habitants) dépasse également de plus de 10% la moyenne nationale, classant la région en 6^{ème} position.

La vente de méthadone¹⁵, quant à elle, reste inférieure à la moyenne nationale mais avec une augmentation de 542,7% entre 2000 et 2005, 5^{ème} progression la plus importante enregistrée.

Les Infractions à la Législation sur les Stupéfiants (ILS) :

La Champagne-Ardenne dépasse également de 10% la moyenne nationale des infractions constatées. Elle se place dans les 5 régions dont le taux d'ILS est le plus important, tous produits confondus.

Concernant l'héroïne, elle se situe également dans les 5 régions les plus touchées.

1.5.3 Population toxicomane accueillie par l'ALT

A) Dans le cadre du CSAPA

L'ALT a accueilli, en 2014, au sein du CSAPA 632 usagers.

Plus de 50% sont consommateurs d'opiacés, qu'il s'agisse d'héroïne, de codéine ou de traitement de substitution détournée. Cette population a augmenté régulièrement depuis 2006, passant d'un peu moins de 40% de notre public à plus de 50%.

Ces usagers représentent en moyenne de 250 à 350 personnes par an qui viennent au CSAPA pour un problème de consommation d'opiacé.

Nous absorbons à l'ALT, 98% des usagers du CSAPA venant pour ce type de consommation.

¹³ Stéribox® : kit de prévention contenant 2 seringues (1 ml), 2 tampons d'alcool, un stéricup, 2 flacons d'eau stérile, un préservatif, 1 mode d'emploi et des conseils. L'utilisation de Stéribox prévient la contamination des virus du VIH, des hépatites et autres agents infectieux. Il est disponible à la vente depuis 1994 dans les pharmacies.

¹⁴ Subutex® (Buprénorphine Haut Dosage) : médicament utilisé comme traitement de substitution dans les dépendances aux opiacés.

¹⁵ La méthadone est une molécule utilisée comme traitement de substitution dans les dépendances aux opiacés.

Concernant l'usage de cannabis, nous accueillons en moyenne entre 300 et 320 consommateurs sur l'ALT. Certains usagers de cannabis s'orientent, depuis le passage en CSAPA plus spécifiquement sur l'ANPAA10 qui est moins identifié « toxicomane ».

Les autres usagers poussant la porte de l'ALT sont de l'ordre de 10% (environ 50 par an) et viennent pour des consommations de cocaïne, psychotropes et alcool.

Le rapport annuel des CSAPA nous informe assez précisément sur les caractéristiques du public reçu. Aussi, nous observons que l'ALT, au sein du CSAPA10 reçoit un public plus jeune mais aussi moins désinséré socialement que le public reçu par les deux anciens CCAA. 60% des usagers reçus au sein de l'ALT bénéficient de ressources provenant d'un emploi actuel ou passé (indemnisation par pôle emploi).

B) Dans le cadre du CAARUD

En 2014, les intervenants du CAARUD ont rencontrés 93 usagers différents dont 92% sont consommateurs d'opiacés, majoritairement injecteurs. Les 8% restant sont identifiés comme consommateurs de cocaïne.

Le rapport d'activité du CAARUD ne nous permet pas d'identifier précisément les caractéristiques des usagers reçus. Il s'agit plutôt d'un état des lieux des prestations offertes. Cependant, les professionnels tiennent à préciser la plus grande précarité du public rencontré et sa plus grande précarité sanitaire et sociale.

1.5.4 Population relevant de la réduction des risques

Il s'agit ici de la population reçue au sein du CAARUD mais également aussi, un nombre non négligeable de toxicomanes accueillis au CSAPA-ALT suite à une demande de substitution sans souhait ou possibilité de se détacher totalement de leurs consommations de drogues.

L'estimation, au sein de l'ALT de cette population qui relève de la réduction des risques, plus que du soin, est d'un tiers des suivis médicaux, soit pour 2014, de 180 usagers environ. Ceci correspond au double des personnes reçues au sein du CAARUD.

Il est difficile de faire une estimation du nombre de personnes relevant de la RDR sur le département, mais, à priori, l'ALT ayant principalement déployée ses missions de RDR sur Troyes, il est probable qu'un nombre non négligeable d'aubois n'ait pas connaissance ou la possibilité de faire appel à ses services. Même si l'ALT accueille des usagers venant de tout le département, il reste à travailler et à vérifier la connaissance et l'accessibilité de ses services au plus grand nombre.

1.5.5 Caractérisation du public

A) Les co-morbidités

Il s'agit d'un public dont les modes d'usages comportent des risques, notamment en matière d'infections au VIH, VHB et VHC pour ce qui est des injecteurs mais également des sniffeurs (pratique répandue pour la consommation de cocaïne et d'héroïne).

La prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C qui est d'un peu moins de 1% de l'ensemble de la population française, s'élève en 2011 à 64 % parmi les usagers de drogues ayant injecté au moins une fois dans leur vie¹⁶. Celle du VIH était estimée à 13 %. En 2013, 66 Usagers de Drogues Injecteurs ont découvert leur séropositivité au VIH et 92 cas de sida parmi les UDI ont été diagnostiqués. Au total, 6 800 personnes contaminées par leur usage intraveineux de drogues vivent avec le sida¹⁷.

De plus, ce public fragile et fragilisé présente dans une forte proportion des troubles psychiatriques.

Près de 4 personnes sur 10 prises en charge pour leur consommation d'opiacés dans les CSAPA en 2013 ont déjà été hospitalisées pour un problème psychiatrique. Ces personnes se trouvent dans une situation socio-économique encore plus défavorable que les autres¹⁸.

B) La mortalité

Les décès par usage de substances illicites ou de médicaments opiacés sont le plus souvent liés à l'association de plusieurs produits.

Après avoir fortement chuté à la fin des années 1990, les décès par surdose ont de nouveau augmenté de 2003 à 2010, sans doute en lien avec un élargissement des consommations d'opiacés. En 2011, la tendance semble être à la baisse¹⁹.

Le nombre de ces décès est aujourd'hui encore sous-estimé, certains par surdose pouvant être classés en « cause inconnue ».

Les décès par surdose parmi les 15-49 ans en France sont de 249 en 2011, en baisse, après être restés stables (autour de 300) depuis 2008.

¹⁶ Enquête ANRS-Coquelicot, INVS-Inserm U988

¹⁷ Système de surveillance du VIH-sida (InVS)

¹⁸ RECAP 2013 (OFDT)

¹⁹ Registre national des causes de décès (Cépi-DC)

Les hommes suivis en CSAPA ou CAARUD pour usage de substances illicites (hors cannabis) ou de médicaments opiacés ont un risque global de décès 5 fois plus élevé que les autres hommes de même âge. Pour les femmes, le risque de décès est multiplié par 21. L'âge moyen de survenue du décès est de 42,5 ans.

1.6 L'organisation de l'ALT

1.6.1 Sa situation et ses locaux

A) Sa situation

Les locaux de l'ALT sont situés à Troyes, à proximité du centre-ville, accessibles à pied (du centre-ville) et desservis par plusieurs lignes de bus.

Le public venant de l'ensemble du département, le centre-ville est accessible facilement à la fois en voiture mais également par les réseaux de transports en commun (train, bus).

B) Des locaux non conformes

Depuis une dizaine d'année, l'ALT recherche de nouveaux locaux car ceux occupés actuellement sont exigus pour l'équipe et leur configuration n'est adaptée ni à l'accueil du public ni aux échanges entre les salariés. Nous notons une salle d'attente qui ressemble plutôt à un « sas d'entrée », une salle destinée au personnel qui est un couloir entre deux espaces de bureaux. Le nombre de bureaux est bien inférieur au nombre de salariés en service sur un même moment. Des espaces de travail ont été aménagés dans la salle de réunion pour pallier en partie à ce problème et un bungalow composé de deux bureaux et d'un espace d'attente intermédiaire a été installé au fond de la cour.

Du côté des usagers, cette configuration n'offre pas un accueil de bonne qualité et ne permet pas un développement optimal de l'activité.

Le constat au fil des années de l'inadéquation entre l'activité et les locaux s'est fait de plus en plus pressant. Les locaux actuels ont été adaptés au maximum de leurs possibilités, jusqu'à implanter, en 2010, des modules loués constitués de deux bureaux et d'une petite salle d'attente au fond de la cour.

Depuis, nous étions contraints, faute d'avoir trouvé des locaux plus adaptés, à y maintenir notre accueil du public et notre activité.

Outre l'inadéquation de ces locaux à notre activité, l'obligation d'une accessibilité pour les personnes présentant un handicap, énoncée par la loi du 11 février 2005, et

rappelée par notre autorité de tarification et de contrôle (l'Agence Régionale de Santé) lors de la visite de conformité du CSAPA en 2011, rend un déménagement obligatoire.

1.6.2 Ses ressources humaines

A) Une équipe plurielle

L'équipe est composée de salariés ayant, à la fois des cultures et des formations différentes, mais également des statuts différents. Ainsi, nous observons au sein de l'ALT : 8 temps pleins, 13 temps partiels (dont 4 ont au moins un mi-temps) et 4 personnels extérieurs avec convention de mise à disposition à temps partiel (dont le directeur et la directrice adjointe). L'ensemble de ces personnels qui compose l'équipe représente 25 personnes différentes (hors personnel administratif et comptable, prestation d'une association partenaire) pour un équivalent temps plein (ETP) de 12,76. L'ensemble de l'équipe ne se retrouve que rarement.

Les postes d'encadrement, le directeur et la directrice adjointe ne sont pas salariés de l'association, et occupent chacun un temps partiel à raison de 0,33 ETP pour le directeur et 0,5 ETP pour la directrice adjointe.

De plus, le directeur n'a pas de bureau sur place. Il n'est donc présent que « de passage » aux yeux de l'équipe. Voir l'organigramme en Annexe I.

B) Un directeur qui part en retraite

L'ALT, de par son histoire, a hérité d'un directeur mis à disposition par une association locale de Prévention spécialisée, sans que cette situation ait été pensée de façon stratégique, dans le cadre d'un projet mutualisé.

L'association souhaite repenser la configuration de son équipe de direction au regard du départ en retraite du directeur.

1.6.3 Le service CSAPA, son offre de service

A) L'accompagnement des usagers à l'ALT

L'ALT accueille au sein du CSAPA le projet thérapeutique des personnes ayant des problèmes de consommation de substances illicites.

Son organisation a été pensée pour accueillir ce public, que sa dénomination confirme « Accueil Liaisons Toxicomanies ».

Les usagers « addictifs » sont reçus en première intention par un travailleur qui va faire la présentation de l'établissement CSAPA dans son ensemble, des services et accompagnements qui vont pouvoir lui être proposés. Il va, en parallèle, faire une évaluation de la situation de la personne afin de lui proposer la meilleure orientation en fonction de ses besoins identifiés.

Les rendez-vous suivants vont permettre d'affiner l'évaluation des difficultés rencontrées par la personne et de rencontrer des professionnels qui vont pouvoir apporter un soutien dans le (les) domaine(s) repérés conjointement. Il s'agira d'une orientation en interne :

- Une aide sociale et éducative (aide au rétablissement des droits sociaux, accompagnement au logement, à l'emploi et à la formation professionnelle, hébergement thérapeutique...),
- Un accompagnement médical et paramédical (bilan de santé, dépistages VIH et VHC, traitements des addictions et des maladies associées, accompagnement à la substitution...),
- Un accompagnement psychologique (soutien psychologique, thérapie...),
- Un accompagnement au sevrage (ambulatoire ou hospitalier),
- Un soutien des familles et proches.

Ou d'une orientation en externe (CMPP, hôpital, services d'Accompagnement à l'Insertion Professionnelle...).

Ainsi va se dessiner le DIPC qui va se construire avec la personne au fil de ses rendez-vous et de ses besoins.

Le premier travailleur social qui l'a accueilli va devenir son référent de parcours et c'est lui qui aura pour mission de veiller à la bonne adéquation entre les besoins de l'utilisateur et les propositions de l'institution.

Les consultations ont lieu sur rendez-vous.

B) Les services proposés

L'ALT dispose de ses professionnels (secrétaire médico-sociale, Educateurs spécialisés, CESF, assistante sociale, psychologues cliniciens, hypnothérapeute, arthérapeute, infirmiers, médecins) mais également de quelques dispositifs :

- Un réseau de familles d'accueil
- Une unité de délivrance de méthadone

- Des consultations en Maison d'arrêt et centre de détention
- Des consultations avancées délocalisées sur 6 sites sur le département (hôpitaux locaux et CMS), organisées avec les deux autres services du CSAPA

1.6.4 Le CAARUD, son offre de service

A) L'accompagnement des usagers au CAARUD

L'accompagnement proposé est constitué d'un binôme constitué d'un infirmier et d'un personnel psychologue ou travailleur social.

L'objectif de ce double accompagnement est de permettre à la fois un regard sur les difficultés sanitaires et psychologiques ou sanitaires et sociales.

Les objectifs définis dans le projet d'établissement sont au nombre de 3 :

- réduire les risques infectieux tels que le VIH et le VHC
- favoriser l'accès aux soins
- maintenir et/ou rétablir les liens sociaux

B) Les services proposés

Comme énoncé précédemment, le personnel qui œuvre pour les missions du CAARUD a déjà une activité au sein du CSAPA-ALT.

L'activité du CAARUD a été pensée à la fois conjointement mais également séparée, comme une activité secondaire à l'activité de soin principale.

Ainsi, les créneaux horaires de fonctionnement du CAARUD et donc d'accueil du public, sont réduits à deux soirées par semaine (trois précédemment).

Le CAARUD est identifié principalement par son unité mobile dit « bus contact santé » qui « sort » une soirée par semaine dans l'agglomération Troyenne où il se poste sur des lieux identifiés et repérés, soit le mardi de 18h30 à 22h30.

La deuxième soirée qui historiquement se faisait par le biais du bus, a été ramenée au centre, lieu d'accueil des usagers du CSAPA-ALT ; également en soirée, après les temps de consultations, soit le vendredi de 18h à 20h00.

Il a été tenté ces dix dernières années de déplacer le « bus » à Romilly, deuxième ville du département aubois, mais sans grand succès.

En 2012, il a été tenté également la mise en œuvre d'envoi postal de matériel mais toujours sans succès.

De plus, les moyens limités attribués au CAARUD et la séparation entre « soin » et « réduction des risques » ont longtemps justifié de ne pas pouvoir développer ses activités.

En 2013, nous avons réussi à mettre en place des « kits de secours » pour que les toxicomanes venant au centre chercher du matériel stérile, ne se retrouvent pas à devoir revenir exclusivement sur les créneaux proposés.

1.7 Evaluations internes du CSAPA et CAARUD

1.7.1 Les axes d'amélioration de l'évaluation interne du CSAPA

Je me limiterai ici à rapporter la thématique « réduction des risques » qui a été traitée dans le cadre de l'évaluation interne au CSAPA réalisée en 2014 avec le concours d'un intervenant extérieur.

Cette évaluation a porté sur l'ensemble du CSAPA et a impliqué l'ensemble des intervenants des 3 services. Elle a duré une année et nous permet de prolonger le travail par la réécriture du projet d'établissement.

Elle laisse apparaître, sur la thématique de la réduction des risques, un besoin de meilleure coordination et un besoin d'éclaircissement des actions portées en matière de RDR par le CSAPA d'un côté et le CAARUD de l'autre.

« Extrait de la synthèse de l'évaluation interne :

Réduction des risques :

- > Notion à étendre, au niveau du CSAPA, au-delà de la distribution de seringues*
- > Clarifier (et formaliser) la répartition des missions entre CSAPA et CAARUD*
- > Notion de réduction des risques à prendre en compte au niveau du CSAPA, à s'approprier*
- > Systématiser, au niveau des médecins, du CSAPA, la proposition d'un dépistage des infections virales et comorbidités »*

Je résumerai ce qui a été soulevé principalement sur les deux points qui résument l'ensemble des préoccupations qui ont été soulevées lors de l'évaluation interne :

- clarifier et formaliser les missions entre CSAPA et CAARUD
- Permettre une appropriation de la notion de RDR au sein du CSAPA

1.7.2 Les axes d'amélioration de l'évaluation interne du CAARUD

Le CAARUD : L'évaluation interne a été réalisée au moment de la réécriture du projet d'établissement en 2012.

Elle fait apparaître :

- un besoin de développer pour le public accueilli une approche de soutien plus sociale que centrée quasi exclusivement sur le Programme d'Echange de Seringues et la réduction des risques sanitaires,
- un besoin de développer le partenariat avec les pharmacies,
- des actions d'« aller-vers » à développer, notamment envers un public rural,
- un besoin d'élargir les propositions de rencontres pour le public du CAARUD, notamment les toxicomanes injecteurs,
- développer le Programme d'Echange de Seringues,
- un besoin de trouver des lieux où les personnes peuvent prendre une douche, laver leurs vêtements.

Le CAARUD a réalisé son évaluation interne sans accompagnement extérieur et avec une année de retard. Aujourd'hui, l'évaluation externe aurait dû être menée, ce qui n'est pas le cas. Ce point, sur lequel je reviendrai dans les chapitres prochains est actuellement en discussion avec l'ARS.

A la fin de ce premier état des lieux, il semble évident que l'ALT est à un tournant de son histoire. L'association se pose la question aujourd'hui de la meilleure organisation pour accompagner le public toxicomane pour lequel elle est engagée.

L'opportunité des changements de locaux et de direction est une occasion unique de repenser le projet.

Ainsi, la problématique qui découle de cette situation nous permet de nous poser la question :

Comment repenser l'organisation de l'ALT afin de mieux répondre aux difficultés rencontrées par le public en usage de drogues illicites sur le département ?

Le chapitre suivant permet de décrire plus précisément l'association, son histoire, son projet, ses choix stratégiques afin de mieux percevoir les leviers stratégiques sur lesquels je pourrai m'appuyer pour mettre en place le projet d'un rapprochement CSAPA-CAARUD dans l'objectif d'un meilleur accompagnement du public d'usagers de drogues sur le département.

2 L'association

2.1 Historique de l'association

A l'instigation d'un ancien Inspecteur d'Académie militant (Pierre VERRET) « l'Association de lutte contre la toxicomanie » est née à Troyes sous la forme juridique d'une association de droit privé, loi 1901, le 30 septembre 1982.

L'ALT représente localement le premier lieu qui porte un intérêt spécifique à la question de la toxicomanie et au sort des toxicomanes. L'Association inscrit résolument son action dans le champ socio sanitaire et trouve sa légitimité dans les fondements de la loi du 31 décembre 1970 qui institue désormais le cadre légal français en matière de lutte contre la toxicomanie. Disposant alors de peu de moyens financiers et humains, elle s'engage néanmoins dans l'aide et l'accompagnement des toxicomanes avec le souci d'instaurer des temps de rencontre et de dialogue dans un esprit de convivialité en un lieu dédié, de partager des expériences de socialité humaine, afin de faire un tant soit peu rupture dans des parcours d'errance, de précarité et de solitude.

L'époque est alors très largement dominée par l'usage d'héroïne, principalement injectée ; le sevrage représente la finalité principale du projet d'accompagnement, érigeant ainsi l'abstinence au rang de l'idéal thérapeutique, conformément aux modèles toxicologiques ambiants. Le contexte « héroïno-centré » est en même temps celui à partir duquel vont progressivement s'élaborer et s'expérimenter des modèles de prise en charge différenciés, largement inspirés des modèles psychologiques avec la psychanalyse comme paradigme.

L'épidémie de SIDA qui touche massivement la population toxicomane au milieu des années 1980 provoque un premier décentrement des politiques publiques qui vont introduire et promouvoir une logique sanitaire de réduction des risques.

Au début des années 1990, l'ALT change de main et change de nom pour adopter celui qui fait encore actuellement son identité : « Accueil Liaisons Toxicomanie ». Il ne s'agit plus de « lutter contre » mais « d'agir pour » et en « lien avec ».

Soutenant à l'origine une approche plus relationnelle que médicale dans l'accompagnement de l'usager, l'association enrichit et structure néanmoins son offre de soins en élargissant ses pôles de compétence. Elle dispose aujourd'hui d'un plateau technique véritablement pluridisciplinaire.

Parallèlement, l'ALT développe et met en œuvre des outils de réduction des risques et des dommages, notamment son programme d'échanges de seringues au sein d'une unité mobile baptisée « Bus Contact Santé », porté par quelques salariés de l'association.

Deux logiques distinctes sont ainsi engagées :

L'une favorisant les conditions et la réalisation d'une démarche de soins au long cours qui s'appuie sur la définition d'un projet à partir d'une « demande » de changement de l'utilisateur ;

L'autre visant à approcher des populations en situation de risques, plus ou moins marginalisées et précarisées, afin de prévenir et limiter les dommages liés à la consommation de produits et aux modes d'usage.

Introduits sur le marché français dans les années 1995 (méthadone) et 1996 (buprénorphine haut dosage – BHD), les traitements de substitution répondent selon les situations cliniques rencontrées tantôt à l'une tantôt à l'autre de ces deux logiques, provoquant nombre de débats au sein de l'ALT. Selon la nature du contact et de la rencontre avec l'utilisateur, l'idée sous-jacente vise autant que possible le passage de la logique de réduction des risques vers une insertion thérapeutique plus structurée.

Un second décentrement des politiques publiques intervient à la fin des années 1990 par l'inclusion de l'alcool et du tabac dans le champ des addictions. Le plan triennal 1999-2001 confirme cette approche globale des conduites addictives qui privilégie l'abord par les comportements, reléguant à l'arrière-plan l'abord par les produits qui avait jusque-là déterminé des modèles spécifiques de prévention, d'accompagnement et de prise en charge.

L'ALT se rapproche de ses partenaires de l'alcoologie, alors déjà constitués en réseau d'alcoologie sur le département, ELISEA. Il devient conventionnellement membre du réseau transformé en réseau d'addictologie ELISEA en 2003.

En 2005, l'ALT propose de porter l'action spécifique à l'attention des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psycho actives : « la consult' », avec les deux Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie du Département.

Fin 2006, les actions portées dans le cadre de la réduction des risques prennent la forme d'un établissement médico-social autorisé, le CAARUD.

En mai 2007, le décret²⁰ qui prévoit la transformation des CSST et des CCAA en nouvel établissement médico-social, les CSAPA, voit le jour et oblige l'ALT avec ses deux partenaires CCAA du département, Revivre et l'ANPAA10 a proposé une stratégie sur la transformation de leurs établissements en CSAPA.

Le CSAPA a été autorisé en janvier 2011. Il oblige l'ALT, l'ANPAA10 et Revivre de déployer une organisation et une logique commune, dans un souci de répondre aux missions du CSAPA et de maintenir la complémentarité des 3 associations.

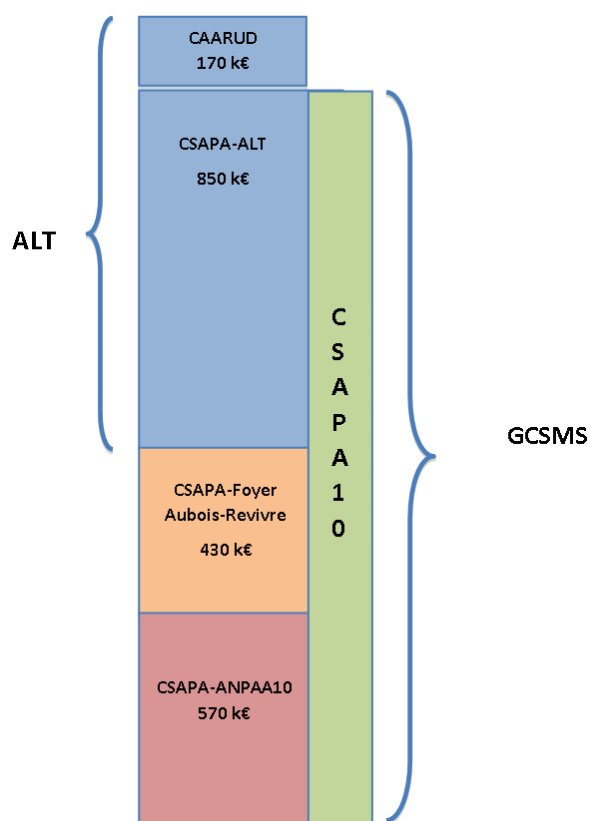
Ainsi, pour l'ALT, il s'agit d'allier sa stratégie associative à celle de ses deux partenaires.

La plus grande partie de son activité, l'ancien CSST, devenue « service du CSAPA10 » devient dépendante de ses deux partenaires dans le cadre du GCSMS, gestionnaire du CSAPA. L'association reste employeur de son personnel mais ne peut décider des orientations de son « service du CSAPA10 » que dans le cadre de l'assemblée des membres du GCSMS, composé de représentants des 3 associations.

Le CAARUD, resté établissement médico-social à part entière est géré directement par l'ALT et ses orientations décidées directement par le Conseil d'Administration. Les associations ont porté le projet de manière à maintenir, pour le public, les 3 portes d'entrées existantes et reconnues. Elles se sont battues pour que chaque projet associatif puisse continuer à exister, dans la contrainte de cet établissement unique.

Je reprendrai ici le schéma présenté précédemment, centré sur l'ALT afin de mieux comprendre cette organisation pour l'association.

²⁰ Décret du 14 mai 2007



Ce schéma permet également d'identifier la place de l'ALT dans le CSAPA et la proportion entre les deux établissements CSAPA (1 880 k€ avec 30 k€ dévolus au fonctionnement du GCSMS sur la coordination et la consolidation des comptes et budgets) et CAARUD (170 k€).

2.2 Les orientations politiques de l'association

Dans cet historique, nous percevons bien les orientations politiques de l'association qui a évolué en intégrant des actions qui ont suivi à la fois les évolutions de la population (mise en place du Programme d'échange de seringues, ouverture à la substitution...) mais également les évolutions des politiques publiques par son implication dans les consultations jeunes consommateurs, par exemple.

Cette évolution n'a pas été opérée sans heurts : assez rapidement, l'association a été en difficulté suite à des conflits de valeurs dans une petite équipe de 3 éducateurs qui a conduit à un premier licenciement et un « mini scandale » relayé par les médias.

L'équipe qui s'est construite sur un accompagnement des toxicomanes érigeant l'abstinence au rang de l'idéal thérapeutique a été scindée une première fois autour de la

mise en place du programme d'échange de seringues. Le choix a été alors fait de le mettre en place mais sur des espaces et des temps différents du centre de soin.

De la même manière, aucun travail de groupe n'a été entrepris par crainte de favoriser des rencontres et des échanges de produits, contre productifs au travail engagé vers l'abstinence.

Le travail avec des pairs n'a jamais été envisagé.

L'arrivée des premiers traitements de substitution a provoqué une rupture au sein de l'équipe avec l'arrivée des médecins dans les centres de soins pour toxicomane. Ce malaise a été renforcé par l'arrivée de la méthadone en 1995 et une fracture de points de vue entre « pro » ou « anti » substitution a vu le jour.

En 2005, suite à une succession de présidences, et pour répondre aux tensions existantes, une nouvelle organisation voit le jour avec le renforcement d'une équipe d'encadrement par la promotion interne de 2 salariés : une infirmière passant sur un statut de chef de service et un psychologue, passant sur une fonction de directeur clinique.

Cette réorganisation a été très mal vécue par l'équipe en place. Les salariés ont opposé une résistance qui a conduit en 2008 à deux licenciements. Les temps de réunions ont été l'objet de violences verbales. Les salariés ont alerté la presse, la DDASS, remettant en cause la direction, écrivant des courriers, demandant des entrevues pour exposer leurs griefs. Suite à ces conflits, l'intervention d'un médiateur a été sollicitée, la présidente a démissionné, ainsi qu'un médecin et les deux cadres ont été déclassés pour revenir à leurs fonctions initiales.

Je suis arrivée peu de temps après ce déclassement, comme directrice adjointe, mise à disposition par l'association Foyer-Aubois-Revivre pour un mi-temps.

2.2.1 Liens entre dirigeance et gouvernance

A l'ALT, le lien entre le bureau et le directeur est permanent et a été réorganisé avec le président actuel, qui a pris une succession difficile. Une réunion de direction est instituée depuis de nombreuses années et regroupait le directeur, la directrice adjointe, le président et le secrétaire tous les 15 jours. Ce temps d'échange est maintenu lors de ma prise de fonction.

Cette pratique permet de « *travailler de concert* » entre certains administrateurs, dont le président et la direction « *sur la mise en œuvre opérationnelle des orientations politiques validées par les instances de gouvernance de l'association*²¹ ».

Sur les modalités de fonctionnement entre dirigeance et gouvernance, Roland Janvier précise :

« *Les conséquences vertueuses de cette recherche de nouveaux leviers pour penser la dirigeance et la gouvernance des associations d'action sociale se situent à plusieurs niveaux :*

- *Elles facilitent le positionnement respectif du président et du directeur en évitant de les renvoyer à une problématique personnelle mais en ouvrant à une dimension collective la manière dont l'un et l'autre doivent tenir leur place.*
- *Elles « dépersonnalisent » l'exercice des fonctions en remplaçant chacun dans des collectifs de travail collaboratif qui protègent d'une appropriation individuelle des rôles.*
- *Elles fluidifient les positions en les référant sans cesse au projet porté par l'association et aux fonctions soutenues par les instances ce qui évite la fossilisation des places.*

*Faciliter le positionnement de chacun en évitant la personnalisation des fonctions et développer leur évolutivité en lien avec des projets peuvent représenter les trois piliers d'une articulation constructive des rôles entre directeur et président.*²² »

2.3 Ressources humaines

2.3.1 La stratégie managériale mise en œuvre

Au démarrage de son activité et jusqu'en 2005, date à laquelle l'encadrement a été renforcé, l'équipe de l'ALT composée de moins de 10 salariés a fonctionné de manière horizontale, sur un mode d'organisation collective. L'ensemble des professionnels de l'association se nommaient « intervenants en toxicomanie » quelle que soit la qualification et le métier. Cette organisation a fonctionné pendant une vingtaine d'années avec un directeur

²¹ JANVIER Roland, la fonction de direction en institution sociale et médico-sociale. Diriger : c'est du jeu ? Le travail du social, Paris, L'Harmattan, Le travail du social, 2012.

²² JANVIER Roland, la fonction de direction en institution sociale et médico-sociale. Diriger : c'est du jeu ? Le travail du social, Paris, L'Harmattan, 2012.

à distance et avec un temps de travail réduit. Elle a été mise à mal au fur et à mesure que le nombre de salariés a augmenté et a littéralement explosé lorsque 2 cadres ont été nommés pour ramener « de l'ordre » et redonner les rôles et fonctions de chacun.

Depuis 2005, l'association a fait le choix de s'appuyer sur les fonctions et métiers des salariés. Ainsi, il n'existe plus « d'intervenants en toxicomanie », mais des professionnels avec une compétence et une fonction médicale, psychologique, infirmière, éducative, sociale. Ainsi, l'organisation est passée de collective à qualifiante.

Tous les salariés sont diplômés et chaque diplôme exerce une fonction spécifique au sein de l'organisation.

Cette organisation a permis de pouvoir développer l'offre de soins aux usagers et de leur apporter une complémentarité d'accompagnement.

En contrepartie, selon les problématiques repérées, il arrive que les professionnels « se renvoient la balle » ou se retirent du suivi pensant que l'utilisateur a besoin d'une compétence qui n'est pas la leur.

De plus, la forte personnalisation de l'accompagnement fait que certains usagers peuvent être (jusqu'à) rejetés par certains professionnels qui justifient ne pas être les mieux placés pour réaliser l'accompagnement.

Il est nécessaire aujourd'hui, pour ne pas perdre en qualité d'accompagnement, de trouver une forme d'organisation qui ramène de la transversalité. Cette transversalité va se retrouver dans deux actions qui sont à développer auprès des usagers :

- l'accueil sans rendez-vous où les salariés sont identifiés comme « accueillants »
- la prévention

L'association maintient et réaffirme à chaque recrutement sa volonté de maintenir une diversité des intervenants, des métiers et des orientations dans les métiers. Ce choix est perçu comme une volonté d'apporter le maximum de diversité dans la palette de service que nous pouvons apporter à nos usagers afin de pouvoir le mieux possible adapter la réponse et leur permettre de trouver le(s) professionnel(s) le(s) plus à même de les accompagner.

Pour exemple : l'ALT a recruté au sein de son équipe pluridisciplinaire 4 psychologues qui ont des pratiques différentes, en référence à des courants de pensée différents. Ainsi, nous avons la compétence d'une psychologue clinicienne à orientation psychanalytique, d'un hypnothérapeute, d'une arthérapeute, d'une psychologue formée aux Techniques Cognitivo-Comportementales).

De la même manière, l'équipe de travailleurs sociaux est formée d'éducateurs spécialisés, d'une assistante sociale et d'une CESF.

Les infirmiers recrutés ont également des profils d'infirmiers psychiatriques pour deux sur quatre.

La question du maintien de la diversité et du besoin repéré de ce qui pourrait apporter un plus au sein de l'équipe se pose à chaque nouveau recrutement.

Cette organisation demande une vigilance particulière sur la coordination des professionnels, des projets de soins et des actions déployés au sein de l'ALT et une référence à des fiches de postes précisant les fonctions et les missions de chaque salarié.

A ce jour, celles-ci n'ont pas encore été formalisées malgré plusieurs tentatives précédemment avortées.

2.3.2 L'organisation souhaitée par l'association

Le type d'organisation en cours au sein de l'ALT est un management souhaité de type « système hiérarchique participatif éclairé »²³, laissant une large part à la participation et à la discussion d'équipe au niveau de la construction des activités, de l'organisation et de l'accompagnement des usagers.

Lors de la réorganisation en 2010, l'intégration d'un temps partiel de direction adjointe a été motivée par cette volonté de ne pas alourdir l'encadrement et favoriser la responsabilité des membres de l'équipe dans l'organisation. Cependant, le manque de temps de présence de la direction, ainsi que son histoire, n'a pas permis de réellement aboutir à ce modèle organisationnel.

Nous pouvons observer un glissement vers un modèle ressemblant plus à un « système hiérarchique participatif « mou »²⁴ où la parole circule assez librement mais d'où il ne sort pas de décision et lorsque les décisions sont prises, elles sont difficilement relayées et appliquées.

Ainsi, la nouvelle organisation qui va découler du départ du directeur doit tenir compte de cette volonté associative de maintenir un cadre ferme tout en maintenant des espaces de débats afin de permettre l'adhésion et la fédération de l'équipe autour d'un projet commun.

²³ KINOO Philippe, « Autorités, pouvoirs, décisions, responsabilités dans une institution », p55-70, ed. ERES 2007.

²⁴ MELLIER Denis, « le fonctionnement anonyme des équipes et le risque de crise, la problématique de la fonction contenante », Les Cahiers de l'Actif 2006 – N°358/361, p85-101

Nous reprendrons cette question du management dans le dernier chapitre, sur la mise en œuvre du projet de rapprochement du CSAPA et du CAARUD et du développement des actions de réduction des risques.

Je tiens ici à identifier les freins et les atouts de l'ALT pour relever ce défi de la réduction des risques au profit des usagers de drogues.

Tout d'abord, il semble intéressant de reprendre l'histoire de la réduction des risques dans son contexte plus global. L'histoire de l'ALT, en tant qu'institution œuvrant dans le champ de la toxicomanie, n'est ni plus ni moins qu'une illustration de ce qui s'est joué nationalement dans ses oppositions, ses tensions et ses avancées.

2.4 Le portage du CSAPA et du CAARUD, des choix controversés

Les CAARUD sont parfois considérés comme des structures à "bas-seuil d'exigence", par opposition à des structures comme les CSST ou CSAPA, considérées à plus "haut seuil d'exigence", puisque destinés à un public souhaitant « se sortir de leurs problématiques de consommations ».

Les modalités d'approches de la réduction des risques, organisées autour de ce « bas seuil d'exigence » se sont créées en opposition, ou au mieux en parallèle, au modèle du soin défendu en toxicomanie qui prônait un accès à « haut seuil » d'exigence pour les toxicomanes. Ceux-ci doivent « s'extraire » de leurs consommations pour avoir la chance d'en sortir. Ainsi, il fallait être sûr que leur volonté était infaillible et qu'ils avaient véritablement envie d'opérer un réel changement. Le fait que le toxicomane vienne jusqu'aux professionnels était déjà un premier signe de cette volonté, obligatoire aux prémices de la prise en charge.

Lors de la création des CAARUD en tant qu'établissements médico-sociaux, les associations porteuses de CSST, se sont positionnées de manière très contrastée en faveur ou en opposition d'un portage commun CSST-CAARUD, voir même d'un rapprochement avec les porteurs de CAARUD.

Certaines associations se sont clairement positionnées sur une impossibilité de rapprochement des deux logiques : Soins et Réduction Des Risques (RDR).

D'autres associations y ont vu une cohérence, bien souvent déjà porteuses de boutiques²⁵ ou d'actions en RDR, et se sont mobilisées pour être porteuses de CAARUD ou s'en sont rapprochées.

Les CAARUD se sont développés sur des modalités d'approches qui leur sont propres, soit :

- le développement du travail de rue, l'« aller-vers »
- la distribution et l'échange de matériels d'injection
- l'ouverture des lieux d'accueil « bas seuil »

Aujourd'hui, les CAARUD continuent à avoir une existence propre.

La séparation des deux établissements reste liée à l'histoire des porteurs qui se sont organisés sur des valeurs et des modes d'actions différentes.

Alain Morel²⁶ rappelle dans un article intitulé « *de l'ambiguïté au cloisonnement* ». Le cloisonnement des deux visions relève d'une séparation des modalités d'intervention se situant autour de la « *gestion de la dépendance* », d'une part, puis de la « *sortie de la dépendance* ». Cette vision encore en germe chez certains professionnels aujourd'hui, a été « *la première forme de « compromis » permettant de « situer » (et de limiter) la réduction des risques dans le dispositif* ». Il ajoute que cette vision « *arrangeait autant les acteurs de la réduction des risques que ceux du soin.* ».

De plus, la définition internationale de la réduction des risques porte d'ailleurs toujours ce pré-clivage puisqu'elle est toujours considérée comme s'adressant à des usagers « *qui ne peuvent ou ne veulent pas arrêter de consommer des drogues* »²⁷.

De l'ambiguïté, nous sommes passés, à la fin des années 90, à un véritable clivage entre Soins et RDR.

Clivage des pratiques, clivage des discours et des associations des professionnels qui ont abouti, au passage des années 2000, au cloisonnement des institutions avec la naissance des CAARUD (en 2005), entièrement dévolus à la RDR, alors que les CSAPA sont associés aux soins et les seuls en capacité de porter les « centres méthadone ».

²⁵ Lieux d'accueil « bas seuil » pour les toxicomanes à l'origine des CAARUD d'aujourd'hui.

²⁶ Psychiatre, directeur général de l'association OPPELIA, président de l'Association pour la recherche et la promotion des approches expérientielles (ARPAE). Auteur de l'ouvrage L'aide-mémoire de la RDR en addictologie.

²⁷ Définition communément adoptée, retrouvée dans tous les textes historiques et officiels.

Clivage aussi des utilisations des TSO, avec les notions de « haut seuil » et de « bas seuil »²⁸.

Cependant, au quotidien, cette séparation ne semble pas profitable aux usagers. Cette constatation est reprise dans le rapport « jeunes en errance et addictions »²⁹, dans un chapitre intitulé « *combler le fossé entre la réduction des risques et le soin* ». Marie-Xavière AUBERTIN et François CHOBEAUX précisent « *Les jeunes ressentent souvent des enjeux institutionnels, des différences de points de vue, des rivalités qui peuvent exister entre des équipes de CAARUD et de équipes des CSAPA.* »

Même si des détracteurs continuent à mettre en opposition les deux logiques, il semble acquis pour une majorité que les usagers ne peuvent que tirer bénéfice du rapprochement entre réduction des risques et soin.

Je citerai Maryse Bellucci Dricot : « *...cette approche pragmatique de conjugaison d'actions de réduction des risques et d'offre de soins s'affirme, et démontre sa pertinence en un même site d'intervention. La réduction des risques corrélée à l'évidence au soin, permet de proposer aux usagers de chaque CSAPA toutes les réponses préventives auxquelles ils peuvent prétendre eux aussi* »³⁰.

L'ALT n'a pas échappé à cette problématique et a développé un accès « haut seuil » à la TSO, notamment pour l'accès à la méthadone.

Les débats qui ont eu cours pendant toutes ces années continuent à être portés par certains professionnels, notamment les plus anciens. Les questions entre ce qui relève du soin et de la RDR continue à alimenter nos débats sans encore avoir pu trouver une ligne claire, maintenue par l'ambiguïté d'avoir à gérer deux établissements distincts administrativement et pour lesquels il faut rendre compte d'une activité propre.

2.4.1 D'autres exemples d'organisation

C'est précisément cette question du clivage entre les deux logiques et cette apparente impossibilité à la dépasser qui m'a fait privilégier le stage de ma formation

²⁸ MOREL Alain, « L'avenir de la substitution : mettre fin (enfin !) au clivage entre soigner ou réduire les risques », Actal - cahiers thématiques de la Fédération Addiction, décembre 2013, Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ?, n°13, p56-58

²⁹ AUBERTIN Marie-Xavière et CHOBEAUX François, Jeunes en errance et addictions, recherche pour la Direction Générale de la santé, CEMEA, juin 2013

³⁰ BELLUCCI DRICOT Maryse, « Les pratiques en Réduction des Risques en CSAPA : une question aigüe qui divise (encore) ? », Actal - cahiers thématiques de la Fédération Addiction, décembre 2013, Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ?, n°13, p42-45.

CAFDES, au CSAPA-CAARUD de Saint-Nazaire puisqu'il était question « *CSAPA-CAARUD qui a fait le choix d'un seul et unique lieu avec une seule et même équipe qui reçoit les usagers différemment en fonction de leur avancée, en intégrant les allers-retours, les périodes de doutes...* »³¹.

Je tiens à vous décrire brièvement le modèle d'organisation que l'association a pu mettre en place. Ceci m'a permis de visualiser la possibilité d'allier les deux logiques, d'être attentive aux difficultés propres auxquelles ils étaient confrontés et aux solutions qu'ils ont pu mettre en œuvre pour y remédier.

A) Oppélia – La rose des vents, un exemple d'articulation CSAPA-CAARUD

Oppélia – La rose des vents est une structure de Saint-Nazaire articulant en son sein deux établissements : un CSAPA spécialisé en toxicomanie et un CAARUD, organisés autour d'une même équipe de professionnels.

L'association fait le choix, sans ambiguïté aucune, porté par son équipe et son conseil d'administration, de mixer « soins » et « réduction des risques ». Ce choix s'est concrétisé par un projet unique mis en œuvre dans des locaux non différenciés.

Ainsi, même si administrativement, il existe deux projets d'établissements et deux équipes distincts, ceux-ci sont intimement mêlés et dans chacun des chapitres des projets, il est fait référence à l'articulation avec l'autre.

Le public, usagers, parents, professionnels, quelle que soit sa demande, pousse la même porte.

« Le CAARUD a transformé le CSST en CAARUD-CSST. Les projets sont harmonieusement mêlés, les usagers et entourage reçus de façon suffisamment individualisée pour que les publics puissent cohabiter sans encombre à ce jour, malgré la diversité de leurs situations et de leurs attentes.

Les missions de réduction des risques du CSAPA seront assurées demain par le CAARUD-CSAPA.

³¹ AUBERTIN Marie-Xavière et CHOBEAUX François, Jeunes en errance et addictions, recherche pour la Direction Générale de la santé, CEMEA, juin 2013

Deux réalités administratives (deux statuts)



Un projet

Un établissement

Une équipe³² »

L'articulation des deux établissements se définit autour de deux modalités d'accompagnement et de mise en œuvre des soins auprès du public consommateur :

- en individuel : entretiens et consultations médico-psychologiques et socio-éducatives avec suivi médical, dépistage et vaccination. Accès aux traitements de substitution, soutien psychologique, entretiens psychothérapeutiques, recouvrement des droits, aide à l'insertion et à l'accès au logement, hébergement, soutien dans les démarches, accompagnement au quotidien... Consultations pour jeunes consommateurs et leurs parents.

- en groupe : le soin se réalise également au sein de groupes avec l'accueil et l'information sur la réduction des risques, diffusion de matériel et de conseils adaptés, activités de soutien des soins.

L'accueil, au sein de La rose des vents prend également deux formes :

Individuel : l'accueillant fait une évaluation de la situation et oriente vers un professionnel de l'équipe (éducateur, psychologue, médecin, assistante sociale). Le suivi de la personne peut s'organiser sous forme de rendez-vous individuels en réponse aux besoins identifiés. Une salle d'attente accueille les personnes qui ont des rendez-vous.

Collectif : pour les personnes désireuses de venir passer dans les locaux un moment chaleureux, un accueil collectif est organisé tous les matins du lundi au vendredi. La participation à ces temps d'échange collectif peut être associée ou pas à une démarche de soin. Ce mode d'accueil permet aux personnes pas encore investies dans une démarche de soin, de prendre leur temps, tout en étant en contact avec une équipe spécialisée dans la prise en charge des toxicomanes qui apporte du matériel et des informations de RDR.

³² Extrait du projet d'établissement du CSAPA « la rose des vents »

Ainsi, ces deux modalités individuelles et collectives répondent aux inquiétudes que peut avoir une partie du public, à savoir :

- se retrouver confronté avec des personnes en prises avec des consommations non contrôlées
- d'être repéré ou reconnu par d'autres personnes lorsque la démarche se veut discrète
- de se voir proposer des produits
- d'être confronté avec des personnes avec lesquels l'identification n'est pas permise (confrontation de consommateurs de cannabis avec des consommateurs d'héroïne, par exemple)

Dans la même logique, les personnes qui viennent chercher leurs traitements de substitution peuvent être soit :

- accueillis sans rendez-vous par les infirmiers sur les temps d'accueil collectifs,
- accueillis sur rendez-vous par les infirmiers pour ceux qui souhaitent un accompagnement plus discret.

La rose des vents a beaucoup travaillé sur cette question de la mixité du public. Les solutions développées ont été d'offrir des modes d'accueil et d'attente différenciés en fonction des demandes et des besoins des usagers.

Ainsi, les personnes qui se rendent à un rendez-vous sur un temps d'accueil collectif, ont la possibilité d'attendre, au choix, dans une salle d'attente différenciée ou dans l'espace collectif. L'organisation de l'espace permet aux personnes de ne pas se croiser.

B) Le CSST marnais

A l'inverse, le CSST de la Marne, au moment où il aurait pu faire le choix de mener des actions de RDR s'est positionné afin de ne pas investir ce champ. La justification des équipes s'est reposée sur le fait qu'il n'était pas possible de concilier démarche de soin pour sortir de la toxicomanie et accompagnement de la RDR.

Ainsi, c'est l'ANPAA51 qui, en 2010, s'est positionnée pour être le porteur ce nouvel établissement sur le département.

C) Le choix de l'ALT

Contrairement à La rose des vents, l'ALT n'a pas fait le choix originel de défendre l'articulation des deux établissements dans un seul et même projet. Bien qu'il s'agisse de la même association, le même personnel, qui constituent le service CSAPA et le CAARUD, les

temps et les modalités d'accueil au sein du CSAPA et du CAARUD sont toujours restés différenciés sur des temps et des espaces distincts.

Ainsi, l'ALT a développé des actions de RDR par le biais d'une équipe mobile (un bus contact santé) qui se déplace sur l'agglomération Troyenne. Les actions du CAARUD qui ont lieu dans les locaux des consultations CSAPA sont identifiées sur des plages horaires où le CSAPA est fermé.

L'accompagnement au sein du CAARUD se réalise sur ces temps d'accueil, sans rendez-vous.

Les personnes peuvent venir individuellement ou à plusieurs profiter d'un moment chaleureux, de matériels de RDR et de conseils individualisés si besoin.

2.5 Les opportunités de changements

2.5.1 Un déménagement imminent

Après dix années de recherche, l'association a enfin trouvé des locaux qui conviennent à son activité.

Pendant toutes ces années de recherche de locaux, l'association a positionné dans son budget prévisionnel l'estimation des sommes d'un loyer correspondant à une intégration dans des locaux adaptés. Ces sommes ont été intégrées à l'enveloppe ONDAM accordée mais sans dépense puisque les locaux utilisés sont mis à disposition à titre gracieux par la ville de Troyes.

De plus, les notifications budgétaires sur les deux établissements arrivaient depuis 2003 en toute fin d'année (décembre de l'année en cours). Les demandes de mesures nouvelles accordées ne pouvaient être dépensées dans l'année.

Ces deux principaux éléments ont généré au fil des années des excédents importants qui, cumulés se sont montés à plus de 500 k€ (voir annexe II).

Après une demande accordée par l'ARS d'utiliser ces sommes pour l'acquisition de locaux repérés, et l'accord du CA, le président a signé l'acte d'achat en juin 2013 (Annexes III et IV).

Ces locaux se situent au centre-ville de Troyes.

Ils sont organisés sur deux étages, ce qui permet de penser à des modalités d'accueil différenciées pour le public de l'ALT, base de la réflexion engagée avant la signature avec le CA et les équipes.

Le déménagement futur réinterroge le projet de l'articulation CSAPA-CAARUD, dans sa logique d'accueil des usagers de drogues au sein de l'ALT. Il offre la possibilité d'accueillir les usagers sur des espaces distincts mais également sur des temps d'accueil collectifs communs.

Aujourd'hui, un nouveau projet est en discussion au sein de l'ALT.

La rose des vents nous montre qu'il est possible de réfléchir à une offre d'accompagnement qui permette aux usagers de faire le choix du collectif et/ou de l'individuel.

Ainsi, suite à un débat et un accord du Conseil d'Administration, l'association se positionne sur la concrétisation du rapprochement CSAPA-CAARUD dans nos nouveaux locaux.

L'accueil collectif sera une proposition supplémentaire d'accueil du public. En aucun cas, il doit se substituer à la possibilité d'être accueilli de manière individuelle.

Il reste à réfléchir en équipe sur :

- l'articulation CSAPA-CAARUD au sein de l'ALT,
- l'organisation de l'accueil des différents publics permettant de réaliser les missions des deux établissements,
- l'élargissement de notre offre de RDR,
- notre capacité de favoriser le passage de la RDR au soin pour les usagers de drogues.

Ainsi, l'ensemble de l'activité CSAPA et CAARUD de l'ALT va intégrer ces nouveaux locaux. Il est essentiel de projeter la place de chacun afin d'y adapter les aménagements à réaliser.

Cette question sera traitée en troisième partie de ce mémoire.

2.5.2 Un départ en retraite du directeur

L'équipe de l'ALT souffre depuis de nombreuses années d'une absence de directeur en proximité.

Le directeur actuel est en poste sur un tiers temps, soit 0,33 ETP ; de plus, mis à disposition d'une autre association où il a son bureau.

Pour ma part, je suis mise à disposition sur un mi-temps, 0,5 ETP.

L'opportunité du départ en retraite du directeur, discutée au sein du Conseil d'Administration, laisse entrevoir la possibilité de salarier un temps plein de directeur avec

une ancienneté moindre, à la place de ces 0,83 ETP mis à disposition sur les postes d'encadrement actuels.

Ainsi, le CA a validé cette stratégie. La convention de mise à disposition de mon poste a été dénoncée avec notre association partenaire, le Foyer Aubois.

A la suite de cette décision, j'ai posé ma candidature pour le nouveau poste de direction sur l'association. Ma candidature a été validée par le CA.

Ma prise de fonction intervient au moment du départ en retraite du directeur actuel, soit au 1^{er} avril 2015. Cette prise de poste me permet d'avoir la légitimité pour mener à bien les nouvelles orientations que prend l'ALT et de le coupler avec l'intégration dans les nouveaux locaux qui est travaillée et prévue pour la fin d'année 2015.

2.5.3 Une équipe en questionnement

Nous avons débattu au moment où le choix a été fait de rapprocher les permanences du CAARUD du centre (en 2011), de la difficulté que certains professionnels pouvaient ressentir à avoir des demandes d'utilisateurs pour du matériel stérile.

Le débat alors engagé au niveau national a été à ce moment relayé par les équipes. Des oppositions sont apparues sur ce rapprochement mais, l'institution et la majorité des salariés y ont été favorables.

Cette configuration a accentué le fait, attendu, que des toxicomanes viennent directement et à d'autres heures que celles spécifiquement définies pour chercher leur matériel d'injection.

Après discussion, nous avons convenu que si un professionnel était disponible, celui-ci « se décalait » de ses rendez-vous pour accueillir l'utilisateur et répondre à ses besoins et que, le cas échéant, un « kit de dépannage » était fourni.

Ceci a fonctionné en partie pour les salariés qui ne s'étaient pas opposés à la distribution du matériel sur des temps élargis.

Les autres ont utilisé de stratagèmes, indirects, en ne se rendant pas disponibles pour ne pas avoir à le faire.

Aujourd'hui, les nouveaux locaux que l'ALT va investir nous permettent de reposer cette question, soutenue par une réflexion associative, de la distribution de matériel de réduction des risques au sein des locaux de l'ALT et de mélanger les utilisateurs. Ceux qui viendraient dans un objectif affiché de sortir de leurs consommations et d'autres qui restent, au moins en partie, dans des consommations prohibées.

Avec la question du rapprochement du soin et de la RDR, l'équipe repose les points de vigilance qu'il va falloir traiter.

Certains professionnels craignent dans l'accueil sur un même site des publics CAARUD et CSAPA une forme de « contamination » des usagers de drogues vers les toxicomanes qui souhaitent se sortir de ces usages.

Cette première interrogation sera à prendre en compte précisément dans le projet. Je reviendrai dessus dans la troisième partie.

De plus, l'ALT dispose d'une partie de l'équipe mutualisée entre le CSAPA et le CAARUD.

Pour les salariés qui se retrouvent aujourd'hui sur les deux structures, elles doivent à la fois intégrer ce qui ressemble à deux logiques distinctes, puisque les deux projets d'établissement ont été écrits distinctement, sans interpénétration de l'un dans l'autre. Cette question soulevée au sein du CSAPA, est ressortie dans l'évaluation interne sur la nécessité de clarifier et de conventionner entre les deux établissements.

Une difficulté concomitante à cet aspect concerne les modalités du « rendre compte » des professionnels sur les deux activités. Aujourd'hui, nous avons à rendre compte sur des modèles standardisés en référence à chaque établissement :

- Le rapport DGS pour le CSAPA
- Le rapport ASA-CAARUD pour le CAARUD

Ces deux rapports d'activité sont organisés selon deux modèles différents.

Aussi, pour remplir le rapport d'activité et le suivi des usagers du CSAPA, l'association a fait le choix, avec les autres membres du CSAPA d'acquérir et d'utiliser un logiciel commun, GI2A.

Ce logiciel est renseigné avec l'utilisateur, organisé sur la base d'un dossier, comporte une partie administrative, une évaluation des conduites addictives et une partie médicale.

Le rapport d'activité du CAARUD, quant à lui, est beaucoup plus succinct et s'organise principalement autour de l'identification des actes réalisés et du comptage du matériel distribué. Il n'est pas utilisé comme référence pour le suivi des usagers qui y sont rentrés anonymement. Ce logiciel a été élaboré en interne.

Dans notre configuration actuelle, le logiciel CAARUD est renseigné uniquement sur les temps identifiés « CAARUD » et lorsque du matériel stérile est distribué.

Pour l'ensemble des autres activités, le logiciel GI2A est renseigné et les actes comptabilisés dans le CSAPA.

L'équipe soulève également la question d'un nombre non négligeable de personnes suivies dans le cadre du CSAPA qui viennent chercher du matériel d'injection. Cette configuration tend à remettre en exergue le clivage entre les professionnels impliqués dans la RDR et ceux impliqués dans le Soins. Le débat devient alors stérile, si ce n'est même contre-productif pour les usagers qui se voient qualifiés différemment par les uns ou par les autres selon qu'ils se situent du côté de la RDR ou du soins.

De plus, aujourd'hui, les missions de RDR au niveau du CSAPA, pose la question de la distribution de matériel stérile aux usagers du CSAPA.

Comment dans cette configuration, en ramenant sur un même lieu la possibilité d'un accueil indifférencié et ouvert à tout usager de drogues, voir même à toute personne présentant une addiction, repérer ce qui relève de l'un ou de l'autre des établissements. Cette séparation a-t-elle encore un sens et surtout, une utilité pour le public accompagné ?

Cette réflexion est aujourd'hui largement soutenue par les politiques publiques avec, notamment, l'inclusion de la RDR dans les CSAPA.

2.5.4 Le rapprochement du soins et de la réduction des risques

A) Un rapprochement institué

Les bases du rapprochement des deux établissements ont été posées :

- dans les premiers schémas régionaux d'organisation sanitaire et médico-sociale avec l'application de la volonté d'éclaircir les rôles et les missions de chacun, et en mettant l'accent sur le conventionnement entre structures.
- Par le décret intégrant la réduction des risques dans les missions des CSAPA.

Cette nouvelle donne a favorisé le conventionnement des deux types d'établissements et, bon nombre de CSAPA ont conventionné avec le CAARUD de leur département pour leur déléguer la réduction des risques des usagers de drogues et définir les contours de l'intervention de chacun.

En contrepartie, la question de la réduction des risques pour les autres consommations (alcool, tabac...) reste de l'apanage des CSAPA.

B) Des pratiques complémentaires

La RDR s'est développée sur des modalités d'approche qui lui sont propres :

- Développer le « aller-vers »,
- Adapter les réponses au plus près des besoins,

- Diversifier les modalités d'approche du public,
- Le travail avec les pairs.

Ces pratiques, qui permettent d'accompagner les usagers au plus proche de leurs préoccupations deviennent des outils essentiels aujourd'hui à développer dans le cadre du soin.

Les CSAPA quant à eux, ont principalement développé leurs accompagnements sur une expertise technique, organisée autour de consultations et d'activités de groupes thérapeutiques. L'activité mise en œuvre dans des locaux identifiés permet aux usagers de venir à la rencontre des professionnels du soin.

Dans le cadre des missions dévolues aux CASPA, de prévention, d'accès aux soins et de réduction des risques, c'est bien cette modalité d'action qui est questionnée.

Ainsi, le rapprochement des CSAPA et des CAARUD permet de lier les approches et d'élargir l'offre de soin au plus grand nombre.

2.5.5 Une opportunité encouragée par les Politiques Publiques

Les recommandations de l'expertise collective Inserm³³ de 2010, ont pointé la nécessité d'adapter les outils de réduction des risques à l'évolution des consommations.

« Aujourd'hui, la réduction des risques doit poursuivre son chemin. Elle doit se déployer demain dans toutes les pratiques de soins, d'insertion, de médiation sociale et de prévention, quels que soient les produits et les comportements, ouvrant ainsi une nouvelle étape de son histoire... Les CAARUD doivent mettre en valeur une expérience inestimable, tant au plan des pratiques d'accompagnement que des savoirs. Ils doivent être des pôles ressources dans la ruralité, dans « l'aller vers » pour pouvoir franchir le pas de l'accompagnement des usages à moindre risque, continuer à bâtir des outils avec les usagers. Demain une nouvelle page va s'écrire dans la loi de santé publique. Pour ces dix ans, elle doit donner une vision forte de la réduction des risques, fondée sur un care collectif.³⁴ »

Ces missions longtemps marginalisées vis-à-vis du soin sont remises en avant par l'intérêt qui est porté par les politiques publiques de décentraliser les interventions, la promotion du « aller vers » et de l'adaptation des structures aux publics.

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002, de rénovation de l'action sociale et médico-sociale a fait apparaître une nouvelle organisation du secteur de l'addictologie en notifiant la création

³³ Bello et al.2010, Réduction des risques, expertise collective de l'Inserm

³⁴ Actes de la journée CAARUD 10 ans, 15 janvier 2015.

des CSAPA, regroupant les deux anciens acteurs de l'alcoologie et de la toxicomanie (CCAA et CSST), dont les décrets et circulaires de 2007 et 2008 ont défini les missions.

Les CAARUD ont pour leur part été initiés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique définissant la politique de réduction des risques chez les usagers de drogue, puis officialisés par le décret du 19 décembre 2005, relatif aux missions des CAARUD qui les institutionnalise.

Ainsi, les deux établissements sont soumis aux mêmes obligations issues de la loi 2002-2 et matière d'autorisation et d'outils (le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, la personne qualifiée, le conseil de vie sociale, le règlement de fonctionnement, le projet d'établissement ou de service).

Nous voyons se développer une nouvelle organisation du travail social et médico-social porté par la loi HPST de 2005 qui prévoit, dans le cadre du Projet Régional de Santé, l'élaboration d'un Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS). Ainsi chaque structure est dans l'obligation de s'inscrire dans un territoire et de penser l'articulation de ses missions avec les autres acteurs.

C'est cette logique qui tend à rapprocher les établissements qui œuvrent dans le champ de l'addictologie.

Il n'est plus question de travailler isolément mais bien de repérer correctement les missions déployées par chaque structure sanitaire, sociale et médico-sociale.

Dans le SROMS du Projet Régional de Santé de Champagne-Ardenne 2012-2016, il est question de développement de consultations avancées, c'est à dire, de consultations décentralisées et développées sur l'ensemble du territoire aubois.

Il est inscrit que « *Le CAARUD de l'Aube intervient essentiellement dans l'agglomération Troyenne grâce au « bus contact santé » qui réalise 3 sorties par semaine le soir en centre ville.* »

L'objectif n°15 reprend : « *Améliorer la couverture des territoires de premier recours par les CSAPA et les CAARUD de la région.* »

Pour le CAARUD de l'ALT, hormis la mise en place d'une antenne, arrêtée faute de public, et une tentative avortée d'envoi de matériel de réduction des risques sur l'ensemble du territoire, l'implantation et la proposition d'accompagnement sur le territoire, hors agglomération Troyenne, reste à développer.

Les orientations concernant le champ de l'addiction sont largement développées dans le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017, donnant des indications qui peuvent être reprises pour un développement d'activité. Un chapitre spécifique sur la réduction des risques en définit les grandes orientations (voir p8).

En nous appuyant sur les directives, qui ont en partie déjà été pensées en interne, cela nous amène à penser le développement de plusieurs points :

- le « aller vers »,
- la participation des usagers eux-mêmes (pairs),
- des actions pour aller à la rencontre des consommateurs sur internet,
- la médiation sociale au bénéfice des usagers et des habitants de zones concernées par des nuisances relevant de consommations de drogues,
- le meilleur maillage territorial de l'offre de RDR,
- le développement de la mise à disposition de matériel de RDR et la pertinence de l'envoi postal,
- le travail de partenariat avec les pharmaciens volontaires,
- l'adaptation des actions aux spécificités des populations les plus vulnérables.

En parallèle, devant la mise en œuvre récente des nouveaux établissements CAARUD (2005) et CSAPA (2007), la Ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, a saisi l'Inspection Générale des Affaires Sociales d'une mission d'évaluation du dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives ciblant le dispositif spécialisé des CSAPA et des CAARUD.

La saisine a précisé les points sur lesquels l'évaluation devait porter :

- La définition de ses missions, la façon dont elles sont remplies, l'éventuel besoin de leur adaptation en particulier aux publics concernés et la pertinence d'une mission de prévention obligatoire pour les CSAPA ;
- **Le fonctionnement du dispositif, sur les évolutions à promouvoir pour plus d'efficacité et un meilleur service rendu, notamment l'articulation des missions de RDR des CSAPA et des CAARUD ;**
- La possibilité de rénover les financements en fixant des tarifs ambulatoires et résidentiels, de fixer un taux d'encadrement ;
- La nécessité de maintenir les CSAPA spécialisés et la pertinence d'une structuration de l'offre de soins autour du CSAPA comme centre ressource sur un territoire ;
- La place particulière des CSAPA résidentiels et des communautés thérapeutiques.

Le rapport établi par Catherine Hesse et Dr. Gilles Duhamel, membres de l'IGAS, a été rendu public en février 2014.

Même si la quasi-totalité des points abordés dans ce rapport concerne l'ALT, je me limiterai ici, en lien avec le sujet de ce mémoire à rapporter les conclusions relatives à la question d'un rapprochement CSAPA et CAARUD.

Les auteurs³⁵ relèvent que « *pour les associations qui exercent la double mission... qui ont mutualisé certains moyens humains et matériels (locaux communs)... La dynamique qui s'instaure entre les deux équipes est vécue comme positive.* »

« *C'est pourquoi la question du statut ne doit pas bloquer une évolution vers un rapprochement entre CSAPA et CAARUD... Un rapprochement peut s'opérer par exemple par la fusion de deux structures qui le souhaitent, constituant ainsi une nouvelle entité portant une double mission en mutualisant leurs moyens. Ailleurs, il peut s'agir d'une demande d'extension de mission formulée par un CSAPA, formant ainsi un nouvel établissement bicéphale mais dans les mêmes locaux et avec quasiment le même personnel.*

Selon la mission, le rapprochement ne doit pas être une démarche imposée mais doit correspondre à une démarche adaptée à la situation locale pour aller dans le sens d'une meilleure prise en charge des usagers... De telles propositions émanant du terrain sont à encourager au niveau régional... Il convient que la tutelle considère positivement ces demandes et en fasse le bilan. Cette approche pragmatique devrait précéder toute démarche vers un processus d'unification des statuts³⁶. »

Ce chapitre du rapport d'évaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives, donne lieu à la recommandation : « **Faciliter des rapprochements fonctionnels entre CSAPA et CAARUD sur la base du volontariat, les évaluer, avant d'envisager une fusion statutaire.** »

Concernant l'ALT, la question du rapprochement des deux établissements permettrait de penser communément la question de la RDR pour en faciliter le développement. Nous pourrions mutualiser les moyens des deux structures pour travailler un nouveau projet de RDR à déployer par le CSAPA-CAARUD.

³⁵ Rapport d'évaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives, IGAS, février 2014, p26.

³⁶ Il faut noter que le plan gouvernemental 2013-2017 préconise une approche par actions : « accompagner et prendre en charge », « réduire les risques sanitaires et les dommages sociaux » et non pas une approche par structures CSAPA/CAARUD.

Ainsi, avec les mêmes moyens, les actions spécifiques à cette missions seraient déployées en appui des actions déjà portées par le CSAPA, notamment les consultations avancées qui sont au nombre de six sur le département, pour ne citer qu'un aspect des possibilités de développement territoriale.

Le chapitre suivant va me permettre de développer cette démarche que je souhaite mettre en œuvre au sein de l'ALT afin de répondre à la fois à un besoin pour les usagers et à une restructuration des services.

Ce nouveau départ permettra de redynamiser les équipes en redonnant à chacun sa place, des repères sur les enjeux communs, au profit des usagers.

3 Repenser l'Articulation CSAPA-CAARUD

Suite à ce premier état des lieux de l'addictologie, de l'histoire et de l'organisation particulière de l'ALT sur son territoire, il semble nécessaire d'aller plus loin dans cette idée de rapprochement statutaire des deux établissements.

Je propose dans ce chapitre d'évaluer la pertinence du projet à tous les niveaux de l'association et les changements à opérer quant à sa mise en œuvre.

Je me consacrerai ensuite aux modalités de sa mise en œuvre avec la constitution d'un comité de pilotage qui sera chargé de mener à bien ce projet de rapprochement.

Enfin, je serai vigilante à resituer l'ALT dans son environnement, à identifier les partenariats existants et à développer, ainsi qu'à promouvoir le projet et à l'évaluer.

Nous avons ici à faire avec un projet qui implique l'ensemble des niveaux de l'association. Aussi pertinent qu'il soit, ce projet doit au préalable recueillir l'adhésion du conseil d'administration pour être mis en œuvre.

Un dernier point reprendra une planification du plan d'action.

3.1 L'intérêt d'une fusion CSAPA-CAARUD pour l'ALT

Avant de décliner de façon plus précise l'intérêt du projet de rapprochement à tous les niveaux de l'association, je tiens à expliquer ce qui est à la base de ma motivation pour ce projet.

Aujourd'hui, nous accueillons des usagers de drogues qui sont ou non dans un désir d'arrêter, ou tout au moins de modifier leurs consommations.

Cette distinction entre « soin » et « réduction des risques » amène chaque salarié à se poser la question du cadre de son exercice lorsqu'il est en relation avec une personne qu'il reçoit.

A l'ALT, les débats qui en découlent ont fait ressortir une règle fonctionnelle qui veut que les personnes qui prennent rendez-vous sont dans une démarche de soin et les personnes qui viennent sans rendez-vous et chercher du matériel stérile sont dans une démarche de consommation, renforcée par le remplissage des logiciels d'évaluation distincts CSAPA et CAARUD.

Il s'avère que le parcours des usagers de drogues n'est pas linéaire et qu'il est fait d'aller et retour sur des consommations, avec des temps de réduction, d'augmentation, voire d'abstinence, de passage à la substitution...

Le découpage organisé ne permet pas de répondre correctement aux personnes puisque, lorsque la personne, censée être en démarche de soin, décroche et « repart » dans ses consommations, le professionnel « du soin » considère ne plus être en mesure de l'accompagner et qu'il relève de son collègue de la « réduction des risques ». La question de la mise sous substitution est également largement discutée lorsque la personne relève de la « réduction des risques », contrairement à une démarche identifiée « soin ».

Ainsi, la frontière instituée entre les deux logiques, et renforcée par la réalité administrative des deux établissements, ne permet pas de replacer l'utilisateur au centre du dispositif et au cœur de son parcours.

Le rapprochement des deux logiques dans une même réalité administrative permettrait de lever cette barrière et de ramener la préoccupation sur l'individu là où il est, au moment où il se présente, avec les besoins qui lui sont propres.

Ce rapprochement éviterait les ruptures de parcours et améliorerait les réponses apportées par l'équipe.

3.1.1 Intérêt pour le public

A) Centrage sur le projet personnalisé

Je reprendrai de manière synthétique ce que je viens de décrire. L'intérêt pour l'utilisateur est :

- Le recentrage sur son projet quelle que soit la porte d'entrée choisie (CSAPA ou CAARUD)
- De recevoir les mêmes propositions d'accompagnement
- D'avoir une vraie adaptation des propositions en fonction de sa situation
- De ne plus être réorienté en fonction de ce que le professionnel a perçu de sa situation

B) Mutualiser, globaliser, développer des actions

La sortie du clivage « soin –RDR » permet de repenser les actions globalement, notamment l'accueil non plus en fonction de créneaux horaires différenciés mais en fonction de services proposés et de modalités d'accueil différenciées pour répondre aux usagers.

L'ouverture de l'établissement doit donc être pensée globalement et adaptée en fonction des besoins repérés chez les usagers de drogues, en lien avec leur situation et leur parcours.

Les modalités d'accueil collectives et individuelles seront redéfinies en fonction du public :

- les jeunes consommateurs se verront proposer un créneau réservé
- les personnes ne souhaitant pas être en contact avec d'autres usagers auront la possibilité d'être accueillis sur rendez-vous individuel à des moments de moindre affluence
- les usagers désinsérés auront une réponse plus ouverte avec la possibilité de venir se poser, boire un café, prendre une douche, se faire soigner une plaie...

Ainsi, les actions de RDR vont pouvoir s'appuyer sur les actions développées par le CSAPA, notamment les consultations avancées sur l'ensemble du département où des professionnels de l'ALT se déplacent auprès des toxicomanes qui prennent rendez-vous.

Le maillage des deux établissements et le renforcement de la mission de RDR par le CSAPA va permettre de rebattre les cartes et de déployer la mission de RDR sur l'ensemble du territoire avec la participation de l'ensemble des salariés de l'ALT et non plus sur les quelques-uns identifiés CAARUD.

Le découplage démultiplie nos possibilités d'intervention et nous permet d'envisager des nouvelles actions.

Ces actions seront précisées dans un prochain paragraphe.

C) Initier un travail avec les pairs et la mise en route d'une instance de participation des usagers

Une nouvelle modalité d'accueil sans rendez-vous va permettre un accueil et un accompagnement moins formel qui convient aux usagers reçus dans le cadre du CAARUD. Cette modalité d'accueil élargie au CSAPA, permet de penser l'implication des usagers sortis ou « en voie de sortir » de leur toxicomanie auprès de leur pairs.

Cette implication qui fonctionne positivement dans bon nombre de CAARUD, reste encore controversée par les professionnels du « soin ».

La possibilité de s'appuyer sur des pairs identifiés comme ayant une démarche positive par des salariés qui les ont accompagnés dans leur démarche de soin, permet de soutenir cette contamination comme « positive » et non plus uniquement comme une crainte d'entraînement vers des consommations.

Cette ouverture est soutenue par le conseil d'administration qui souhaite s'ouvrir et accueillir dans son sein des membres « anciens usagers ».

Cette première étape d'ouverture à un travail avec des pairs peut être pensée et portée grâce à l'implication de l'ALT dans le réseau des CAARUD. Les salariés impliqués

dans le CAARUD ont rencontré régulièrement les autres acteurs de la RDR au niveau régional et national. Ainsi, ils ont le retour d'expérience d'autres CAARUD qui se sont organisés autour de la participation de pairs et/ou qui travaillent avec eux.

Le CAARUD Passerelle 39 qui a le recul et l'expérience sur ce point précise : « Certains de ces représentants se présentent ou sont ressentis comme à part des autres patients – moins polis, plus exigeants envers l'équipe des soignants, plus hautains. Ils ont, ou acquièrent de fait, un certain pouvoir vis-à-vis de l'institution et en profitent quelque fois pour jouer des coudes, davantage d'ailleurs au niveau de l'équipe que de leurs pairs. Même si des jeux de pouvoir existent et que les relations entre eux ont pu de ce fait être dégradées, cela reste pourtant à la marge et, globalement, les bénéfiques, y compris dans le domaine intra relationnel, restent très positifs.³⁷ »

La deuxième étape, qui sera à travailler en parallèle de la première sera la mise en place d'une instance de participation des usagers.

Je parle ici d'instance de participation des usagers et non pas de Conseil de la Vie Sociale (CVS).

Le CVS, instance qui doit être mise en œuvre de façon privilégiée dans les établissements médico-sociaux, est mise en place au sein du CSAPA avec des représentants de chacun des 3 services qui le constitue.

Aujourd'hui, l'ALT n'a pas de représentant officiel au sein de ce CVS. Il est indispensable pour l'ALT d'y avoir un représentant des usagers qui connaisse, défende, remette en question ce service, dans le fonctionnement global de l'établissement.

Au-delà de cette question de représentation, il semble tout à fait indispensable au bon fonctionnement du service et à l'amélioration du service rendu, que l'ALT crée un espace de réflexion et d'échange avec ses usagers et soutienne l'implication des pairs.

Je reprendrais ici un extrait des recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur « la participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie » : « L'utilisateur a un rôle à jouer non seulement au titre de ses droits tels que prévus par la loi du 2 janvier 2002, mais aussi à travers les réseaux d'entraide et mouvements d'auto-support, acteurs incontournables en addictologie médico-sociale³⁸. »

³⁷ BONNET Philippe, L'exemple de Passerelle 39 : des usagers prennent la parole, Actal - cahiers thématiques de la Fédération Addiction, décembre 2013, Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ?, n°13, p18-19.

³⁸ Circulaire DGS du 16 mai 2007.

3.1.2 Intérêt pour les professionnels

A) Accompagnement des professionnels dans la mise en œuvre d'un projet commun

Les salariés de l'ALT œuvrent ensemble pour un projet commun. La question ne se pose plus pour chacun de travailler sur le CSAPA ou sur le CAARUD. Chacun travaille à l'ALT au bénéfice des usagers.

Cette simplification permet à chaque salarié d'être plus à même d'intervenir sur les différentes missions portées par l'ALT et de penser le projet de manière globale. Chacun est amené à intervenir sur la partie Réduction Des Risques, qui était considéré l'apanage des salariés du CAARUD.

Ainsi, l'ensemble des professionnels de l'ALT ne fait plus qu'une seule équipe. Pour ceux qui sont sur les deux établissements, il n'y a plus de différenciation à faire entre les temps CSAPA et les temps CAARUD.

Cette simplification permet de retravailler sur les missions d'un établissement unique CSAPA-CAARUD et d'intégrer globalement dans nos axes de travail, la RDR au même titre que l'accueil, l'évaluation, la prise en charge médicale sociale et éducative.

L'intérêt est double : il permet la création d'une culture commune à l'ensemble des salariés de l'ALT et permet d'intégrer la dimension de RDR dans le CSAPA, mission rendue obligatoire mais que l'ALT avait maintenue à part dans son CAARUD.

De plus, à cette simplification vient se corréliser une simplification administrative puisque, des deux logiciels GI2A et interne au CAARUD, nous ne garderions que celui du CSAPA que nous ferions évoluer pour pouvoir y inscrire la délivrance de matériel et les accueils collectifs.

Le contact régulier avec notre fournisseur de logiciel GI2A nous permet d'avoir la certitude de ces nouvelles fonctions qui sont déjà en cours de réflexion et qui vont bientôt être opérationnelles.

B) Un éclaircissement des missions et des fonctions

La mise en œuvre d'un projet commun demande un éclaircissement des rôles et des fonctions de chacun. Ainsi, la question des fiches de postes inexistantes est à nouveau soulevée.

L'écriture de ces fiches de poste est à intégrer nécessairement comme une partie du projet.

3.1.3 Intérêt pour l'association

A) Stratégie associative

Aujourd'hui l'association gère deux entités distinctes administrativement mais liées dans les faits. Elle a toujours œuvré à la réduction des risques chez les usagers de drogues, même lorsque les CAARUD n'existaient pas.

Ainsi, la mutualisation des deux établissements ne remet pas en question les orientations définies par l'ALT.

Le projet associatif, porté par les individus qui se sont succédés dans sa gouvernance, n'a jamais été formalisé.

La question du rapprochement des 2 établissements est l'occasion d'écrire le projet associatif et de renforcer de ce fait les valeurs et les orientations portées par l'association. L'écriture du projet associatif permettrait également, d'inscrire le travail avec des usagers-bénévoles pour l'ancrer dans les pratiques de l'association, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

La perte d'une autorisation pour le CAARUD est un point à discuter au niveau de l'association car le transfert de cette autorisation peut laisser présager une perte d'autonomie de gestion de l'association qui va basculer sur le GCSMS. Ce point est traité plus loin.

B) Un encadrement hiérarchique interne à l'association

Le départ en retraite d'un directeur est toujours un moment favorable à un changement organisationnel et institutionnel profond. Ici, ce départ nous offre une opportunité de repenser le temps de direction (entendons-le ici comme le temps d'encadrement) :

- par l'augmentation du temps de direction qui passe d'un 0,3 ETP à un 1 ETP, poste que j'occupe depuis le 1^{er} avril 2015,

Cette modification permet de répondre en partie à des difficultés soulevées par l'équipe, en matière de reconnaissance et de renfort d'encadrement.

Je m'explique : en tant que directrice à temps plein j'assure une meilleure mise en circulation des informations, surtout avec une équipe composée de nombreux temps partiels. Cette nouvelle configuration va permettre de réaffirmer, avec une fiche de poste et un document unique de délégation travaillés, la posture de direction comme fonction support pour l'équipe.

Ainsi, l'objectif est bien d'avoir les moyens de réorganiser les choses pour permettre un encadrement plus sécurisant, permettant l'augmentation de la reconnaissance de l'équipe, qui fasse en sorte que chacun se sente estimé, reconnu. « *Pour bien travailler, l'équipe doit se sentir estimée. La reconnaissance sécurise et porte une dynamique collective* »³⁹. Ce temps plein permettra, en interne, de réinvestir les entretiens professionnels, des temps de rencontres institués en petits groupes sur des thématiques de travail, la mise en place de processus, de nouveaux espaces de travail, de l'écriture des fiches de postes afin de permettre à chacun de se situer en référence au projet⁴⁰.

Le directeur, dans cette configuration, devient le pivot de la mise en œuvre du projet associatif et du projet d'établissement au niveau des équipes. Il est l'interface entre l'équipe et le CA.

C'est le directeur également qui est délégué pour recevoir les IRP, nouvellement installés sur l'association par un passage récent à plus de 10 ETP.

C) Rationalisation des budgets, des projets, des évaluations

Pour l'association, le choix d'un seul projet allège la charge comptable de l'association. Un budget unique retire tout le travail de retraitement analytique actuel.

De la même manière, la charge de travail liée à l'écriture et la réactualisation des projets, aux évaluations internes et externes, est allégée par cet établissement unique.

Les paragraphes ci-dessus nous ont permis de démontrer l'intérêt du projet au regard des usagers, des salariés et de l'association. Notons que l'ARS peut également y trouver l'intérêt supplémentaire de n'avoir plus qu'un unique interlocuteur et ne gérer qu'un seul établissement.

Je consacrerai le chapitre suivant à identifier les étapes de sa mise en œuvre avant de terminer par son opérationnalité.

³⁹ DAVID Marie-Christine, spécialiste en psychologie sociale, « Le nerf de la guerre en management, c'est l'affect », Direction(s) N°64 – juin 2009.

⁴⁰ JANVIER Roland, « La fonction de direction en institution médico-sociale, diriger : c'est du jeu ? », le travail du social, ed. L'Harmattan 2012.

3.2 Les modalités de mise en œuvre du projet

3.2.1 Au niveau de l'Association

Au préalable à toute démarche, le Conseil d'Administration doit se prononcer sur son adhésion au projet.

Ainsi, je propose, en lien avec le Président, de travailler la présentation à un prochain CA de l'état des lieux de la situation, le projet proposé afin que les administrateurs puissent débattre en vue de se prononcer sur leur choix de maintenir la distinction entre les 2 établissements ou leur rapprochement.

Le bureau s'est déjà prononcé favorablement à l'égard du projet.

Je propose au Président d'envoyer, début septembre, en même temps que la convocation au CA, un document de synthèse du projet identifiant les avantages et les inconvénients.

Le CA sera convoqué fin septembre pour faire voter la décision. Ce délai permet que chacun puisse demander des explications complémentaires et avoir le temps d'évaluer les enjeux pour l'association.

Le CA est déjà sensibilisé à cette orientation de rapprochement du soin et de la réduction des risques portée par les politiques publiques. Celle-ci a déjà été réfléchie au moment de l'acquisition des nouveaux locaux.

3.2.2 Mise en place du comité de pilotage

La nomination d'un Comité de Pilotage du projet va permettre d'en assurer le suivi. Celui-ci sera composé : du président, d'un membre du CA volontaire, de 2 salariés impliqués dans le CAARUD et d'un salarié impliqué dans le CSAPA ainsi que d'un représentant des usagers, ce qui ferai un total de 7 personnes, moi comprise, en tant que chef de projet.

La date prévisionnelle est fixée à septembre 2015, ce qui me permet de prendre mon poste et d'organiser le démarrage du projet avant le déménagement qui doit intervenir en fin d'année.

L'ouverture à des experts extérieurs ou des partenaires est possible ponctuellement en fonction des thématiques de travail abordées.

La première réunion de présentation et de démarrage de la démarche sera organisée lors d'une réunion de l'ensemble des salariés, avec le président.

Je prévois des rencontres du Comité de pilotage bimensuelles.

A la fin du projet, lorsque l'ensemble des orientations et leur mise en œuvre seront précisées, le Comité de Pilotage sera dissous. Cette fin est prévue pour le milieu d'année 2016, date à laquelle les nouveaux locaux et le nouveau fonctionnement devront être opérationnels.

3.2.3 Au niveau administratif

Le glissement de l'autorisation du CAARUD, porté par l'ALT, sur le GCSMS doit pouvoir intervenir au 1^{er} janvier 2016 pour des questions budgétaires et de rapport d'activité annuel.

Dans les modalités administratives à mettre en œuvre, une fusion statutaire exige un transfert d'autorisation du CAARUD vers le GCSMS qui porte l'autorisation du CSAPA.

C'est à cette condition que nous pouvons envisager une fusion statutaire du CAARUD dans le CSAPA. Les missions du CAARUD seront alors confiées au membre ALT du GCSMS qui continuera de les porter, dans le cadre du groupement.

Cette organisation demande une vigilance particulière afin d'éviter les tensions et les prises de pouvoir au sein du groupement.

Ainsi, je propose le transfert d'autorisation du CAARUD au GCSMS, comme nous l'avons précédemment fait pour le CSAPA. En parallèle, je propose que le GCSMS revisite sa convention constitutive pour permettre ce transfert et la transformation, avec l'accord de l'ARS du CSAPA en CSAPA-CAARUD afin de maintenir l'identification de l'existence d'un CAARUD sur le département.

Cette nuance est importante tant pour l'ALT qui continuerait à mener les missions du CAARUD sur le département que pour l'ARS qui continuerait de justifier de l'existence d'un établissement CAARUD sur le département et de faire valoir les besoins y afférent.

Dans ce scénario, nous aurions un unique établissement CSAPA-CAARUD. Le projet et tous les documents relatifs aux obligations réglementaires d'un établissement médico-social seront donc uniques.

Le CSAPA10 qui a été autorisé au 1^{er} janvier 2011 sur la base des 3 anciens établissements aubois (les 2 CCAA et le CSST) est, suite à l'évaluation interne terminée en avril, en cours de production des documents uniques (livret d'accueil, règlement de fonctionnement). Ces documents étaient jusqu'alors triples avec une référence à l'établissement CSAPA.

Le rapprochement statutaire du CAARUD aujourd'hui permettrait d'intégrer l'ensemble de la démarche que les salariés accompagnent déjà au titre du CSAPA.

Il s'agirait de reprendre les documents uniques en cours d'élaboration avec l'élargissement aux missions du CAARUD.

De la même manière, l'écriture du projet d'établissement CSAPA qui est en cours de réécriture peut intégrer simplement une partie complémentaire qui reprend la mise en place des missions du CAARUD.

3.2.4 Points de vigilance

Le transfert de l'autorisation du CAARUD au GCSMS doit s'accompagner d'une vigilance particulière quant aux délégations des membres du GCSMS, dont l'ALT fait partie, envers leur administrateur. Celles-ci doivent être écrites afin que chacun ait la connaissance précise de son périmètre d'intervention et de responsabilité.

3.2.5 Au niveau financier et budgétaire

Actuellement l'ALT dépose deux Budgets Prévisionnels et deux Comptes Administratifs pour ses deux établissements.

Plus précisément, elle élabore la partie de BP et CA de sa partie CSAPA qui est ensuite compilée avec les deux autres structures participant de l'établissement.

Les deux CA et BP élaborés par l'ALT sont intimement liés puisque l'activité du CAARUD s'appuie sur le CSAPA.

La proposition de rapprochement du CAARUD et du CSAPA pourrait, selon la forme choisie, permettre de n'avoir plus qu'un seul CA et BP, celui du CSAPA-CAARUD dont le portage serait alors attribué au GCSMS dont l'ALT est membre.

Le budget que l'ALT reçoit aujourd'hui au titre du CAARUD sera attribué au CSAPA-CAARUD avec un fléchage « ALT » car le financement sert à maintenir l'activité portée par l'ALT (salariés, fonctionnement).

Les futures demandes de mesures nouvelles seront proposées et accordées selon les mêmes que celles actuellement en cours pour le CSAPA.

A) Plan de financement de l'immobilier

Le projet d'acquisition des nouveaux locaux pour l'ALT ne modifie qu'à la marge les budgets présentés. Ces modifications budgétaires n'interviennent que sur des charges de copropriétés jusqu'à présent inexistantes. Ces charges supplémentaires sont déjà identifiées dans les budgets de l'ALT depuis des années car, comme je le précise page 39, le budget prévisionnel prévoit des charges de location de locaux, en prévision de ce déménagement

souhaité de longue date. Ainsi, les budgets de l'ALT ne subiront pas de modifications demandant des mesures nouvelles.

Les sommes permettant l'acquisition des locaux sont issues d'excédents cumulés antérieurement, dont une partie n'a jamais été notifiée, malgré des propositions d'affectations, une partie affectée et notifiée sur des actions spécifiques qui n'ont pas nécessité et ne nécessitent plus ces sommes.

Le total des sommes dont l'ALT dispose représente environ 520 K€, soit le montant nécessaire pour l'acquisition immobilière, les travaux et des acquisitions mobilières pour l'installation (Annexe II).

Le plan de financement proposé à l'ARS demande l'utilisation de ces sommes pour l'acquisition des locaux. Celui-ci a reçu une réponse favorable (Annexes III et IV). Cette somme permettra de compenser les amortissements générés par cet achat, ainsi que de compenser l'augmentation de ces charges au budget.

Du côté de l'ALT, les sommes proposées sur cette opération nous permettent de maintenir une trésorerie de 45 jours, ce qui est largement suffisant pour des établissements fonctionnant sur la base d'une dotation globale.

De plus, il reste une réserve affectée à l'investissement suffisante pour faire face à une partie des investissements mobiliers, tels que l'informatique et les véhicules à renouveler.

Une partie de l'aménagement des nouveaux bureaux sera également réalisée sur ces réserves afin de nous permettre le maintien d'amortissements financés au budget, et la capacité d'entretien des locaux et de renouvellement du mobilier.

3.2.6 Au niveau des Ressources Humaines

Elles seront mutualisées. Les colonnes actuelles distinguant les activités CSAPA et CAARUD vont disparaître au profit d'une seule colonne CSAPA-CAARUD (Annexe VI).

a) Mutualisation

Le rapprochement des deux structures permet à 9 salariés (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux et directrice), dont 6 à temps pleins, sur les deux établissements, de sortir de cette double logique.

Pour les autres salariés impliqués dans l'accompagnement du public, il ne s'agit que d'intégrer la nouvelle mission de RDR dans laquelle ils leur arrivent déjà d'intervenir.

b) *Management*

Pour mener à bien ce nouveau projet, il est nécessaire d'accompagner le personnel de l'ALT dans son ensemble.

Investir les entretiens professionnels va me permettre de me positionner rapidement sur mon poste de direction, de poser la présence d'un cadre et donner le signal aux salariés d'une nouvelle orientation du projet de l'association.

Je propose de conduire les entretiens professionnels tels que définis par la loi du 5 mars 2014⁴¹. Ces entretiens vont me permettre de faire le point, pour chaque salarié, sur :

- Son poste de travail (tâches, missions, évolution...),
- ses compétences, les difficultés rencontrées,
- ses souhaits de changement ou d'évolution,
- les formations déjà suivies, les certifications obtenues (diplôme, Certificat de Qualification Professionnelle – CQP...),
- le projet professionnel ou de formation envisageable,
- les actions de formation, de bilan de compétences ou de VAE à mettre en place,...

Cet entretien me permettra d'envisager les modifications nécessaires à une meilleure organisation du service, de définir les besoins en formation afin d'élaborer le plan de formation aux besoins identifiés et en vue de répondre au mieux à nos missions.

Je souhaite mettre en place un management participatif qui permette la prise en compte et l'implication des professionnels dans leur fonction d'experts. Il semble essentiel que les actions soient pensées de manière transversale afin qu'elles tiennent compte des observations cliniques des professionnels et des aspects techniques concernant leur mise en place. Ainsi, le comité de pilotage, constitué de salariés, de membres du CA et d'un usager et de moi-même permet de penser les actions collectivement et sur l'ensemble des aspects : utilité et intérêt, stratégique, organisationnel, opérationnel.

J'organiserai avec le comité de pilotage, un point mensuel, lors de la réunion de service, de l'avancée des réflexions et du travail engagé par celui-ci.

Les comptes rendus du comité de pilotage, lors de chaque rencontre seront placés sur le serveur informatique dans la partie commune accessible à tous, en mode lecture.

⁴¹ LOI n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale

Je mettrai également l'accent sur deux points qui me semblent essentiels :

- une formation commune, en intra, sur la réduction des risques
- une redéfinition des postes et des missions de chaque salarié

c) *Formation mise en œuvre pour le projet*

La formation programmée à l'interne sur la RDR doit intervenir en fin d'année 2015, avant l'installation de l'équipe dans les nouveaux locaux. Ainsi, c'est avec une nouvelle dynamique que ceux-ci seront investis et avec la préoccupation d'y développer des actions de RDR.

Cette formation se veut à la fois théorique et pratique, avec une partie de redéfinition de la réduction des risques, de ses objectifs et d'exemples d'actions menées. Une deuxième partie doit permettre de définir avec l'équipe le modèle de RDR que nous souhaitons voir mise en œuvre à l'ALT.

Ces travaux viendront s'enrichir et enrichir le travail en cours avec le comité de pilotage.

La demande de formation est faite à la Fédération Addiction dont l'ALT est membre depuis de nombreuses années et qui centralise la réflexion et les acteurs de l'addictologie.

d) *Fiches de poste*

Le travail d'écriture des fiches de poste doit permettre pour chaque professionnel de se positionner dans notre nouvelle organisation.

Elles doivent également permettre d'identifier des référents d'actions, par exemple : référent du développement du partenariat et des liens avec les pharmacies (liste des référents en annexe V).

Pour l'élaboration de ces fiches de postes, je vais rencontrer les professionnels par corps de métier dans un premier temps pour décrire les activités principales et secondaires des postes, ainsi que leurs modalités d'exercice. Je resterai vigilante à décrire les activités et non les tâches qui risquent d'être trop rapidement obsolètes au vu des évolutions du public et de notre organisation pour rester au plus près d'une réponse adaptée à ses besoins.

Puis, je prendrai un temps pour rencontrer individuellement chaque professionnel. Cet entretien aura pour objectif de définir avec chaque professionnel les missions transversales qui peuvent lui être confiées, ce que je nomme ci-dessus, les « référents d'actions ».

Cette nouvelle base va permettre de réinvestir de manière plus constructive les entretiens professionnels puisque, une fois mise en forme, nous dégagerons les attendus de chaque poste et, au-delà, les attendus du référent d'action.

Ainsi, les salariés sont à la fois reconnus dans leur métier mais également dans leurs spécificités et leurs compétences propres.

e) *Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC)*

Même si l'association n'élabore pas de GPEC en tant que telle, il est nécessaire de se projeter dans une gestion du personnel permettant l'anticipation des besoins pour répondre à l'évolution du public et suivre la stratégie associative.

Ces entretiens et ce travail de redéfinition des postes me permettent de faire l'état des compétences de l'ensemble du personnel et de les mettre en adéquation avec les besoins du projet.

Ainsi, lors de l'entretien, je serai amené à recueillir les besoins et les demandes de formations des salariés.

L'élaboration du Plan de Formation de l'association sera ainsi définie au regard des manques repérés pour mener à bien le projet et nous adapter aux besoins du public.

3.3 Les liens avec l'ARS

Plusieurs rencontres avec l'ARS doivent nous permettre d'évoquer le projet, de faire un bilan de la situation et de vérifier ensemble les différentes possibilités de rapprochement.

Après une étude de faisabilité du projet avec leurs services juridiques, un accord sur une modalité de rapprochement définie, je propose de faire valider la date administrative de mise en place du rapprochement au 1^{er} janvier, date qui se rapproche de celle du déménagement pour lequel nous devons avoir, comme il est prévu règlementairement, une visite de conformité organisée par l'ARS.

Ainsi, si cette proposition est retenue après accord du nouveau projet, la visite de conformité pourra être envisagée sur le nouvel établissement CSAPA-CAARUD.

3.3.1 La visite de conformité

Selon le décret n° 2010 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L 313-1-1 du CASF, la visite de conformité est obligatoire et la date doit être fixée au plus tard 3 semaines avant l'ouverture.

Le contrôle qui donne l'autorisation d'ouvrir se fait sur la capacité globale du service à remplir ses missions. Ainsi sont examinés les locaux mais également le projet et tous les documents relatifs aux obligations réglementaires d'un établissement médico-social.

C'est pourquoi il est nécessaire de s'assurer de l'accord de notre autorité de contrôle et de tarification sur le projet qui doit valider notre nouvelle organisation dans nos nouveaux locaux.

3.3.2 L'évaluation externe

En plus des points réglementaires qu'il faut travailler, le CAARUD en tant qu'établissement régi par les obligations liées à la loi 2002-2, doit réaliser, à part du CSAPA, ses évaluations interne et externe.

Aujourd'hui, l'évaluation externe aurait dû être réalisée fin 2013, chose qui n'a pas été faite.

Ce rapprochement statutaire permet de reposer cette question de l'évaluation externe avec l'ARS :

- Soit en la mettant en place au préalable de la fusion (option 1)
- Soit en l'intégrant aux obligations du CSAPA10 (option 2)

Les deux options restent à discuter car elles ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients.

Option 1, avantages : la réalisation de l'évaluation externe au préalable à la fusion permettrait d'avoir un état des lieux précis de la situation du CAARUD, de son adéquation entre les missions de l'établissement et leur mise en œuvre.

Option 1, inconvénients : les délais pour traiter de cette évaluation externe semblent courts avec la perspective du déménagement. L'évaluation a un coût qui, si le rapprochement a lieu, se cumulera avec celui de l'évaluation externe du CSAPA qui doit avoir lieu en 2017 et qui reprendra l'évaluation des missions du CAARUD.

Option 2, avantages : Le CAARUD intégrant le CSAPA, il sera soumis aux mêmes obligations réglementaires que celui-ci. L'évaluation externe devra intervenir en 2017.

Option 2, inconvénients : il n'y aura pas eu d'évaluation externe du CAARUD avant sa fusion statutaire dans le CSAPA, devenant CSAPA-CAARUD.

3.3.3 Les modalités d'évaluation

De la même manière que pour les évaluations interne et externe, la situation actuelle nous amène à rendre compte de notre activité selon des modalités propres au CAARUD et au CSAPA, en fonction du découpage administratif de notre organisation.

Ainsi, le CAARUD dispose d'un cadre de rapport d'activité nommé « ASA-CAARUD » et le rapport d'activité du CSAPA rentre dans le cadre nommé « rapport DGS ».

Aujourd'hui, les deux rapports sont renseignés par l'utilisation de deux logiciels distincts. Il est tout à fait possible d'envisager, si le rapprochement se fait, de n'utiliser plus qu'un seul logiciel, aujourd'hui configuré pour remplir le « rapport DGS ».

La nouvelle configuration nous offre deux possibilités, à faire valider par l'ARS :

- Soit ne remplir que le « rapport DGS » où nous intégrerions l'ensemble des actes CSAPA et CAARUD,
- Soit d'extraire manuellement le rapport d'activité « ASA-CAARUD » en identifiant des activités spécifiques CAARUD, telle que la distribution de matériel par exemple.

Dans le deuxième cas, les deux rapports doivent être transmis conjointement et les parties « budget et personnel » doivent être uniques pour rendre compte de l'ensemble de l'activité du nouvel établissement CSAPA-CAARUD.

3.4 Un nouveau local

Les nouveaux locaux permettent la mise en œuvre du projet de l'ALT avec ses particularités dans la prise en charge de ses usagers et de leurs besoins.

L'ALT accueille sur Troyes environ 600 usagers par an. Les usagers sont de 4 types :

- Des usagers de drogues toujours consommateurs pour lesquels nous proposons de travailler avec eux la réduction des risques liés à leurs consommations. Il s'agit de la mise en œuvre d'un programme d'échange de seringues, de la proposition de rencontre avec un professionnel autour de problèmes sociaux (accès aux droits...) ou de santé (prévention des hépatites, VIH...). Pour cette population spécifique, la discrétion de l'accueil est un point primordial à préserver ainsi qu'un accueil spécifique sur des temps d'après-midi ou de soirée. Il s'agit donc de penser cet accueil avec beaucoup de convivialité et ce qui est nommé un « accueil bas seuil » consistant à une réponse limitée à la réduction des risques, sans exigence d'arrêt des consommations. Une distribution de matériel, de nourriture et de café est réalisée et nous réfléchissons également à la possibilité d'accéder à une douche pour les personnes qui n'en disposeraient pas, faute de logement.

- Des toxicomanes en démarche d'arrêter leurs consommations de drogues pour lesquels l'accueil se met en place sous forme d'un accompagnement individuel sur rendez-vous, de groupe de parole ou d'ateliers thérapeutiques.
- Des personnes placées sous-main de justice pour lesquelles est prononcée une obligation de rencontre, ou un suivi avec l'ALT, par le tribunal.
- Des personnes de l'entourage de consommateurs ayant besoin d'un conseil, d'un soutien ou d'un suivi dans les difficultés qu'ils rencontrent.

L'accueil et l'accompagnement de cette population spécifique nécessitent une vraie réflexion sur les moyens matériels à mettre en place.

Ainsi, il est nécessaire de penser l'implantation des locaux, à la fois en terme d'accessibilité et de lisibilité mais également en matière de discrétion (pas d'affichage public extérieur de l'activité).

De plus, la multiplicité des publics accueillis demande à réfléchir les accès et horaires d'ouverture afin que ne se côtoient pas directement les parents, les usagers consommateurs et ceux qui souhaitent sortir de leurs consommations.

Le projet de l'ALT tient compte de tous ces paramètres. De plus, un accès différencié est maintenu pour les usagers qui viennent chercher sur place leur traitement de substitution (méthadone).

L'ensemble de ces paramètres est discuté avec l'équipe dans le projet d'aménagement des locaux afin que leur utilisation soit en adéquation avec le projet.

3.4.1 Démarches d'acquisitions et modalités budgétaires

La première visite des locaux a été faite avec le président. Après avoir validé l'adéquation des locaux avec notre cahier des charges, et, en amont de la signature du compromis de vente, les locaux ont été visités avec un architecte qui a su nous certifier la possibilité d'aménager un accès pour les personnes handicapées, condition sine qua none à leur acquisition.

Une deuxième vérification a permis de récupérer et d'étudier le contrat de copropriété pour voir la possibilité des travaux visant à ces aménagements.

Ces vérifications faites, une date pour la signature du compromis a pu être déterminée. De notre côté, nous avons contacté notre notaire pour qu'il puisse être présent et nous avons pris le soin de faire notifier une clause sur le compromis qui l'invalide en cas de refus de l'utilisation des dites sommes par notre financeur.

Les quelques mois entre la signature du compromis et la date d'acquisition ont été mis à profit pour valider les différents niveaux de décision sur l'engagement de cette dépense :

1. Le budget a été réévalué, avec le coût de l'acquisition et un premier chiffrage de travaux par l'architecte.
2. Une évaluation précise des charges (charges de copropriété, coûts supplémentaires d'entretien, impôts) a été faite.
3. Un plan de financement a été établi et soumis à l'approbation de nos financeurs.
4. Après accord des financeurs, et étude des charges nous permettant de vérifier notre capacité de déménagement, le président a provoqué une Assemblée Générale Extraordinaire pour informer les administrateurs du projet, le faire valider et faire voter sa capacité à signer les documents relatifs à l'achat et aux travaux.
5. Ces étapes validées, nous avons signé un contrat avec un architecte pour la mise en œuvre des travaux, précisant notre demande de pouvoir travailler le projet d'aménagement avec l'équipe.

L'acte d'achat a été signé en juin 2013, après une première visite effectuée en novembre 2012 et un compromis datant de mars 2013.

A la suite de cet acte d'achat, nous avons pensé que l'installation dans les nouveaux locaux pourrait avoir lieu en fin d'année 2013 car les travaux d'aménagement semblaient relativement succincts.

L'articulation des procédures administratives et des travaux en a voulu autrement puisque nous pensons réaliser ce déménagement à la fin de cette année 2015, soit 2 ans après.

Cette phase d'acquisition et d'aménagement des locaux a été organisée entre le directeur en retraite et moi-même grâce à l'utilisation d'un rétroplanning que nous avons dû réadapter régulièrement pour qu'il puisse s'ajuster aux difficultés rencontrées avec les administrations et les entreprises.

3.4.2 Organisation de l'espace

Voir Plans en annexe VII.

Le déménagement est l'opportunité de revoir les choses en termes d'accompagnement et de réinvestissement des espaces par les salariés et les usagers.

Au regard de notre projet de rapprochement des deux établissements CSAPA et CAARUD, ce déménagement permet de travailler avec l'équipe sur son installation future et

de sortir des problématiques rencontrées et renforcées aujourd'hui à cause de nos locaux inadaptés.

Les futurs locaux se présentent sur deux niveaux (premier et deuxième étage). L'entrée donne sur la rue et est à usage exclusif de l'ALT. Ainsi, les usagers accèdent à nos locaux par cette porte d'entrée unique, qui donne sur un escalier. Un élévateur est installé pour répondre aux besoins d'accessibilité puisque nos espaces d'accueil et de consultations se situent aux niveaux 1 et 2.

Aujourd'hui, les espaces ont été repensés conjointement et aboutis à :

- La mise en place d'un espace de convivialité pour l'équipe où les salariés peuvent se poser, échanger, prendre leur repas le midi, le café, faire une pause,
- Des bureaux d'entretiens destinés à des types de consultations,
- Des espaces de travail collectifs (de 3-4 espaces de travail) pour les salariés pour les temps de travail « hors entretiens », ou pour des rencontres entre pairs,
- Un bureau de direction sur place,
- Un espace pour l'élaboration d'activités de groupe,
- **Deux espaces d'accueil des usagers : l'un de type «accueil convivial sans rendez-vous», l'autre de type salle d'attente pour les rendez-vous.**

La mise en place d'espace pour le personnel a pour objectif d'améliorer les échanges informels au quotidien, ainsi que de ramener des temps plus conviviaux qui manquent aujourd'hui. Les bureaux collectifs se veulent également support à l'échange autour des situations et des actions menées par les différents professionnels.

La création d'un espace pour la mise en place d'actions collectives ainsi qu'un accueil convivial pour les usagers où les professionnels, alternativement, auraient une mission d'accueil et de régulation, permettant d'amorcer une perception différente de l'utilisateur. L'objectif est que celui-ci devienne un collaborateur et non plus une source d'anxiété. Comme le précise Denis Mellier « *Pour gérer les angoisses et anxiétés l'équipe doit devenir un « contenant » actif pour ces anxiétés : en aidant les personnes accueillies à développer leurs expériences, en participant à la consolidation des enveloppes groupales*⁴². » C'est cette idée qui est ici à l'œuvre.

⁴² MELLIER Denis, « le fonctionnement anonyme des équipes et le risque de crise, la problématique de la fonction contenante », Les Cahiers de l'Actif 2006 – N°358/361, p85-101

C'est l'espace d'accueil sans rendez-vous qui va permettre de faire le lien entre le CSAPA et le CAARUD puisque celui-ci devient indifférencié, quelle que soit la demande, ou la « non demande ».

Ainsi, cet espace est pensé comme une « boutique », lieux d'accueil « bas seuil » pour les toxicomanes, où les usagers pourront trouver un accueil convivial autour d'un café, la possibilité de prendre une douche, de récupérer du matériel stérile, d'avoir un soin de l'ordre de la « bobologie », la possibilité de se connecter à internet ou de passer un appel téléphonique, accompagné d'un professionnel.

C'est également à cet endroit que les salariés vont quitter leur habit de « spécialiste » pour devenir « accueillant », cette fonction étant dévolue à tous les salariés, hors médecins et même ouverte à des bénévoles engagés.

C'est dans cet espace que nous pourrions proposer à des usagers « au sortir de leur dépendance » de s'engager dans un soutien entre pairs. Dans un premier temps, avec l'appui des professionnels, et d'envisager, par la suite, la possibilité à certains pairs de prendre cette fonction « d'accueillant ».

C'est également en appui de ce nouvel espace que nous envisageons la mise en place d'une modalité de participation des usagers avec les personnes accueillies et les usagers engagés dans un soutien de pair.

3.5 Développement et diversification des modalités d'intervention en RDR

En cohérence avec le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017, le projet de l'ALT propose le développement de la réduction des risques selon les 7 points développés ci-dessous :

- L'accueil sans rendez-vous,
- L'unité mobile,
- Les autres modalités d'intervention,
- Le développement territorial du PES,
- L'envoi de matériel,
- Le dépistage,
- L'utilisation d'internet.

3.5.1 Un accueil sans rendez-vous

Cet accueil est pensé sur le premier étage. Ainsi, sur ce premier niveau, les personnes venant sans rendez-vous sont reçues, elles peuvent « se poser », rentrer en contact avec un professionnel de l'ALT et accéder à certains services décrits ci-dessous. Cette configuration permet de différencier deux espaces d'accueil et de préserver les personnes qui souhaitent venir discrètement et maintenir leur anonymat, invitées à se rendre directement au 2^{ème} étage, accessible pour les rendez-vous.

Je propose, sur cet espace, l'élargissement des plages d'accueil sans rendez-vous lors du déménagement, en passant de 3 créneaux de 2h00 auparavant à une ouverture quotidienne du lundi au vendredi de 10h à 12h et de 16h à 18h.

Les locaux auront préalablement été aménagés avec la possibilité pour les usagers de se poser, de prendre un café, d'accéder à de l'alimentation que nous gardons en réserve en cas de besoin. Pour cela, l'aménagement de l'espace sera pensé pour être convivial.

Un espace avec un ordinateur, muni d'un accès internet est envisagé également. Cet ordinateur permettra de faire les démarches utiles aux usagers (accès au site de pôle emploi, CAF, par exemple) et un raccourci sur les sites *Psychoactif et Not for human*. Je précise dans un chapitre suivant leurs intérêt et particularités.

La question de l'hygiène a été posée à plusieurs reprises en équipe. L'espace peut être aménagé pour offrir à nos usagers la possibilité de prendre une douche. Nous prévoyons cet aménagement à proximité de l'espace destiné à l'accueil sans rendez-vous (plans en annexe).

Le lavage du linge mérite une attention particulière pour les personnes qui se retrouvent à la rue ou en squat. Cette question est d'autant plus délicate que les lieux existants pour les SDF sur Troyes ne proposent pas ce service.

Ainsi, nous ne souhaitons pas mettre de machine à laver et à sécher le linge dans nos locaux, qui risquent de nous « piéger » sur des contraintes horaires liées aux temps de programmation de lavage et de séchage de son utilisation. Je propose de travailler à un partenariat avec une laverie à proximité qui permet une autonomie d'utilisation plus large aux usagers. Le service rendu prendrait la forme de jetons distribués aux personnes qui en ont besoin.

Le dépistage reste un enjeu majeur également pour nos usagers. Celui-ci reste difficilement accessible à des personnes en précarité pour de nombreuses raisons. Pour bénéficier d'un dépistage, les usagers doivent rencontrer le médecin, avoir une ordonnance puis se rendre dans un laboratoire qui va procéder au prélèvement qui va ensuite envoyer

les résultats au domicile de la personne et, en parallèle, au médecin prescripteur. Cette démarche nécessite une ouverture de droits à la sécurité sociale, une capacité à prendre rendez-vous, à se rendre à ses rendez-vous, une capacité à affronter des univers plus ou moins connus et hostiles, une capacité à accepter un prélèvement sans y être obligé (ce qui est très compliqué pour un toxicomane injecteur), une capacité à attendre les résultats et à les affronter.

Je propose que nous développons l'accès au dépistage en proposant des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique effectués par un infirmier de l'ALT avec qui la personne est en contact. Ceux-ci peuvent être proposés sur les temps d'accueil sans rendez-vous.

L'accueil sera organisé pour que les usagers soient reçus par un binôme composé d'un infirmier et d'un travailleur social ou un psychologue. Ainsi, il sera possible aux usagers de réaliser des démarches « rapides » qui ne nécessitent pas une prise de rendez-vous : appel téléphonique, renseignement, accès à internet. Les professionnels seront amenés à évaluer la nécessité ou non de prendre un rendez-vous en fonction de la demande faite. Dans le cas, d'une prise de rendez-vous, la personne est reçue au 2^{ème} étage.

Enfin, le matériel de réduction des risques : matériel d'injection, de sniff, préservatifs seront distribués par les professionnels de l'ALT aux personnes demandeuses, accompagnés de messages de RDR, sur l'ensemble des créneaux d'ouverture de cet espace.

3.5.2 L'unité mobile

L'association dispose d'une unité mobile nommée « bus contact santé » qui effectue une sortie sur deux sites identifiés sur Troyes. L'un à proximité de la gare et l'autre à proximité d'un jardin public plébiscité par certains toxicomanes. La mise en place des sorties du « bus contact santé » date des années 1990 où les premières actions de réduction des risques ont vu le jour. Aujourd'hui, les sorties du bus n'ont plus le succès qu'elles pouvaient avoir auparavant. Nous avons eu une file active qui a presque été divisée par 3 sur les 3 années qui viennent de s'écouler, passant de 110 en 2012, à 52 en 2013 et 38 en 2014.

Il est important de requestionner le dispositif pour les années à venir. A la fois sa pertinence mais également les lieux de stationnements et la communication sur cette action spécifique. Le Copil aura la charge d'étudier l'intérêt de maintenir cette action et de proposer une réorientation de ce dispositif dont la vocation est « d'aller-vers » un public en précarité qui ne se déplace pas jusqu'au centre.

3.5.3 Autres modalités d'intervention

En parallèle de l'étude qui est à réaliser par rapport à l'utilisation du « bus contact santé », je demanderai au Copil de réfléchir à des propositions élargies sur des actions pour « aller-vers » un public consommateur qui ne vient pas au centre.

Ainsi, d'autres actions peuvent être proposées et je leur demanderai d'étudier l'intérêt et la pertinence d'une maraude ou d'un travail en lien avec le Samu social.

3.5.4 Développement territorial du PES

Actuellement, le Programme d'Echange de Seringues est uniquement proposé sur Troyes. Nous programmons le développement de ce programme sur l'ensemble du département de deux manières :

- en appui sur les antennes existantes, c'est-à-dire les consultations avancées déployées par le CSAPA sur les principales villes du département, en offrant ce nouveau dispositif aux toxicomanes du secteur (voir annexe VIII).
- par la remise en route de l'envoi du matériel stérile, après avoir pris contact et retravaillé l'action avec l'association SAFE qui l'a mis en place et pour laquelle il fonctionne. La récupération du matériel usager doit pouvoir permettre la rencontre des usagers et s'appuyer sur notre implantation sur les différents points de consultations avancées sur le département.
- Par un travail de distribution de matériel à mettre en place via des pharmacies volontaires.

3.5.5 Dépistages

Le dépistage des maladies infectieuses, notamment le VIH et le VHC est un axe fort de la réduction des risques.

Aujourd'hui, seuls les usagers en contact avec un médecin bénéficient d'une ordonnance pour réaliser ces dépistages. La mise en place de Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) permet de proposer un diagnostic aux usagers ne rencontrant pas de médecin.

De plus, ces TROD peuvent être réalisés « *hors les murs* » et à des horaires diurne ou nocturne en vue d'aller au-devant des populations les plus éloignées d'une offre traditionnelle de dépistage ou de celles qui n'y ont pas recours (exemple : dans des territoires isolés). Il s'agit de proposer à ces populations un dépistage par TROD intégré

*dans une offre complète de prévention (information, conseils, distribution de documents et matériel de prévention...)*⁴³.

Ainsi, la proposition de dépistage pourra se faire dans tous les lieux d'intervention de l'ALT, pour peu qu'il y ait un lieu où le professionnel puisse s'isoler avec l'utilisateur et un point d'eau.

La mise à disposition des TROD VIH en CAARUD est soumise à approbation par les services de l'ARS selon la procédure d'habilitation dont les modalités sont énoncées dans l'arrêté du 9 novembre 2010.

Le rapport d'orientation budgétaire 2014 de l'ARS Champagne-Ardenne⁴⁴, en date du 1^{er} décembre 2014, signifie : « *A ce jour, aucun CAARUD de la Région Champagne-Ardenne n'est habilité à ce titre. Par conséquent, pour prétendre à cette mesure, les gestionnaires de CAARUD sont invités à déposer un dossier de demande d'habilitation auprès de l'ARS... avant la fin du 1^{er} trimestre 2015.* »

Bien que la date soit dépassée pour les préconisations du rapport d'orientation budgétaire 2014, je prévois de déposer la demande d'habilitation pour la réalisation des TROD VIH par les infirmiers de l'ALT avant la fin de l'année 2015.

Cette habilitation demande à ce que le personnel habilité à réaliser les dépistages ait bénéficié d'une formation préalable. Aujourd'hui, deux infirmiers sur les 5 ont reçu cette formation en 2012, dans le cadre d'un projet expérimental mené avec l'association SOS Hépatites.

Je prévois l'envoi sur cette formation d'une journée de 2 autres infirmiers afin de pouvoir déployer cette proposition de dépistage sur l'ensemble de nos lieux d'intervention.

Les conséquences de cette demande tardive peuvent se jouer sur la capacité de prise en charge financière des TROD et de la formation du personnel, du fait que ces crédits non pas pu être programmés par l'ARS Champagne-Ardenne sur 2014 et que nous n'avons pas anticipé cette demande sur des mesures nouvelles 2015.

Ceci étant, la question financière pour l'approvisionnement de l'ALT en matériel de réduction des risques va se poser plus globalement avec un développement de l'activité. Cette question fera partie des points de discussion avec l'ARS.

⁴³ Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH1 et 2).

⁴⁴ Rapport d'orientation budgétaire 2014 du secteur Etablissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (LHSS, CAARUD, CT, ACT, CSAPA, LAM), ARS Champagne-Ardenne, 1^{er} décembre 2014.

3.5.6 Utilisation d'Internet

Internet est la première source d'information et d'échange sur les drogues pour les usagers. Aussi, il est indispensable aujourd'hui, comme le soulignent les orientations du Plan Gouvernemental, de s'en saisir comme support et outils de la RDR.

Dans la deuxième moitié des années 2000, des communautés Internet d'usagers de drogues ont vu le jour, telle que **Psychoactif**⁴⁵.

Ce site, qui a pris son autonomie en 2013, découle de l'ancien forum d'Asud, l'Association Auto-Support des Usagers de Drogues, reconnu nationalement comme l'association d'usagers de référence pour la toxicomanie. « *Son premier objectif est d'offrir à toutes les personnes prenant des drogues (légalles ou illégales), la possibilité de s'informer, de communiquer, de s'entraider, d'échanger sur ses pratiques et ses expériences, et de contribuer à la construction de savoirs sur les drogues et leurs usages, dans une optique de réduction des risques*⁴⁶. »

Le deuxième site proposé à la consultation, **Not for human**⁴⁷, est destiné aux psychostimulants, en tant que « plateforme de réduction des risques liés aux nouvelles drogues de synthèse ».

La consultation de ces sites est accessible dans la salle « d'accueil sans rendez-vous » où la présence d'un accueillant est permanente sur les plages d'accueil. Ainsi, les échanges autour des consommations et la réduction des risques sont accompagnés par les professionnels de l'ALT.

3.6 Développement du partenariat

Aujourd'hui, le partenariat développé par l'ALT tient son existence de son activité de soins en addictologie, portée par le CSAPA.

L'ALT bénéficie d'un solide réseau engagé depuis de nombreuses années d'existence et qui compte, dans ses partenaires réguliers : le Centre Hospitalier, le réseau de santé régional Addiction et Précarité (ADDICA), les services pénitentiaires, la PJJ, le Conseil Départemental, les services sociaux du département, les centres de cures et de postcures, l'EPSMA, les CSAPA et CAARUD de la région...

⁴⁵ www.psychoactif.org

⁴⁶ CHAPPARD Pierre, Psychoactif, l'auto-support 2.0, Actal - cahiers thématiques de la Fédération Addiction, décembre 2013, n°13, p59-61.

⁴⁷ www.notforhuman.fr

Les missions de réduction des risques développées par l'association n'ont que très peu été mises en avant du fait qu'elles se voulaient discrètes en matière de publicité.

Ainsi, le CAARUD, en tant qu'établissement indépendant, n'a que très peu développé son partenariat. L'ensemble des conventions établies par l'ALT ou le CSAPA n'identifient pas le CAARUD comme acteur spécifique.

Cette situation montre à la fois :

- la nécessité de se doter d'un partenariat territorial pour renforcer la réduction des risques sur le département
- la possibilité pour l'ALT de porter ce nouveau partenariat au titre du CSAPA-CAARUD, sur sa mission de RDR, sans craindre d'incompréhensions ou de résistances.

Un nécessaire travail de partenariat avec :

- **Les pharmacies.** L'ensemble des pharmacies du département sera contacté afin de repérer celles avec lesquelles nous pouvons envisager un relais de proximité. Après signature d'une convention, les pharmacies volontaires seront engagées dans notre dispositif d'échange de seringues.

En plus de ces échanges, nous proposons la mise en place d'un réseau de pharmacies d'officine qui souhaitent mener une réflexion autour de la RDR, avec des rencontres semestrielles. Ce partenariat nous permet à la fois d'être contact avec les professionnels directement impliqués dans le RDR, de faciliter l'accès à du matériel de RDR de nos usagers et de faciliter un accès à des dispositifs de santé « du milieu ordinaire » à des personnes qui s'en sont éloigné en facilitant le contact avec la pharmacie de ville.

- **L'association SAFE**, qui est engagée sur un projet national d'envoi de matériel. Ces contacts nous permettront d'identifier si des usagers de notre département sont inscrits comme destinataires et de définir la meilleure stratégie d'action à envisager sur notre territoire : informer nos usagers de cette possibilité d'envoi et proposer un contact par la récupération du matériel usagé, ou réaliser nous-mêmes l'envoi et faire le suivi des personnes rentrant dans ce dispositif.

- **Les autres CAARUD** : être moteur pour une prochaine rencontre avec les CAARUD de la région afin d'échanger sur la mise en œuvre des missions de RDR, le partenariat avec les CSAPA régionaux sur la mission de RDR, et de leur présenter notre projet de

rapprochement et de développement. Ce partenariat régional est important à maintenir du fait du partage de missions communes, d'un territoire élargi et d'interlocuteurs communs au titre de l'ARS. Ainsi, je serai vigilante sur le maintien des liens et force de proposition pour l'élaboration d'un ordre du jour pour des rencontres régulières. Sur les 4 CAARUD que comptent la région, 2 sont gérés par des associations qui ne portent que cet établissement et 2 sont gérés par des associations qui portent également un CSAPA.

- **Les partenaires sociaux de la grande précarité** (Samu social, SIAO) : le lien est également à prévoir et organiser. Ces partenaires, bien que dans le réseau de l'ALT, n'ont pas identifié spécifiquement notre mission de réduction des risques. Ainsi, ce rapprochement permettra à la fois de passer l'information de notre existence et de nos actions à leurs usagers et de valider le développement d'actions communes ou d'interventions conjointes telles que la mise en place d'une maraude ou l'intervention de professionnels de la RDR sur les sorties du Samu social, par exemple.

3.7 La communication

La communication est à travailler sous plusieurs angles :

- **La communication interne**. Elle a vocation à faire circuler l'information et à permettre à tous les niveaux de l'association, de fonctionner au même rythme et d'avancer ensemble. Ainsi, les réunions d'équipe hebdomadaires permettent de réaliser le suivi des usagers et d'identifier leurs besoins qui vont venir alimenter la réflexion sur l'orientation des actions à mettre en œuvre. Le Copil va se réunir tous les 15 jours et, une fois par mois, un état de l'avancement des travaux sera restitué en réunion d'équipe. Je situe les réunions avec les IRP, les réunions de bureau et du CA au niveau de la communication interne. Il est essentiel que l'ensemble de cette communication soit cohérente. Ainsi, chaque réunion fera l'objet d'un compte rendu écrit.
- **La communication auprès de l'ARS**. Celle-ci doit être organisée afin d'avancer sur le projet. Je propose la mise en place de rencontres programmées pour la présentation du projet, la visite de conformité et le rapprochement administratif des deux établissements.
- **La communication auprès des partenaires**. Une fois le projet précisé et validé par l'ARS, un plan de communication sera organisé autour des actions de réduction des risques déployés par l'établissement. Des plaquettes seront réalisées et distribuées à

l'ensemble de nos partenaires et serviront également de support de présentation aux professionnels. Un site est également en cours d'élaboration au niveau du CSAPA qui sera élargi et qui relaiera l'information.

- **La communication auprès des usagers**. Pour cette partie, les plaquettes pourront être utilisées. Par expérience, il est important que chaque professionnel au contact avec les usagers relaie l'information car le « bouche à oreille » reste le principal mode de communication envers ce public qui a besoin d'être rassuré et d'un relais pour « passer la porte ». Une communication sous format de carte de visite sera étudiée pour une plus grande discrétion.

3.8 L'évaluation

Les indicateurs d'évaluation doivent permettre de mesurer les écarts et les marges de progression entre les objectifs visés et les résultats observés.

Les principaux éléments observés sont pensés au démarrage de l'action :

Ils touchent le **suivi des personnes, quantitativement et qualitativement**

- Ceux-ci sont référencés dans les rapports d'activité remis annuellement. Ils permettent de repérer, entre autres critères le nombre d'usagers de drogues en contact avec l'équipe, le nombre d'usagers reçus sur les différents lieux d'exercice de l'équipe (unité mobile, centre, antennes, rue, domicile...), la quantité de matériel distribué, le nombre d'actes réalisés, les intervenants (travailleurs sociaux, psychologues, médecins...) et leur typologie (soin, rdr),
- Usagers engagés dans un accompagnement de pairs,
- Inclusion d'usagers dans le CVS.

Ces indicateurs nous permettront de faire une étude comparative et d'évaluer les modifications opérées au niveau du public (augmentation de la file active, augmentation des personnes en précarité, nouveau public...)

La mise en place des nouvelles actions :

- Leur opérationnalité : maraudes, nouveaux lieux d'intervention, habilitation TROD, envoi postal...,
- Le nombre de personnes reçues à l'accueil sans rendez-vous, typologie des personnes reçues et leurs demandes,
- Utilisation de la douche, utilisation d'internet,
- Nombre de personnes dépistées par les TROD.

Les partenaires :

- Rencontre avec les CAARUD,
- Nombre de pharmacies rencontrées, incluses dans le réseau de distribution,
- Mise en place d'un partenariat avec SAFE

Les indicateurs d'évaluation seront renseignés à l'issu de la première année de fonctionnement du « nouvel établissement ». Il s'agira, lors de la réalisation de ce premier bilan de fonctionnement de se projeter sur une évaluation continue de l'ensemble de l'activité et des nouvelles actions qui seront réévaluées au regard de nouveaux objectifs que nous auront fixés.

3.9 Calendrier

Voir le calendrier en annexe IX.

Un calendrier avec la mise en place d'un tableau de bord me permettra de visualiser l'avancée du projet. Ce projet démarre avec le changement de direction. La réflexion collective est menée dès septembre pour une effectivité lors du déménagement programmé en novembre. L'évaluation se veut quant à elle continue, selon les critères définis et proposés ci-dessus, validés avec le Copil et l'ARS.

Conclusion

Pour conclure ce mémoire, il me semble essentiel de noter l'importance des changements dans notre secteur médico-social. Il est impératif de redéfinir perpétuellement nos actions au regard des évolutions des publics.

Le domaine de l'addictologie se redéfinit en profondeur sous l'impulsion de l'observation de nouvelles pratiques. Je tiens à accompagner dans mon exercice professionnel les usagers afin que l'institution reste au plus proche de leurs besoins. Ainsi, nous ne ferons pas l'économie de rester ouvert en permanence aux observations qui viennent de l'extérieur (partenaires et habitants) et d'impliquer dans nos institutions la parole des usagers, qu'ils soient anciennement ou nouvellement inscrits. C'est à ce prix que nous pourrions maintenir une réactivité au regard des évolutions sociétales et que nous pourrions initier des nouvelles propositions et pratiques.

Comme le souligne Michel Foudriat dans la conclusion de son livre⁴⁸, « *Les causes des échecs des changements restent toujours liées à l'absence de prise en compte des acteurs utilisateurs qui n'acceptent jamais d'être dans le rôle d'acteurs passifs et d'être instrumentalisés. De ce fait, même si elle exige plus de temps et des postures spécifiques pas toujours présentes au préalable, la co-construction du changement reste la seule conception qui tienne compte de la complexité systémique et des logiques de tous les acteurs concernés* ». Ainsi, la prise en compte et l'accompagnement des équipes restent la clé de voute de la mise en œuvre du projet.

Le challenge de notre posture de direction est la mise en cohérence de l'ensemble des exigences et des besoins émanant des différents acteurs (politique, administratifs, financeurs, justice, salariés, administrateurs) afin de répondre à la fois aux exigences du système et aux besoins des usagers. Ici, la possibilité de rapprocher les deux établissements est une opportunité à saisir qui vient à la fois répondre à des exigences administratives, à des questionnements des salariés et à un développement de nos actions au profit des usagers.

⁴⁸ FOUURIAT Michel, Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux, Rennes, Presses de l'EHESP, Politiques et interventions sociales, 2013, 2^{ème} Edition.

La réintroduction de la dynamique du « aller-vers », portée par les CAARUD, dans l'ensemble de l'activité de l'ALT va permettre à l'association de poser les fondements d'une organisation plus dynamique en réponse à un public en mouvance permanente. Ainsi, l'association reprecise son projet associatif et sa capacité à être force de proposition auprès du public mais également de nos financeurs et partenaires.

Bibliographie

Ouvrage et articles

- BATIFOULIER Francis (sous la direction de), Manuel de direction en action sociale et médico-sociale, Paris, Dunod, 2011.
- BELLUCCI DRICOT Maryse, « Les pratiques en Réduction des Risques en CSAPA : une question aigüe qui divise (encore) ? », Actal - cahiers thématiques de la Fédération Addiction, décembre 2013, Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions?, n°13, p42-45.
- BONNET Philippe, L'exemple de Passerelle 39 : des usagers prennent la parole, Actal - cahiers thématiques de la Fédération Addiction, décembre 2013, Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ?, n°13, p18-19.
- CHAPPARD Pierre, Psychoactif, l'auto-support 2.0, Actal - cahiers thématiques de la Fédération Addiction, décembre 2013, Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ?, n°13, p59-61.
- COUTERON Jean-Pierre, « la réduction des risques en France : un peu d'histoire », Actal - cahiers thématiques de la Fédération Addiction, décembre 2013, Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ?, n°13, p3-6.
- DAVID Marie-Christine, spécialiste en psychologie sociale, « Le nerf de la guerre en management, c'est l'affect », Direction(s) N°64 – juin 2009.
- FOUURIAT Michel, Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux, Rennes, Presses de l'EHESP, Politiques et interventions sociales, 2013, 2^{ème} Edition.
- GUSTAVO Freda, De la toxicomanie aux addictions, Revue 39/2012/3, Le sociographe, Champ social Editions, 2012.
- JANVIER Roland, La fonction de direction en institution sociale et médico-sociale : Diriger : c'est du jeu? Paris, L'Harmattan, Le travail du social, 2012.
- JANVIER Roland, MATHO Yves, Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale, Paris, Dunod, 2002, 2^{ème} Edition.
- KINOO Philippe, Autorités, pouvoirs, décisions, responsabilités dans une institution, Paris, Ed. ERES, 2007.
- LAMOUREUX Valérie, Performance clinique ou performance gestionnaire ? Revue Empan 2012/3 (n° 87), 2012.

- LOWENSTEIN W., Ces dépendances qui nous gouvernent, Comment s'en libérer, Paris, Calmann-Lévy, 2005.
- MELLIER Denis, « Le fonctionnement anonyme des équipes et le risque de crise, la problématique de la fonction contenante », Les Cahiers de l'Actif 2006 – N°358/361, p85-101.
- MOREL Alain (sous la direction de), CHAPPARD Pierre, COUTERON Jean-Pierre, L'Aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie, Paris, Dunod, 2012.
- MOREL Alain, « L'avenir de la substitution : mettre fin (enfin !) au clivage entre soigner ou réduire les risques», Actal - cahiers thématiques de la Fédération Addiction, décembre 2013, Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ?, n°13, p56-58
- OLIEVENSTEIN Claude, La drogue, 30 ans après, Paris, Ed. O. Jacob, Octobre 2000.
- REYNAUD Michel (sous la direction de), Traité d'addictologie, Médecine-sciences Flammarion, Editions Flammarion SA, 2006.
- RICHARD Denis, SENON Jean-Louis, VALLEUR Marc, préface d'Axel KAHN, Dictionnaire des drogues et des dépendances, Paris, Larousse, essais et documents, octobre 2009, 3^{ème} édition.
- VALADIE JEANNEL Martine (sous la direction de), Bientôt les CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Quelles nouvelles perspectives de prise en compte des addictions dans un secteur sanitaire et social en mutation ?, Module interprofessionnels de santé publique, EHESP, 2009.

Textes

- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance).
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale.
- Décret no 98-1229 du 29 décembre 1998 relatif aux centres mentionnés à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique.
- Loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale

- Décret n°2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du code de l'Action sociale et des familles.
- Décret n°2005-1367 du 2 novembre 2005 portant modifications de certaines dispositions du code de l'Action sociale et des familles (partie réglementaire) relatives au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L.311-6 du code de l'Action sociale et des familles.
- Décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des CAARUD.
- Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.
- Décret n°2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.
- 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 à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.
- Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n°2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.
- Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH1 et 2).

Rapports et plans

- Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2006, Christophe Palle (OFDT), Christelle Lemieux (DGS/MC2), Nicolas Prisse (DGS/MC2), Hélène Morfini (DGS/MC2), Saisie des rapports : SMSI, 2006.
- Haute Autorité de Santé, Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins, Paris, 2007
- Les addictions dans les régions de France - Offre et production, Consommation, Conséquences sur la santé, Prévention et prise en charge, Conséquences judiciaires, FNORS, ORS d'Alsace, de Bourgogne, Centre, Martinique, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes, septembre 2007.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie, anesm, décembre 2009.

- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, anesm, juin 2010.
- BELLO et al. 2010, Réduction des risques chez les usagers de drogues, synthèse et recommandations, expertise collective, Inserm, juin 2010.
- Schéma régional d'organisation médico-social et sanitaire en addictologie de Champagne-Ardenne 2008/2012.
- Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013 – 2017, MILDT, 2013.
- Drogues, Chiffres clés, 5ème édition, OFDT, Juin 2013.
- AUBERTIN Marie-Xavière et CHOBEAUX François, Jeunes en errance et addictions, recherche pour la Direction Générale de la santé, CEMEA, juin 2013.
- Rapport européen sur les drogues 2013 : tendances et évolutions, OEDT, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2013.
- BASTIANIC Tanja, JANSSEN Eric, Usage problématique de drogues en France : les prévalences en 2011, estimations locales et extrapolations nationales, Saint-Denis, OFDT, septembre 2013.
- Dossier réalisé en collaboration avec le Pr Mickaël NAASSILA, Directeur de l'équipe Inserm ERI 24 Groupe de Recherche sur l'Alcool & les Pharmacodépendances (GRAP)
- DUHAMEL Gilles et HESSE Catherine, membres de l'inspection générale des affaires sociales, RAPPORT « Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives », IGAS, février 2014.
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Drogues et conduites addictives. Inpes éditions, décembre 2014.
- Rapport d'orientation budgétaire 2014 du secteur Etablissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (LHSS, CAARUD, CT, ACT, CSAPA, LAM), ARS Champagne-Ardenne, 1er décembre 2014.
- Actes de Journée CAARUD 10 ans, 15 janvier 2015.
- Drogues et addictions, données essentielles, OFDT, 2015.

Sites internet

- www.fnors.org : Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
- www.inserm.fr
- www.respadd.org : réseau de prévention des addictions

- www.ofdt.fr
- www.drogue.gouv.fr
- www.notforhuman.fr
- www.psychoactif.org

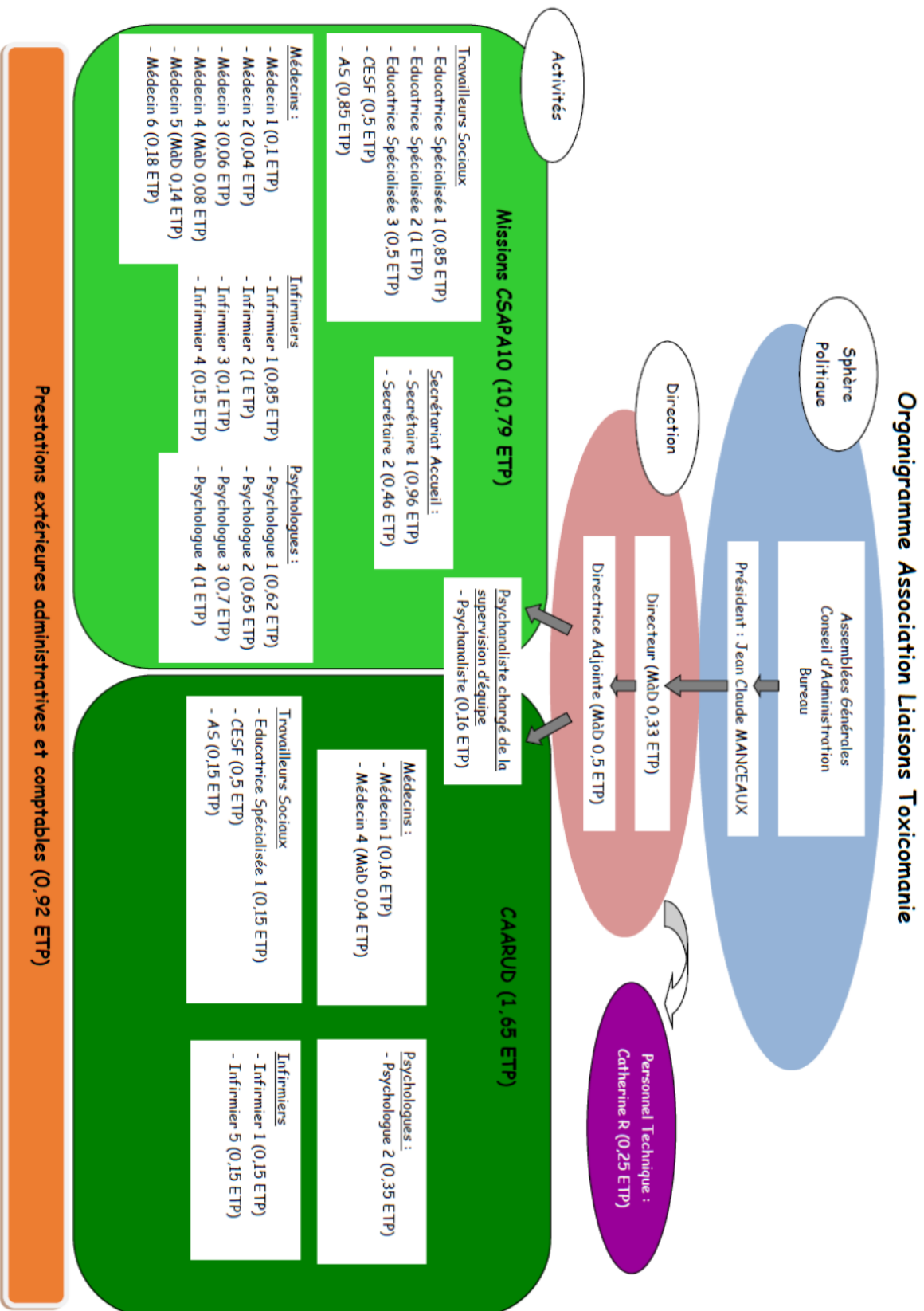
Documents internes

- Projet d'établissement CSAPA « La rose des vents », association OPPELIA.
- Projet d'établissement « le CSAPA10 », GCSMS « Le CSAPA 10 »

Liste des annexes

ANNEXE I – Organigramme	P II
ANNEXE II – Tableau de financement	P III
ANNEXE III – Courrier de demande d’investissement	P IV à V
ANNEXE IV – Courrier d’accord d’acquisition	P VI
ANNEXE V – Référents	P VII
ANNEXE VI - Tableau d’effectif de l’ALT CSAPA-CAARUD	P VIII
ANNEXE VII –Plans	P IX-X
ANNEXE VIII – Plaquette de communication CSAPA	P XI
ANNEXE IX – Calendrier	P XII

ANNEXE I - Organigramme



ANNEXE II – Tableau de financement

	CSAPA	CAARUD	TOTAL ALT
Réserves fin 2012	386 842 €	133 060 €	519 902 €
Dont affectés à la réserve de trésorerie (notifiées et proposées non notifiées)	18 341 €	31 585 €	49 926 €
Affectations notifiées sur actions spécifiques non engagées	51 918 €	11 558 €	63 476 €
Excédents affectés à l'investissement	226 570 €	57 700 €	284 270 €
Compensation de déficit d'exploitation, non notifié	37 310 €	17 216 €	54 526 €
Compensation d'amortissement, non notifié	52 703 €	15 000 €	67 703 €
Acquisition			410 520 €
Travaux (hors élévateur)			60 900 €
Elévateur			43 100 €
Total investissement			514 520 €
Ecart			5 382 €

ANNEXE III – Courrier de demande d'investissement



Agence Régionale de Santé
de champagne Ardenne
2 rue Dom Pérignon
Complexe tertiaire du Mont Bernard
CS 40513

A l'attention de Mathilde HENRY

51007 Châlons en Champagne

Monsieur le Directeur,

L'Association Accueil Liaisons Toxicomanie porte un des services du CSAPA de l'Aube et le CAARUD.

Les locaux d'accueil du public de ces deux établissements s'avèrent depuis déjà quelques années mal adaptés à nos activités. Afin d'assurer un meilleur service et une meilleure accessibilité, nous avons installé deux modules préfabriqués dans la cour il y a quelques mois.

Parallèlement nous recherchions une solution plus pérenne en lien avec les deux autres membres du GCSMS le CSAPA de l'Aube. Nous n'avons malheureusement pas pu aboutir dans cette démarche relative à des locaux communs.

Nous avons aujourd'hui la possibilité de nous porter acquéreur d'un espace de bureau adapté tant par son volume que sa situation.

Nous proposons de financer cette acquisition en mobilisant des résultats antérieurs.

Les travaux d'adaptation et les compléments mobiliers mobiliseront les provisions pour investissement constituées.

Le montant dévolu à l'acquisition sera amorti en parallèle au bilan sans peser sur les charges d'exploitation, seul les travaux d'adaptation et les compléments mobiliers pèseront sur nos charges lesquelles seront minorées des loyers.


Monsieur Manceaux, Président, convoque une assemblée générale extraordinaire le 5 janvier 2013 pour statuer sur ce projet (ou à défaut de quorum 15 jours après). Le compromis de vente en cours de préparation mentionne en clause résolutoire l'accord express de l'Agence Régionale de Santé sur le financement.

Vous trouverez ci-joint un dossier de présentation du projet, je vous serai obligé de bien vouloir m'indiquer votre position dès que possible.

Je reste à votre disposition pour tout élément complémentaire que vous jugerez utile, et je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur l'assurance de ma parfaite considération.

Le directeur

ANNEXE IV – Courrier d'accord d'acquisition



Service émetteur :
Direction du Service Médico-Social

Affaire suivie par : Mathilde HENRY
Courriel : ars-ca-addictologie@ars.sante.fr

Téléphone : 03 26 66 79 15

Objet : déménagement ALT

Date : 30 décembre 2012

Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne

à

Monsieur MANCEAUX
Président de l'ALT
35 rue du Cloître Saint Etienne
10 000 TROYES

Monsieur le Président,

Par courrier en date du 15 décembre 2012 vous présentez à l'Agence Régionale de Santé votre projet de déménagement de l'ALT (porteur du CAARUD de l'Aube et membre du CSAPA de l'Aube).

Les nouveaux locaux que vous souhaitez acquérir seraient financés par mobilisation des résultats antérieurs.

L'ARS vous soutient dans ce projet, tant sur le choix des locaux que sur le financement par mobilisation des résultats antérieurs.

La Délégation Territoriale de l'ARS de l'Aube se rendra à votre Assemblée Générale du 5 janvier prochain.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, l'expression de mes sincères salutations.

Le directeur général de l'ARS,

Jean-Christophe PAILLE



copie : DT do

Siège : Complexe tertiaire du Mont Bernard 2 rue Dom Pérignon – CS 40513 51007 Châlons-en-Champagne
Standard : 03 26 64 42 00 – Fax 03 26 65 62 60 - Site internet : www.ars.champagne-ardenne.sante.fr

Travail pour l'élaboration des fiches de poste ALT

Référencement des actions relevant de la réduction des risques et dont l'activité demande un suivi spécifique :

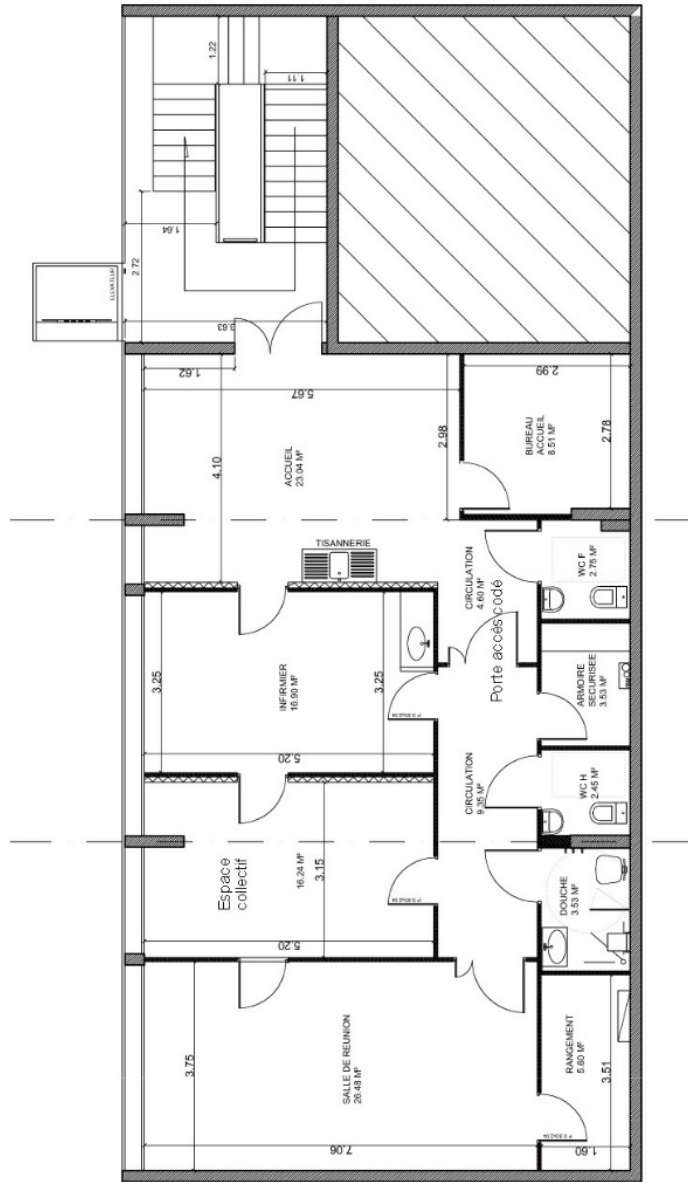
Nombre de salariés à 0,5 ETP et plus = 12

1. Développement du partenariat et des liens avec les pharmacies (infirmier 1)
2. Unité mobile (éducatrice 1)
3. Lien avec les CAARUD (éducatrice 2)
4. Veille documentaire RDR (secrétaire, technicien qualifié)
5. Accompagnement des usagers volontaires - pairs (éducatrice 3)
6. L'accueil sans rendez-vous (psychologue 1)
7. Le matériel de RDR (CESF)
8. Développement territorial en lien avec les consultations avancées (AS)
9. Projet d'envoi postal de matériel (psychologue 2)
10. Partenariat grande précarité (psychologue 3)
11. TROD et dépistage (infirmier 2)
12. Internet (psychologue 4)

ANNEXE VI – Tableau d'effectif de l'ALT CSAPA-CAARUD

SALARIES		ALT CSAPA	CAARUD	ALT CSAPA-CAARUD
Fonctions	Type contrat	ETP	ETP	Total ETP
Directrice	CDI	0,8330	0,1670	1,0000
Technicien qualifié	CDI	0,9570		0,9570
Technicien qualifié	CDI	0,4600		0,4600
Agent de Service Intérieur	CDI	0,1800	0,0770	0,2570
Médecin 1	CDI	0,1140	0,1670	0,2810
Médecin 2	CDI	0,0460		0,0460
Médecin 3	CDI	0,0590		0,0590
Médecin 4	CDI	0,0800	0,0400	0,1200
Médecin 5	CDI	0,1373		0,1373
Médecin 6	CDI	0,1800		0,1800
Psychologue 1	CDI	0,6200		0,6200
Psychologue 2	CDI	0,6500	0,3500	1,0000
Psychologue 3	CDI	0,7000		0,7000
Psychologue 4	CDI	1,0000		1,0000
Psychanalyste	CDI	0,1300	0,0290	0,1590
Infirmier 1	CDI	0,8500	0,1500	1,0000
Infirmier 2	CDI	1,0000		1,0000
Infirmier 3	CDI	0,1000		0,1000
Infirmier 4	CDI	0,1500		0,1500
Infirmier 5	CDI		0,1500	0,1500
Educatrice Spécialisée 3	CDI	0,5000		0,5000
Educatrice Spécialisée 2	CDI	1,0000		1,0000
Conseillère ESF	CDI	0,5000	0,5000	1,0000
Educatrice spécialisée 1	CDI	0,8500	0,1500	1,0000
Assistante Sociale	CDI	0,8500	0,1500	1,0000
TOTAL ETP		11,946	1,930	13,8763

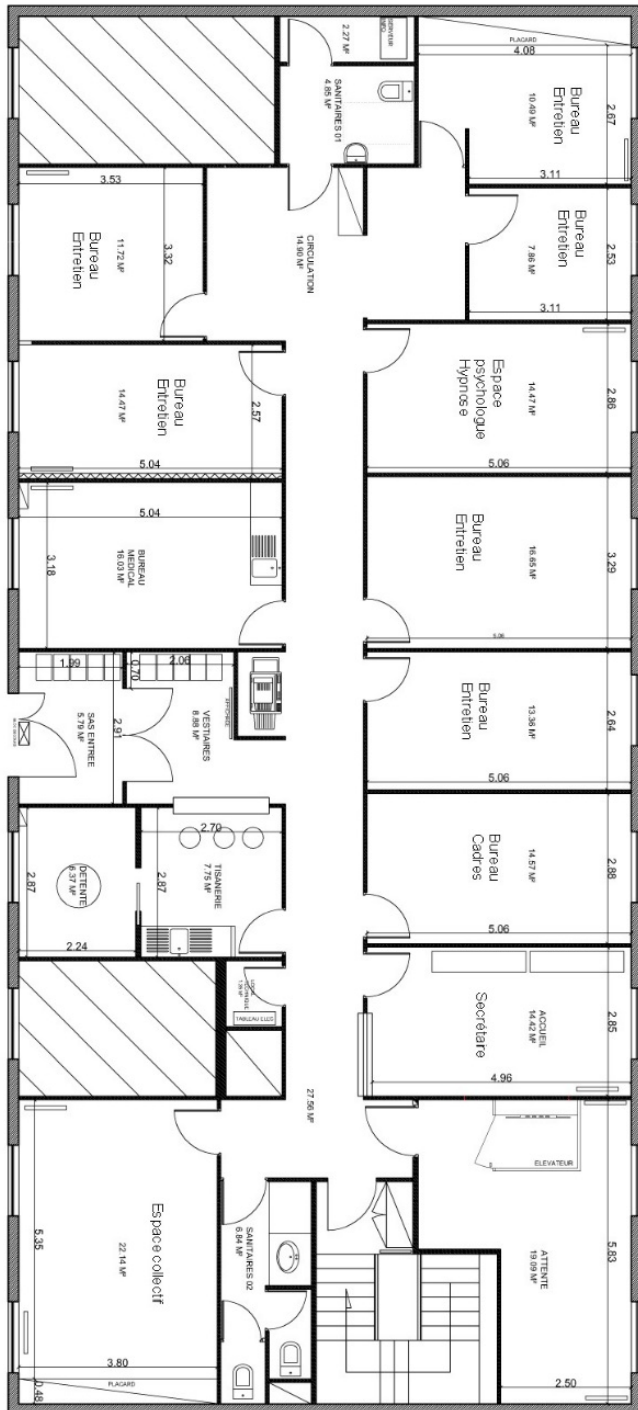
ANNEXE VII – PLANS



PRO 02

AMENAGEMENT DES LOCAUX DE L'ALT - 49/53 BD DU 14 JUILLET A TROYES - ETAT PROJETE - 1er ETAGE - ECH. 1/100°
 JANVIER 2015

saarl d'architecture Urbatect - Catherine Klister architecte dplg - 14 rue Jean Louis Delaporte - 10000 TROYES - tel:03 25 42 93 87 fax/ 09 82 62 23 87 - urbatect@bbox.fr



AMENAGEMENT DES LOCAUX DE L'A.L.T. - 49/53 BD DU 14 JUILLET A TROYES - ETAT PROJETE - 2ème ETAGE - ECH. 1/100°
 JANVIER 2015

PRO 03

sarl d'architecture Unibatel - Catherine Keiser architecte dpg - 14 rue Jean Louis Desloppé - 10000 TROYES - tel:03 25 42 93 87 fax: 03 25 42 93 87 - unibatel@box.fr

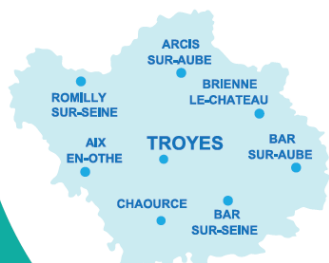


ANNEXE VIII – Offre de soins du CSAPA et maillage territorial

▲ Nous trouver



Quelle que soit votre adresse, vous pouvez être reçu à Troyes et dans nos antennes pour un accompagnement médico-social.



A.I.T.
Accueil Laïcs Troyciens
49 bd du 14 juillet à Troyes
Tél : 03 25 80 56 01
Mail : ait@ait.asso.fr

Association Nationale de PRÉVENTION en ALCOOLOGIE et ADDICTOLOGIE
ANPAA
2 place Casimir Perrier à Troyes
4ème étage
Tél : 03 25 49 44 44
Mail : anpaa10@anpaa.asso.fr

REVIVRE
L'AMITIÉ SANS ALCOOL
26 rue des Quinze-Vingt à Troyes
Tél : 03 25 73 40 53
Mail : revivre@foyer-aubois.fr

▲ Pour nous contacter :

Tél : 03 25 80 25 26
Mail : csapa10@orange.fr

Les addictions des moyens pour être aidé



Appelez le :
03 25 80 25 26

▲ Des professionnels à votre écoute

PROCHES DE VOUS

Confidentialité
Gratuité



CSAPA 10
Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSAPA 10
Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

▲ Offre de soins

Les services proposés par le CSAPA sont gratuits et confidentiels.

«Toute personne s'inscrivant dans une démarche de soins, a droit à l'anonymat. Afin de répondre au mieux aux problèmes de conduites addictives avec ou sans produit, différentes propositions peuvent être mises en place.»

- ▶ Accueil, écoute, information de toute personne
- ▶ Evaluation de l'addiction
- ▶ Entretiens individuels et personnalisés avec accompagnements éducatif, social, psychologique et médical
- ▶ Groupes de parole
- ▶ Groupes d'entraide et de convivialité
- ▶ Consultations sur Troyes et sur tout le département dans les antennes et à domicile.
- ▶ Accompagnement de la famille et de l'entourage
- ▶ Consultations accessibles aux personnes handicapées
- ▶ Actions de réduction des risques
- ▶ Consultations spécifiques Jeunes Consommateurs
- ▶ Service de prévention



▲ Intervenants

Des équipes à votre service :

- Assistants sociaux
- Educateurs spécialisés
- Conseillères en économie sociale et familiale
- Accompagnants socio-éducatif
- Animateurs
- Psychologues
- Infirmiers
- Médecins
- Diététiciennes
- Sécrétaires médico-sociales
- Bénévoles

▲ Pour nous contacter :

Tél : 03 25 80 25 26
Mail : csapa10@orange.fr

CSAPA 10

Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSAPA 10

Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

ANNEXE IX - Calendrier

Liste des tâches	avr-15	mai-15	juin-15	juil-15	août-15	sept-15	oct-15	nov-15	déc-15	janv-16	févr-16	mars-16
Changement de direction												
Coordination du Projet												
Elaboration du projet et des missions												
Copil												
Rencontres Pharmacies												
Rencontre CAARUD région												
Rencontre SAFE												
Suivi politique et administratif du projet												
Conseil d'administration												
Rencontre ARS												
Visite de conformité												
GCSMS : Convention constitutive												
GCSMS : assemblée des membres												
Transfert d'autorisation au GCSMS												
Mise en œuvre opérationnelle												
Déménagement												
Saisie centralisée sur G12A												
Management												
Entretiens professionnels et évaluation												
Elaboration du plan de formation												
Evaluation												
Mise en place des critères d'évaluation												
Evaluation continue des actions												

LEMAIRE

Eugénie

Novembre 2015

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**
ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Ile-de-France

**Mettre à profit la nécessaire restructuration associative pour
répondre aux nouveaux besoins d'accompagnement des publics
addictifs**

Résumé :

L'Accueil Liaisons Toxicomanie, association auboise dont l'objet est l'accompagnement d'un public de toxicomanes, concentre à la fois les activités d'un Centre de Soins et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et d'un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD).

L'ALT a l'expérience de la toxicomanie et l'opportunité, de par un prochain déménagement, couplé avec le départ en retraite de son directeur, de repenser son projet et de travailler sur la clarification de la notion de réduction des risques tant au niveau du CSAPA qu'au niveau du CAARUD.

De plus, les politiques publiques actuelles tendent à remettre l'accent sur la réduction des risques et le rapport de l'IGAS de février 2014, offre l'opportunité pour ceux qui le souhaiteraient de « *faciliter des rapprochements fonctionnels entre CSAPA et CAARUD sur la base du volontariat, les évaluer, avant d'envisager une fusion statutaire* ».

Aujourd'hui, l'association souhaite se saisir de cette possibilité de rapprocher les deux établissements dans la création d'un établissement unique CSAPA-CAARUD regroupant les deux missions.

Cette nouvelle organisation permet de repenser en profondeur les actions mises en œuvre au sein de l'association pour un meilleur service rendu au public toxicomane du département.

Mots clés :

CSAPA, CAARUD, ARS, GCSMS, Addictologie, Réduction des risques, Réorganisation, Restructuration, Toxicomanie, Stratégie territoriale.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.