

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2004

Personnes en difficulté sociale

**FACE A L'ÉVOLUTION PERMANENTE DES TOXICOMANIES,
DIRIGER UN CSST ENTRE COMMANDE PUBLIQUE ET BESOINS
DES USAGERS**

Christian VIVES

Remerciements

A **Christian LAUTIER** Directeur certifié, Directeur de mémoire, pour son soutien, sa disponibilité et ses encouragements.

A **Céline VERDIER** secrétaire, pour ses précieux conseils sur la mise en forme.

A **Myriam CADEOT** animatrice, **Francis GARCIA** Inspecteur D.A.S.S 47 pour leur soutien.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 L'ÉVOLUTION DU CENTRE SPÉCIALISÉ DE SOINS POUR TOXICOMANES LE S.A.S.T-VERRIÈRE MIS EN TENSION AVEC L'ÉVOLUTION DU DISPOSITIF DE SOINS EN France.....	3
1.1 Les effets de la décentralisation : de la prévention spécialisée au S.A.S.T-Verrière	3
1.2 L'association gestionnaire : l'Association de Sauvegarde et de Promotion de la Personne	4
1.3 L'évolution du centre de soutien pour toxicomanes vers le CSST le S.A.S.T-Verrière	5
1.3.1 La période de 1985 à 1989 : la création du CST le S.A.S.T-Verrière par le Conseil Général. L'émergence du SIDA.....	6
1.3.2 La période de 1990 à 1991 : la convention tripartite, une situation atypique. Le médecin nouveau collaborateur.....	9
1.3.3 La période de 1992 à 1996 : le CST est conventionné et devient CSST. L'Etat prend le relais du département l'annonce de l'arrivée de la substitution	10
1.3.4 La période de 1997 à 2000 : le CSST évolue Centre Méthadone	13
1.3.5 La période de 2001 à 2003 : la substitution et le sanitaire. La prise en charge médicale axe dominant	14
1.3.6 Le CSST, S.A.S.T-Verrière aujourd'hui.....	17
1.4 Le profil du toxicomane pris en charge aujourd'hui.....	17
1.5 Les caractéristiques de la population toxicomane en grande dépendance accueillie au S.A.S.T-Verrière.....	19
Conclusion partielle	21
2 CES DROGUES DITES DOUCES QUI FONT ÉMERGER LES NOUVELLES TOXICOMANIES	23
2.1 Le concept de dépendance.....	23
2.2 L'analyse des bilans d'activité du S.A.S.T-Verrière	25

2.3 L'enquête auprès des autres dispositifs de soins pour toxicomanes. Une confirmation de l'évolution constatée au S.A.S.T-Verrière.....	27
2.4 Le cannabis, nouveau vecteur de dépendance	28
2.4.1 L'historique du produit et l'évolution sociale	28
2.4.2 Les nouveaux usagers, les nouveaux produits.....	30
2.5 Les différents profils de l'utilisateur de cannabis.....	31
2.5.1 L'utilisateur répétitif de cannabis.....	32
2.5.2 L'utilisateur régulier de cannabis.....	34
2.5.3 L'utilisateur quotidien de cannabis.....	36
Conclusion partielle	40

3 LE PROJET DE DIRECTION : le développement des ressources humaines pour une professionnalisation adaptée. Un partenariat à l'échelle du territoire pour repérer, évaluer et prévenir les nouvelles toxicomanies

3.1 Un management adapté pour une évolution importante	44
3.2 Le point écoute et rencontre adolescents/parents	45
3.2.1 La recherche de financement.....	46
3.2.2 La conduite de projet de direction.....	47
3.2.3 La recherche d'un lieu d'implantation.....	47
3.2.4 Les offres de service d'I.C.A.R.E	48
A) L'évaluation de la situation des personnes.....	49
B) L'accueil parents et adultes-éducateurs	49
C) Le fonctionnement du service.....	50
D) Le pôle information.....	50
E) Le pôle auto-évaluation du contrôle de sa consommation.....	51
F) La mise en place des dispositifs prévus dans la loi de 2002	52
G) L'évolution des politiques publiques : le plan quinquennal 2004-2008.....	53
3.3 La formation du personnel pour répondre aux nouvelles toxicomanies émergentes : renforcer les compétences de l'équipe.....	53
3.3.1 Le plan de formation comme outil d'accompagnement et de changement.....	53
3.3.2 La participation à des groupes de recherche.....	56
3.3.3 La participation à des congrès.....	56
3.3.4 Les réunions institutionnelles à thèmes.....	56

3.3.5 Participation à un groupe de travail chargé de faire des propositions dans le cadre de la réforme de la loi du 31 décembre 1970.....	56
3.4 La création d'un observatoire départemental en collaboration avec l'inspection académique et l'ensemble de ses services médicaux et sociaux, les juges pour enfants, la police et la gendarmerie.....	57
3.5 La mise en place d'une coordination à l'échelle du territoire de l'ensemble des dispositifs de prise en charge des personnes présentant des conduites addictives	59
3.6 L'évaluation	60
3.7 Une instance participative à mi-chemin entre le conseil de la vie sociale et le groupe d'expression, adaptée aux toxicomanes fortement dépendants	61
CONCLUSION	63
LA BIBLIOGRAPHIE	65
LA LISTE DES ANNEXES	

Liste des sigles utilisés

A.E.M.O : Action Educative en Milieu Ouvert
A.I.D.E.S : Association de lutte contre le Sida
A.N.I.T : Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie
A.N.P.A.A : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie
A.S.P.P : Association de Sauvegarde et de Promotion de la Personne
C.A.S.F : Code de l'Action Sociale et des Familles
C.E.I.D : Centre d'Etude et d'Information sur les Drogues
C.G : Conseil Général
C.H.R.S : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.
C.P.A.M : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
C.R.A.M : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
Crips :Centres régionaux d'information et de prévention du Sida
C.R.O.S.S : Commission Régionale d'Organisation Sanitaire et Sociale
C.S.S.T : Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes
C.S.T : Centre de Soins pour Toxicomanes ou Centre de Soutien pour Toxicomanes
D.D.A.S.S : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.G.S : Direction Générale de la Santé
D.R.A.S.S : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.R.E.S.S : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSM-IV : Diagnostic and Statistic Manuel
E.S.C.A.P.A.D :Enquête sur la Santé et les Comportements, effectuée lors de l'Appel de Préparation à la Défense.
G.R.R.I.T.A : Groupe de Recherche et de Réflexion des Intervenants en Toxicomanie d'Aquitaine
I.C.A.R.E : Information Conduites Addictives Rencontre et Ecoute
I.D.E : infirmière Diplômée d'Etat.
I.N.S.E.R.M : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
M.I.L.D.T : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies
M.I.L.T : Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie
O.F.D.T : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé
P.E.S : Programme Echanges de Seringues.
P.R.A.P.S : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PROMOFAF : Organisme de formation

P.R.S Jeune : Programme Régional de Santé

S.A.S.T: Service d'Aide et de Soins pour Toxicomanes

SESI-DGS : Statistiques des Etudes et des Systèmes d'Information – Direction Générale de la Santé

S.I.D.A : Syndrome Immuno Déficitaire Acquis

T.H.C : delta-9 tétrahydrocannabinol

T.R.E.N.D : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues

U.R.C.A.M: Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

V.I.H : Virus de l'Immuno déficience Humaine

INTRODUCTION

La toxicomanie a fait symptôme en France au cours des années 1968. Jusqu'alors le phénomène concernait des adultes insérés, peu enclins à l'opposition sociale. Les événements de 1968 ont révélé l'émergence de nouveaux usagers de drogues issus de toutes les classes sociales et remettant en cause l'autorité de l'Etat. Par la promulgation de la loi du 31 Décembre 1970, le législateur va donner une identité au toxicomane et tenter d'apporter des réponses en matière de répression et d'injonction thérapeutique. Le toxicomane est considéré comme un délinquant, sujet inadapté socialement.

Dans les années 1980, le développement du SIDA va renforcer l'image de l'héroïnomane « danger public » et « malade » ; le toxicomane bénéficie de traitement de substitution. L'image du toxicomane est celle du malade et du patient. Actuellement, l'usager de drogue est un polytoxicomane bénéficiant de médication mais aussi s'automédicant, « migrant » de l'alcool associé aux benzodiazépines vers la cocaïne ou l'ecstasy, faisant une « pause » en se réinjectant de l'héroïne.

Aujourd'hui nous voyons apparaître de lourdes dépendances au cannabis, elles représentent plus de 50% des demandes de soins auprès des Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes¹.

Le Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes, que nous dirigeons, a été créé en 1985. Il est issu de la reconversion d'une équipe de prévention spécialisée.

Fonctionnant sur un modèle de prises en charge éducative, intervenant dans le champ de la prévention et du soutien, le mode de prise en charge et la composition de l'équipe ont fortement été influencés par la commande des organismes de contrôle, conditionnant parfois le subventionnement du Centre aux évolutions souhaitées.

Le CSST s'est inscrit dans une logique d'adaptation à la commande, menacé par le risque de réduction des effectifs, voire de fermeture.

Centré essentiellement sur les attentes de l'organisme de contrôle, les anticipants parfois, le service n'a pas toujours été suffisamment attentif aux indicateurs faisant apparaître une évolution des toxicomanies chez les usagers du C.S.S.T

Actuellement, les offres de services se font essentiellement dans le champ médical. La substitution (morphinique de synthèse) est la réponse quasi exclusive en matière d'offre de soins. Très adapté à la prise en charge des héroïnomanes (forte dépendance physique au morphinique), le CSST l'est beaucoup moins pour la prise en charge des toxicomanies au cannabis ou à la cocaïne (forte dépendance psychologique) qui ne se traitent pas par

¹ L'usage problématique de cannabis revue Toxibase n°12/lettre du Crips n°70.

la substitution (inopérante) mais par l'accompagnement, le soutien psycho-éducatif et la psychothérapie. Ces nouvelles demandes dans le champ du soin mettent à jour un déséquilibre entre les besoins de ces nouveaux toxicomanes, les offres de services et les moyens du centre, en termes de type d'offres de services (essentiellement médicales actuellement) mais aussi de compétences et de profils professionnels (manque de psychologues et d'éducateurs).

Mon projet de directeur, tout en m'inscrivant dans la commande publique, est de permettre de prendre en compte les besoins émergents des usagers de drogue.

Dans la première partie de mon travail, je vais décrire l'évolution en cinq étapes du Centre de Soins S.A.S.T-Verrière en mettant en tension les écarts avec les besoins des usagers.

J'expliquerai en quoi l'évolution du service s'est faite, au regard des commandes des organismes de contrôle, dans une approche sanitaire qui, en répondant aux problèmes de santé des toxicomanes (avec l'émergence du VIH), rendait difficile la prise en compte de la dimension psychologique (le produit de substitution en répondant au manque, diffère le questionnement sur la dépendance).

Dans ma deuxième partie, j'aborderai les nouvelles pratiques et toxicomanies émergentes qui me permettront de confirmer mon hypothèse explicative.

En dernier lieu, je proposerai un projet de direction visant à la mise en place d'offres de services, répondant à l'ensemble des besoins des toxicomanes s'adressant au S.A.S.T-Verrière.

1. L'ÉVOLUTION DU CENTRE SPÉCIALISÉ DE SOINS POUR TOXICOMANES LE S.A.S.T-VERRIÈRE MIS EN TENSION AVEC L'ÉVOLUTION DU DISPOSITIF DE SOINS EN FRANCE

Nous allons analyser les différentes étapes de l'évolution du CSST le S.A.S.T-Verrière créé par l'ASPP et comment ce service a suivi l'évolution des politiques publiques et en quoi sa réponse a été en conformité avec les attentes des organismes de contrôle.

Ce travail s'appuiera sur le tableau de l'annexe 1 qui servira de référentiel explicatif.

1.1. Les effets de la décentralisation : de la prévention spécialisée au S.A.S.T-Verrière

Dans un premier temps nous allons voir quel a été l'impact des premières lois de décentralisation sur l'organisation future du service.

Les lois de décentralisation votées en 1982 donnent compétence aux Conseils Généraux en matière de prévention spécialisée au plan de la gestion et du financement d'équipes de rues et de clubs de prévention. Dans un même temps, cette loi de décentralisation marque une plus grande centralisation du dispositif de prise en charge des toxicomanes. La toxicomanie qui est considérée comme un «fléau national» doit rester une compétence de l'Etat.

Les Conseils Généraux sont dessaisis de la politique de lutte contre la toxicomanie, y compris en matière de prévention. Avant cette loi, bien que l'Etat garde un droit de contrôle, les Conseils Généraux votaient les dépenses en matière de soins aux toxicomanes (par le biais du dispositif appelé «dépenses obligatoires»). Certains centres répondant à des besoins locaux dans le champ de la prévention ou dans celui de la réinsertion bénéficiaient d'un financement des Conseils Généraux. La toxicomanie est désormais exclusivement gérée et financée par la Direction Générale de la Santé.

Le Conseil Général de Lot-et-Garonne, à cette époque, souhaite diminuer le financement de l'équipe de prévention gérée par l'Association de Sauvegarde et de Promotion de la Personne à Agen. Trois postes budgétaires seraient supprimés. Aucun reclassement au sein de l'association n'étant possible, il est envisagé avec le Conseil Général, de créer en Lot et Garonne un CST (Centre de Soutien pour Toxicomanes). Alors qu'au plan national les Conseils Généraux n'ont plus de compétences en matière de toxicomanie, le Conseil Général de Lot et Garonne accepte le financement de cette structure sous réserve que l'A.S.P.P. fasse les démarches auprès de la DGS pour qu'une reprise effective du financement de ce service soit effective dans les plus brefs délais.

Après avoir présenté l'Association gestionnaire, je retracerai les grandes étapes de l'évolution du CST S.A.S.T-Verrière et je dégagerai les logiques institutionnelles dominantes dans l'histoire de ce service.

1.2 L'association gestionnaire : l'Association de Sauvegarde et de Promotion de la Personne

Pour créer un service d'A.E.M.O sur Agen, le Directeur Général Fondateur transforma «l'Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfance Coupable et en danger» créée en 1936 à l'initiative du Procureur Général de l'époque, en Association de Sauvegarde et d'Action Educative. Le 8 Mars 1968, les nouveaux statuts paraissaient au Journal officiel. En juillet 1968, le premier service, celui de l'A.E.M.O, fut habilité.

Actuellement, l'Association se nomme Association de Sauvegarde et de Promotion de la Personne. L'ancienne appellation était trop restrictive et ne reflétait pas la réalité des actions qui n'étaient pas seulement éducatives. L'association gère quatorze services dont le dernier a été créé en 1993, la majeure partie sont des services de milieu ouvert. Ces services sont organisés en pôles selon des logiques d'action ou de territoires.

Le nombre de salariés est de 290.

Les produits budgétaires de l'ensemble de l'Association sont de 124 millions d'Euros.

L'A.S.P.P défend les valeurs liées à la sauvegarde, la protection, la promotion et l'avenir de la personne humaine.

Par ses actions, l'A.S.P.P. entend :

- Affirmer la primauté de la personne, la reconnaissance, le respect auxquels elle a droit.
- Valoriser son unité, dans son cheminement, ses différences, ses spécificités d'âge, de sexe, d'origine ethnique, de culture.
- Entraîner à la participation, favoriser les potentiels individuels, la contribution personnelle ainsi que celle de ses proches et de son milieu de vie. Notamment en facilitant son accès aux droits et aux possibilités concrètes d'exercice de ses responsabilités, ses choix.
- Réaffirmer le respect dû à chaque être humain.

Ces principes qui guident l'action associative depuis l'origine, se sont vus confortés par les articles 2 et 5 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale.

1.3 L'évolution du Centre de Soutien pour Toxicomanes vers le Centre de Soins Spécialisé pour Toxicomane Le S.A.S.T-la Verrière

Préambule :

Je travaille dans le Centre de Soins pour Toxicomanes S.A.S.T-Verrière depuis 1987. D'abord en tant qu'intervenant en toxicomanie (de formation initiale éducateur spécialisé) jusqu'en 1992, puis comme chef de service jusqu'en 2001, et depuis cette date comme directeur. A différentes places, puis à différents niveaux, j'ai été tout à la fois le témoin, l'acteur et le promoteur de l'évolution du dispositif de prise en charge en général, et du Centre de Soins S.A.S.T-Verrière, en particulier.

Six grandes périodes caractérisent cette évolution. Je vais tenter à chaque fois de dégager ce qui les caractérise et ce qui les définit au travers des items suivants :

- Le cadre réglementaire : les lois, circulaires et décrets encadrant le dispositif
- Les politiques publiques, sociales et sanitaires
- Les agréments, les conventions particulières, les financements
- La configuration institutionnelle, les références théoriques et les modèles professionnels de référence, la composition de l'équipe, les missions et les orientations
- Le partenariat évoluant en fonction des époques et des orientations préconisées par les organismes de contrôle, mais aussi par des impulsions de l'association gestionnaire.

Le référentiel en annexe 1 présente de façon synoptique l'ensemble de ces évolutions, sur une période allant de la promulgation de la loi du 31 décembre 1970 au dernier décret fixant les conditions d'organisation et de fonctionnement des C.S.S.T.

Le 1^{er} Janvier 1985 était créé le Service d'Aide et de Soutien aux Toxicomanes (S.A.S.T-Verrière) à Agen. Il était financé pour une durée d'un an par le Conseil Général, l'Association devant faire les démarches nécessaires pour obtenir de la DGS un financement sur des crédits toxicomanies.

Il est important de noter qu'aucune étude de besoins sérieuse et scientifiquement menée n'est à l'origine de la création de ce service. Le sentiment du président de l'A.S.P.P., médecin pédiatre, que quelques problèmes locaux de toxicomanie existaient est à l'origine de cette création.

Nous voyons dès à présent apparaître qu'une des raisons à l'origine de cette création, a été la préservation des emplois d'un service menacé de fermeture.

Quinze ans auparavant apparaissait le dispositif de soins pour toxicomanes lié à la promulgation de la loi de 1970 relative à la lutte contre la toxicomanie. Cette loi votée dans un contexte social où la jeunesse représentait un danger et où la drogue était associée à la contestation.

Elle interdit l'usage, la détention et le commerce des drogues et prévoit un volet sanitaire qui s'appuie sur l'hypothèse que le toxicomane est un délinquant mais aussi un malade. Pour lui permettre de se soigner, des structures d'accueil sont créées, elles garantissent l'anonymat et la gratuité des soins.

En 1972, Robert BOULIN, Ministre de la Santé, signe une circulaire qui définit le fonctionnement des structures d'accueil et de post-cures.

Cette circulaire constitue la première base de la professionnalisation des structures pour toxicomanes. Le dispositif de droit commun (hôpitaux généraux et psychiatrique) jugeant les toxicomanes comme des patients trop difficiles, c'est le dispositif associatif qui va développer les lieux d'accueil pour cette population.

Des médecins psychiatres sont à l'origine de nombreux centres reposant pour l'essentiel sur une approche faisant rupture avec la psychiatrie traditionnelle.

1.3.1 La période de 1985 à 1989 : la création du CST le S.A.S.T-Verrière par le Conseil Général, l'émergence du SIDA

Le centre de soutien pour toxicomanes S.A.S.T-Verrière a ouvert officiellement le 1^{er} janvier 1985 à AGEN.

Jusqu'en 1992, date du financement définitif par la DGS, l'Association a entrepris nombre de démarches pour obtenir l'agrément et le financement du service. La pérennité du service était au cœur de l'institution, mobilisant l'ensemble institutionnel à différents niveaux :

- Celui de l'Association, par son Président et Directeur Général
- Celui du service et de l'ensemble de l'équipe
- Celui des syndicats et des organisations représentatives des salariés.

Cette cause commune a développé une dynamique institutionnelle forte, créant un climat associatif de mobilisation de tous les instants où les rôles et fonctions se succédaient alternativement : un jour intervenant en toxicomanie, le lendemain interlocuteur au niveau ministériel, le surlendemain syndicaliste sensibilisant l'opinion publique au risque de fermeture. Cette médiatisation du service à des fins de survie a donné une identité forte et une reconnaissance par tous des actions menées. Nos actions de soins, nos projets, les populations concernées, faisaient l'objet d'une parution hebdomadaire dans la presse locale.

-1^{er} janvier 1985 : La création du S.A.S.T-Verrière, issu d'une équipe de prévention spécialisée. Le Conseil Général assure le financement du service pendant une année, dans l'attente du financement par l'Etat.

-13 février 1985 : demande d'agrément et de financement du S.A.S.T-Verrière. auprès du Ministère des Affaires Sociales. Dossier accepté par la DASS, et refusé au niveau ministériel.

M. KARSENTY et M. CHARVET, directeurs successifs de la MILT, proposent la création d'une Antenne-famille.

-18 juin 1985 : dépôt d'un nouveau dossier tenant compte des suggestions de la MILT.

Le département s'est progressivement désengagé au cours des années du financement du service.

En 1985, le financement est assuré à 100% par le département

En 1989, le financement est assuré à 50% par le département, à 30% par la justice et à 20% par la santé.

Le budget prévisionnel au cours de cette période était de l'ordre de 1 110 000 F, le financement obtenu de l'ordre de 980 000 F ce qui générait un déficit chronique de l'ordre de 130 000 F. En 1989, il a atteint 372 748 F. L'ensemble de ces déficits étaient supportés par l'Association.

Le modèle thérapeutique unique

La loi française² ainsi que les politiques publiques n'acceptent qu'une seule alternative à la toxicomanie : l'abstinence. Le dispositif spécialisé français s'organise donc autour d'un modèle thérapeutique unique : le sevrage, le soutien et la psychothérapie.

Pour atteindre ces objectifs, la prise en charge s'organise autour d'un processus codifié et immuable : l'accueil, la cure et la postcure c'est-à-dire la désintoxication physique dans un cadre spécialisé, et la désintoxication psychologique dans le cadre de centres de post-cure situés à la campagne, loin du lieu de vie du toxicomane.

Dans le cadre du S.A.S.T-Verrière, compte tenu de la spécificité du financement, une large part est faite à la prévention. La prise en charge des toxicomanes se fait sans approche médicale, la dimension psycho-éducative est la seule mise en place. La dimension somatique n'est pas prise en compte. Le service s'inscrit dans les orientations développées au niveau national.

L'équipe, comme nous le voyons dans l'annexe 1, se dote d'un psychologue pour permettre la mise en place de psychothérapie, socle fondamental de la prise en charge, afin de se décentrer de la démarche de prévention spécialisée qui était le cœur de métier de l'équipe.

² Loi n° 70-1320 du 31 Décembre 1970

Des Modèles professionnels fortement influencés par ceux de la prévention

La prise en charge est psycho-éducative, l'approche analytique. La dimension de l'équipe comme entité est très forte, c'est l'héritage de la pratique de la prévention, la non-médicalisation est érigée comme principe absolu. La notion d'intervenir en toxicomanie commence à apparaître.

Au plan national les centres et les équipes ont trouvé un équilibre. Une spécialisation institutionnelle s'est construite autour du modèle thérapeutique de l'abstinence et de la psychothérapie.

La toxicomanie est alors perçue comme un problème psychosocial plutôt que comme un problème médical, tant dans ses causes que dans ses conséquences.

L'insertion, la dimension sociale ainsi que les problèmes de santé physique sont négligés dans les modalités de prise en charge au profit d'un travail à visée psychothérapeutique.

Ce dispositif était exclu, en effet les usagers de drogues, ne pouvant ou ne voulant pas s'engager dans un projet d'abstinence, n'étaient pas pris en charge car toute rechute entraînait l'exclusion du dispositif. Nous remarquons dans l'annexe 1 que le S.A.S.T-Verrière s'est inscrit complètement dans ce modèle.

L'émergence du SIDA, nouveaux enjeux

Au S.A.S.T-Verrière l'émergence du SIDA chez les toxicomanes est prise en compte, mais uniquement par le biais de messages de prévention et d'information. Un travail est aussi réalisé dans une aide à l'arrêt de l'injection : il s'agit d'une démarche classique de soutien mis en place dans le cadre de soutien au sevrage au cœur de la prise en charge.

Les configurations institutionnelles

Le S.A.S.T-Verrière est rattaché administrativement dans une logique de pôle, à un C.H.R.S.

En 1989, la survie du service devient critique. C'est pourquoi, afin de percevoir des subventions destinées à des publics relevant des C.H.R.S, l'Association entreprend une démarche de fusion du C.H.R.S et du C.S.T. L'arrêté créant le Centre de Réadaptation Sociale du 16 décembre 1982 est abrogé et remplacé par un nouvel arrêté qui intègre le C.S.T au service de réadaptation sociale. La prise en charge des toxicomanes est dès lors une offre de service du Centre de Réadaptation Sociale.

La représentation du toxicomane

Le toxicomane est toujours considéré avec cette double identité, délinquant malade, posant des problèmes d'inadaptation sociale (la création du «complexe» C.H.R.S en est

l'illustration), cependant l'image et la représentation tendent à se modifier, l'apparition du VIH pose de plus en plus le toxicomane comme étant un malade.

1.3.2 La période de 1990 à 1991 : la convention tripartite, une situation atypique.

Le médecin nouveau collaborateur

Le SIDA prend de plus en plus de place dans le quotidien du toxicomane avec une montée en charge de l'épidémie jusqu'en fin 1991.

Début 1990, d'après une enquête de l'INSERM menée au plan national, 19% des malades du SIDA sont des toxicomanes et le pourcentage global des injecteurs séropositifs, en France, est estimé à 40%, ce qui est dramatique et oblige les pouvoirs publics à prendre des décisions urgentes pour tenter d'enrayer ce qui est qualifié de fléau. La première mesure consiste à adopter définitivement la mise en vente libre des seringues dans les pharmacies en 1990; cette mesure impopulaire lors de sa mise à l'essai en 1988, s'est avérée être un des seuls leviers susceptibles de modifier le comportement chez les injecteurs.

En 1990, Médecin du Monde ouvre le premier programme d'échange de seringues ; entre 1990 et 1992 de nouveaux acteurs associant des usagers de drogues s'engagent dans ces actions.

Bernard KOUCHNER, Ministre de la Santé, s'appuyant sur des actions innovantes initiées par Médecins du Monde et l'Association AIDES,³ a mis en place un plan gouvernemental dont les axes forts étaient la mise en place de programmes d'échanges de seringues et de substitution.

Dans le cadre de cette politique, nous avons entrepris en direction des pharmaciens du Lot-et-Garonne des démarches pour les inciter à appliquer cette mesure. La majeure partie y est farouchement opposée, au motif que l'on fait du prosélytisme ou pour le moins de l'incitation.

Dans le rapport d'activité 1991⁴, nous notions : *« n'oublions pas le développement du SIDA : de plus en plus les « entrées » sont séropositives. Cela a conduit le service à mettre en place le suivi médical et psychologique de ces personnes »*.

Le 21 décembre 1990 une convention tripartite est signée entre le Préfet de Lot-et-Garonne, le Président du Conseil Général et celui de l'A.S.P.P qui stipule à l'article 5 « *le*

³ Association faisant de la prévention et prenant en charge des personnes porteuses du VIH.

⁴ Rapport d'activité type du S.A.S.T-Verrière adressé à la DGS

financement du service est assuré à parité par l'Etat (Ministère de la Santé de la Solidarité et de la Protection Sociale) et le Département de Lot et Garonne ».

Les missions du service sont clairement définies et encadrées dans la convention tripartite :

« - permanence, accueil et consultations des toxicomanes et de toutes personnes concernées par les problèmes que posent les toxicomanies.

- prise en charge des cures et des postcures ambulatoires.

- intervention auprès des toxicomanes dans leurs lieux de vie, soit en milieu naturel, soit dans des structures institutionnelles.

- intervention auprès des toxicomanes détenus à la Maison d'Arrêt d'Agen et du Centre de Détention d'Eysses à Villeneuve/lot.

- intervention auprès des jeunes relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

- information et formation des personnes et des groupes désireux de s'informer ou de se former sur les problèmes de toxicomanies »⁵.

Compte tenu du nombre de salariés, les missions définies à l'échelle du département sont immenses.

L'Etat finançant sa quote-part du service, les missions qui nous sont dévolues en direction du milieu pénitentiaire sont tout à fait atypiques dans un secteur prônant la libre adhésion et choix pour le toxicomane

La prise en charge des toxicomanes porteur du SIDA a nécessité le recrutement d'un médecin. L'absence de financement nous a obligé à faire appel au bénévolat.

La prise en charge des problèmes liés au SIDA ne fait pas partie des missions définies ci-dessus mais il nous est apparu indispensable d'offrir aux toxicomanes porteurs du SIDA les soins nécessaires pour faire face à cette pathologie.

Les toxicomanes faisant partie d'un groupe à risque sur le plan sanitaire, nos modèles professionnels étaient interrogés dans la pratique au quotidien.

1.3.3 La période de 1992 à 1996 : le C.S.T est conventionné et devient C.S.S.T. L'Etat prend le relais du département. L'annonce de l'arrivée de la substitution

Cette période a été riche en rebondissements. En 1992, une enquête avec évaluation dénommée «DEMOSCOPIE» a été menée sur le dispositif spécialisé de prise en charge des toxicomanes. Un certain nombre de centres, aux pratiques douteuses ou tout du moins ne correspondant pas à l'éthique professionnelle, ont été contraints de fermer.

⁵ Extrait de la convention tripartite

Vingt deux ans après la loi de 1970, un décret ministériel n° 22590 du 29 juin 1992 relatif aux Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes, est venu leur donner une réalité juridique.

Ils deviennent des Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes. Le décret impose un cadre réglementaire avec conventionnement pour cinq ans des centres mettant en œuvre un projet thérapeutique conforme aux orientations ministérielles et révisables à l'issue de cette période. Les modalités de financement restent basées sur le subventionnement mais sont désormais précisées par le décret. L'activité des centres est recentrée sur le soin et l'insertion.

Les actions de prévention et d'insertion socio-professionnelles en sont exclues tout en restant des modalités d'interventions possibles avec un financement spécifique (département, collectivités locales, etc...)

Au cours de cette période, nous assistons à une évolution de l'image du toxicomane. Le développement du SIDA chez les héroïnomanes va renforcer encore l'image de l'héroïnomane « danger public » et « malade ». La drogue qui était perçue dans les représentations générales comme le fléau numéro un va être déclassée ; elle recule d'un cran, le fléau numéro un devenant l'épidémie du SIDA. Les pouvoirs publics vont donc prioriser la lutte contre le SIDA ce qui entraîne en matière de toxicomanie un certain nombre de mesures et en particulier le développement des produits de substitution (des centres Méthadone avec objectif de 5 000 places commencent à ouvrir dans certaines villes). L'image du toxicomane en tant que malade va se renforcer du fait de cette évolution des politiques publiques. Il a des maladies virales, mais les pouvoirs publics vont commencer à penser qu'il a aussi une maladie qui est la toxicomanie et qui peut se soigner par des traitements... la Méthadone⁶ et le Subutex^{®7}.

L'enquête DEMOSCOPIE menée sur le Centre, la visite de conformité effectuée par la D.D.A.S.S, les actions des services définies de façon très précise dans un document obligatoire, appelé « projet thérapeutique », conforme à la définition de l'article 3 du décret du 29 juin 1992,, vont conduire au conventionnement du Service le 13 juin 1993 : le S.A.S.T-Verrière devient un Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes. La dimension médicale pour le traitement de la toxicomanie reste dans l'antichambre du service jusqu'en 1997, date à laquelle nous bénéficions d'un financement nous permettant de recruter du personnel médical.

⁶ Produit de substitution aux opiacés, prescrit et délivré en C.S.S.T

⁷ Produit de substitution aux opiacés, prescrit par les médecins de ville et délivré en pharmacie

Les paroles du Ministre de la Santé, Bernard KOUCHNER, encore dans toutes les mémoires des intervenants en toxicomanies, « *la toxicomanie on en sort un jour, le SIDA on en meurt* » ont inauguré la mise en place des politiques de réduction des risques, mais aussi la délivrance de produits de substitution dans les Centres Spécialisés de Soins pour Toxicomanes. Le plan gouvernemental initié en 1992 par le Ministre, s'est appuyé sur les actions impulsées par l'Association Médecins du Monde. Ce plan préconise l'amélioration du système sanitaire selon trois axes : le développement des réseaux toxicomanies ville-hôpital, les programmes échanges de seringues et les programmes de substitution. C'est au bout de deux années de recherches, de débats, de rapports sur la réalité sanitaire chez les toxicomanes que cette politique est mise en place par le successeur de Bernard KOUCHNER, Philippe. DOUSTE-BLAZY.

Les équipes sont à présent dotées d'un ratio important de personnel médical et paramédical. L'approche clinique est pluridimensionnelle et intègre des champs de compétences qui vont du médical au psychothérapeutique en passant par l'éducatif.

De dispositif d'exception et exclusif, les Centres de Soins vont être intégrés dans un dispositif plus large composé d'associations de médecins généralistes prenant en charge, avec le Subutex®, les toxicomanes souvent dans le cadre de réseaux toxicomanies ville-hôpital.

L'image du toxicomane, accédant au médecin généraliste, va être celle d'un patient.

Les professionnels du S.A.S.T-Verrière sont dans la même approche. Cependant, la possible médicalisation du service fait débat et une approche plus médicale commence à faire sens chez une partie de l'équipe. La possibilité pour les C.S.S.T de délivrer des produits de substitution, m'a amené, en qualité de chef de service attentif aux évolutions des politiques publiques, à organiser des journées d'études avec l'ensemble de l'équipe pour rompre la résistance au changement portée par chacun. La composition de l'équipe et l'arrivée d'un nouveau psychologue n'ont pas été un facteur facilitant pour cet accompagnement vers la médicalisation.

L'arrivée de la Méthadone

La circulaire n° 4 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes va amener un «bouleversement» des pratiques et des méthodes de prise en charge dans le service. En effet, cette circulaire diversifie les modes de prise en charge notamment par le recours à la prescription de Méthadone.

La principale disposition est la suivante : « *tous les centres spécialisés de soins aux toxicomanes conventionnés par l'Etat sont autorisés à prescrire et à délivrer de la Méthadone* ». ⁸

Par cette disposition , les 150 C.S.S.T peuvent devenir des centres Méthadone.

Cette circulaire précise les modalités de mise en place et donne des orientations très précises aux Préfets sur les dotations en moyens pour permettre la mise en place de cette nouvelle offre de service.

« si vous estimez que les moyens actuels du Centre pour développer cette modalité de prise en charge ne sont pas suffisant, vous devrez établir un projet que vous transmettez à mes services »

« Enfin si vous estimez que le Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes existant sur votre département n'est pas en mesure, même avec des moyens complémentaires, de développer ce mode de prise en charge, vous pouvez envisager la création d'un nouveau centre de soins disposant d'emblée de cette possibilité. Vous rechercherez toute possibilité de redéploiement de votre enveloppe départementale... ». Le message était clair, soit nous mettions en place ce dispositif, soit nous disparaissions.

La DDASS nous a demandé de faire un projet permettant au C.S.S.T S.A.S.T-Verrière d'avoir des moyens complémentaires pour prescrire de la Méthadone. Ce que nous avons fait en déposant un projet le 17 février 1995 .

Par deux fois, les crédits complémentaires ont été refusés, différant la mise en place du dispositif.

1.3.4 La période de 1997 à 2000, le CSST évolue en Centre Méthadone

Le 20 décembre 1996, le S.A.S.T-Verrière est conventionné et financé pour l'ouverture d'un Centre Méthadone.

Par ailleurs l'arrêté du 30 janvier 1996 (journal officiel du 8 février 1996) indique que le Subutex® est remboursable aux assurés sociaux et disponible en pharmacie.

Cette disposition qualifiait le médecin généraliste pour la prise en charge des toxicomanes car il devenait le principal prescripteur de ce « médicament ». Il était perçu à l'époque par notre équipe non pas comme un maillon complémentaire du dispositif, mais comme un concurrent distribuant de la « drogue » sans connaissance réelle de la toxicomanie : nous étions en effet convaincus d'être les seuls à détenir la connaissance.

⁸ Article 1-3 de la circulaire n°4 du 11 Janvier 1995.

Le S.A.S.T-Verrière se compose à présent de deux unités : la Verrière, définie par son approche psychosociale et le Centre Méthadone qui ouvre officiellement le 10 janvier 1997 dans des locaux.

Le service a perçu de l'Etat un financement de 200 000 F pour recruter du personnel pour la prescription et la délivrance de Méthadone.

La prescription et la délivrance de produits de substitution font parties d'une nouvelle mission confiée au S.A.S.T-Verrière.

Fortement impliqué dans des démarches de prévention nous avons mis en place un dispositif départemental d'échange de KITS seringues avec le partenariat de 34 pharmacies.

Le médical et le paramédical une nouvelle dimension dans l'équipe

Deux modèles professionnels cohabitent au S.A.S.T-Verrière, celui de la Verrière avec son approche psychosociale et celui du Centre Méthadone avec son approche médicale. Le clivage s'est progressivement estompé, mais ce cheminement s'est opéré dans des oppositions et des confrontations souvent percutantes entre les partisans des deux modèles.

Le renforcement de la prise en charge des toxicomanes sous main de justice

Le 12 février 1999 la M.I.L.D.T met en place un plan triennal, pour la mise en oeuvre de conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie.

Le but est de renforcer le dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes relevant de la justice.

Nous nous sommes impliqués dans ce dispositif en ouvrant des permanences en maison d'arrêt et en accueillant dans le cadre du service des toxicomanes sous main de justice.

La représentation du toxicomane

Le V.I.H est venu identifier le toxicomane comme malade. La toxicomanie est devenue une maladie soignée par la Méthadone et le Subutex®. Les dispositions sanitaires ont encore accentué l'image du toxicomane malade : la substitution en médecine de ville qualifie pour la première fois le toxicomane de patient.

1.3.5 La période de 2001 à 2003 : la substitution et le sanitaire. La prise en charge médicale, axe dominant

Cette période se caractérise par des changements institutionnels, une recomposition de l'équipe pluridisciplinaire, un financement enfin pérenne et une prévalence de la substitution comme modèle de soins.

Depuis le 1^{er} janvier 2002, le C.S.S.T S.A.S.T-Verrière est financé par la C.R.A.M. Nous avons donc un financement qui n'est plus une subvention, avec les aléas que cela implique, mais une dotation globale financée par l'Assurance Maladie.

La loi de 2002

La loi du 2 janvier 2002⁹ va intégrer les Centres de Soins pour Toxicomanes dans le dispositif des établissements sociaux et médico-sociaux avec la mise en place de l'ensemble des dispositions prévues par la loi. Le législateur réaffirme de manière très forte les droits fondamentaux des personnes et introduit prérogatives nouvelles pour les usagers, telles que le libre choix des prestations, le droit à la confidentialité, à l'information, à la participation à la conception et à la mise en œuvre de sa prise en charge, ainsi qu'à des instances, comme le conseil de la vie sociale. Cet ensemble de droits permet de mettre en dynamique la dimension citoyenne de l'utilisateur. Il aura fallu 30 ans pour permettre au toxicomane d'avoir, comme tout citoyen, le libre choix de ses soins et de la structure qui le prend en charge. Après l'image du délinquant, puis du malade et, enfin, du patient, c'est celle de citoyen qui lui est proposée. Les dispositifs de la loi de 2002 dans les contrats de prise en charge individualisés et les instances représentatives telles que le conseil de la vie sociale peuvent être (à condition que les intervenants en toxicomanie en acceptent l'esprit) un médiateur fort d'apprentissage à l'appropriation de ce nouveau statut.

Le décret n°2003-160 du 26 février 2003

Le décret du 26 février 2003¹⁰ abroge la circulaire de 1992, il définit le règlement du dispositif de soins et les missions des C.S.S.T.

Celles-ci sont définies à l'article 2 du décret.

« Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes assurent :

1° L'accueil, l'information et l'orientation de la personne ainsi que l'accompagnement de son entourage ;

2° L'aide au repérage des usages nocifs et à la réduction des risques associés à la consommation de substances ou plantes mentionnées à l'article 1er ;

3° Le diagnostic et des prestations de soins, dans le cadre d'une prise en charge médicale et psychologique. Le centre assure le sevrage ainsi que son accompagnement lorsqu'il est réalisé en milieu hospitalier ;

⁹ Loi n° 2002-2 du 2 Janvier 2002.

4° *La prescription et le suivi de traitements de substitution ;*

5° *La prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.*

Les missions de prévention peuvent être menées, mais à condition que les demandeurs financent ces actions. »

Depuis le 1^{er} avril 2001, le C.S.S.T est rattaché à un Centre de Guidance Infantile dans le cadre d'un module dénommé « module soins-santé » placé sous la direction d'un directeur (moi-même) et sous la responsabilité médicale d'un médecin psychiatre. Cette organisation a été soumise à la D.D.A.S.S qui l'a acceptée.

Un renforcement de l'équipe

Jusqu'en février 2003 elle est composée d'un directeur, d'un médecin psychiatre, d'un médecin, de deux psychologues, d'un éducateur, d'une infirmière, d'une animatrice de prévention.

Pour le passage en C.R.O.S.S, une réorganisation de l'équipe a été recommandée¹¹ par l'organisme de contrôle.

Depuis juin 2003, la composition de l'équipe est la suivante :

Un directeur, un médecin psychiatre, deux médecins généralistes (à la vacation), un éducateur, un psychologue, deux infirmières, une animatrice de prévention.

Nous pouvons noter une forte prévalence du personnel médical et paramédical ce qui correspond à une prise en charge articulée autour de la substitution.

L'évolution des modèles professionnels

C'est l'âge de raison : l'idéologie s'estompe pour laisser place à une prise en charge adaptée aux besoins des toxicomanes et en particulier des héroïnomanes. La prise en charge médicale cohabite de façon harmonieuse avec la prise en charge psycho éducative. La notion d'intervenant en toxicomanie s'estompe au bénéfice d'une professionnalisation et d'une individualisation reconnue.

¹⁰ Décret n° 2003-160 du 26 Février 2003.

¹¹ Annexe n° 6

La représentation du toxicomane

Le décret de février 2003 ne parle plus de toxicomane mais de personne dépendante à un produit illicite. Cette notion est un élément fort de la loi de Janvier 2002. Le toxicomane est considéré comme un bénéficiaire de soins, contractualisant un projet individuel de prise en charge..

1.3.6 Le C.S.S.T le S.A.S.T-Verrière aujourd'hui

Le 13 février 2004, en tant que promoteur, j'ai présenté devant le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (C.R.O.S.S), avec l'Inspecteur D.A.S.S rapporteur du projet, la demande d'intégration du C.S.S.T S.A.S.T-Verrière dans le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux (article L312-1 (9°) C.A.S.F).

Le 23 février 2004, le Président de l'Association a été avisé qu'un avis favorable a été émis car le Centre répondait aux missions et normes de fonctionnement définies par le décret n° 2003-160 du 26 février 2003.

Pour la première fois depuis sa création, le service dispose d'un agrément au même titre que les autres établissements sociaux et médico-sociaux et son financement par l'Assurance Maladie est enfin pérenne.

1.4 Le profil du toxicomane pris en charge aujourd'hui

Le concept même de toxicomanie date des années 1920. Dès 1950 l'organisation mondiale de la santé donnait comme définition de la toxicomanie : *«un invincible désir à consommer des drogues et à se les procurer par tous les moyens...une tendance à augmenter les doses... une dépendance psychique et généralement physique à l'égard des effets de la drogue»*. En 1965 les experts de l'O.M.S ont proposé une nouvelle définition celle de la dépendance, puis en 1969 celle de la pharmacodépendance .

La définition actuelle de la toxicomanie est la suivante *« état psychique et quelquefois physique résultant de l'interaction entre un organisme et un produit. Cette interaction se caractérise par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui engagent fortement l'usager à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver les effets psychiques et parfois éviter le malaise et la privation...»*

Claude OLIEVENSTEIN, Médecin Psychiatre, Directeur Fondateur du Centre Médical Marmottan à Paris, définit la toxicomanie comme l'interaction entre un produit et un sujet dans un contexte social particulier .

Processus de mise en place d'une dépendance

Le toxicomane utilise différents produits isolément ou associés en fonction de l'effet recherché : flash et dépression avec l'héroïne injectée, stimulation avec la cocaïne. Le toxicomane actuel se définit comme un polyconsommateur. Du fait de la tolérance et de l'accoutumance au produit, le toxicomane ne peut pas maintenir constante sa consommation de toxiques. L'escalade le fait passer d'une consommation occasionnelle à une consommation quotidienne massive qui aggrave sa toxicomanie. La dépendance accentue la tendance au passage à l'acte délictueux pour se procurer le produit. Au fur et à mesure que se prolonge la consommation, les troubles d'ordre psychologique apparaissent, restreignant le champ vital. La relation avec les autres devient de plus en plus pauvre et utilitaire, elle est essentiellement axée sur le deal. La relation au monde devient impossible et le toxicomane développe une relation narcissique.

Profil sociologique du toxicomane

Avant l'âge de 20 ans, peu d'usagers de drogue peuvent être qualifiés de toxicomanes. Le toxicomane est un sujet âgé de 20 à 45 ans, qui présente une forte dépendance à un produit.

Les effets de cette dépendance sont variables d'une personne à l'autre. Certains arrivent à une certaine maîtrise et conservent une activité professionnelle et des relations familiales relativement stables. Ce type de toxicomane stoppe l'escalade vers la dépendance par de courts séjours à l'hôpital ou dans des cliniques privées. Les revenus de leur activité professionnelle leur permettant l'achat du produit, l'entrée dans la délinquance est exceptionnelle chez eux.

D'autres toxicomanes se désocialisent très rapidement, leur activité est essentiellement centrée sur la recherche du produit. La délinquance est alors le passage quasi obligatoire pour se le procurer.

Commence à partir de là, un parcours fait de ruptures de tous ordres : familiale, professionnelle et sociale. Durant une période relativement longue (3 ans) le toxicomane va « gérer » sa dépendance.

Au cours de cette période, les effets recherchés sont encore présents, mais ils disparaissent progressivement pour laisser place uniquement à la souffrance qui est de plus en plus difficile à soulager.

Profil psychologique du toxicomane

Les toxicomanes présentent une grande fragilité psychologique, le lien à la mère est souvent symbiotique ce qui se traduit par une forte dépendance affective, la relation au père est souvent inexistante, voire impossible, invalidant à chaque fois le processus

d'indépendance. Les carences identificatoires sont rencontrées systématiquement chez le toxicomane.

Pathologies somatiques du toxicomane

Les toxicomanes présentent aussi de graves pathologies somatiques :

- caries dentaires
- maladies de peau
- hépatites lourdes
- séropositivité ou VIH
- etc...

1.5 Les caractéristiques de la population toxicomane en grande dépendance accueillie au S.A.S.T-Verrière.

Les toxicomanes s'adressent au S.A.S.T-Verrière, après avoir épuisé tous les autres recours et en particulier après des échecs successifs de suivi par le dispositif de soins traditionnel (médecin de ville, centre hospitalier général).

Les toxicomanes arrivent au C.S.S.T complètement démunis. Ils demandent à être soulagés de leur souffrance, souvent par la prise d'un produit de substitution. A ce stade c'est souvent leur seule demande. Le tableau clinique est toujours complexe, les besoins sont multiples. Après le nécessaire soulagement physique, la mise en place des soins médicaux et de soutien psychologique sont indispensables.

Les caractéristiques des toxicomanes accueillis sont les suivantes :

- Ils sont à 90% fortement dépendants, la plupart du temps à des morphiniques et/ou au cannabis.¹²
- 70 % sont contaminés par le V.H.C. Un nombre important est porteur du V.I.H.
- Tous ont eu des problèmes avec la justice.
- Leur relation sociale se limite aux travailleurs sociaux, aux soignants, au dealer et aux toxicomanes.
- La plupart sont en rupture familiale.
- Ils ont des tableaux psychologiques, voire psychiatriques lourds.
- Ils n'ont aucun revenu pour survivre, si ce n'est ceux provenant du deal ou du vol.
- Ils sont exclus ou en voie d'exclusion du dispositif de droit commun car les prises en charge proposées ont à chaque fois été mises en échec par le toxicomane. Le médecin

¹² Annexes 2 et 3

est amené à refuser de soigner ces patients particuliers et les adresse en ultime recours aux C.S.S.T.

Inscrits depuis toujours dans la démarche : demande – produit - effet., consommateurs de soins, ils vont devoir s'inscrire dans un projet dont la finalité est l'arrêt de prise de produits illicites.

Les besoins des toxicomanes dépendants des opiacés:

Soins médicaux :

- Délivrance de produits de substitution (pour calmer le manque).
- Soins somatiques (caries, problèmes de peau, abcès et plaies diverses liées à l'injection).
- Traitements pour le V.H.C et le V.I.H. , médicaments diverses.

Soins, soutien psychologique :

- Ils ont besoin de soutien et «d'éclairage» sur le pourquoi de cette dépendance.
- Ils ont besoin d'étayage personnel et d'équilibre psychique, d'un accompagnement, d'une aide sociale, d'un hébergement, de repas. Ils n'ont pas de couverture sociale. Ils ont besoin d'une aide et d'un accompagnement pour des problèmes judiciaires, d'une mise à distance avec le milieu du deal, parfois aussi avec le milieu familial.

Les besoins des toxicomanes non dépendants des opiacés

Soins médicaux :

Il s'agit de soins somatiques propres à toute personne, la consommation de produit non morphinique n'ayant pas d'effet spécifique sur le corps

Soins, soutien psychologique :

Les besoins sont les mêmes que ceux évoqués ci dessus pour les héroïnomanes.

Quel constat peut-on faire aujourd'hui ?

Notre souci d'obtenir absolument l'agrément, nous a entraîné dans des compromissions adaptatives en décalage avec une partie des besoins actuels des usagers.

De fait une inadéquation partielle s'est instaurée entre les offres de service du S.A.S.T-Verrière et les besoins de certains usagers. Nous constatons actuellement une très forte augmentation des usagers dépendants de produits non morphiniques et en particulier des utilisateurs de cannabis (voir dans la deuxième partie les profils des toxicomanes accueillis au C.S.S.T). Ces toxicomanes ne relèvent ni de la substitution ni de la

médicalisation or, nos offres de services se situent actuellement essentiellement dans ce champ là.

Au plan des modalités d'action, l'entourage du toxicomane n'est pas accompagné et soutenu, c'est pourtant une des missions dévolues au C.S.S.T.

Le personnel ? essentiellement médical ou paramédical ? n'est pas formé pour offrir l'accompagnement psycho-éducatif nécessaire à ce type de problématique.

Conclusion partielle

A l'issue de cette première partie nous pouvons mieux cerner le cadre dans lequel s'inscrit le dispositif de soins spécialisés pour toxicomanes et les politiques de lutte contre la toxicomanie.

Le dispositif de soins à l'origine est basé sur une approche psychosociale de la toxicomanie. L'objectif étant de prendre en charge de façon multiple et un peu atypique cette jeunesse dont les pratiques sortaient de la sphère privée pour faire émergence dans celle du public, remettant par là-même en cause un certain ordre social.

De 1970 à 1992, le dispositif a évolué sous des formes diverses. L'approche psychanalytique représentait le soubassement de la clinique des intervenants en toxicomanie.

A la fin des années 80, l'épidémie du SIDA devient le fléau n° 1 en France, le groupe à risque (à l'époque on ne parlait pas de comportement à risque) est celui des toxicomanes pour lui-même, mais aussi pour les autres (notion d'agent contaminant).

Une politique sanitaire forte va être mise en place en direction de cette population. Distribution de seringues pour un « shoot »¹³ non contaminant et délivrance de produit de substitution vont réorienter les pratiques de façon radicale. Dans les CSST, l'approche psychanalytique va être reléguée au second plan, au profit d'une approche médicale du phénomène drogue. Cette injonction forte des pouvoirs publics va donner un autre visage au dispositif. La réponse à la toxicomanie étant la médicalisation et la substitution, les autres prises en charges (sociale, éducative, et psychologique) cohabitent dans une logique de « prise en charge de confort ».

Nous avons vu que le C.S.S.T S.A.S.T-Verrière a connu des mutations importantes au cours des vingt-cinq dernières années. Ces évolutions ont été fortement déterminées par une logique de pérennisation du service et de préservation des emplois. L'adaptation à la commande publique a déterminé une configuration d'offres de service, particulièrement

¹³ Injection intraveineuse d'héroïne pratiquée par les toxicomanes.

performante dans la réponse générale aux problématiques émergentes au plan national, avec une logique relevant davantage de la démarche de santé publique et ciblant particulièrement les héroïnomanes injecteurs.

Nous voyons actuellement apparaître de nouvelles toxicomanies au cannabis, dont les usagers demandent une prise en charge auprès des C.S.S.T.

Ces constats et écarts évoqués m'amènent à présenter la problématique du Centre de Soins pour Toxicomanes S.A.S.T-Verrière.

Le S.A.S.T-Verrière est un centre de soins spécialisés pour toxicomanes. Depuis l'origine, les directeurs successifs et moi-même, nous trouvons confrontés à un fonctionnement qui s'adapte sans cesse à la demande des autorités de contrôle. Actuellement, nous répondons à la commande publique dans une approche médicale et sanitaire qui ne prend pas en compte suffisamment l'évolution des toxicomanies. Cette absence de réactivité par rapport aux évolutions constatées sur le terrain, induit un décalage entre les offres de services proposées et l'ensemble des besoins des usagers de drogue s'adressant au service.

Le S.A.S.T-Verrière, tout au long de son histoire, s'est trouvé placé dans des logiques de survie institutionnelle qui l'ont conduit à s'adapter en permanence aux demandes des organismes de contrôle.

Au vu des éléments évoqués sur l'évolution du public et des nouvelles pratiques, il me paraît nécessaire de réajuster notre offre de service et pour cela de faire évoluer notre mode d'intervention.

Un des objectifs attendus est que tout consommateur de substance illicite et son entourage puissent avoir recours lorsqu'ils le désirent à un lieu de prise en charge adapté et spécialisé qui apporte des réponses pertinentes.

En tant que directeur, j'engagerai mon service dans des changements nécessaires par une adaptation du dispositif

Dans la deuxième partie nous allons définir les caractéristiques et les besoins nouveaux des usagers de drogues, en faisant une étude précise des toxicomanies au cannabis

Je m'appuierai sur les concepts théoriques de la dépendance dans des champs sociologiques, psychologiques et médicaux.

2 CES DROGUES DITES DOUCES QUI FONT ÉMERGER LES NOUVELLES TOXICOMANIES

Je vais aborder les nouvelles toxicomanies et nouvelles pratiques au travers de la dépendance. Ce concept va me permettre d'éclairer et de définir les rapports institués entre le service et l'autorité de contrôle. Je mettrai en évidence qu'un lien dont les enjeux sont pour l'un, la «survie institutionnelle» et pour l'autre, la « prise en charge d'usagers » selon des prévalences sanitaires, instaure des liens de dépendance, ce qui rend plus difficile l'évolution d'offre de service vers les nouvelles dépendances (en particulier au cannabis).

Pierre LEMBEYE,¹⁴ médecin psychiatre, écrit *«Une société se définit, entre autres, par un ensemble d'usages... Chacun peut constater qu'il n'y a pas de société qui n'ait ses dépendances, c'est vraisemblablement pour annoncer, qu'aucun être au monde n'est indépendant de son monde. Ce n'est pas l'autonomie qui gouverne mais la dépendance...»*

2.1 Le concept de dépendance

Le dictionnaire Larousse définit la dépendance *«comme la situation d'une personne qui dépend d'autrui, sujétion, subordination»*.

La définition de la dépendance en toxicomanie est souvent la suivante :

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) définit comme suit la notion de dépendance vis-à-vis des drogues toxicomanogènes, en différenciant dépendance psychique et dépendance physique.

- Dépendance psychique : condition dans laquelle la drogue produit *"un sentiment de satisfaction et une impulsion psychique qui exigent une administration périodique ou continue de la drogue pour produire un plaisir ou bien pour éviter un état dépressif"*.

- Dépendance physique : *"état d'adaptation qui se manifeste par des troubles physiques intenses quand l'administration de la drogue est suspendue. Ces troubles, c'est à dire les syndromes de retrait et d'abstinence, se traduisent par des symptômes de nature psychique ou physique qui sont propres à chaque type de drogue"*.

Cette définition, largement adoptée, instaure une distinction radicale entre dépendance physique et dépendance psychique, distinction qui ne correspond plus aux données nouvelles des recherches en la matière.

¹⁴ LEMBEYE P, nous sommes tous dépendants, édition Odile Jacob.

Claude. OLIEVENSTEIN définit la toxicomanie par une équation à trois éléments : la personne, le produit et le contexte. Cette approche a fondé toute la connaissance et la clinique des toxicomanies. Au centre de ce triptyque se trouve la dépendance à un produit dont le toxicomane se sert pour tenter dans un même mouvement de se rapprocher et de se détacher de la relation compliquée que chacun entretient avec l'autre. Fusionnelle dans les premiers instants de la vie, la relation à la mère inaugure toute la dépendance dans laquelle chaque individu est inscrit. Elle doit à terme permettre l'autonomie et l'indépendance mais est bien souvent un lien indénouable par lequel le toxicomane est rattaché, suspendu à l'autre.

Albert MENNI, professeur à l'Université de Paris-X, pose lui aussi la dépendance en une équation de trois éléments : la personne qui en attend quelque bien, le bien convoité et celui qui le lui procure.

La relation de dépendance est une relation trinitaire : deux partenaires et un objet, nommés successivement : le dépendant, le pourvoyeur et l'objet de dépendance ou de pourvoyance définie par Albert MENNI .

«Il est toujours instructif de se poser les questions suivantes : qui est dépendant de qui de quoi ?».

«La dépendance n'est pas la même selon que l'on est un enfant, un adolescent, un adulte ou un vieillard : les expériences et les rôles sociaux, et donc les rapports avec autrui ne sont pas identiques»¹⁵.

Nous pouvons dégager une triple perspective possible de la dépendance :

Selon la personne (ce que nous venons de lister).

Selon celle du pourvoyeur de cette dépendance.

Et selon l'objet de cette pourvoyance.

«Notons qu'une équation de dépendance n'est pas immuable mais évolutive. Elle est à chaque fois l'interrelation des trois paramètres, le dépendant évolue avec les années, les pourvoyeurs mutent, se transforment, les contextes changent, l'objet de pourvoyance lui-même s'étiole, varie »¹⁶.

«La dépendance est toujours au service d'un besoin» Dès qu'il y a besoin, il y a dépendance possible. C'est à l'occasion d'un besoin à satisfaire que s'établit une relation de dépendance. Inversement, là où il y a dépendance il y a un besoin probable.

Un individu, ou un groupe dépendant, est celui qui se trouve en relation de besoin avec un autre individu ou un autre groupe, qui lui fournit ses objets de pourvoyance.

¹⁵ MEMMI A, La Dépendance, Gallimard.

¹⁶ Idem.

L'objet de pourvoyance pour le S.A.S.T-Verrière était le financement de sa structure qui lui permettait de conduire ses missions mais surtout de conserver ses moyens en personnel et en fonctionnement. Le pourvoyeur, l'organisme de contrôle en l'occurrence, satisfaisait ce besoin en contrepartie de modalités de prises en charge définies par lui. La réponse aux besoins des usagers amenait le S.A.S.T-Verrière à ne pouvoir complètement prendre en compte tous les toxicomanes faisant une demande.

Pierre. LEMBEY nous indique que « *toute dépendance coûte, car tout avantage se paie d'une manière ou d'une autre. Le dépendant attend aide et avantage de son pourvoyeur, et il sait qu'il doit une contrepartie ... même s'il tente de s'y soustraire* »¹⁷.

La dépendance peut-être considérée comme l'une des bases du lien social.

L'arrêt de la domination-dépendance se met en place lorsque l'objet de pourvoyance change ou lorsque le pourvoyeur n'est plus le même. Nous assistons actuellement à cette mutation.

Depuis le passage en C.R.O.S.S, le S.A.S.T-Verrière a un agrément pour quinze ans ce qui met le service dans une position radicalement différente d'un conventionnement pouvant être dénoncé tous les ans. Le financement par l'Assurance Maladie instaure de fait une relation triangulaire qui peut permettre d'accéder à des relations de coopération professionnelle. Rappelons qu'en termes d'autonomie et d'indépendance, la triangulation -au sens psychanalytique- est la configuration indispensable pour y accéder. Gageons que ce schéma puisse s'appliquer aux institutions. Pour ne pas reproduire la relation antérieure, je propose d'une part de mettre en place une instance de concertation et de collaboration des services, établissements et associations de médecins généralistes prenant en charge les problèmes de toxicomanie et d'autre part, de m'appuyer sur la mise en place d'instances et de dispositifs réglementaires prévus dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002. Ces différents axes seront développés dans la troisième partie.

2.2 L'analyse des bilans d'activité du S.A.S.T-Verrière

Je me propose d'analyser les bilans d'activités du S.A.S.T-Verrière. Cette analyse portera sur l'évolution des pratiques, des modes de consommation et les principaux produits utilisés par les usagers de drogue pris en charge. Cette analyse s'appuiera sur les bilans d'activités réalisés par le Centre et sur le recueil de données que j'ai mis en place à partir d'un logiciel nous permettant d'avoir des statistiques épidémiologiques sur les personnes accueillies.

¹⁷ LEMBEYE P, Nous sommes tous dépendants, édition Odile Jacob.

Les commentaires s'appuient sur des graphiques et histogrammes présentés en annexe. Produit primaire : c'est le produit principalement utilisé par le toxicomane et qui n'est pas forcément à l'origine de sa toxicomanie, mais qui lui pose problème actuellement par la régularité des prises et par la dépendance qu'il entraîne.

Nous nous plaçons de fait dans des polytoxicomanies où les usagers associent régulièrement deux, trois, voire beaucoup plus, produits simultanément.

L'histogramme¹⁸ du nombre d'usagers d'héroïne et de cannabis sur la période de 1995 à 2003, fait apparaître une certaine constance jusqu'à l'année 2001. Les usagers d'héroïne sont sensiblement le double des usagers de cannabis avec une pointe très significative en 2001 où les usagers d'héroïne sont trois fois plus nombreux. Ces chiffres englobent l'ensemble des usagers pris en charge, anciens et nouveaux.

Nous notons¹⁹, que le pourcentage des nouveaux patients est sensiblement le même que celui des anciens. Jusque là, même une étude fine des éléments statistiques ne laissait pas entrevoir l'évolution exponentielle qui allait suivre les années suivantes sur la consommation de cannabis.

Pour ce qui est des morphiniques, nous constatons en 2000²⁰ une explosion du nombre des usagers de Subutex®, le total des morphiniques comme produit primaire atteint plus de 50 %, pour arriver en 2001 à 80 % du total des patients.

En 2002, pour la première fois, les usagers d'héroïne sont inférieurs aux usagers de cannabis. Cette tendance va non seulement se confirmer, mais s'accroître sur l'exercice 2003. Lorsque nous observons le pourcentage des patients sur les années 2002 et 2003, nous constatons une très forte augmentation d'usage de cannabis chez les nouveaux patients (en 2003, ils représentent 50% des usagers).

L'analyse des six premiers mois de l'exercice 2004, confirme cette tendance. Nous pouvons donc penser que nous sommes en présence persistante du phénomène qui est confirmé par les autres C.S.S.T.

La tranche d'âge majoritaire des usagers de drogues ayant recours aux C.S.S.T se situait, et se situe encore pour ce qui concerne l'héroïne, dans les 25-35 ans avec un abandon de cette pratique après la tranche haute.

En 2001, 47% des utilisateurs de cannabis ont entre 30 et 35 ans²¹, ce qui est conforme à la tranche d'âge des usagers de drogues ayant recours aux C.S.S.T. En 2002 et 2003, la moitié des usagers de drogues du S.A.S.T-Verrière sont des usagers de cannabis et ont entre 18 et 25 ans. Cet élément est un facteur important à prendre en compte car il

¹⁸ Annexe n° 2

¹⁹ Annexe n° 3, page X à page XIII

²⁰ Annexe n° 3, page XII

²¹ Annexe n° 4, page XVII

tendrait à montrer que, contrairement aux héroïnomanes, la démarche de soins est plus précoce ; en émettant l'hypothèse que ces usagers ont une plus grande conscience que «quelque chose ne va pas et leur échappe». Ce sentiment se confirme lors des entretiens que j'ai effectué auprès de cette population.

Une part importante de ces demandeurs pourront être pris en charge par le dispositif I.C.A.R.E que nous développerons en troisième partie.

Nous manquons actuellement du recul nécessaire pour savoir quelle sera la durée de ces prises en charge. Nous constatons qu'un grand nombre de ces demandeurs sont en lien avec leur famille, un travail sur le milieu familial sera une démarche possible, contrairement aux autres toxicomanes souvent en rupture familiale.

2.3 L'enquête auprès des autres dispositifs de soins pour toxicomanes. Une confirmation de l'évolution constatée au S.A.S.T-Verrière

En France, ce phénomène a été identifié grâce aux C.S.S.T. Deux enquêtes permettent de préciser le niveau de la demande de traitement liée au cannabis en tant que drogue primaire.

De 1987 à 1999, les données étaient issues d'une enquête sous forme de questionnaire mené auprès des C.S.S.T pendant le mois de novembre par les services statistiques du Ministère de la Santé (SESI-DGS puis DRESS).

Ces questionnaires qui étaient la photographie sur un mois donné des caractéristiques sociales, médicales, psychologiques, de dépendance des usagers de drogues fréquentant les C.S.S.T de France permettaient d'avoir une idée assez précise des caractéristiques des toxicomanes. La durée limitée de cette enquête (sur un mois) permettait de limiter l'écueil de toute enquête au long cours, à savoir le nomadisme de cette population d'une structure à l'autre qui ne peut pas être précisément recensée à cause de l'anonymat. Il est à regretter qu'elle ne se fasse que tous les deux, voire trois ans, car elle apportait des informations essentielles.

Depuis 1998, les données sont issues des rapports d'activité des C.S.S.T et transmis au Ministère de la Santé. Compte tenu des réserves émises précédemment, ces bases d'étude me semblent beaucoup moins fiables. Aucun C.S.S.T, sur la durée d'une année, n'a la certitude d'être le seul lieu où un toxicomane fait une demande.

Dans la pratique, nous avons en effet déjà constaté que des toxicomanes sont pris en charge simultanément par deux C.S.S.T.

Dans les dernières enquêtes «mois de novembre» disponibles (jusqu'en 1999) une augmentation des demandes liées au cannabis était déjà relevée : 15,5% de tous les recours en 1999 (sur 19 564 usagers) contre 12,7% en 1997²².

Il est à souligner que ce niveau de recours aux soins d'usagers de cannabis n'avait jamais été atteint depuis la création de cette enquête.

Les rapports d'activités indiquent qu'ensuite la part des demandes de soins d'usagers de cannabis a continué à croître 17,5% des demandes en C.S.S.T en 1998 à 24% en 2000.

Au total, il apparaît que la demande de traitement a doublé en cinq ans (1997-2001). En 2002, le rapport TREND-OFDT indiquait que cette tendance se poursuivait encore pour approcher 30% des consultations ;

Une étude menée par le C.E.I.D de Bordeaux sur les C.S.S.T d'Aquitaine vient confirmer cette tendance

2.4 Le cannabis nouveau vecteur de dépendance

2.4.1 L'historique du produit et l'évolution sociale

Le cannabis est un produit que l'Europe découvre au XVI^e siècle. William TURNER, botaniste anglais, le décrit en 1517 dans son herbier "*Ortus sanitatis de herbis et plantis*". Vers 1530, RABELAIS dans "*Le pantagruellion*" évoque une herbe dont les propriétés rappellent fortement celles du cannabis. Puis viennent les descriptions des propriétés médicinales, et notamment celle de CULPEDER, qui souligne les propriétés thérapeutiques du chanvre dans les cas de "jaunisses, toux, vers, caillots et hémorragies". La production européenne est alors de plusieurs milliers de tonnes par an. En France aussi, le chanvre est considéré comme une production agricole de premier ordre.

Le botaniste suédois Carl VON LINNE, donne en 1753 au chanvre son nom scientifique définitif : *Cannabis sativa*.

Le XIX^e siècle apparaît comme l'époque faste du cannabis. En France, les soldats des armées napoléoniennes découvrent le cannabis lors de la conquête d'Égypte en 1800. Le docteur Jacques Joseph MOREAU DE TOURS, ingère du haschich pour en décrire précisément, pour la première fois en 1840, les effets psychotropes, dans son traité "*Du haschich et de l'aliénation mentale*". Pour lui, le procédé de cette intoxication est assimilable à celui de la folie. L'usage du cannabis est donc un procédé d'exploration des

²² Enquête de novembre menée par la D.R.E.S.S.

confins du psychisme humain. Fort de cette expérience, il encourage son entourage à faire de même, et se fait l'introducteur et le zélateur de l'usage du cannabis auprès de l'intelligentsia parisienne. Celle-ci est prise d'un engouement massif, à un moment où les milieux littéraires sont très marqués par le romantisme et l'orientalisme.

Théophile GAUTIER, notamment, s'intéresse aux effets hallucinogènes du cannabis. Il décrit ainsi très précisément les effets qu'il peut ressentir. Impressionné par cette expérience, Théophile GAUTIER fonde, avec ses amis, le "Club des Hachichins". Cet étonnant cercle littéraire se réunit tous les mois à Paris, et compte parmi ses membres Charles BAUDELAIRE, Gérard de NERVAL ou Alexandre DUMAS. On y croise aussi Honoré DAUMIER, Honoré de BALZAC et Eugène DELACROIX.

À côté des descriptions littéraires des effets du cannabis, l'utilisation de cette substance dans les colonies européennes, et notamment en Inde, amène les autorités scientifiques à s'intéresser aux dangers d'une telle consommation. C'est ainsi que le gouvernement britannique, fort de l'expérience des asiles indiens qui décrivent un grand nombre de malades souffrant de la "psychose du chanvre" ou de la "folie cannabidique", crée en 1893 une commission chargée d'étudier scientifiquement le sujet : la "Commission du chanvre". Celle-ci ne peut établir un rapport de causalité direct entre cannabis et maladie mentale, mais conclut que l'abus de drogue peut induire ou entretenir des désordres psychiques graves. A l'époque, le principe actif du cannabis reste inconnu, même si on attribue généralement ses propriétés à une matière résineuse qui s'y trouve en assez bonne dose, dans la proportion de 10 % environ.

Des recherches scientifiques et notamment pharmacologiques sont mises en route, devant le développement d'un débat contradictoire quant à la toxicité du cannabis. En 1930, Wiepke CAHN démontre que le cannabinoïde n'est pas le principe psychoactif. C'est dans ce contexte qu'est découvert en 1964, par deux chercheurs israéliens (Y GAONI et R MECHOULAM), le 9-tétrahydrocannabinol (9 T.H.C ou T.H.C), principal alcaloïde responsable des effets psychotropes du cannabis.

C'est ensuite dans le sillage du mouvement hippie que la consommation du cannabis connaît à nouveau une heure de gloire, s'imposant dans les années 1960 et 1970 comme une "drogue douce". La consommation de marijuana est alors synonyme de fraternité, de liberté, de lutte contre les valeurs établies et contre l'émergence de la société de consommation. Le débat de société est relancé en France par la publication en 1976 dans les pages du quotidien Libération de l'"Appel du 18 joints", signé par nombre de personnalités du monde de la culture et de la politique, reconnaissant publiquement consommer du cannabis.

2.4.2 Les nouveaux usagers, les nouveaux produits

En 2004 le contexte a complètement évolué, nous constatons une augmentation exponentielle de l'usage du cannabis dans toutes les tranches d'âge (12–50 ans) et dans tous les milieux. Son usage n'est plus confiné à l'exception culturelle et n'est plus forcément le signe d'une opposition mais beaucoup plus celui d'un mal-être que je décrirai de façon détaillée dans les chapitres suivants.

Parallèlement, le produit a évolué, la connaissance des principes actifs, l'évolution de la génétique, le désir de certains trafiquants «d'accrocher» le client (comme pour le tabac dont les cigarettiers associent des produits rendant dépendants) amènent à trouver sur le marché des produits dont la teneur en T.H.C n'a rien de comparable avec le produit « traditionnel ».

Le docteur Michel HAUTEFEEUILLE stipule « *il est indubitable que les études révèlent une augmentation de la teneur en T.H.C*²³ ».

Une étude de 2001, portant sur 5 252 résultats d'analyses effectuées entre 1993 et 2000, montre cette évolution.

Il apparaît qu'en 1995 la teneur la plus élevée en T.H.C observée dans une saisie était de 8,7 %. En 2000, 3 % des échantillons d'herbe (marijuana) et 18 % des échantillons de résine analysés contenaient plus de 15 % de T.H.C. Le Docteur Patrick MURA qui a mené une enquête en 2000 et 2001 note « *l'augmentation de la teneur en delta-9 tétrahydrocannabinol dans les produits de base du cannabis en France: mythe ou réalité* ».

Dans le cadre d'une étude annuelle, l'institut néerlandais Trimbose teste et compare des échantillons provenant de 50 coffeeshops tirés au sort parmi les 846 existants en 2000. Le but de l'étude était de mettre en évidence une évolution, d'année en année, des teneurs en T.H.C, et de comparer l'herbe et le haschisch hollandais avec ceux provenant de l'étranger.

Les produits hollandais seraient plus dosés que les produits étrangers. La concentration maximale trouvée dans les échantillons hollandais est de 20,7 % de T.H.C dans l'herbe et 26,7 % dans le haschisch.

Lorsque nous savons que la majorité des usagers s'approvisionnent dans ce pays, nous avons une explication quant à la montée des toxicomanies au cannabis. Fumer un joint préparé avec du haschich à 1,7 % n'est pas la même démarche et n'a pas les mêmes conséquences que de fumer un joint de haschich titré à 26,7 % de T.H.C.

²³ HAUTEFEEUILLE M revue Toxibase n°12 /lettre du Crips n°70

Au delà de l'augmentation en T.H.C se développent des techniques de consommation plus agressives dans l'effet produit (bhangs, douilles)²⁴.

C'est donc une nouvelle offre de soins, ou une offre de soins renouvelée, que nous avons à construire. Notre centre de soins est de plus en plus souvent sollicité par des consommateurs de cannabis qui viennent parce qu'ils se sentent dépassés par leur consommation ou par ses conséquences.

Nous allons à présent voir quels sont les différents profils de l'usager de cannabis.

2.5 Les différents profils de l'usager de cannabis

Les différents profils de l'usager de cannabis détermineront les réponses à apporter et les offres de service à mettre en place.

Tous sont définis en fonction du rapport établi avec le produit, de l'usage qui en est fait, de la régularité des prises, des effets attendus, de l'âge et du sexe.

L'usage :

A l'heure actuelle, il n'existe pas en France de données précises concernant l'ampleur de l'usage nocif selon la typologie retenue dans la CIM-10²⁵ ou de l'abus selon les critères du DSM-IV²⁶ des substances psycho actives, considérés comme l'ensemble des usages immédiatement ou rapidement dommageables pour l'individu.

L'usage nocif et abus :

On parle d'usage nocif et d'abus de cannabis, en particulier, quand il y a poursuite de l'usage malgré l'existence de complications physiques, relationnelles, professionnelles ou judiciaires sans atteindre le niveau de la dépendance.

Dans l'enquête E.S.C.A.P.A.D effectuée par l'O.F.D.T, il est répertorié auprès de la première tranche d'âge significative, les 17-18 ans, différents usages. Cette classification peut être retenue pour l'ensemble des tranches d'âge.

- l'usage quotidien : usage quotidien au cours des trente derniers jours.
- l'usage régulier : entre 10 et 29 usages au cours des trente derniers jours.
- l'usage répété : au moins 10 usages dans l'année, mais moins de 10 par mois.
- l'usage occasionnel : entre 1 et 9 usages au cours des douze derniers mois.
- l'expérimentateur : un usage au cours de sa vie mais aucun dans l'année.

²⁴ Ustensile servant à fumer le shit dont la conception potentialise les effets du T.H.C.

²⁵ Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.

²⁶ Manuel de diagnostique et de statistique en psychiatrie.

Les facteurs prédéterminants et déterminants d'une toxicomanie future trouvent leur genèse au cours de cette période de l'adolescence qui est un bousculement physique mais aussi psychique de l'individu.

Les failles structurelles²⁷ se révèlent, se confirment au cours de cette période. Il est donc essentiel d'être parfaitement vigilant et attentif à l'enfant au cours de cette période.

Le recours à des substances psychotropes, venant faire tampon avec un présent ou une réalité trop difficile à accepter et à assumer, est relativement fréquent à cet âge là.

Dans les différents usages répertoriés ci-dessus, deux feront l'objet de notre travail et d'une recherche de définition de ces usages.

Nous excluons de notre étude les usages expérimentaux et occasionnels qui, même s'ils doivent retenir l'attention, sont hors champs de notre recherche. De plus, les modalités d'intervention que nous développons en direction du milieu scolaire nous semblent être pertinentes au regard des problèmes posés.

Les différents profils et usagers seront abordés et définis selon les aspects suivants :

Processus de mise en place d'une dépendance.

Profil sociologique de l'utilisateur.

Profil psychologique et /ou psychiatrique.

Profil médical et somatique.

2.5.1 L'utilisateur répétitif de cannabis

Le processus de mise en place d'une dépendance

L'usage répété qui correspond à une prise de 10 usages dans l'année ne signe pas une dépendance, mais l'amorce d'un tel phénomène. Le rapport au produit est relativement distancié, l'usage se fait la plupart du temps par des propositions et des incitations d'un tiers. Le produit n'a pas encore de fonction d'étayage pour qu'il puisse être considéré comme inquiétant. Son usage peut être accentué pour faire face à un problème ponctuel.

Le profil sociologique de l'utilisateur répétitif

Dans la tranche d'âge des 14-75 ans en France le nombre d'utilisateurs répétitifs est estimé à 3 200 000²⁸.

²⁷ Entendu au sens psychologique de la structure de l'individu.

²⁸ Rapport Escapad 2002 de l'O.F.D.T.

L'usage concerne des jeunes des deux sexes âgés de 17 à 18 ans. A 17 ans, il concerne 7,6 % des filles et 10,4 % des garçons. Cette tendance s'accroît et se confirme pour la tranche d'âge des 18 ans où 8,7 % des filles et 10,7 % des garçons consomment.

Dans les tranches d'âge de l'adolescence, l'usage répété concerne deux fois plus de garçons que de filles, cet écart augmente avec l'intensité de la consommation²⁹.

Les usagers appartiennent à tous les milieux socio-culturels. La recherche du produit n'est pas une préoccupation, la plupart du temps c'est l'occasion et la rencontre qui déterminent le passage à l'acte. La consommation assure une fonction de ciment social du groupe et vient signer une appartenance. Elle constitue peut-être de façon plus inquiétante, est le passage obligé pour une fête réussie.

Le profil psychologique de l'usager répétitif

Aucune étude sérieuse ne s'est réellement penchée sur cet aspect. L'ensemble des recherches sur les usages mettent l'accent sur l'évaluation quantitative de cette catégorie. L'observation clinique, le travail de recherche dans le cadre du S.A.S.T-Verrière nous permettent de dresser le tableau suivant :

L'usage répétitif n'a pas de lien avec des situations de fragilité psychologique. Nous constatons des troubles liés à la période de l'adolescence où apparaissent certaines fragilités au plan des repères, de l'affirmation de soi et dans la nécessaire identification à l'adulte. L'aspect transgressif est un facteur important dans cet usage.

La prise en groupe et dans un contexte festif caractérisent souvent cet usage.

Le profil médical et somatique de l'usager répétitif

De façon générale les conséquences sur un plan médical de l'usage de cannabis sont de portée limitée en termes de santé publique. Pour ce qui concerne ce type d'usage, elles sont quasiment nulles.

Les réponses à apporter

Le tableau référentiel³⁰ ne répertorie pas le profil psychosocial et les actions à mettre en place dans le cadre de cet usage. Les missions des services se situant dans des actions à minima de prévention tertiaire.

²⁹ Idem

³⁰ Annexe n° 1

Très fortement présent dans le milieu scolaire, ce type d'usage est souvent le marchepied vers une escalade, ou bien une pratique assimilée, à une toxicomanie par les adultes de la communauté éducative. La prise en compte des ces «problèmes» et de ce type d'usage doit se faire dans un partenariat très large animé et coordonné par le S.A.S.T-Verrière.

Une des réponses sera la mise en place d'une collaboration partenariale au plan du territoire et plus particulièrement avec l'Education Nationale. Cette action sera mise engagée dans le cadre d'un observatoire local dont les offres de services et les objectifs seront définis dans la troisième partie.

2.5.2 L'utilisateur régulier de cannabis

Le processus d'une mise en place d'une dépendance

L'usage régulier correspond à une prise de 10 à 29 usages au cours des trente derniers jours. Dans cette catégorie « limite », le risque d'escalade est présent et vient signer les premiers signes de la dépendance. La notion de dépendance peut être retenue pour la tranche haute de cet usage. Même s'il est difficile de dissocier, comme nous l'avons vu, les deux types de dépendances, elles peuvent cohabiter pour ce qui concerne le cannabis et plus particulièrement ce type d'usage, elle est cependant essentiellement psychologique.

«Aucun syndrome de sevrage n'a été observé lors de l'arrêt de ce produit, au plus quelques angoisses peuvent apparaître, mais aucune manifestation clinique autre»³¹.

Le profil sociologique de l'utilisateur régulier

Dans la tranche d'âge des 14-75 ans en France, le nombre d'utilisateurs réguliers est estimé à 400 000³².

L'usage concerne des jeunes des deux sexes âgés de 17 à 18 ans. A 17 ans, il concerne 4,4 % des filles et 11,4 % des garçons. Cette tendance s'accroît et se confirme pour la tranche d'âge des 18 ans où 4,8 % des filles et 12,7 % des garçons consomment.

Dans les tranches d'âge de l'adolescence, l'usage répété concerne trois fois plus de garçons que de filles. Pour ce qui concerne les garçons, il est beaucoup plus important

³¹ CHARLES-NICOLAS Aimé Médecin Directeur du centre Pierre NICOL Précis de toxicomanies

³² Rapport Escapad 2002 de l'O.F.D.T.

que l'usage répété. Nous voyons dès à présent se dessiner le rapport en pourcentage filles/garçons pris en charge dans les C.S.S.T.

Les usagers appartiennent à tous les milieux socioculturels. Le milieu familial et l'entourage ne sont pas repérants et structurants (absence de soutien et de dialogue, difficultés relationnelles entre adultes). La recherche du produit occupe une part importante de leur temps, le besoin d'argent est de plus en plus important, le deal est une pratique courante pour se procurer le produit. La rencontre avec «le milieu de la drogue» est réel. La fonction de ciment social du groupe est encore présente. L'usage festif, même s'il vient légitimer une pratique, n'est pas le plus important. L'usage régulier vient pointer des difficultés personnelles amorties par les effets du produit.

Par ailleurs, les jeunes interrogés dans l'enquête E.S.C.A.P.A.D insistent fréquemment sur le caractère transitoire de leur usage, qu'ils envisagent le plus souvent abandonner lors du passage à l'âge adulte. Nous constatons que cette intention n'est pas toujours le reflet de la réalité et qu'un nombre important de jeunes adultes continuent à avoir un usage régulier durant de nombreuses années.

Le profil psychologique de l'utilisateur régulier

Nous notons un glissement de l'usage collectif ou de groupe vers un usage solitaire. Le produit n'est plus utilisé dans un rapport festif (pour se sentir bien au milieu des autres) mais dans un «raccrochage» relationnel, et comme filtre ou amortisseur de la relation souvent difficile à l'autre : le produit est utilisé comme un facilitateur. Le manque de confiance en soi est un trait que nous retrouvons chez ces utilisateurs. Leur parcours scolaire ou professionnel est plutôt chaotique. L'absence de perspective, même si elle n'est pas propre à l'utilisateur régulier, est souvent présente. L'anxiété et le stress sont les compagnons obligés d'un quotidien douloureux et difficile à appréhender. Les rapports avec le milieu familial sont toujours très difficiles et se manifestent de façon conflictuelle ou passive (rupture de dialogue, isolement dans la chambre transformée en refuge, etc...)

Le profil médical et somatique

Nous observons souvent «des troubles digestifs dus à une réduction de la motricité intestinale, des troubles de l'humeur et du sommeil, des difficultés de concentration et une fragilité pour fournir un effort soutenu.

Sous l'effet de l'intoxication, nous observons des signes cliniques qualifiés de mineurs par les médecins, qui peuvent être : des crampes épigastriques, les yeux rouges et des

mouvements courts et saccadés des yeux. Aucune prise en charge médicale n'est nécessaire dans le cadre de cet usage»³³.

Les réponses à apporter

Ce type de consommateur accède difficilement aux offres de service que nous proposons. A cela deux raisons : les actions de prévention que nous menons sont pertinentes jusqu'à l'usage occasionnel. En effet le produit, peu présent, donne prise à un discours dissuasif, alors que pour les usages répétés ou réguliers, les messages ne font plus sens.

Le soin n'apparaît pas nécessaire à l'usager, seule une mesure coercitive, dont nous connaissons les limites, l'incite à nous rencontrer.

Ces usagers, comme nous le montre les enquêtes épidémiologiques, sont des toxicomanes en puissance dont aucun dispositif existant n'est à même d'assurer la charge.

Dans cet entre-deux, nous proposons la création d'un service en collaboration avec une autre association. Ce service dénommé I.C.A.R.E sera défini dans l'ensemble de ses dimension dans la troisième partie des offres de services.

En se rapportant à notre référentiel³⁴ nous pouvons noter que cet usager se rapporte à la première époque où le modèle théorique est éducatif et psychologique dans une approche analytique et quel' équipe d'intervenants doit essentiellement composée d'éducateurs et des psychologues. C'est ce que nous développerons en troisième partie.

2.5.3 L'usager quotidien de cannabis

La dépendance et la tolérance

L'usage quotidien correspond à une ou plusieurs prises par jour. La notion de répétition et l'impossibilité à pouvoir s'arrêter une journée est le signe d'une dépendance. Dans cette catégorie, le risque d'escalade est présent, le passage d'une prise journalière à plusieurs est souvent systématique. La dépendance d'un usage unique par jour n'induit pas les mêmes causes, qu'une prise quotidienne de 20 joints. Le rapport à la drogue n'est pas à

³³ Dr MALLARET Michel Centre d'information sur la pharmacodépendance, Grenoble, revue Toxibase n°12 /lettre du Crips n°70.

³⁴ Annexe 1.

aborder de la même façon. Même s'il est difficile de dissocier, comme nous l'avons vu, les deux types de dépendances, elles peuvent cohabiter pour ce qui concerne le cannabis et plus particulièrement pour ce type d'usage.

Aucun syndrome de sevrage n'a été observé lors de l'arrêt de ce produit. Toutefois, il peut exister, dans les quinze jours suivant l'arrêt de l'intoxication, une anxiété, une agitation, des troubles du sommeil. Les symptômes cessent lors de la reprise du produit, ce qui permet de les attribuer au sevrage. L'utilisateur quotidien utilisant de fortes doses de cannabis présente les mêmes problématiques liées à la dépendance qu'un utilisateur d'autres produits reconnus plus toxiques : ces utilisateurs sont des toxicomanes.

Le profil sociologique de l'utilisateur quotidien

Dans la tranche d'âge des 14-75 ans en France, le nombre d'utilisateurs réguliers est estimé à 450 000³⁵.

A 17 ans, il concerne 2,4 % des filles et 6,4 % des garçons. Cette tendance s'accroît et se confirme pour la tranche d'âge des 18 ans où 3,7 % des filles et 10,9 % des garçons consomment.

Comme pour les autres produits, l'âge d'arrêt est 44 ans.

A l'âge adulte, il représente actuellement 40 % des toxicomanes accueillis dans le C.S.S.T S.A.S.T-Verrière.

Comme pour les autres usagers, les usagers quotidiens appartiennent à tous les milieux socioculturels.

Nous trouvons comme avec les consommateurs de cocaïne, une population âgée, fumant depuis 15 ans et plus, souvent socialement intégrée, souvent père et chef de famille.

Ces personnes font part de leur fatigue inhérente à la routine d'une consommation qui n'a plus de sens. Elles désirent récupérer la maîtrise de leur comportement.

Des enquêtes épidémiologiques ont mis en évidence que si les parents des personnalités toxicomaniaques sont rarement eux-mêmes des toxicomanes, au sens où nous l'entendons habituellement, il n'en reste pas moins évident qu'une corrélation existe entre la pharmacodépendance des enfants et une consommation habituelle par les parents (correspondant à une véritable dépendance) de produits réputés anodins.

³⁵ Rapport E.S.C.A.P.A.D 2002 de l'O.F.D.T

Le profil psychologique et psychiatrique de l'utilisateur quotidien

Le tableau clinique observé chez l'utilisateur quotidien de cannabis est similaire à celui du toxicomane. Nous nous appuyons sur le travail de Claude OLIEVENSTEIN pour tenter de définir les traits psychologiques dominants chez ce sujet. Reprenant une théorie lacanienne, celle du stade du miroir, qui permet la formation de l'identité de l'homme, « *l'enfant se découvrant autre dans un miroir réel ou symbolique, ce qui lui permet de rompre l'existence fusionnelle qu'il menait avec sa mère* ». Or, d'après C. OLIEVENSTEIN, lors de ce passage l'image se serait brisée, rendant impossible cette individuation.

Nous constatons dès lors chez la quasi-totalité des toxicomanes une relation symbiotique à la mère, faite tout à la fois de chaleur maternelle et d'affection, puis de rejet.

Dès lors, d'une manière à la fois consciente et inconsciente, le toxicomane va essayer de revivre, ou de se remettre en position de petit enfant -de dépendance- pour tenter d'annuler la brisure. C'est exactement le rôle que va prendre le produit, seul capable de provoquer cet état hallucinatoire d'une fusion absolue.

Le père quant à lui a une place impossible à tenir, cette absence d'autorité et de présence masculine est un trait essentiel chez le toxicomane.

Il peut appartenir à toutes les structures psychopathologiques, « *dès cet instant, il est à la fois normal et à la fois psychotique-il est à la fois normal et à la fois pervers* » Claude. OLIEVENSTEIN.

Jean BERGERET insiste sur le fait de « *ranger tous les toxicomanes dans une certaine catégorie structurelle* », il souligne lui aussi « *l'importance des carences portant d'un côté sur le fonctionnement imaginaire, et, d'un autre, sur les identifications* »³⁶.

Les troubles induits par l'usage de cannabis sont décrits par le Dr Xavier LAQUEILLE, Psychiatre des hôpitaux, Centre Hospitalier St Anne à Paris. Ils se présentent de la façon suivante :

« - *Les troubles anxieux, ils réapparaissent à chaque nouvelle prise, on distingue :*
- *Les attaques de panique (bad-trip), de survenue brutale avec angoisse de dépersonnalisation ou sentiment d'être détaché de soi-même, déréalisation ou sentiment d'être coupé de la réalité, peur de perdre le contrôle de soi-même ou de devenir fou.*
Cette anxiété est habituellement liée à l'anxiété du sujet lors de la prise ou à l'importance de la quantité consommée »³⁷.

³⁶ BERGERET J Précis des toxicomanies

³⁷ LAQUEILLE X les troubles psychiatriques liés à l'usage de cannabis, revue Toxibase.

Chez l'usager quotidien des syndromes de dépersonnalisation au long cours ont été décrits. Il a une angoisse chronique de dépersonnalisation ou de dé-réalité, une insomnie, une fatigue, des sentiments d'étrangeté, quelques perturbations cognitives peuvent aussi apparaître.

Des troubles psychotiques apparaissent de plus en plus lors de prise de cannabis, ce phénomène inconnu il y a quelques années est de plus en plus fréquent. Il est lié la plupart du temps à un terrain pathologique préexistant, que le produit a révélé mais il est surtout dû au dosage de plus en plus concentré en T.H.C du cannabis consommé.

Certains symptômes sont plus spécifiques : hallucinations visuelles, troubles du comportement, difficultés d'orientation spatio-temporelle.

Il est à noter que ces troubles disparaissent lors de l'arrêt de l'intoxication. La recherche de ces « sensations » est certainement un facteur important qu'il faut prendre en compte lors d'une prise en charge.

- Les troubles de l'humeur :

30 à 50 % des consommateurs de cannabis présenteraient des troubles de l'humeur sous des formes aussi variées que : des états dépressifs majeurs qui peuvent nécessiter des chimiothérapies antidépressives.

Cannabis et suicide : les patients ayant fait une tentative de suicide sont plus fréquemment abuseurs de substances psychoactives dont le cannabis.

Le profil médical et somatique

Le Dr Michel MALLARET, écrit « *la consommation chronique de cannabis par une fraction importante de la population soulève de nombreuses questions sur les conséquences sanitaires, à moyen et à long terme de cet usage* »³⁸.

Lorsque l'intoxication est importante apparaissent des troubles du langage (troubles de l'articulation des mots), des troubles respiratoires, une atteinte de la coordination motrice et une faiblesse musculaire.

Les autres troubles provoqués par la prise de cannabis sont :

Des troubles cardiovasculaires, des bronchites chroniques et des troubles respiratoires.

Des études épidémiologiques réalisées en 1993 en Tunisie font apparaître un accroissement du risque de cancer du poumon et de la gorge chez les fumeurs de cannabis.

³⁸ MALLARET M L'usage problématique du cannabis, revue Toxibase n° 12/lettre du Cripsn° 70.

Les réponses à apporter

Longtemps sous estimées, les conséquences d'un usage quotidien de cannabis comme nous l'avons vu, sont considérables. Les toxicomanes qui s'adressent au S.A.S.T.-Verrière présentent pour la plupart l'ensemble des ces tableaux.

Les conséquences somatiques sont importantes mais bien souvent s'estompent, voire s'arrêtent, avec la prise du produit. Par contre, nous pouvons noter l'importance de l'utilisation de cannabis dans une démarche d'automédication pour apaiser des états psychologiques douloureux.

Dans le référentiel établi, ces profils de toxicomanes se rapportent à la période de la fin des années 1980 où la médicalisation liée à la prise en charge sanitaire des malades du VIH n'était pas mise en place. Le modèle de prise en charge sans le support de la substitution était psycho-éducatif avec des thérapies de soutien et des accompagnements éducatifs.

La dynamique familiale est un élément trop longtemps négligée dans mon service.

C'est pourquoi une prise en charge adaptée dans une approche systémique doit être développée.

L'offre de service proposée pour répondre à cette toxicomanie actuellement atypique, car non « traitable » par la substitution, est une des mesures du plan d'action que je développerai dans la troisième partie intitulée :

Conclusion partielle

Le travail de recherche autour du concept de dépendance nous a permis d'éclairer les liens institutionnels qui étaient établis avec l'organisme de contrôle. La dépendance par l'objet de pourvoyance qu'elle offrait a permis au S.A.S.T.-Verrière de maintenir des moyens budgétaires permettant une prise en charge adaptée à l'ensemble des toxicomanes jusqu'en 1995. Nous avons vu au cours de l'évolution du service comment le S.A.S.T.-Verrière a dû, avec l'incursion dans le dispositif de l'épidémie du S.I.D.A qui stigmatisait fortement la population des toxicomanes, s'adapter à une approche sanitaire venant questionner le mode d'action d'une équipe entière. En tant que chef de service, je me suis employé à l'époque à infléchir et à moduler les positions des intervenants dont les bases professionnelles étaient profondément déstabilisées. Nous avons intégré dans nos pratiques une approche médicalisée, nous amenant à mettre au cœur du projet la substitution aux produits morphiniques.

L'arrivée d'autres types de toxicomanies, en particulier au cannabis, s'est faite parallèlement à la montée de la médicalisation du service.

L'analyse des bilans d'activités, les différentes communications sur la montée du phénomène auraient dû nous permettre d'anticiper ces nouvelles demandes. Mais nous étions engagés dans une démarche d'agrément et de financement par l'Assurance Maladie qui ne pouvait se satisfaire de l'éclairage de cette réalité.

Il nous appartient donc de mettre à présent en place des réponses qui nous permettront d'offrir ces prises en charge. Nous développerons dans la troisième partie, un projet de direction permettant la mise en place d'offres de service adaptées aux besoins des toxicomanes accueillis dans le C.S.S.T et le développement de dispositifs dans le champ de la prévention et du repérage des toxicomanies émergentes.

Ce changement concernera aussi les ressources humaines dans la modification des représentations, dans la formalisation des pratiques, par la formation et le rééquilibrage des spécialités.

Ce travail vise à mettre en évidence la nécessité pour tout directeur d'anticiper les évolutions des usagers en s'adaptant à l'environnement, et aux changements réglementaires, en maintenant les professionnels dans une dynamique active de réflexion et d'innovation pour répondre aux problématiques des publics accueillis dans le cadre de politiques publiques adaptées.

Ma fonction de direction doit se centrer sur l'élaboration et la mise en oeuvre de prestations en faveur de l'utilisateur en construisant des offres de services personnalisées, concertées et cohérentes dans une démarche innovante et de proximité.

3. LE PROJET DE DIRECTION : le développement des ressources humaines pour une professionnalisation adaptée. Un partenariat à l'échelle du territoire pour repérer, évaluer et prévenir les nouvelles toxicomanies

L'évolution du S.A.S.T-Verrière sous sa forme actuelle me semble en grande partie résulter de l'absence d'un véritable projet de direction , tel que je vais tenter d'en dégager les axes forts pour le présent, l'avenir proche et le futur.

Mon projet de direction tiendra compte de l'ensemble des constats établis dans les deux premières parties. Il se déclinera en plusieurs propositions opératoires qui devront répondre à la problématique posée et aux besoins des usagers accueillis.

Il poursuivra l'objectif de mettre en œuvre les missions définies dans le cadre du décret du 26 février 2003.

L'enveloppe fermée de la C.P.A.M pour le financement du service est une contrainte importante, mon projet de direction devra tenir compte de cette réalité budgétaire .

Les projets nouveaux devront faire nécessairement l'objet d'un financement sur des crédits spécifiques non pérennes.

Mon projet de direction s'articulera autour de trois axes forts :

- 1 - Faire évoluer les représentations par la mise en place d'un référentiel commun, en passant par un diagnostic partagé avec les membres de l'équipe.
- 2 - Permettre une évolution progressive des professionnels de l'équipe.
- 3 - Développer des capacités d'anticipation.

Ce qui se traduira par les propositions suivantes :

-En intra :

Le développement des ressources humaines et des compétences, l'explicitation d'un professionnalisme adapté aux missions du service.

La mise en place du conseil de la vie sociale et la participation des usagers.

La mise en œuvre de systèmes d'évaluations.

-En inter-associatif :

La création d'un point écoute adolescents/parents.

-En externe :

Le développement d'un partenariat à l'échelle du territoire dans une stratégie préventive de l'ensemble des acteurs institutionnels impliqués dans des missions en direction de populations concernées par des prises de produits

Ce projet de direction m'amènera à mobiliser les personnels du service et les services partenaires:

- Pour la création d'un point écoute adolescents/parents destiné à répondre aux nouveaux comportements de consommation des adolescents et des difficultés des parents et adultes. Ce projet répondra à la nécessité de prendre en charge de façon très précoce les usagers de toxique et leur entourage. Il prendra en compte les orientations des politiques publiques actuelles, les missions définies dans les décrets de Février 2003 et les besoins émergents des adolescents que nous avons mis en évidence précédemment.
- Pour la formation du personnel, afin de répondre aux nouvelles toxicomanies émergentes, et le sensibiliser à une prise en charge psycho éducative à l'accompagnement de la personne et de son entourage (formation à la prise en charge à orientation systémique). Nous ne pouvons pas à nouveau procéder à une recomposition de l'équipe, l'objectif du plan de formation est de permettre d'aller vers une formation complémentaire du personnel permettant de répondre aux problèmes d'addictologie au sens large³⁹.
- Pour la création d'un observatoire départemental en collaboration avec l'Inspection Académique et l'ensemble de ses services médicaux et sociaux, les juges pour enfants, la police et la gendarmerie. Dans la même démarche préventive et de prise en compte réelle des problèmes des adolescents scolarisés, Cette instance sera un lieu ressource et un moyen d'action au service des adolescents et des personnels de l'éducation nationale. Elle permettra d'introduire une réactivité supplémentaire du C.S.S.T en apportant en amont les futures tendances toxicomaniaques.
- Pour la mise en place d'une coordination à l'échelle du territoire de l'ensemble des dispositifs de prise en charge de personnes présentant des conduites addictives. Ce dispositif sera complété par la création d'un réseau de partenaires intervenants à différents niveaux et dans différents champs. Il interviendra de la prévention primaire jusqu'aux soins et associera des acteurs institutionnels travaillant sur le secteur, en prévention spécialisée mais aussi en institutions spécialisées.

³⁹ Annexe n°7

Introduire la dimension temporelle dans un plan d'action est un élément indispensable. Il importe de planifier et d'établir un calendrier de la mise en place des différents projets pour assurer leur réalisation dans les meilleures conditions.

Cette planification doit se faire au regard des objectifs prioritaires à atteindre, des moyens en personnel à mobiliser et des recherches de financements spécifiques.

Depuis le mois de Mars 2004 nous avons ouvert le lieu d'accueil I.C.A.R.E. Nous devons dès à présent nous mettre à la recherche du financement futur. En effet le financement nous est assuré pour une durée n'excédant pas 3 ans.

L'observatoire devrait pouvoir être opérationnel pour la fin de l'année 2004, de nombreuses réunions de préparation, de concertation et la signature d'une convention sont des éléments préalables à sa mise en place définitive.

La formation du personnel a commencé sur l'exercice 2004 et est planifiée jusqu'en 2008⁴⁰

La coordination à l'échelle du territoire sera réalisée courant 2005 ou plus tard. En effet c'est un dispositif relativement lourd à mettre en place par le nombre important d'acteurs à mobiliser.

3.1.Un management adapté pour une évolution importante

Lors de mon entrée en formation C.A.F.D.E.S, le mode de management qui me caractérisait parmi ceux définis par Dominique GENELOT,⁴¹ était celui du management directif. Persuadé que le directeur avait de sa place les éléments nécessaires à la compréhension des causes et des effets, je m'appuyais sur le pouvoir de direction pour «naturellement» imposer le changement. Une « dose » de management persuasif et une reconnaissance dans l'expertise me permettaient de faire accepter les orientations retenues.

Pour introduire le changement il est indispensable d'associer l'ensemble des acteurs institutionnels ; non pas seulement lors de la phase d'application, voire de choix d'offre de services, mais bien en amont, lors des premiers questionnements qui peuvent surgir chez le directeur sur l'intérêt, l'adéquation d'une réponse à un problème .

Les quatre modes de management définis par Dominique GENELOT le management directif, le management persuasif, le management participatif et le management

⁴⁰ Se reporter à l'annexe 7

⁴¹ GENELOT D Manager dans la complexité, INSEP CONSULTING

délégation doivent, en fonction des éléments à mettre en œuvre, être retenus pour faire émerger un comportement managérial adapté à l'objectif recherché.

La mise en œuvre des offres de service dans le cadre du S.A.S.T-Verrière ne saurait être réalisée sans une démarche collective de l'équipe. Le directeur doit avoir le souci de permettre la participation de tous. L'ensemble des membres est à présent associé à tous les stades du processus d'élaboration. Des sous-groupes de travail sont constitués en fonction des compétences des membres de l'équipe et de leur intérêt pour l'élaboration des projets particuliers. La concertation et la restitution de l'avancée des travaux se font lors de réunions institutionnelles.

Le directeur n'est pas un expert en tout il est donc nécessaire qu'il s'associe des partenaires extérieurs. Cet apport permet un décentrage avec la réalité perçue qui, bien souvent, est lue à travers le prisme déformant des relations institutionnelles auxquelles il convient d'ajouter le faisceau des liens interpersonnels. Un regard extérieur permet d'apporter une triangulation expert-équipe-directeur, qui favorise le travail.

Durant une année un consultant est venu travailler avec nous pour élaborer le projet de service, nous allons continuer pour ce qui est de l'élaboration de certains projets présentés ci-après.

3.2 Le point écoute et rencontre adolescents/parents

Favoriser le développement d'un partenariat et la mutualisation des compétences afin d'optimiser les actions, représente un défi quotidien pour le directeur.

L'offre de service que je vais présenter à présent se fait en direction des usagers de drogues en général, de cannabis en particulier, et de l'entourage de la personne (en principe les parents).

Ce dispositif permet de combler le manque en matière de réponse de la part des services de soins spécialisés, en direction des usages abusifs de produits. En effet, comme nous avons pu le voir, nos missions et actions sont mises en place dans deux axes, celui du soin et celui de la prévention.

Le soin s'adresse aux toxicomanes qui s'identifient comme tels et qui sont engagés dans des consommations à très forte dépendance entraînant un risque vital ou tout du moins une forte désocialisation chez le sujet.

La prévention s'inscrit dans une démarche dont les objectifs consistent à :
démystifier la toxicomanie, sans la banaliser ni la dramatiser, à partir d'informations claires et objectives.

Ce dispositif s'adresse aux jeunes utilisateurs de produits (en majorité de cannabis) que nous avons définis comme usagers abusifs. Leur rapport au produit est problématique

pour l'entourage, mais pas pour l'utilisateur, ce qui nous amène à orienter le projet en direction des parents qui ont besoin de soutien, de réassurance et qui sont les médiateurs indispensables pour la venue du jeune concerné.

Celui-ci n'est plus accessible par la prévention traditionnelle et ne reconnaissant pas son comportement comme « problématique », il ne fait pas de démarche vers le soin. Il est cependant un usager de soins en instance.

Le partenariat mis en place : nous entretenons avec l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie (A.N.P.A.A) des liens coopératifs dans le cadre de nos actions de prévention depuis trois ans.

Un travail de recherche, d'enquête sur les problématiques addictives nous avait naturellement rapproché et une réelle collaboration s'est donc opérée entre nos deux structures. Lors de nos rencontres autour des usages et mésusages, nous avons fait le même constat quant à l'absence de réponses spécifiques en direction des usagers abusifs de cannabis ou d'alcool. Nous avons donc décidé de nous associer pour créer cette structure autour d'un projet commun.

Cette collaboration s'est faite pour la recherche de financements et pour la mise en place de mutualisation des moyens en personnels que chaque structure pourrait détacher pour assurer une permanence.

3.2.1 La recherche de financements⁴²

Les produits financiers de nos services nous permettent tout juste de répondre à nos différentes missions. La recherche de financements complémentaires et spécifiques s'impose donc. Les crédits déconcentrés de la M.I.L.D.T, gérés par le chef de projet toxicomanie sur le Lot-et-Garonne, permettant de couvrir seulement les besoins des actions déjà engagées, nous nous orientons vers les programmes régionaux d'accès aux soins P.R.A.P.S et P.R.S jeune.

Avec le soutien de la D.D.A.S.S, nous déposons auprès de la D.R.A.S.S et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Aquitaine (U.R.C.A.M) un projet et une demande de financement.

En Janvier 2004, notre projet est labellisé et financé à hauteur de 23 000 Euros.

Ce financement concerne pour l'essentiel les salaires et le fonctionnement.

Dans le cadre de la politique de la ville, nous avons sollicité la municipalité d'Agen pour qu'elle s'implique dans le dispositif au titre du territoire en mettant à notre disposition des

⁴² Annexe n° 5 le projet I.C.A.R.E : le dossier et la demande de financement

locaux implantés au centre ville, si possible, dans un ensemble de services de droit commun qui permette la non-stigmatisation du service et favorise son accessibilité.

3.2.2 Conduite de projet de direction

Pour mener ce projet, nous avons associé l'ensemble du personnel en favorisant la communication car, comme le précise Dominique GENELOT⁴³, *«la façon de concevoir la stratégie de communication conditionne directement l'engagement des personnes dans la construction stratégique de l'entreprise»*.

De nombreuses réunions préparatoires pour la définition des actions à mener, de leurs modalités et objectifs, ont été organisées sur plusieurs mois.

L'ensemble des salariés des deux services ont été associés à la démarche d'élaboration. Dans une logique de rationalité, un groupe de travail a été constitué afin de finaliser le projet, avec des retours réguliers de l'avancée des démarches vers les équipes.

Les deux directeurs, associés à un salarié de chaque service (les animateurs de prévention), et l'expertise ponctuelle d'un ou plusieurs salariés de chaque structure, ont permis d'élaborer les grandes lignes du projet.

Celui-ci a été finalisé lors d'une réunion inter-institutionnelle regroupant l'ensemble des salariés. Le projet a été baptisé Information Conduites Addictives Rencontre et Ecoute (I.C.A.R.E), la recherche du sigle me semble plus avoir obéi à la logique du mythe qu'à une réelle cohérence des mots clefs.

3.2.3 La recherche d'un lieu d'implantation

Cette question longtemps au travail dans les deux équipes a été une source d'échanges très constructifs où des avis parfois opposés ont pu être soutenus .

Ce lieu devait être la synthèse de «l'impossible ». A la fois discret mais facilement repérable, intégré dans un dispositif de droit commun de type point-jeune mais suffisamment à l'écart pour favoriser les démarches, positionné sur des axes passants (ou il est impossible de stationner) et suffisamment accessible ...etc.

Le partenariat dans le cadre du contrat de ville n'a pu pour cette année nous permettre d'obtenir le lieu « idéal » ; en l'absence de financement spécifique nous avons « choisi » l'offre de l'A.S.P.P qui a mis à notre disposition un ancien local implanté au centre ville.

⁴³ GENELOT D Manager dans la complexité, INSEP CONSULTING

Ce non-choix s'avère pertinent car il est proche des lieux de rencontres des adolescents et des principaux établissements scolaires. L'implantation en un autre site est cependant possible si la municipalité d'Agen nous propose un lieu mieux adapté.

3.2.4 Les offres de service d'I.C.A.R.E.

Situées dans un entre-deux du soin et de la prévention, les offres de service que propose I.C.A.R.E peuvent se décliner selon quatre modalités :

- Evaluation de la situation de l'adolescent et du jeune adulte.
- Accueil parents et adultes.
- Pôle Information.
- Pôle Auto-évaluation.

Cette démarche s'inscrit dans une logique d'intervention d'aide précoce auprès de consommateurs qui ont fait l'expérience d'un ou de plusieurs produits. L'expérience est une dimension essentielle, elle oriente l'aide que l'on peut apporter dans le cadre d'une intervention précoce.

En effet, c'est à partir de l'expérience de consommation du nouvel usager que l'on pourra lui amener un éclairage sur sa pratique. La démarche est donc différente du discours scientifique généralisant porté par les actions de prévention.

Remarquons ici que cette notion d'intervention précoce correspond à un enjeu de Santé Publique. En effet, les comportements de consommation de produits inscrits dans la préadolescence ou l'adolescence seront plus facilement constitués en conduites problématiques et difficiles à modifier à l'âge adulte. Le spectre de la dépendance n'est pas loin, l'intervention précoce permet au moins au jeune consommateur de ne pas en être dupe.

I.C.A.R.E prend sa place dans le tissu institutionnel du Lot-et-Garonne, en proposant aux jeunes consommateurs de substances psycho-actives et à leurs parents ou adultes éducateurs mis en difficulté par leurs comportements, un accueil qui permet une intervention précoce. Au-delà de la prévention et non encore inscrit dans une demande de soin, I.C.A.R.E se veut être un temps et un espace de parole pour que l'adolescent puisse se saisir de son expérience avec le produit et d'auto évaluer le contrôle qu'il peut avoir ou pas de cette consommation.

A) L'évaluation de la situation des personnes

Les personnes que nous rencontrons sont toutes différentes, les raisons qui les mènent jusqu'à nous sont très diverses. Il nous appartient, avant la mise en place de toute démarche, d'évaluer en tant que professionnels la situation qu'elles rencontrent, la demande qu'elles nous adressent et la réponse que nous pouvons apporter ou construire ensemble.

Le public que nous accueillons est composé de jeunes qui consomment un ou des produits psycho-actifs et de parents et adultes éducateurs que cette consommation inquiète. La consommation inquiétante vient faire symptôme, elle est souvent le vrai problème, mais elle peut parfois être l'arbre qui cache la forêt.

Une famille peut donc présenter l'adolescent consommateur comme le problème de la famille. Il nous appartient d'évaluer le fond de la demande et de voir ce que l'on peut répondre. Parfois nous ne le pourrions pas et orienterons vers les lieux où il nous semble que ce type de demande peut être adressé. Un retour vers les deux services porteurs est souvent proposé.

L'adolescent peut également présenter, en association co-morbide, une pathologie psychiatrique plus lourde qui nous empêche de l'accueillir et nous oblige à l'orienter vers des soins appropriés.

Ce travail d'évaluation de la situation se fait tout au long de l'accueil de la personne et peut donner lieu à des changements de réponse ou d'orientation de notre part.

C'est toute l'importance du premier entretien où les intervenants essaient d'évaluer la demande à laquelle ils ont affaire : Qu'est-ce qui amène la personne ? Lui a-t-on imposé de venir ? Quel rôle le produit joue-t-il dans tout ça ?....

Dans tous les cas, il est primordial que lors de ce premier entretien se mette en place une relation de confiance basée sur le libre engagement de chacun : usagers et professionnels. En aucun cas, nous n'accueillerons d'adolescents ou d'adultes en dehors de leur volonté.

B) L'accueil parents et adultes-éducateurs

Bien souvent le jeune consommateur n'est pas en souffrance par rapport à sa consommation. Le problème ne lui apparaît pas. Ce sont ses parents ou un adulte éducateur (enseignant, animateur...) qui vont venir signifier le problème. Mis en difficulté par le comportement de l'enfant, les adultes vont chercher l'aide de professionnels mieux informés, supposés savoir et détenir une solution qu'ils veulent souvent rapide et efficace. A ces parents, nous proposons un lieu d'écoute et éventuellement d'échange avec d'autres adultes professionnels ou parents, qui leur permettent d'élaborer la situation

qu'ils vivent avec leurs enfants. Parfois la mise en parole par les parents va suffire à ce que les choses s'arrangent dans la famille ; souvent cette première étape où nous rencontrons les parents va permettre à ces derniers de repérer les ressources dont ils disposent pour amener leur enfant à faire la démarche de venir nous rencontrer.

Cet accueil est à envisager avec un regard systémique où les places, rôles et fonctions dans la famille sont à commenter, à critiquer (positivement) quelquefois et rarement à redistribuer. Les parents et les adultes sont les meilleurs alliés pour qu'un travail soit possible avec l'adolescent.

C) Le fonctionnement du service

L'accueil est assuré par deux intervenants qui animent la discussion et font circuler la parole. Ces intervenants peuvent donner un éclairage sur la situation vécue par les personnes. Cela va du commentaire au conseil en passant par l'information donnée par les professionnels concernant les produits et leurs usages.

La règle de confidentialité est rappelée, les personnes accueillies peuvent garder l'anonymat.

Plusieurs parents peuvent être présents. Auquel cas s'organise une discussion où l'échange des expériences est possible. Si le besoin se fait ressentir, un des intervenants peut s'isoler avec des parents afin d'envisager la singularité de leur situation.

D) Le pôle information

I.C.A.R.E. dispose d'un espace d'information le plus complet possible sur les produits et leurs usages. L'information peut s'envisager selon deux modalités : passive et active.

L'information passive

Il s'agit de l'affichage dans le lieu des outils d'information et de prévention classiques. Cet affichage permet de rendre la mission d'I.C.A.R.E. lisible au premier coup d'œil. Il est garant de « l'ambiance » du lieu qui se veut convivial, mais aussi animé de tout le sérieux nécessaire à une pratique professionnelle.

Aussi, nous disposons de brochures qui s'étalent sur un présentoir et dont les personnes qui passent à I.C.A.R.E. peuvent se saisir. Il s'agit d'informations sur les produits et les risques de leurs consommations, mais aussi des brochures de présentation des différents lieux de soins.

L'information active

Ici intervient la dimension interactive que se propose de donner I.C.A.R.E. à son pôle d'information. En effet, l'information est aussi portée par les intervenants dans une démarche pédagogique. La notion de pédagogie implique celle de relation entre deux ou plusieurs personnes. C'est cette relation entre le professionnel et une autre personne que nous travaillons autour d'outils d'information active.

C'est par exemple une bibliothèque avec des abonnements, revues et autres ouvrages consultables sur place et que l'on peut commenter avec un professionnel.

C'est aussi l'outil informatique avec la mine d'information que représente Internet, mais aussi autour de logiciels qui permettent de s'informer et d'évaluer sa consommation.

E) Le pôle auto-évaluation du contrôle de sa consommation

On parle d'auto-évaluation dans le sens où il s'agit d'une démarche personnelle de l'adolescent, démarche dans laquelle il est actif et qui part de son désir de réfléchir sur son expérience avec le produit. Il sera accompagné dans cette démarche par un psychologue et les autres intervenants d'I.C.A.R.E.

L'auto-évaluation se déroule en trois entretiens. Le fait de donner un rythme avec un début, un milieu et une fin signifie qu'il s'agit d'une démarche qui s'inscrit dans un temps et qui ne peut en aucun cas être ponctuelle. Signifier que les rencontres auront une fin permet surtout d'éviter que ne s'installe un sentiment d'emprise pour l'adolescent, qui ainsi s'inscrira plus facilement dans une relation de confiance.

Durant ces entretiens seront abordés les trois grands thèmes suivants :

Le produit : le goût, la saveur et la qualité ; la question du prix et des modalités d'achat.

La visibilité : de la consommation pour l'entourage, des situations de consommation, et de la maîtrise technique du produit.

La capacité à maîtriser les effets : Gestion du rythme, les effets attribués par l'utilisateur, repérages effets positifs/effets négatifs.

En parallèle à ces trois entretiens, l'adolescent sera invité à consulter le pôle information et à interroger l'intervenant qui l'anime pour alimenter sa réflexion, l'utilisation qu'il aura faite du pôle information sera reprise en entretien.

Le but de cette démarche est de permettre à l'adolescent de repérer le contrôle qu'il peut avoir sur sa consommation et de s'appuyer sur son expérience avec le produit pour l'amener à résoudre les difficultés qu'il a rencontrées . S'il n'est pas établi comme prérequis la nécessité d'arrêter, les adolescents ne se sentant souvent pas en souffrance avec leur consommation, ce protocole va permettre au jeune de réfléchir sur les risques de cette consommation et de mieux les prendre en compte. Cela lui permettra aussi de

repérer la place que prend cette consommation dans sa vie en général et d'en juger l'utilité ou l'inutilité.

Souvent l'adolescent repartira avec son expérience du produit, mais aussi avec celle qu'il a eu avec nous, adultes professionnels, et surtout avec un point de vue plus clair, mieux informé, plus réfléchi sur ce qu'il doit faire de sa consommation.

Parfois cette démarche représente un temps où une souffrance peut se dire et amène vers une autre démarche s'inscrivant dans le soin, nous orientons alors vers les structures de soins existantes et appropriées telles que le S.A.S.T-Verrière ou l'A.N.P.A.A.

I.C.A.R.E. se propose donc comme une offre de service en complémentarité avec ce qui existe déjà dans le champ des conduites addictives. Ce lieu vient répondre aux nouvelles tendances de consommation des jeunes qui ne sont pas forcément demandeurs de soins, mais qui, par leur comportement, prennent des risques et présentent une souffrance qui leur échappe et que leurs parents ou les adultes qui les rencontrent, remarquent pour eux.

L'idée d'une intervention précoce leur permet de se saisir de cette inquiétude des adultes et de repérer leur rapport à leur consommation : la place que cela prend pour eux.

Cette réponse en amont permettra de désamorcer des problématiques qui conduiraient inévitablement l'utilisateur de drogue vers une dépendance et à terme vers un soin beaucoup plus lourd.

F) La mise en place des dispositifs prévus dans la loi de 2002

L'ensemble des prestations proposées par I.C.A.R.E, sont portées à la connaissance de l'utilisateur grâce à un livret d'accueil qui lui est remis lors de la première rencontre. Ce support réglementaire permet de dynamiser un processus de prise en charge souvent long à s'enclencher. La remise du livret d'accueil s'accompagne de celle du règlement de fonctionnement et de la charte des droits et libertés.

Ce type de service basé sur des rencontres brèves, invalide la possibilité de mettre en place un conseil de la vie sociale. Nous avons retenu la solution d'un questionnaire de satisfaction que nous soumettons à l'ensemble du public visé⁴⁴

Pour ce qui concerne la méthode d'évaluation retenue, se reporter au projet en annexe 5.

G) L'évolution des politiques publiques :le plan quinquennal 2004-2008

⁴⁴ Annexe 5 page XX

Le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale a adressé courant juin 2004 une note à l'attention des Préfets de régions et de départements, relative à la création de consultations cannabis et autres produits psycho actifs dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre la drogue, l'alcool et le tabac 2004-2008

Après un rappel des données épidémiologiques concernant les usagers de cannabis, différents dispositifs sont préconisés et en particulier des consultations avancées dont les modes opératoires sont identiques à ceux développés dans le service I.C.A.R.E.

Nous avons, toujours en partenariat avec l'A.N.P.A.A, déposé auprès de la D.D.A.S.S un projet en réponse à un appel . L'objectif est pour nous, en nous appuyant sur l'antériorité de notre démarche, d'obtenir un financement qui nous permettra d'asseoir la pérennité des moyens du service.

3-3 La formation du personnel pour répondre aux nouvelles toxicomanies émergentes : renforcer les compétences de l'équipe⁴⁵

C'est la deuxième mesure du plan d'action proposé pour tenter de répondre en intra aux besoins des toxicomanes.

La gestion des ressources humaines est en lien direct avec le sujet que j'aborde dans la mesure où prendre en compte les problèmes des usagers nécessite de leur offrir des professionnels qualifiés, en mesure de répondre à leurs besoins de manière adaptée.

Les compétences des professionnels doivent être préservées et renforcées afin de leur permettre une adaptation permanente aux besoins nouveaux des usagers et aux évolutions des nouveaux usages.

Cette préoccupation implique pour le directeur de développer une politique de formation en lien avec les projets de l'établissement et les besoins individuels des personnels.

Le personnel constituant la principale ressource du service, développer les qualités et les connaissances des professionnels c'est développer le panel des compétences d'un service.

3.3.1 Le plan de formation comme outil d'accompagnement et de changement

⁴⁵ Annexes 7

Le C.S.S.T manque de moyens en personnel. Dans le tableau ⁴⁶, nous pouvons percevoir cette réalité. Il n'est pas envisageable actuellement de procéder à des changements de personnel, ni d'envisager un recrutement. Lors de l'élaboration du budget 2005, je m'appuierai sur ce travail de recherche pour justifier la demande de temps supplémentaires d'éducateur et de psychologue. Pour l'instant, la seule certitude c'est l'équipe dont je dispose, je vais donc engager différents professionnels dans une démarche de formation.

Des rencontres régulières dans le cadre d'entretiens individuels avec chaque membre du personnel me permettent de mettre en perspective une évolution professionnelle et une professionnalisation tenant compte des besoins du service et du désir d'évolution de chacun. La formation doit aussi permettre à ceux qui le désirent de pouvoir se qualifier afin de prendre d'autres fonctions ailleurs. A mon sens, c'est un des facteurs qui peut éviter l'usure professionnelle des salariés : permettre aux personnes de partir c'est aussi permettre l'arrivée de nouvelles compétences.

La formation doit s'inscrire dans un esprit « d'institution apprenante » comme le suggère Patrick LEFEVRE⁴⁷. Le personnel est invité et encouragé à restituer en équipe les apports individuels des formations suivies, le contenu des congrès et journées de formation.

Des journées en intra sont prévues, elles impulsent une dynamique qui permet à chacun de s'enrichir du travail des autres et d'enrichir les autres de son propre savoir.

Le plan de formation est élaboré au niveau de l'association gestionnaire et mutualisé par elle. Le service a, pour la formation continue, une ligne budgétaire à hauteur de 3 790,52€

A titre d'information, les formations engagées sur le SAST coûtent 8 136 €

La priorité est donnée aux formations d'équipe sur une thématique particulière. Les formations se font de plus en plus à la carte, afin de rationaliser les coûts en termes d'heure de formateur, de déplacement, d'indemnités diverses. Nous proposons chaque fois que cela est possible des formations sur site.

La dimension de démarche d'équipe est au centre de l'enjeu, car il est bien question pour le S.A.S.T-Verriere de travailler à la construction d'un référentiel commun définissant les bases de notre mode d'intervention. Nous allons donc nous saisir de la priorité donnée par l'association aux formations d'équipe.

Le plan de formation présente divers paramètres et contraintes dont le directeur doit tenir compte.

⁴⁶ Annexe n° 7

⁴⁷ LEFEVRE P Guide de la fonction directeur d'établissement.

La mutualisation de la masse financière au plan de l'association est un atout indéniable mais, est aussi une contrainte car chaque service ne dispose pas systématiquement de sa cote part. Cette contrainte exige de la part du directeur de développer un argumentaire pertinent pour retenir l'intérêt du directeur général pour prioriser le plan de formation de son service.

La mise en perspective des formations proposées et retenues au regard des services rendus et objectifs recherchés doivent être clairement identifiées.

La seconde contrainte est la planification de la formation dans le temps en intégrant et modulant les paramètres de durée, de nombre et d'intensité.

Le plan de formation doit être un élément dynamique, pour cela il est nécessaire d'évaluer pour chacun la réponse la mieux adaptée. L'étalement dans le temps doit être finement analysé et évalué au regard de la nécessité d'apporter le plus rapidement possible des compétences nouvelles, mais aussi de la nécessité de continuer à rendre le même service aux usagers durant l'absence des personnes formées. Une absence trop longue ou trop intense pénaliserait l'activité, surtout dans un service dont le nombre de salariés est peu important.

Le projet de formation s'est effectué en tenant compte de l'ensemble de ces paramètres. J'ai élaboré un plan de formation triennal (2004-2006) financé par PROMOFAP et par les produits des actions de prévention qui permettront, sur chaque exercice, de prendre en charge les frais de déplacement et d'hébergement de l'agent de prévention.

Cette collaboratrice est chargée de la mise en oeuvre des actions de prévention « tout public » et est chargée de co-animer l'espace I.C.A.R.E.

Titulaire d'une maîtrise de psychologie, elle a été recrutée dans le cadre d'un emploi jeune pour mener des actions dans le champ de la prévention. Ayant échoué à plusieurs reprises dans son entrée en D.E.S.S de psychopathologie, elle est inscrite depuis Janvier 2004 à l'Université de Paris VIII afin de passer un diplôme supérieur universitaire en addictologie.

Cette formation qualifiante se déroule sur un an. Elle lui donnera des compétences dans la prise en charge des addictions et un statut professionnel qui lui permettra d'intégrer, en tant que salariée, le C.S.S.T.

Au cours de cette formation, des stages obligatoires doivent être effectués dans des services prenant en charge des personnes dépendantes. Il est prévu qu'ils soient effectués sur trois services du département prenant en charge des malades alcooliques et des usagers de tabac et de cannabis.

Au delà de l'intérêt clinique, ces stages permettront de renforcer le partenariat au plan du territoire avec des services intervenant dans le même champ.

En 2005, une infirmière bénéficiera d'une formation à l'entretien et à l'évaluation des premiers accueils dans une dimension psychodynamique élargie à l'ensemble des problèmes d'addiction, donc du cannabis.

3.3.2 La participation à des groupes de recherche

Les C.S.S.T d'Aquitaine ont créé un groupement d'adhérents, le G.R.R.I.T.A, pour réfléchir et travailler ensemble dans le cadre de journées d'études sur des nouvelles pratiques et sur des réponses à apporter. La mutualisation des observations en lien avec l'O.F.D.T permettra une meilleure réactivité. Un membre de l'équipe est chargé de travailler au sein de ce groupe régional.

3.3.3 La participation à des congrès

Le budget du service est faiblement doté, cette ligne budgétaire représente 417 €. Des produits facturés aux établissements demandeurs d'actions de prévention nous permettent de doubler cette somme. Deux personnes du service peuvent participer aux colloques et journées nationales organisées par l'A.N.I.T (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie) ainsi qu'à différentes journées régionales dont le thème rejoint ma préoccupation, à savoir la montée en charge des utilisateurs de cannabis.

3.3.4 Les réunions institutionnelles à thèmes.

Les journées à thèmes sont organisées dans le cadre du service, elles se déroulent sur une journée et rassemblent l'ensemble du personnel. Chacun, en fonction des sujets abordés, est chargé de préparer une intervention introductive. Pour ce faire, chacun dispose d'un temps de recherche personnel pris sur le temps de travail. Les effets sur l'équipe sont d'une grande richesse sur le plan individuel personnel et professionnel et sont source de gratification et de cohésion institutionnelle.

Ces différents dispositifs mis en place doivent nous permettre à terme de répondre en intra aux besoins actuels mais aussi d'être en mesure de faire face à l'évolution de ces besoins.

3.3.5 Participation à un groupe de travail chargé de faire des propositions dans le cadre de la réforme de la loi du 31 décembre 1970.

Les partenaires sociaux les fédérations d'employeurs sont souvent consultés lors de propositions de modifications législatives. Le directeur doit adhérer à ces groupements d'employeurs qui peuvent par leur représentativité avoir une influence et orienter les futures politiques publiques.

A ce titre, dans le cadre de l'Union Nationale des Sauvegardes de l'Enfance et de l'Adolescence à laquelle adhère mon association gestionnaire, je participe à un groupe de travail chargé de finaliser des propositions en matière de prévention et de soins aux toxicomanes. Elles sont ensuite proposées au Premier Ministre dans l'objectif de réformer la loi du 31 décembre 1970 . Les différentes propositions formulées ont été retenues dans le document final.

Fin juin 2004, des réunions de travail réunissant des représentants des Sauvegardes et de l'A.N.I.T seront chargées d'élaborer un document d'orientation et de préconisation en matière de prévention auprès du cabinet du Premier Ministre. Ayant été sollicité, je participerai à ce groupe de travail.

Il me semble indispensable pour un directeur de s'inscrire dans des instances de travail et de réflexion afin d'impacter, par les observations du terrain, les choix législatifs. C'est à mon sens une des conditions nécessaires pour se faire l'écho des besoins repérés.

3-4 La création d'un observatoire départemental en collaboration avec l'inspection académique et l'ensemble de ses services médicaux et sociaux, les juges pour enfants, la police et la gendarmerie

Dans le cadre des missions du service de soins la Verrière, une large part est faite à la prévention et « ...au repérage des usages nocifs...de plantes et substances vénéneuses »⁴⁸. L'ensemble des élèves d'un établissement scolaire bénéficie d'actions de prévention de la part de notre service. Elles se révèlent dissuasives pour ceux qui sont prêts à les recevoir, notre message est, en revanche, inopérant pour les élèves consommateurs. Définir des actions de prévention qui éviteront à l'utilisateur occasionnel de devenir dépendant est au cœur du sujet abordé.

Avec les services médicaux de l'Education Nationale et en particulier avec le médecin responsable de secteur, nous avons constitué à mon initiative un groupe de travail autour de la question. A partir du constat de l'utilisation de plus en plus importante de cannabis par des élèves en âge d'être scolarisés, cette tendance a été confirmée quelques mois plus tard par la dernière enquête conduite par l'O.F.D.T qui fait état de chiffres très

⁴⁸ Décret du 26 Février 2003

alarmants, qui viennent confirmer la tendance que nous observons dans les C.S.S.T d'augmentation de l'usage de cannabis.

Après de nombreuses réunions sous la direction de l'inspecteur d'académie, ce groupe de travail a fait le constat :

- que les actions de prévention traditionnelle avaient une portée limitée et n'étaient pas un « vaccin » contre l'usage.
- qu'aucune coordination n'était en place au plan du Lot-et-Garonne pour observer mais aussi soutenir des décisions que les chefs d'établissements étaient amenés à prendre lors d'utilisation ou de cession de produits stupéfiants dans leurs établissements respectifs. Le problème était parfois repéré mais traité de façon très disparate et souvent uniquement par le chef d'établissement, tiraillé entre son désir d'aider le jeune et son désir de protéger le groupe et l'image de l'établissement. Je me suis aperçu que dans nombre de cas d'utilisation de cannabis, les «coupables» étaient poussés à démissionner de l'établissement scolaire en contrepartie de la clémence du principal ou proviseur qui omettait de signaler les motifs du départ de l'élève au nouvel établissement qui l'accueillait .

Sous l'impulsion du S.A.S.T-Verrière deux axes d'intervention sont mis en place :

Le premier est la signature d'une convention bipartite entre le centre et l'Inspection Académique constituant une cellule d'appui technique composée de chefs d'établissements délégués, de policiers, de gendarmes-relais antidrogue, des responsables des services sociaux et médicaux de l'Inspection Académique.

L'objectif est d'apporter un appui technique immédiat lorsqu'un chef d'établissement se trouve confronté à des usages de produits dans son établissement.

Cette cellule se réunit dans les 24 heures, écoute les faits exposés par le chef d'établissement et formule des recommandations dans des champs aussi divers que le soin, la prévention ou la répression.

Ces situations servent à chaque fois d'appui pour la mise en place dans les semaines suivantes d'actions de prévention dont la méthodologie est à chaque fois définie et en lien avec le passage à l'acte.

Elles sont souvent engagées en direction des élèves directement impliqués, puis auprès des autres élèves de la classe et si possible auprès des parents dont le rôle dans l'axe préventif est essentiel.

Ces modalités définies par l'ensemble des acteurs permettent de faire face à l'arbitraire et à l'aléatoire mais surtout incitent les enseignants à plus de vigilance. La cellule permet une réassurance, un traitement, un soutien et un suivi qui viennent rompre la solitude habituelle des enseignants dans ce type de situation.

Ma fonction de direction s'exerce dans le champ de l'expertise de la coordination et de la régulation institutionnelle. En fonction des problématiques abordées, je fais appel à l'expertise des professionnels du S.A.S.T-Verrière.

La deuxième dimension du projet est celle de l'observatoire.

Tous les problèmes de drogue dans les établissements scolaires du Lot-et-Garonne font l'objet d'un signalement à l'assistante sociale chef de l'Inspection Académique qui en établit la liste. Elle est complétée par les informations non nominatives apportées par les représentants des ministères de l'intérieur, des armées et de la justice. Une cartographie des zones à problèmes et donc potentiellement à risques peut être tenue. Elle nous permettra à l'échelle d'un territoire de définir les zones prioritaires où doivent être menées des actions de prévention. Si le phénomène s'avère important nous pouvons envisager d'instituer ponctuellement une permanence de notre service S.A.S.T-Verrière sur ces zones.

Cet observatoire permettra, avec toutes les incertitudes liées à ce type de dispositif interinstitutionnel basé sur la confiance et la coopération réciproque, d'avoir des informations sur les pratiques locales, les populations et tranches d'âge concernées ainsi que le type de produits utilisés.

3.5 La mise en place d'une coordination à l'échelle du territoire de l'ensemble des dispositifs de prise en charge des personnes présentant des conduites addictives.

L'enquête menée auprès des autres acteurs institutionnels du champ du soin auprès des personnes présentant des problèmes d'addiction, fait ressortir deux aspects.

Le premier déjà évoqué est l'importance du nombre d'usagers de cannabis fréquentant ces dispositifs.

Le second est le glissement des usagers polytoxicomanes, qui utilisent successivement ou en association plusieurs produits (alcool, héroïne, médicaments...etc.) d'un dispositif à l'autre, amenant de fait une rupture de la continuité des soins.

Ce projet peut se définir autour de deux axes d'action

Depuis octobre 2002, un médecin addictologue vient d'être recruté dans l'équipe de liaison du secteur d'addictologie de l'hôpital spécialisé, dans le cadre de missions d'intérêt général, il effectue des vacations dans différentes structures en particulier au S.A.S.T-Verrière où il intervient trois heures par semaine. Cette option nous permet d'avoir un éclairage sur les patients qu'il rencontre dans les différents services et d'apporter pour certains une continuité dans la prise en charge.

L'autre axe est la mise en place de réunions de coordination à l'échelle du territoire avec les différents professionnels des structures. A ces réunions seront invités les médecins élément important car elle leur permettra d'avoir de la part de plusieurs partenaires privés et publics des éléments sur l'évolution des pratiques professionnelles et un éclairage sur les toxicomanies émergentes.

3.6 L'évaluation

« L'évaluation est une démarche opératoire par laquelle on apprécie une réalité donnée en référence à des critères déterminés (jugement de valeur). Opération qui mesure l'écart entre un résultat et un objectif et qui en recherche les causes. » cette définition de Patrick LEFEVRE illustre bien les enjeux, et définit de façon incontournable la nécessité de sa mise en place selon des modalités propres à chaque service

L'ensemble des actions menées dans le cadre de l'activité du C.S.S.T, fait l'objet d'une «auto-évaluation» annuelle quantitative appelée bilan-type d'activité.

Cette évaluation est nécessaire, mais n'est absolument pas pertinente pour évaluer la dimension qualitative des actions menées.

Nous devons nous doter d'outils permettant de rendre compte de nos actions mais surtout d'avoir un reflet exact des effets de ces dernières. Mesurer l'adéquation entre l'offre et la demande, pouvoir la réajuster et en mesurer les écarts est une obligation que nous devons aux usagers bénéficiaires de nos services

La loi du 2 Janvier 2002 prévoit une autoévaluation tous les cinq ans . Il est indispensable dès à présent d'anticiper cette mesure et de réfléchir à sa forme de façon à atteindre ces objectifs.

Elle doit se situer à deux niveaux :

- celui de l'adéquation du projet d'établissement au regard des missions définies par le décret de février 2003 et des besoins émergents repérés.
- par rapport au contrat de prise en charge et au projet individualisé dont les objectifs à atteindre doivent être en permanence réaffirmés et réactualisés au fur et à mesure de l'évolution de la prise en charge.

Le mode de management est déterminant pour trouver l'alliance des différents membres de l'équipe pour qu'ils s'approprient cette démarche dont l'objectif est d'améliorer le service rendu mais aussi d'offrir au professionnel un référentiel l'aidant et l'accompagnant au quotidien. Les intervenants du secteur médico-social se méfient de l'évaluation qui garde essentiellement la connotation de contrôle

L'évaluation des personnels selon les modalités de l'entretien annuel d'évaluation est une procédure que nous travaillons dans le cadre de l'équipe de directeurs, mais qui suscite

encore plus de défiance de la part du personnel que l'évaluation collective. Un accompagnement managérial participatif permettra de faire évoluer les a priori.

Dans le cadre du S.A.S.T-Verrière, l'élaboration du plan de formation pluriannuel a été l'occasion d'entreprendre un travail individuel de bilan et de projection sur l'avenir professionnel de chaque salarié

3.7 Une instance participative à mi-chemin entre le conseil de la vie sociale et le groupe d'expression, adaptée aux toxicomanes fortement dépendants.

Le dispositif mis en place au SAST-Verrière, s'appuie sur la représentation des usagers dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002.

Au delà de la nécessité réglementaire, la participation des usagers s'inscrit dans une évolution du service qui tend à favoriser la participation de plus en plus active du toxicomane dans le projet de soins et le projet de service.

La loi de 2002 et ses décrets d'application prévoient différents types de participation :

- dans le cadre du conseil de la vie sociale
- dans le cadre de réunions d'expression
- par le biais d'une enquête de satisfaction.

Au regard des problèmes posés par les toxicomanes, la mise en place de réunions d'expressions semble la plus judicieuse.

En revanche l'enquête de satisfaction nous semble peu pertinente au regard de l'insatisfaction quasi permanente de la population concernée.

La mise en place du conseil de la vie sociale qui nécessite un minimum de présence et de permanence de la part des délégués est différée. Elle reste un objectif à atteindre mais est difficilement réalisable actuellement : elle demande au toxicomane de faire abstraction de sa problématique individuelle pour accéder à l'autre afin de pouvoir objectivement soutenir un propos fédérateur ou tout du moins représentatif de l'ensemble des personnes prises en charge dans le service. Ceci n'est possible que lorsque la personne n'est plus dépendante, donc davantage en mesure de participer à ce type de dispositif.

Nous adressons un carton d'invitation nominatif à chaque toxicomane. Cette démarche intuitive basée sur la reconnaissance de l'individu semble être un élément moteur dans la venue et dans la participation des toxicomanes à ces réunions d'expression.

Quatre délégués ont été élus et leurs missions définies en accord avec le groupe les engageant à être présent le plus souvent possible et à assurer la fonction de porte-parole des absents. Ils sont chargés du compte rendu des débats et des échanges à l'issue de chaque réunion (thèmes abordés et réponses institutionnelles apportées).

Ces comptes rendus sont affichés dans le service afin que les absents soient informés.

Le noyau dur des participants est représenté par les résidents des appartements thérapeutiques ainsi que par les toxicomanes sous substitution et plus particulièrement ceux sous Méthadone. La mise à distance d'une trop grande dépendance aux produits illicites semble être l'élément inaugural à cette participation.

La participation la plus importante est celle des délégués, (une réunion sur deux en moyenne) pour les autres, ceci varie de une à trois participations, le groupe d'usagers est la plupart du temps constitué d'une dizaine de personnes :

- La participation de chacun est libre, la réunion d'expression doit se dérouler dans un esprit de tolérance et de respect de l'autre.

- L'ordre du jour est proposé par chaque participant, il doit faire abstraction des problèmes individuels qui sont renvoyés aux rencontres duelles dans le cadre de la prise en charge.

- Il touche aux modalités globales de prise en charge spécifique au centre, à la place du toxicomane dans ce dispositif et aux modifications qu'il souhaite y apporter.

Au cours des différentes réunions, les thèmes abordés régulièrement touchent au fonctionnement du centre et aux modalités d'accueil, à la mise en place d'actions spécifiques (loisirs, proposition d'activités diverses), des demandes d'information sur des sujets touchant à la santé sont aussi proposées.

Sont également proposés, les thèmes récurrents qui concernent le respect des règles dans le centre, le passage à l'acte et les phénomènes de violence, en passant par la nécessité d'un cadre stable et rassurant questionné par la présence de personnes étrangères au service (stagiaires divers sur des stages de très courte durée).

Ces réunions ont permis de façon concrète :

- d'apporter des modifications sur les horaires d'ouverture du centre.
- d'afficher de façon précise la présence des personnels sur le centre surtout lors des périodes de congés.
- de mettre en place des réunions à thèmes préoccupants pour les usagers.
-

Les réunions accompagnent également le développement des divers projets institutionnels.

Nous constatons qu'elles présentent un intérêt important pour les usagers :

Ils ne sont pas dans une démarche de revendication ou d'opposition, mais réellement dans une démarche de participation au projet de service.

Mis au centre du dispositif de soins, le toxicomane redevient un acteur dynamique dans la prise en charge.

CONCLUSION

Le centre de soins S.A.S.T-Verrière est actuellement un service financé par l'assurance maladie. Le C.R.O.S.S a émis un avis favorable concernant l'intégration du C.S.S.T dans le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Son champ réglementaire est défini par la loi du 02/01/2002 et ses missions par le décret du 26 février 2003.

Le S.A.S.T-Verrière vit enfin sa première période de stabilité. Il connaît une certaine tranquillité par la pérennité de son financement, mais se trouve questionné au quotidien par la nécessité de son adaptation aux besoins des usagers.

Comme nous l'avons démontré tout au long du travail présenté, ce centre de soins pour toxicomanes issu d'une équipe de prévention spécialisée a été contraint de se reconvertir et d'opérer une évolution pour devenir un centre de soins spécialisé. Notre service n'a pas été créé à partir d'une étude de besoins, légitimant l'offre de service, mais s'est constitué sur la base d'une « sauvegarde » des emplois. Ceci a induit de fait des rapports entre l'institution et l'organisme de contrôle empreints de reconnaissance non objectivable.

Ce lien de dépendance dont les deux acteurs institutionnels tiraient un bénéfice immédiat s'est révélé pertinent au regard de la commande publique mais en décalage progressif par rapport aux besoins des usagers.

Au cours de mon travail j'ai tenté de démontrer que l'intérêt d'un service peut être en inadéquation avec celui des usagers, les bénéficiaires n'étant pas, alors, les usagers de drogues mais les salariés du service. Cette phase peut-être dépassée, les liens objectivés, mais la modification des relations avec l'organisme de contrôle est un processus long qui s'opère progressivement.

Les offres de services développées et proposées dans mon projet de direction permettent à mon sens de trouver un équilibre d'intérêts où celui de l'utilisateur bénéficiaire est prioritaire.

Adossé à la réalité du terrain, soutenu par l'association gestionnaire, formé et accompagné dans le processus de certification du C.A.F.D.E.S., je pense être mieux

armé pour prendre en compte les multiples facteurs, variables et évolutifs du secteur sanitaire et médico-social.

Mon regard s'est progressivement ouvert, me permettant à présent d'amener une équipe pluridisciplinaire à conduire un projet de service répondant à l'évolution des nouvelles toxicomanies.

La mise en place d'une coordination partenariale à l'échelle du territoire permet d'inscrire le S.A.S.T-Verrière dans une véritable dynamique porteuse de changement. La loi du 02/01/2002, les termes de l'article L 414-7 du CASF précisant que le tableau des effectifs n'a plus à être approuvé par l'organisme de contrôle, l'agrément et le financement par l'assurance-maladie sont autant de leviers favorisant « l'indépendance » du service et permettant la mise en œuvre de prestations au service des usagers et pertinentes au regard de leurs besoins.

Bibliographie

OUVRAGES LUS OU CONSULTÉS

BERGERET J, LEBLANC J, et collaborateurs. *Précis de Toxicomanie*. Masson, Paris, 1988, 258 pages.

BERGERON H. *L'état de la toxicomanie, histoire d'une singularité française*. PUF sociologie, 1999, 384 pages.

EDWARDS G, ARIF A. *Les problèmes de la drogue dans leur contexte socio-culturel*. Cahier de santé publique, OMS, Genève, 1982, 286 pages.

GENELOT D. *Manager dans la complexité*, INSEP CONSULTING Editions, Paris, 2001, 357 pages.

LALLEMAND A, SCHEPENS P. *Les nouvelles drogues de la génération Rave*. Grasset, Paris, 2002, 257 pages.

LEFEVRE P, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, Dunod, Paris, 2003, 405 pages.

LEMBEYE P. *Nous sommes tous dépendants*. Odile Jacob, Paris, 2001, 199 pages.

MASQUIER G. *Drogue ou liberté, un lieu pour choisir*. Editions universitaires, Paris, 1983, 223 pages.

MEMMI A. *La dépendance*. Gallimard, Paris, 1988, 218 pages.

MOREL A, HERVE F, FONTAINE B. *Soigner les toxicomanes*. Dunod, Paris, 1999, 364 pages.

RAPPORTS

OFDT .*Drogue et toxicomanies, indicateurs et tendances*. OFDT, Paris, 2002

OFDT .*Phénomènes émergents liés aux drogues en Aquitaine*. OFDT, Paris, Juin 2002, 96 pages

OFDT. *Tendances, les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommation en 2003 et évolution depuis dix ans*. OFDT, Paris, n°35, Mars 2004.

OFDT. *Tendances récentes*. Rapport TREND, OFDT Paris, Juin 2001, 167 pages.
Rupture, errance, usages intraveineux, sociologie et clinique de parcours de jeunes par temps de crise. Actes de la journée de réflexion du 4 Juin 1998, GRAPHITI , 85 pages.

TRAUTMAN C. La lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants. La documentation française, 1990.

REVUES ET ARTICLES

HAUTEFEUILLE M. *L'usage problématique de cannabis*. Numéro spécial Toxibase-Crips, Toxibase n° 12/Lettre du Crips n°70, 90 pages.

MILDT. *Prévention de l'usage des drogues*. Savoir plus, Janvier 2002, 70 pages

MILDT. Synthèse du plan gouvernemental 1999-2000-2001. Savoir plus, Décembre 1999, 33 pages.

MILDT. Drogues et usages, chiffres clés. Savoir plus, Décembre 1999, 49 pages.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Tableau référentiel de l'évolution du CSST 1980 à 2004	II à VII
ANNEXE 2 : Histogramme des usagers d'héroïne et de cannabis de 1995 à 2003.....	VIII
ANNEXE 3 : Produits primaires des usagers du S.A.S.T-Verrière de 1995 à 1997	IX
de 1998 total des patients et nouveaux patients	X
de 1999 total des patients et nouveaux patients	XI
de 2000 total des patients et nouveaux patients	XII
de 2001 total des patients et nouveaux patients	XIII
de 2002 total des patients et nouveaux patients	XIV
de 2003 total de patients et nouveaux patients	XV
ANNEXE 4 : Histogramme du nombre d'utilisateurs de cannabis en fonction de l'âge, pris en charge au S.A.S.T-Verrière de 2001 à 2003.....	XVI
Pourcentage par tranches d'âges des utilisateurs de cannabis pris en charge au S.A.S.T-Verrière.....	XVII
ANNEXE 5 : Projet ICARE, le budget, l'implantation.....	XVIII à XXI
ANNEXE 6 : Courrier du DDASS adressé au Président de l'ASPP concernant le tableau des effectifs du S.A.S.T-Verrière	XXII
ANNEXE 7 : Le tableau des effectifs et le plan de formation 2003-2006	XXIII à XXIV

ANNEXE 1

Dates	1970	1982	1982	1985	1985	1992	1992	1995	1995	2001	2001	2003	2004
Représentation du toxicomane	Cas social- marginal –inadapté –danger pour l'ordre social Modèle Olivenstein : Personnalité+produit +contexte socio-culturel = toxico	Délinquant –malade		Malade du sida- toxicomane Malade- danger public- groupe à risque			Malade de la toxicomanie Médicalisation méthadone Toxicomane substitué en CSST		Subutex® –malade patient du cabinet du médecin généraliste PB d'hépatite c qui renforce le statut de malade		Patient -Fait partie des addictions au même titre que l'alcool et le tabac		Patient malade
Recherche du toxicomane	Refus de la société et de ses valeurs. Recherche de spiri- tualité vie en communauté départ à l'étranger (inde)	Abandon de la démarche idéologique . Vie solitaire intoxication massive à l'héroïne		Recherche d'identité forte Inclusion sociale Modèle inaccessible.			Inclusion sociale		idem		idem		idem
Toxicomanies émergentes	Usager d'héroïne	Usager d'héroïne		Usager d'héroïne			Usager d'héroïne		Usager d'héroïne Usager de cannabis		Usager de cannabis Usager d'héroïne		idem
Politiques publiques, sociales sanitaires				Emergence du VIH chez les toxicomanes programme d'échanges de seringues arrivée du sanitaire dans le secteur. Démarche de prévention			La substitution est proposée aux 150 centres de soins pour toxicomanes en France Et devient pour les pouvoirs publics le traitement des toxicomanies		Développement des dispositifs d'échanges de seringues				

Dates	1970	1982	1982	1985	1985	1992	1992	1995	1995	2001	2001	2003	2004
Effets recherchés par les politiques publiques	Disparition des agissements perturbateurs de l'ordre public						Règlement des problèmes de santé publique et de délinquance		Normalisation des comportements individuels inclusion sociale par le médecin	IDEM			IDEM
Référence théorique	Educative et psychologique Psychanalytique	IDEM	IDEM	IDEM	IDEM	Psychologique Médicale influence des approches Nord américaine Dimension biologique forte	Psychologique Médicale influence des approches Nord américaine Dimension biologique forte	Psychologique Médicale influence des approches Nord américaine Dimension biologique forte	Médicale et biologique	Médicale et biologique	Médicale et biologique	Médicale et biologique	Médicale et biologique
Produit dominant	Héroïne acide	Héroïne	Héroïne	Héroïne	Héroïne	Héroïne	Héroïne	Héroïne	Subutex methadone cocaine heroine	Subutex Skenan Coke médicaments	Subutex Skenan Coke médicaments	Subutex Skenan Coke médicaments	Subutex Skenan Cannabis cocaïne
Moyen de se le procurer	Travail trafic	- trafic - vol	- trafic - vol	- trafic - vol	- trafic - vol	- trafic - vol	- trafic - vol	- trafic - vol	CMU CSST trafic de rue	CMU TRAFIC	CMU TRAFIC	CMU TRAFIC	Trafic CMU
Prévention spécialisée	Equipe de prévention intervenant sur un quartier d'Agen. Educateurs de rue travail d'équipe dans une démarche idéologique forte, faite d'engagement personnel et égalitaire (autogestion)	Remise en cause de l'équipe de prévention par le CG fermeture à terme du service. Etude de besoins sur d'autres villes (échec) projet en direction de groupes de toxicomanes	Disparition de l'équipe de prévention	Disparition de l'équipe de prévention	Disparition de l'équipe de prévention	Disparition de l'équipe de prévention	Disparition de l'équipe de prévention	Disparition de l'équipe de prévention	Disparition de l'équipe de prévention	Disparition de l'équipe de prévention	Disparition de l'équipe de prévention	Disparition de l'équipe de prévention	Disparition de l'équipe de prévention

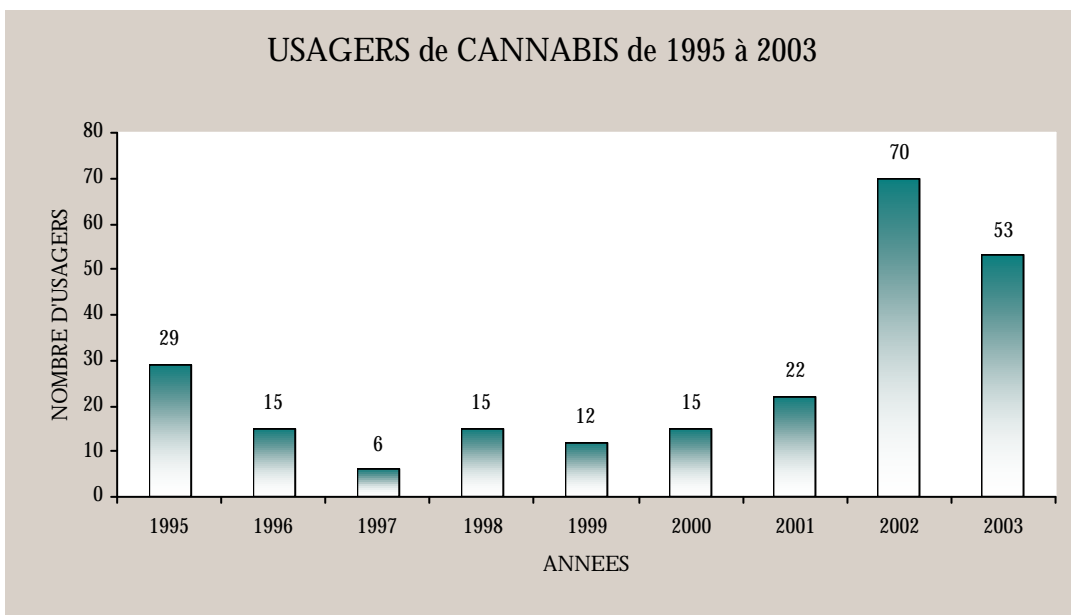
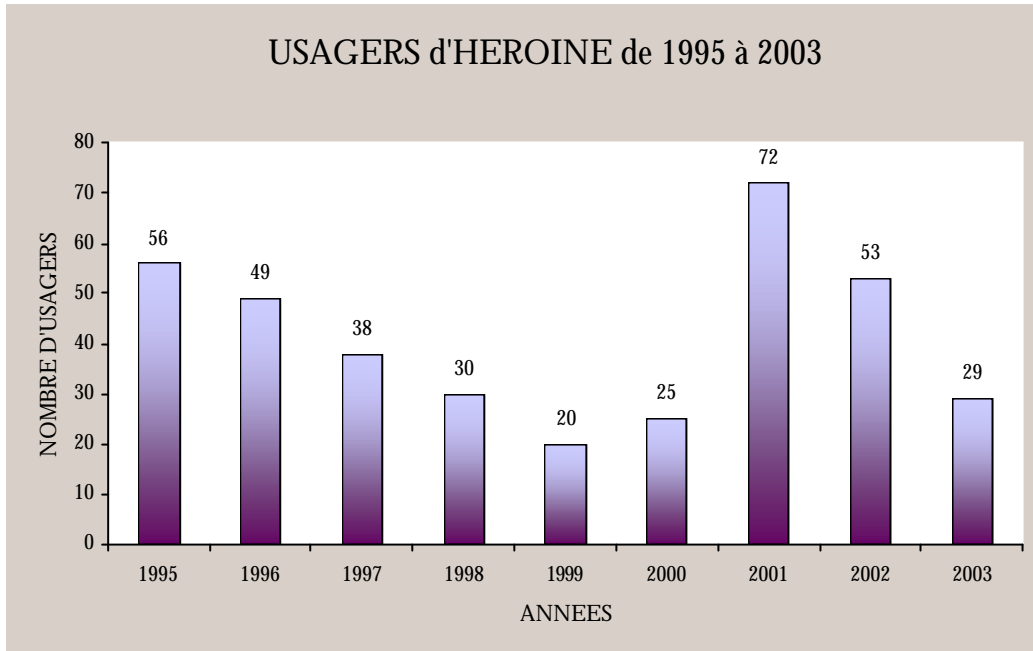
Dates	1970	1982	1982	1985	1985	1992	1992	1995	1995	2001	2001	2003	2004
Centres pour toxicomanes	Création de marmotan avec C Olivenstein création de postcures Prise en charge individuelle forte approche psy et médicale Intervenant en toxicomanie	Création de centres d'accueil pour toxicomanes appelés centres de soutien dans les grandes villes. Intensification des postcures	Création de centres d'accueil pour toxicomanes appelés centres de soutien dans les grandes villes. Intensification des postcures	Création de centres d'accueil pour toxicomanes appelés centres de soutien dans les grandes villes. Intensification des postcures	Création du SAST-Verrière service d'aide et de soutien pour toxicomanes								
Textes de loi Circulaires décrets	Loi du 31 /12/1970 sur la répression du trafic et de l'usage de stupéfiant	Loi Deferre sur la décentralisation qui donne compétence, financement et gestion de la prévention spécialisée au CG					La circulaire de 1992 définit les missions des centres de soins pour toxicomanes					Le décret du 26 février 2003 abroge et remplace la circulaire de 1992	
financement	Conseil général	Conseil général			Conseil général 20% Etat 80%		Financement exclusivement état Subvention DGS		Financement exclusivement état DGS			2003 financement CRAM	

Dates	1970	1982	1982	1985	1985	1992	1992	1995	1995	2001	2001	2003	2004
Agrément statut					Pas de statut clairement défini Les CSST sont subventionnés		Enquête nationale démoscopie Le SAST est conventionné par la DGS les centres de soutien pour toxicomanes deviennent centres de soins puis centres de soins spécialisés pour toxicomanes					Le SAST intègre le champ médico-social. 2003 passage en CROSS avis favorable	
Equipe moyen d'intervention Sast-verrière			1 directeur : 0 ETP 1 chef de service : 1 ETP 3 éducateurs spécialisés : 3 ETP	1 directeur : 0 ETP 1 chef de service : 1 ETP 1 psychologue : 1 ETP 1 éducateur spé : 1 ETP 1 médecin bénévole : a la demande notion d'intervenants en toxicomanie	1 directeur 0 ETP 1 chef de service 1 ETP 2 éducateurs spécialisés 2 ETP 1 psychologue 1 ETP 1 médecin bénévole	1 directeur 0 ETP 1 chef de service 1 ETP 2 éducateurs spécialisés 2 ETP 1 psychologue 1 ETP 1 médecin 1 ETP	1 directeur 0 ETP 1 chef de service 1 ETP 1 éducateur spécialisé 1 ETP 2 psychologues 1,75 1 médecin, 0,05 ETP	1 directeur, 0,5 ETP 1 médecin chef, 0,05 ETP 1 médecin 1 infirmière 2 psychologues, 1 éducateur spécialisé, 1 secrétaire	1 directeur 1 chef de service 1 médecin chef 1 médecin 1 infirmière 1 psychologue 1 animatrice de prévention 1 secrétaire				

Dates	1970	1982	1982	1985	1985	1992	1992	1995	1995	2001	2001	2003	2004
Autres moyens en personnel par financement non pérenne					Adulte d'appui à la vacation (subvention DDJS) 1 psychologue : détaché DDASS		Adulte d'appui (idem) 1 psychologue détaché DDASS		1 agent de prévention 1 infirmière		1 agent de prévention 1 infirmière 1 agent de service intérieur		1 médecin addictologue 1 infirmière 1 agent de service intérieur
Configuration institutionnelle Gérée par l'ASPP	Service de prévention		Service de prévention		Logique de pôle rattaché à un CHRS avec direction commune		Idem création d'un poste de chef de service rendant + autonome les services		idem		En 2001 création d'un nouveau pôle soins santé le CSST est rattaché à un centre de guidance		idem
Modèles professionnels	Prise en charge avec le groupe comme médiateur, travail de rue dans une approche normative et d'endiguement des pb de délinquance. Notion d'équipe à forte connotation idéologique Toxicomanie : éloignement du milieu cure puis post cure à la campagne ou en communauté		idem		Prise en charge psycho-éducative approche analytique . notion d'équipe forte (continuité de l'idéologie de la prévention). Non médicalisation érigée comme principe		idem		Médicalisation du service avec création d'un centre de méthadone . conflit idéologique au sein de l'équipe et assimilation progressive de la substitution		Age de raison : l'idéologie s'estompe pour laisser place à une prise en charge adaptée aux besoins des toxicomanes . cohabitation harmonieuse du psycho éducatif et du médical. la notion d'intervenant en toxicomanie s'estompe au bénéfice d'une professionnalisation reconnue		Médicalisation+ Paramédical + psychologie + éducatif

Dates	1970	1982	1982	1985	1985	1992	1992	1995	1995	2001	2001	2003	2004
Missions des services	Réduire les comportements des individus qui troublent l'ordre social sur des territoires définis Prise en charge éducative des délinquants par des moyens éducatifs permettant l'intégration sociale		IDEM		Prise en charge dans le cadre de cure en ambulatoire de soutien psycho éducatif des toxicomanes et de leur entourage. Mise en place d'actions de prévention en direction de tout public	idem			Prise en charge dans le cadre de cure ambulatoire et hospitalière soutien éducateur et psychologique Méthadone		IDEM		Voir décret 2003
partenariat	Services sociaux		IDEM		Services sociaux Médecins généralistes Policier CHRS		IDEM		Service sociaux Réseau de médecins Praticiens hospitaliers CHRS Maison d'arrêt Service de contrôle judiciaire Education nationale		ANPAA Centre d'addictologie Réseau de médecins Maison d'arrêt Education nationale SPIP		idem

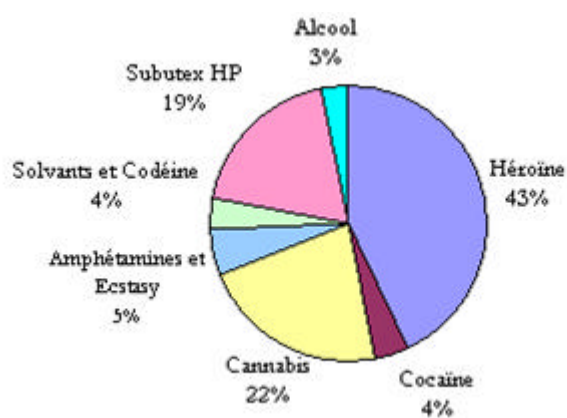
ANNEXE 2



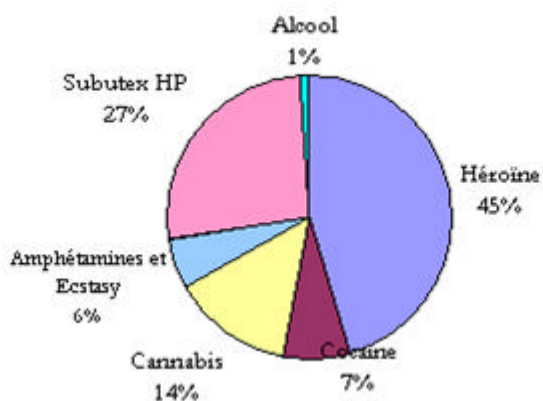
ANNEXE 3

PRODUITS PRIMAIRES

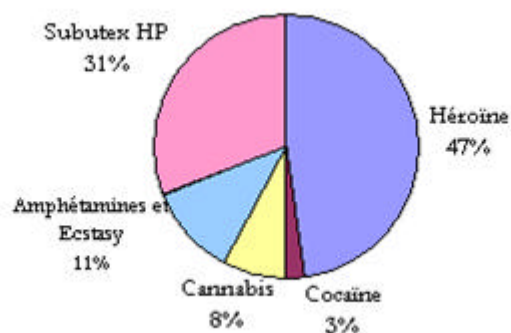
1995



1996



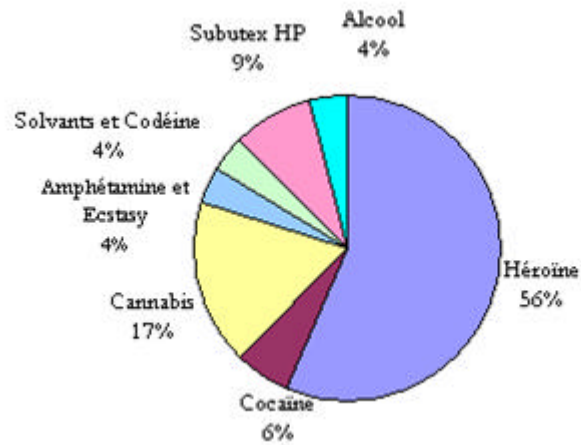
1997



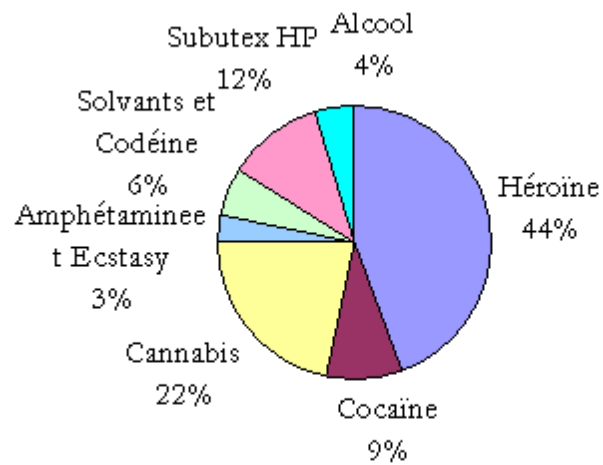
PRODUITS PRIMAIRES

1998

TOTAL PATIENTS



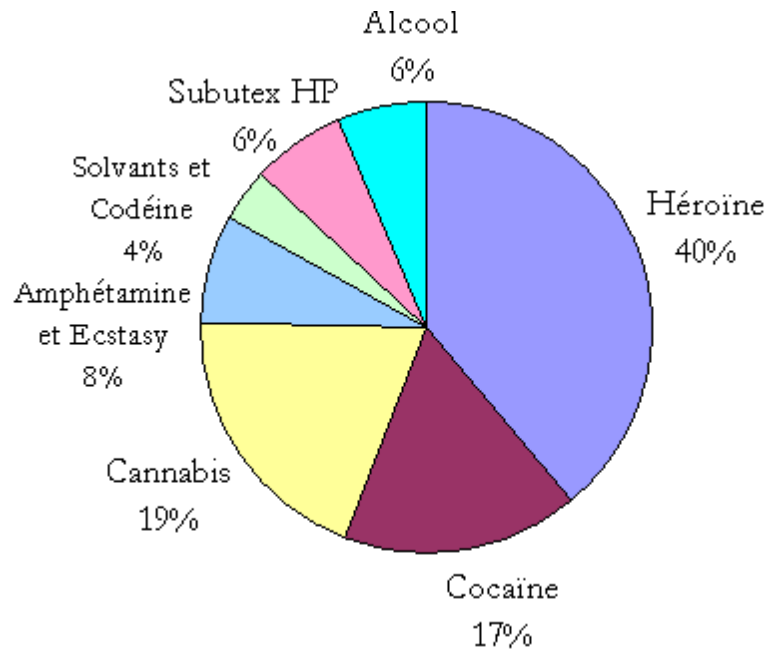
NOUVEAUX PATIENTS



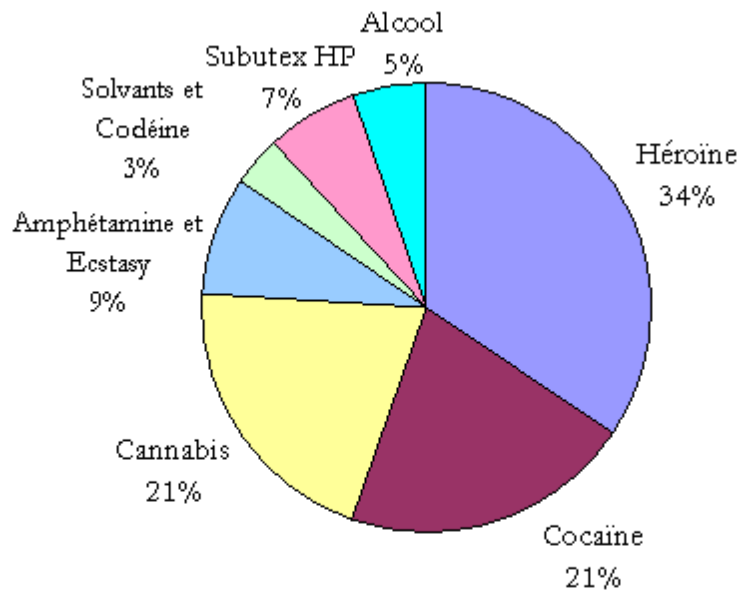
PRODUITS PRIMAIRES

1999

TOTAL PATIENTS



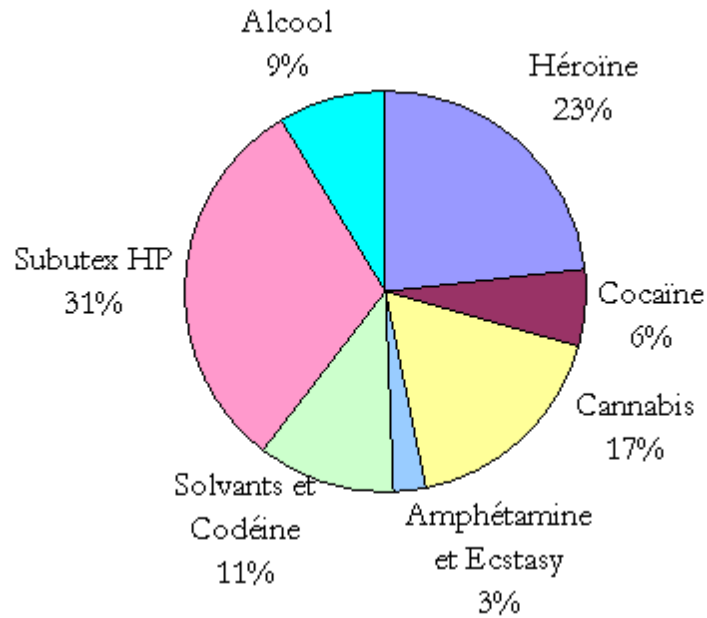
NOUVEAUX PATIENTS



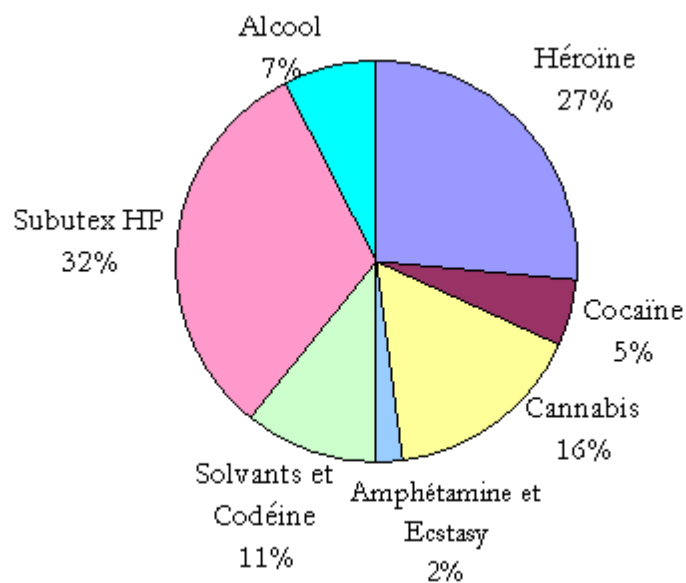
PRODUITS PRIMAIRES

2000

TOTAL PATIENTS



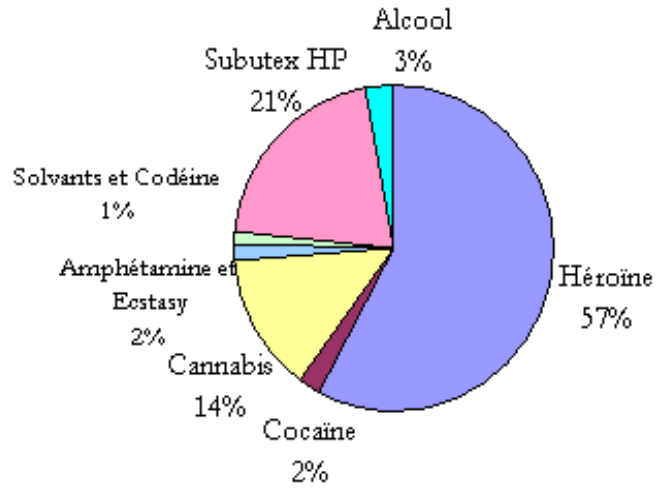
NOUVEAUX PATIENTS



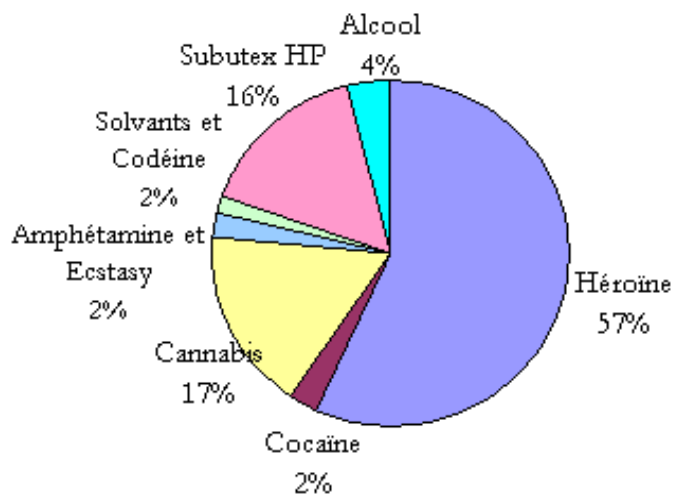
PRODUITS PRIMAIRES

2001

TOTAL PATIENTS



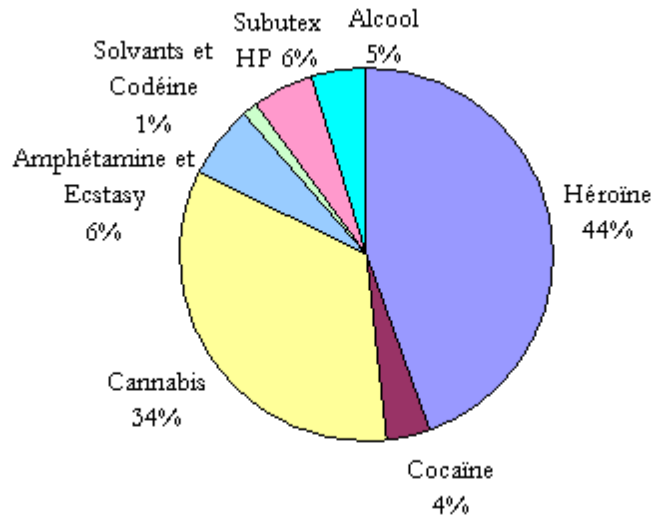
NOUVEAUX PATIENTS



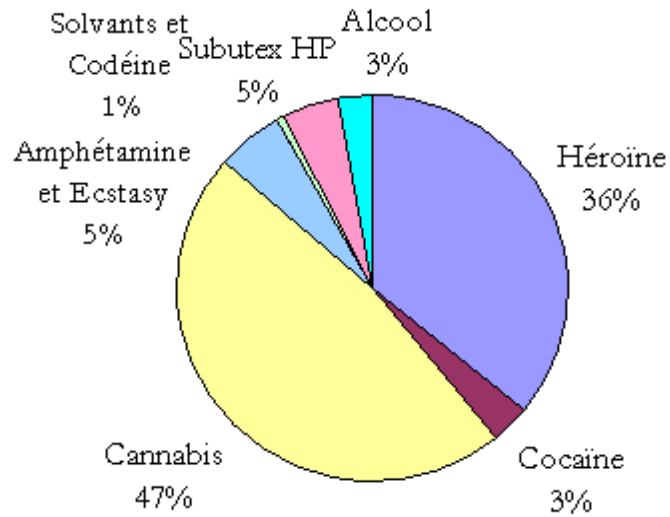
PRODUITS PRIMAIRES

2002

TOTAL PATIENTS



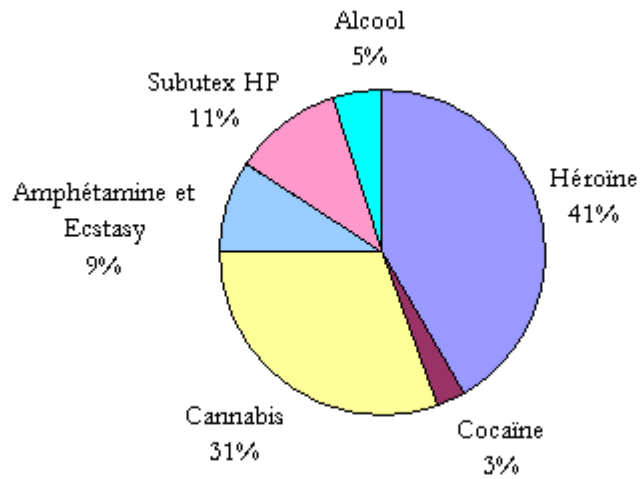
NOUVEAUX PATIENTS



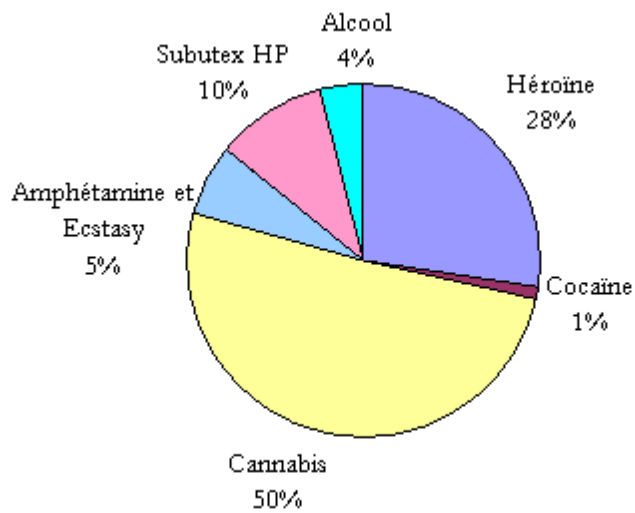
PRODUITS PRIMAIRES

2003

TOTAL PATIENTS

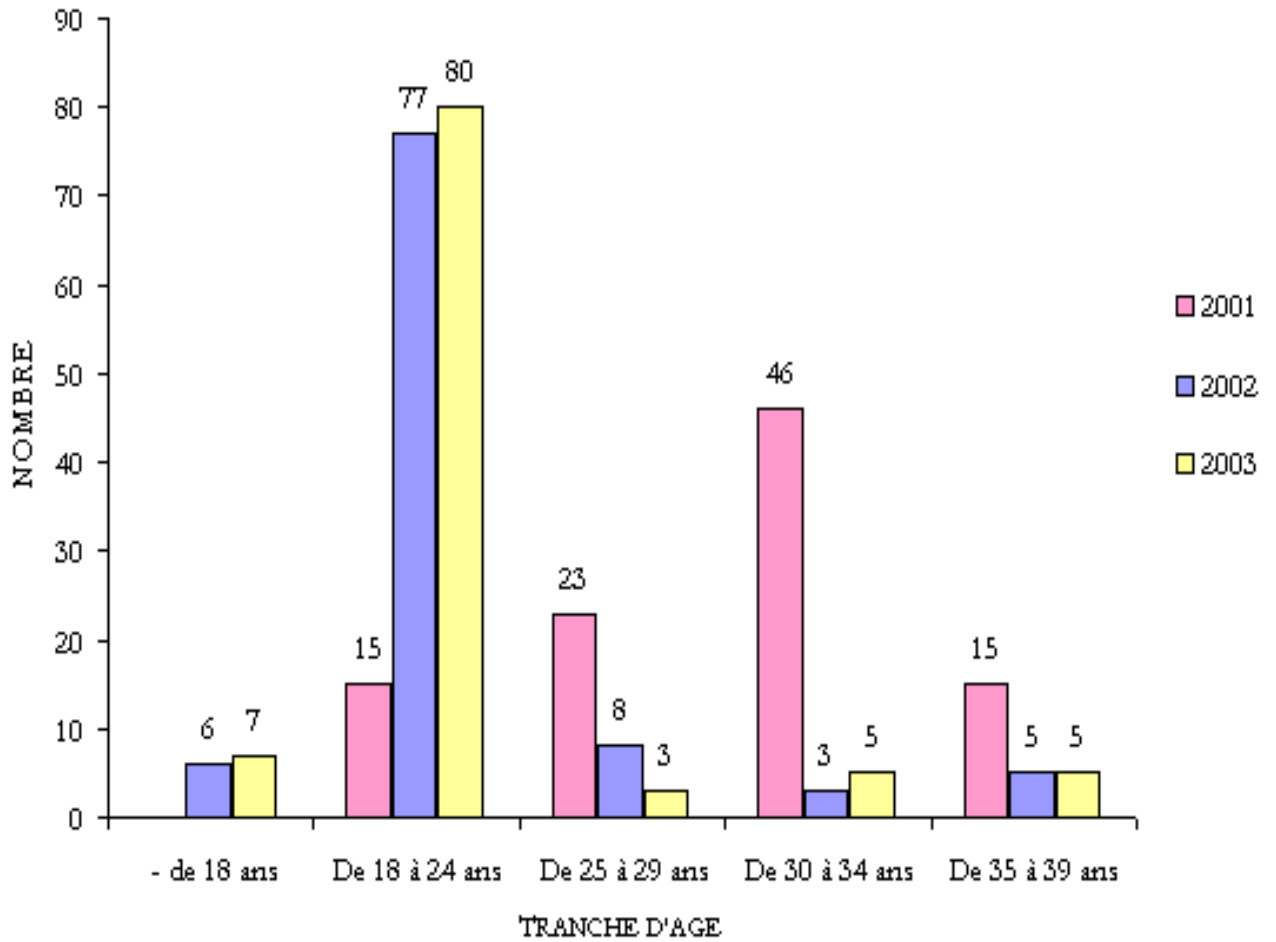


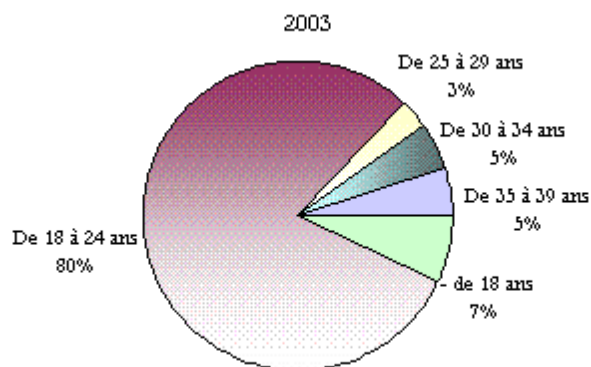
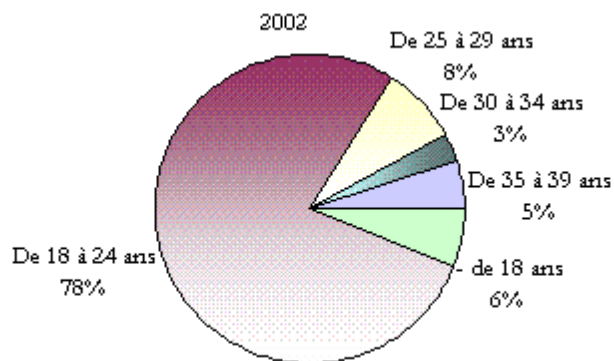
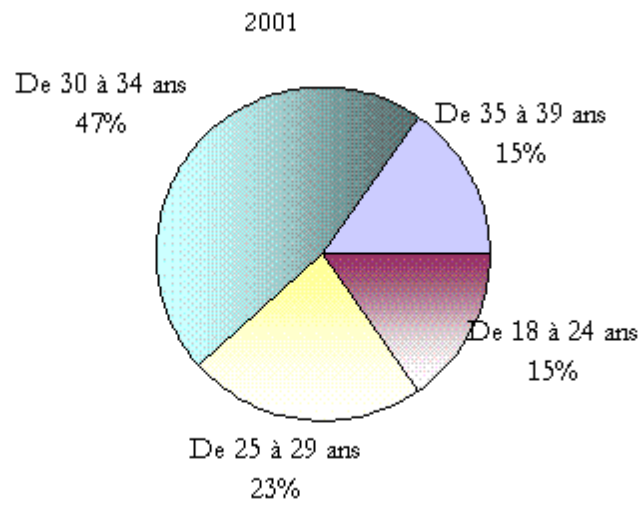
NOUVEAUX PATIENTS



ANNEXE 4

TRANCHE D'AGE DES UTILISATEURS DE CANNABIS





ANNEXE 5

DESCRIPTION DE L'ACTION

ICARE (Information Conduites Addictives : Rencontre et Ecoute), c'est un lieu d'écoute et d'information, anonyme et gratuit, sur l'usage des drogues et de l'alcool. Il est destiné tant aux parents et aux adultes qu'aux jeunes confrontés de près ou de loin à tout produit psycho actif.

Il prend sa place dans le tissu institutionnel comme proposant un « entre-deux » entre la prévention et le soin. Dans cet espace, des professionnels du champ des addictions proposent d'informer, d'écouter, d'orienter des personnes en fonction de leurs usages et de leur consommation de produits.

Origine

ICARE a été créé grâce à la volonté de deux institutions qui sont confrontées, dans leur pratique, aux problématiques des conduites addictives : le S.A.S.T-Verrière pour le volet toxicomanie, et l'A.N.P.A.A. pour le volet alcoologie.

Ces deux institutions, dans le cadre de leur travail de prévention, développent depuis longtemps un partenariat actif.

Elles arrivent au même constat :

Les actions de prévention, notamment en direction des jeunes, portent des effets, cependant elles butent sur un problème récurrent : **comment répondre à la demande d'adolescents qui évoquent des difficultés liées à l'usage de substances psycho actives ? Que proposer aux adultes qui font part de leur sentiment d'impuissance face à ce problème avec les enfants qu'ils ont sous leur responsabilité ?**

Dans un cas comme dans l'autre, l'orientation vers les structures de soins n'est pas satisfaisante. En effet, ces structures ne peuvent pas vraiment répondre à ces demandes qui sont en amont du soin.

Il s'agit d'un lieu qui se situe dans cet entre-deux. Entre le soin et la prévention, un espace d'accueil pour les adolescents ainsi que pour les parents et les adultes

Contenus et objectifs de l'action :

- ❖ Pouvoir être un lieu d'écoute et éventuellement d'orientation vers le soin d'adolescents consommateurs de produits. En effet, la consommation de produits peut être récréative, occasionnelle, mais elle peut aussi poser problème.

- ❖ Recevoir des parents dont les enfants consomment et réciproquement, des enfants dont les parents consomment.
- ❖ Recevoir tout adulte en contact avec cette population dans le cadre de son travail ou dans sa vie quotidienne.

Les intervenants

- Un psychologue clinicien coordinateur assurant toutes les permanences.
- Un animateur de chaque structure (SAST et ANPAA) présent par alternance (une semaine sur deux).

Les horaires

Pour les parents et adultes :

Mardi de 18h à 20h

Pour les jeunes :

Mercredi de 14h à 19h

L'accueil

L'accueil est libre, anonyme et gratuit. La prise en charge se veut brève (3 à 4 rencontres) pour permettre une évaluation de la demande (information, soutien) et éventuellement, une orientation vers les structures de soin.

Avec les jeunes, le travail se fait dans une dynamique individuelle qui tente d'apporter des réponses au plus près des interrogations et du vécu de la personne.

Avec les adultes, nous proposons un espace qui favorise l'échange sur les situations qu'ils vivent auprès des jeunes de leur entourage.

Perspectives

ICARE prend sa place dans le tissu institutionnel de l'agenais. Il se veut un lieu où la parole est libre concernant ce problème de santé publique : la consommation de drogues et d'alcool.

Les jeunes sont en première ligne : on sait que l'adolescence est le moment des premières expériences avec les produits.

Les adultes peuvent se sentir dépassés dans leur mission éducative par les comportements parfois risqués des jeunes qu'ils côtoient.

Il paraît donc nécessaire d'offrir ce service qui permet de parler, de s'informer et d'être écouté sur les problèmes et les risques que comporte la consommation de ces produits.

Public(s) ciblé(s) :

- Les jeunes, pré-adolescents et adolescents, consommateurs ou non.
- Les parents concernés par le problème
- Les adultes au contact de personnes en difficulté avec des comportements de consommation abusive ou à risque.

Nombre approximatif de personnes bénéficiaires : à définir.

Lieu(x) de réalisation :

Local équipé (sanitaires, accès Internet, téléphone...) situé au 8 rue Rayssac à Agen, composé de deux pièces aménagées comme suit :

- Un espace d'accueil avec des fauteuils dans une ambiance conviviale favorisant les échanges et l'accès à un point information / documentation.
- Un espace bureau permettant des entretiens individuels en présence d'un professionnel

Date de mise en oeuvre prévue : 5 janvier 2004

Durée de l'action (précisez le nombre de mois ou d'années) Triennale

Méthode d'évaluation prévue pour l'action :

- un bordereau d'accueil
- un questionnaire de satisfaction usager/partenaire
- nombre de personnes reçues

DESCRIPTION DE L'ACTION

Budget prévisionnel de l'action projetée

CHARGES MONTANT (2)	EN EUROS	PRODUITS (1)	MONTANT (2)	EN EUROS
Charges spécifiques à l'action		1 - Ressources propres		€
Achats		2 - Subventions demandées :		
Prestations de services	€	État : (précisez le(s) ministère(s))		
sollicité(s))				
Matières et fournitures	3 300 €			38 720 €
Services extérieurs				
Locations	4 560 €			
Entretien	3 600 €			
Assurances	200 €	Région(s) :		€
Autres services extérieurs		Département(s) :		€
Honoraires	€			
Publicité	800 €	Commune(s) :		€
Déplacements, missions	300 €			
Charges de personnel		Bénévolat		€
Salaires et charges	25 000 €	CNASEA (emplois aidés)		€
		Autres recettes attendues (précisez)		
Frais généraux	960 €			€
		Demande(s) de financement communautaire		
		3 - Ressources indirectes affectées		€
Coût total du projet	38 720 €	Total des recettes		38 720 €
Emplois des contributions volontaires		Contributions volontaires en nature		
Secours en nature	€	Bénévolat		€
Mise à disposition gratuite				
de biens et prestations	€	Prestations en nature		€
Personnel bénévole	€	Dons en nature		€
TOTAL	38 720 €	TOTAL		38 720 €
Pour le SAST "La Verrière"	19 360 €	Pour le SAST "La Verrière"		19 360 €
Pour l'ANPAA 47	19 360 €	Pour l'ANPAA 47		19 360 €

ANNEXE 6



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFECTURE DE LOT-ET-GARONNE

ARRIVÉ LE
490
24 OCT. 2002 JF

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉS

DIRECTION DÉPARTEMENTALE
DES AFFAIRES SANITAIRES
ET SOCIALES
Pôle Social
OS/OS
☎ 05-53-98-66-36

Agen, le 21 octobre 2002

Le Directeur Départemental

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous informer du projet de transfert du financement à l'assurance maladie des structures de soins aux toxicomanes qui seront alors classées en établissements médico-sociaux. Cette opération, qui pourrait être réalisée dans le cadre du budget 2003, concernera le SAST : le montant des crédits alloués sur le chapitre 47 15 article 40 pour la dotation globale de fonctionnement étant alors transféré à l'assurance Maladie.

Dans cette hypothèse et pour permettre au SAST d'assurer les missions d'un établissement médico-social à moyens constants, il conviendra de prévoir notamment l'augmentation de temps de médecin et d'infirmier par redéploiement du poste à temps plein de psychologue, la limitation à 0,75 ETP du temps de psychologue paraissant suffisante. Dans le cadre de ce redéploiement il conviendra de prévoir également l'inscription du poste d'agent de prévention, actuellement financé sur des crédits d'intervention.

Le tableau des effectifs de personnels présenté dans le cadre du budget prévisionnel 2003 devra donc être modifié ainsi qu'il suit :

Psychologue	1,75 ETP – 1,00 ETP = 0,75 ETP
Médecin	8 h hebdo. + 8 h hebdo = 16 h hebdo
Infirmier	0,50 ETP + 0,50 ETP = 1,00 ETP
Agent de prévention	0,00 ETP + 1,00 ETP = 1,00 ETP

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur Départemental des
Affaires Sanitaires et Sociales,

- Philippe DAMIE -

Monsieur le Président
de l'Association de Sauvegarde
et de Promotion de la Personne
8, rue Rayssac
47000 AGEN

ANNEXE 7

ETP	QUALIFICATION CONTRAT	DATE ENTREE	A N	AGE	EXPERIENCES PROFESSIONNELLES	PERSPECTIVES EVOLUTION PROFESSIONNELLE	FORMATION ENVISAGEE DANS LA CADRE DU PLAN DE FORMATION
0,05	Médecin psychiatre CDI	110/10/2002			Chef de service pédo psychiatre.	Intégrer un groupe de recherche régional	Participation à des congrès
1.00	Agent de prévention Emploi Jeune	02/05/2000	4	29	A commencé sa carrière au S.A.S.T- Verrière	Intégrer l'effectif du S.A.S.T- Verrière. Changer de qualification(2005)	Diplôme supérieur universitaire en addictologie 2004- 2005
0.50	Infirmière CDI	01/04/2004	0.5	36	Infirmière libérale durant 15 ans	Prendre en charge la gestion d'un réseau de soignants dans le cadre du P.E.S	Formation à l'entretien d'aide et de soutien 2005
1.00	Infirmière CDI	22/05/2000	4	38	Premier poste d'IDE	Infirmière Cadre souhaite réorienter sa carrière	Formation à l'entretien d'aide et de soutien 2005. Formation cadre 2006
1.00	Educateur Spé Chef de service CDI	04/01/1982 01/02/2003	20 2	51	Educateur Spécialisé IR, AEMO, PF, Foyer et d'ados	Acquérir de plus grandes responsabilités	Formation de chef de service 2005-2006
0.09	Médecin addictologue CDI	02/09/2003	1	38	Médecin directeur d'un CSST dans la région lilloise	Coordination au plan départemental des dispositifs d'addictologie	Participation à des congrès

0.28	Médecin généraliste Médecin bénévole CDI	06/01/1997 01/10/1985	7 12	50	Médecin généraliste en cabinet depuis 35 ans	Fédérer un réseau d'employeurs, pour les toxicomanes Elargir ses compétences aux autres addictions	Spécialité d'addictologie Université de Bordeaux 2005-2006
0.75	Psychologue CDI	27/10/2003	1	28	Travail de rue en martinique. Travail dans des dispensaires pour une association martiniquaise	Continuer d'animer le point d'accueil ICARE. Intégrer une unité de recherche en addictologie à Toulouse	préparation d'une thèse 2005.....
0.85	Agent de service intérieur CEC	01/03/2002	2	38	Emploi divers dans des collectivités	Occuper la fonction de maîtresse de maison	Stage de formation à l'ACTIF 2004
0.75	Agent administratif CDI	22/10/2001	3	29	Premier emploi	Elle sera charger du futur réseau informatique de recueil des données épistémologiques	Formation a définir en fonction des objectif en cours d'élaboration
0.50	Directeur CDI	01/10/1981	23	52	Educateur Spécialisé, chef de service, Directeur adjoint. IR, Prévention spécialisée, SDF, public précarisé, Toxicomanes, Enfants en difficulté sociale	Certification. Développer des services satellites au S.A.S.T-Verrière	Formation CAFDES IRTS Talence 2002-2004