



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES – 2003

Groupement Ile-de-France

Option : personnes en difficulté sociale

**INTÉGRER UN CENTRE DE SOINS SPÉCIALISÉ POUR
TOXICOMANES AU SECTEUR
MEDICO-SOCIAL**

Françoise MERTZ

INTRODUCTION	1
<u>1/ LE DISPOSITIF DE SOINS SPÉCIALISÉ POUR TOXICOMANES</u>	4
<u>1.1 L'HISTOIRE ET L'ÉVOLUTION DU DISPOSITIF SPÉCIALISÉ POUR TOXICOMANES</u>	4
<u>1.1.1 Constitution du dispositif</u>	4
<u>1.1.2 Domination d'un seul modèle thérapeutique.....</u>	5
<u>1.1.3 L'épidémie de Sida</u>	6
<u>1.1.4 La politique de réduction des risques</u>	7
<u>1.1.5 La substitution</u>	8
<u>1.1.6 Nouveaux concepts.....</u>	10
1.1.6.1 En matière de prévention.....	10
1.1.6.2 En matière de produit	10
<u>1.2 LA RÉGLEMENTATION DU DISPOSITIF.....</u>	11
<u>1.2.1 Les lois et décrets.....</u>	11
1.2.1.1 La loi de 1970, l'anonymat et la gratuité.....	11
1.2.1.2 Le décret du 29 juin 1992.....	14
1.2.1.3 La note d'orientation n° 98 – 659.....	15
1.2.1.4 La loi du 2 janvier 2002.....	15
<u>1.2.2 L'organisation administrative</u>	16
1.2.2.1 La MILDT.....	16
1.2.2.2 Le plan triennal 1999-2002 de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances	17
1.2.2.3 La centralisation du dispositif	18
<u>1.3 LES USAGERS DE DROGUE.....</u>	19
<u>1.3.1 Epidémiologie</u>	19
<u>1.3.2 Évolutions des toxicomanies</u>	20
<u>1.3.3 Délinquance et toxicomanie</u>	21
conclusion partielle.....	22
<u>2- LE CENTRE SAINT GERMAIN PIERRE NICOLE</u>	23
<u>2.1 ASPECTS GÉNÉRAUX</u>	23
<u>2.1.1 Organisation actuelle de l'établissement.....</u>	23
<u>2.1.2 L'association gestionnaire : l a Croix-Rouge Française.....</u>	23
<u>2.1.3 Les évolutions.....</u>	24

2.1.4	<u>Organisation du dispositif parisien</u>	25
2.1.5	<u>Le public</u>	26
2.1.6	<u>Les locaux de la rue Pierre Nicole</u>	27
2.2	<u>SOIGNER, HÉBERGER ET FORMER : DESCRIPTION DES SERVICES</u>	28
2.2.1	<u>Soigner : L'Unité de Traitement Ambulatoire (U.T.A.)</u>	29
2.2.1.1	L'unité des traitements de substitution	29
2.2.1.2	La consultation de médecine générale	30
2.2.1.3	La consultation médico-psychologique	30
2.2.2	<u>Les services avec hébergement</u>	31
2.2.2.1	Le Centre Thérapeutique Résidentiel	31
2.2.2.2	Le Service des Appartements Thérapeutiques Relais (ATR)	34
2.2.2.3	Le Pass-Justice	35
2.2.3	<u>Former: L'A.S.T.M. (Adolescent-Sida-Toxicomanies-Marginalité)</u>	36
2.3	<u>LES MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS</u>	37
2.3.1	<u>Les professionnels</u>	37
2.3.2	<u>Les moyens financiers</u>	38
2.4	<u>LA MISE EN PLACE D'UN VÉRITABLE DROIT DES USAGERS INTERROGE L'INSTITUTION</u>	40
2.4.1	<u>La loi du 2 janvier 2002 et le droit des usagers</u>	40
2.4.2	<u>Le poids des représentations</u>	41
2.4.3	<u>Une logique individualisante</u>	42
2.4.4	<u>Une juxtaposition de services</u>	43
2.4.5	<u>L'hébergement collectif</u>	44
2.4.6	<u>Les règles et les transgressions</u>	45
2.4.7	<u>La participation des usagers</u>	46
	conclusion partielle	46
3-	ADAPTER LES SERVICES AVEC HÉBERGEMENT POUR PROMOUVOIR LE DROIT DES USAGERS	48
3.1	<u>LE PROJET</u>	48
3.2	<u>UNE RÉFLEXION CONCERTÉE</u>	49
3.2.1	<u>Deux équipes, deux stratégies</u>	49
3.3	<u>RENFORCER LES COMPÉTENCES DES ÉQUIPES</u>	51
3.3.1	<u>La formation comme outil de changement</u>	51
3.3.2	<u>La supervision</u>	54

<u>3.4 FORMALISER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES</u>	55
<u>3.4.1 Renforcer la cohérence entre services</u>	55
<u>3.4.2 Modulation des séjours pour une véritable individualisation des prises en charge</u>	56
<u>3.4.3 Le projet individualisé</u>	58
<u>3.4.4 Le règlement de fonctionnement</u>	59
<u>3.5. LE PARTENARIAT ET LA COLLABORATION POUR AMÉLIORER LES PRISES EN CHARGE</u>	60
<u>3.5.1 Le partenariat</u>	60
<u>3.5.2 Les coopérations</u>	61
<u>3.5.3 La permanence d'accès aux droits</u>	62
<u>3.6 ÉCHANGER, PARTICIPER : UNE PERMANENCE CULTURELLE</u>	63
<u>3.7 LES PERSPECTIVES</u>	64
<u>3.7.1 L'évaluation</u>	64
<u>3.7.2 Le conseil de la vie sociale</u>	65
conclusion partielle	66
CONCLUSION GÉNÉRALE	67

Liste des sigles utilisés

ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
ALT	Allocation de Logement Temporaire
ANIT	Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie
ASTM	Adolescent, Sida, Toxicomanie, Marginalité
ATR	Appartement Thérapeutique Relais
CTR	Centre Thérapeutique Résidentiel
CES	Contrat Emploi Solidarité
CIF	Congé Individuel de Formation
CMU	Couverture Maladie Universelle
CRESIF	Comité Régionale d'Education pour la Santé d'Ile de France
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST	Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomane
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sociales
DRASSIF	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France
DGS	Direction Générale de la Santé
ENAP	Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire
ETP	Equivalent Temps Plein
FNARS	Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociale
INSERM	Institut Nationale de la Santé et de Recherche Médicale
LSD	Lysergic Saüre Diethylamid
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
OFDT	Observatoire Français de Lutte contre la Toxicomanie
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SAHIP	Schéma de l'Accueil , de l'Hébergement, et de l'Insertion Parisien
SIDA	Syndrome Immuno- Déficitaire Acquis
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
UTA	Unité de Traitement Ambulatoire
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine
VHC	Virus de l'Hépatite C

INTRODUCTION

Le dispositif de soins spécialisé pour toxicomanes a considérablement évolué ces trentes dernières années. Cette évolution a été pour l'essentiel impulsée par les associations de lutte contre le sida et largement prise en compte par les pouvoirs publics.

Ce secteur spécifique est né avec la loi de 1970. Il s'agissait à l'époque de traiter quelques milliers de personnes pour l'ensemble du territoire français. Aujourd'hui, ce sont quelque 250 000 toxicomanes, malades, précarisés, qui par leur mode de vie viennent gêner les habitants des quartiers qu'ils fréquentent.

Le sida et la précarité sont venus semer le trouble parmi un dispositif spécialisé enfermé dans ses convictions et ses pratiques.

Parallèlement, les conceptions du phénomène de la toxicomanie se sont élargies à l'ensemble des conduites addictives, et plus particulièrement aux poly-consommations de produits psychoactifs.

Le monde est en perpétuel changement. Dans le domaine de la toxicomanie, les besoins des usagers se modifient, les savoirs évoluent, et les institutions doivent s'adapter à ces transformations, les anticiper plutôt que de les subir.

De nombreuses critiques, émanant de rapports tels que celui du Conseil Économique¹ et Social ou de la Cour des Comptes² ont été faites tant sur l'organisation administrative du dispositif, trop éloignée des réalités locales, que sur les principes d'exception sur lesquels reposent les soins.

Ces rapports préconisent l'intégration du dispositif de soins spécialisé au secteur médico-social. C'est aussi ce que demande le Premier ministre dans son plan triennal de lutte contre la toxicomanie 1999-2002.

¹ Wieviorka .S (rapporteur), « *Les toxicomanes dans la cité* », Rapport du Conseil Economique et Social, les éditions des Journaux officiels, Paris,1999 .

² Cour des Comptes, *Le dispositif de lutte contre la toxicomanie*, Rapport public particulier, Les éditions du Journal Officiel, juillet 1998

La loi du 2 janvier 2002³ qui vient rénover le cadre réglementaire du secteur social et médico-social y intègre les centres de soins spécialisés pour toxicomanes. Ces derniers sont inclus dans un dispositif plus vaste qui comprend les centres d'alcoologie et les centres anti-tabac.

Ils devaient s'appeler Centre de Soins, d'Accompagnement, et de Prévention en Addictologie (CSAPA)⁴.

Nous n'avons que très peu d'éléments concrets sur la nouvelle organisation qui découle de la loi (les décrets d'application ne sont pas parus). Nous savons cependant qu'il sera nécessaire de s'adapter à un nouveau cadre. Dans cette perspective, nous avons lancé début 2002 une réflexion autour de la question du droit des usagers qui est un élément essentiel de la loi du 2 janvier 2002.

Le centre Saint Germain Pierre Nicole est un centre de soins spécialisé pour toxicomanes qui a été traversé par l'ensemble des évolutions du secteur. Depuis dix ans, il s'est adapté sans trop de difficulté et ne devrait, par conséquent, pas avoir trop de mal à faire face aux exigences de la nouvelle réglementation.

Recrutée en 1992, comme chef de service au Centre Thérapeutique Résidentiel Pierre-Nicole, mes responsabilités ont évolué en particulier avec la création et le développement du service des Appartements Thérapeutiques Relais.

J'ai participé, en collaboration directe avec la directrice, à la restructuration et aux évolutions du centre. La loi de janvier 2002 a été pour moi un nouveau chantier à ouvrir. J'ai dans ce cadre, pour l'essentiel, travaillé avec les équipes à la mise en œuvre d'une meilleure prise en compte du droit des usagers pour les services avec hébergement.

Afin de situer le contexte spécifique dans lequel l'établissement évolue, je présente dans une première partie le dispositif de soins spécialisé.

Il m'a semblé nécessaire de rappeler brièvement l'histoire de ce dispositif et ses évolutions successives en fonction des représentations sociales et des connaissances du phénomène des toxicomanies. En effet, l'offre de soins est le résultat d'un équilibre instable entre les propositions des professionnels de terrain, les aléas de l'application de la loi, l'évolution des besoins des usagers et le contexte social, économique et politique.

³ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002

⁴ À l'heure où je rédige mon mémoire, un amendement du gouvernement, lors de la discussion à l'Assemblée Nationale du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, a fait disparaître la dénomination CSAPA au profit exclusif de celle de centre de soins spécialisé en toxicomanie.

C'est ainsi que les transformations du dispositif ces dix dernières années ont favorisé une prise de conscience progressive de l'importance de la question des droits des usagers de drogues.

La deuxième partie situe le centre St Germain Pierre Nicole dans son environnement et décrit son organisation générale. Ma description porte essentiellement sur le service des Appartements Thérapeutiques et le Centre Thérapeutique Résidentiel.

Si l'accueil des toxicomanes y est efficace, la place de l'utilisateur doit encore évoluer au regard de la loi de janvier 2002.

Enfin, la dernière partie décrit la démarche entreprise afin d'engager les évolutions nécessaires. Certaines ont d'ores et déjà été mises en œuvre, d'autres restent encore à réaliser.

Les changements concernent surtout la gestion des ressources humaines : modification des représentations, évolution de la culture institutionnelle, formalisation des pratiques.

Ce travail vise avant tout à mettre en évidence la nécessité pour tout directeur d'anticiper sur les évolutions des usagers, de s'adapter à l'environnement et aux changements réglementaires. L'objectif est de maintenir les équipes dans une dynamique active, de réflexion, et d'innovation pour offrir au public un établissement aussi performant que possible.

1/ LE DISPOSITIF DE SOINS SPECIALISE POUR TOXICOMANES

1.1 L'HISTOIRE ET L'EVOLUTION DU DISPOSITIF SPECIALISE POUR TOXICOMANES

1.1.1 Constitution du dispositif

Le phénomène de la drogue existe depuis la nuit des temps. Les hommes ont toujours eu à leur disposition des substances permettant de modifier leurs états de conscience et leur humeur. Ces usages ont généralement été codifiés par des rites religieux, sociaux et culturels ou des pratiques médicales.

La période que je me propose d'étudier est celle de la naissance du dispositif de soins pour toxicomanes avec la loi du 31 décembre 1970 relative à la lutte contre la toxicomanie⁵.

Cette loi a été votée dans un contexte social où la jeunesse représentait un danger et où la drogue était associée à la contestation.

Elle interdit les usages, la détention et le commerce des drogues, prévoit un volet sanitaire qui s'appuie sur l'idée que le toxicomane est un délinquant mais aussi un malade

À ce titre, il faut lui donner les possibilités de se soigner et créer des structures d'accueil qui garantissent l'anonymat et la gratuité.

En 1972, Robert Boulin, Ministre de la Santé, signe une circulaire qui définit le fonctionnement des structures d'accueil et de postcure. Cette circulaire constitue les premières bases de la professionnalisation des structures pour toxicomanes.

Les hôpitaux généraux et psychiatriques jugent les toxicomanes comme des patients trop difficiles. Ce sont donc les associations qui vont développer les structures spécialisées.

Il faut préciser qu'à cette époque les toxicomanes sont eux-mêmes très hostiles à la psychiatrie et à la médecine en général :

*« Les hôpitaux généraux et psychiatriques sont restés en retrait. Les toxicomanes, jusqu'au début des années 1980, refusaient d'être traités comme des malades et encore moins comme des malades mentaux. Ils revendiquent leur toxicomanie et sont par conséquent des clients plutôt difficiles pour des institutions à vocation soignante »*⁶

⁵ Loi n° 70 – 1320 du 31 décembre 1970

⁶ Wiewiorka .S, *Les toxicomanes dans la cité* , Rapport du Conseil Economique et Social, les éditions des Journaux officiels, Paris, 1999 .

C'est autour de projets novateurs comme les lieux de vie et les communautés thérapeutiques que soignants et toxicomanes se sont organisés avec un objectif : l'abstinence

Des médecins psychiatres souhaitant sortir des institutions traditionnelles sont à l'origine de nombreux centres reposant pour l'essentiel sur une approche antipsychiatrique.

À la fin des années 70, les centres et les équipes ont trouvé un équilibre et une spécialisation institutionnelle s'est construite avec des modes d'organisation codifiés et des modèles thérapeutiques émergents.

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

C'est le médecin psychiatre Claude Olievenstein⁷ qui pose avec quelques autres les fondements de ce que sera le dispositif de soins spécialisés pour les toxicomanes.

Il définit la toxicomanie comme : « *une équation à trois paramètres : la rencontre du produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel particulier* »⁸.

1.1.2 Domination d'un seul modèle thérapeutique

Alors que nos voisins européens développent des réponses thérapeutiques diversifiées (Substitution, communauté thérapeutique, accueil bas seuil⁹), la loi française n'admet qu'une alternative à la toxicomanie : l'abstinence.

C'est ainsi que le dispositif spécialisé français s'organise autour d'un modèle thérapeutique unique : le sevrage et la psychothérapie.

Pour parvenir à cet objectif, plusieurs étapes sont considérées comme nécessaires. C'est ce qui constitue la chaîne thérapeutique. Elle est composée par l'accueil, la désintoxication physique, la désintoxication psychologique et enfin l'insertion.

Le modèle thérapeutique repose sur la relation de confiance et les professionnels qui sont choisis pour travailler auprès des toxicomanes peuvent être travailleurs sociaux, infirmiers, médecins ou anciens toxicomanes. C'est de cette orientation que naîtra l'appellation « intervenants en toxicomanie ».

Les questions sociales et la santé physique sont négligées dans les prises en charge, au profit d'un travail à visée psychothérapeutique.

⁷ Le docteur C. Olievenstein a créé en 1972 l'Hôpital Marmottan,

⁸ C. Olievenstein, *le destin du toxicomane*, Paris, Fayard, collection le temps des sciences, 1983.

⁹ Accueil de toxicomanes actifs pour des soins de premières nécessités.

Les usagers de drogue qui ne peuvent ou ne veulent pas s'engager dans un projet d'abstinence sont de fait exclus du dispositif.

Les plus marginalisés ne sont pas pris en charge par le dispositif de soins, qui ne propose aucun accueil aux toxicomanes actifs et impose comme préalable à un hébergement une cure de sevrage.

*« La domination de l'approche psychanalytique s'imposera comme seul modèle de soin curatif... Et ceci se renforcera et s'édifiera jusqu'à la fin des années 1980. Le dispositif de soins est devenu uniforme, autonome et n'est plus en mesure d'intégrer les évolutions de la population visée ».*¹⁰

Durant toute cette période, l'absence de connaissances fiables sur le phénomène de la drogue a renforcé la domination d'un modèle de soins uniforme et laissé de côté cette nouvelle population de toxicomanes désocialisés, sans formation ni emploi.

A cela est venu s'ajouter l'épidémie de sida qui fait des ravages parmi les toxicomanes.

L'absence d'évaluation des méthodes de travail et de leur efficacité ainsi que de données épidémiologiques fiables sur la population des toxicomanes ont largement participé à l'immobilisme du dispositif et à son incapacité à s'adapter aux nouvelles problématiques. D'autres techniques de soins, proposées en Europe, sont refusées en France au nom d'une idéologie dominante. Le droit des usagers de drogue à disposer de soins adaptés n'est alors pas une priorité.

1.1.3 L'épidémie de Sida

C'est à la fin des années 1980 que le dispositif de soins est très largement critiqué et malmené. Son organisation rigide et uniforme est remise en question avec l'épidémie de sida.

Les toxicomanes sont de plus en plus nombreux à contracter le sida par voie intraveineuse et par voie sexuelle. Ils deviennent une population victime et en même temps un des principaux vecteurs de l'extension de l'épidémie dans l'ensemble de la population.

Les associations de lutte contre le sida, déjà très actives, ont été à l'origine de la prise de conscience de la gravité de ce phénomène et ont été les principaux acteurs du changement d'orientation politique du dispositif spécialisé.

¹⁰ Bergeron.H, *L'Etat et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*, Paris, PUF sociologie, 1999.

Le premier signe d'un fléchissement de cette politique à visée exclusivement curative a été la libéralisation de la vente des seringues, dans un but de prévention de la contamination du sida par voie intraveineuse.

En 1988, Mme Barzach, alors ministre de la santé, a pris la décision de mettre les seringues en vente libre pour une année. Cette mesure provisoire a été définitivement adoptée en 1990.

En 1989, 18,3% des malades du sida étaient toxicomanes et le pourcentage global des drogués séropositifs, en France, est estimé à 30 ou 40 %¹¹.

Les évaluations réalisées par l'INSERM¹² entre 1988 et 1990 sur l'impact de cette décision en ont montré les effets positifs. Les toxicomanes correctement informés changent leur comportement et les pratiques d'échange de seringues diminuent de manière importante. Cependant, les centres spécialisés sont restés en retrait et ne modifient que timidement leur approche de soins. Il a fallu attendre que l'Etat impulse une politique volontaire de santé publique pour que les centres spécialisés consentent à faire évoluer leurs pratiques professionnelles.

1.1.4 La politique de réduction des risques

On peut considérer que c'est à partir du plan gouvernemental du 21 septembre 1993, que la politique sanitaire de lutte contre la toxicomanie a évolué sensiblement.

Comme dans de nombreux pays européens, à l'exception des Pays-Bas, la politique de réduction des risques s'est imposée sous la menace du sida. La réduction des risques était déjà une stratégie utilisée dès 1980 aux Pays-Bas, afin de limiter la transmission de l'hépatite B.

En Grande-Bretagne, cette politique s'est mise en place officiellement à partir de 1987. En 1990, la Suisse adopte à son tour cette approche.

Cette politique de réduction des risques repose sur l'acceptation de l'usage de drogues.

Puisque de nombreux toxicomanes ne peuvent ou ne veulent renoncer à une consommation de drogue, il faut qu'il puisse protéger leur santé tant pour eux-mêmes que pour les autres.

Néanmoins si la «harm réduction»¹³ était surtout destinée à limiter les infections liées aux pratiques d'injection de drogues par voie intraveineuse (hépatites, septicémie, etc...), c'est l'arrivée du sida qui a imposé le développement de cette politique en y incluant les traitements de substitution.

¹¹ Bergeron.H, *L'Etat et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*. PUF sociologie, 1999.

¹² Idem.

¹³ Réduction des risques.

« En France, le changement est à la fois plus tardif et plus modeste. En 1990, l'association Médecins du Monde ouvre le premier programme d'échange de seringues et, entre 1990 et 1992, quelques acteurs s'engagent dans les toutes premières actions de prévention du Sida qui associent les usagers de drogues à la protection de leur santé »¹⁴

Le plan gouvernemental initié en 1992 par le ministre de la santé M. Kouchner s'est appuyé sur les actions innovantes impulsées par Médecins du Monde et l'association Aides.

Le plan préconise, dans son chapitre sur l'amélioration du système sanitaire, de développer les réseaux ville-hôpital- toxicomanie, les programmes d'échange de seringues, les accueils et hébergement d'urgence et les programmes de substitution.

Il faudra deux années de débats, de recherches et de rapports officiels sur la réalité de l'urgence sanitaire pour les toxicomanes pour qu'enfin cette politique soit concrétisée.

Au-delà de la diminution des risques sanitaires, la politique de réduction des risques doit permettre, en acceptant la dépendance des usagers de drogues, d'entrer en relation avec les plus marginalisés.

Le développement de cette politique marque un tournant dans la manière d'appréhender les soins aux toxicomanes, en leur accordant le droit de protéger leur santé.

Ce nouveau dispositif de réduction des risques comprend des kits avec seringues stériles vendues en pharmacie dont le Stéribox®, les programmes d'échanges de seringues, des «boutiques » qui accueillent des toxicomanes actifs, des «sleep-in » qui hébergent en urgence des toxicomanes actifs, des réseaux de médecins généralistes, des équipes chargées de l'accueil des toxicomanes à l'hôpital, et enfin les traitements de substitution largement diffusés.

1.1.5 La substitution

La substitution consiste à remplacer l'héroïne, acquise illégalement et consommée de manière dangereuse, par un médicament de même classe, c'est-à-dire un morphinique prescrit médicalement et consommé d'une manière moins dangereuse pour la santé.

Par rapport à l'héroïne qui procure des effets puissants et de courte durée, les produits de substitution ont un effet moins modificateur de conscience et d'une durée beaucoup plus longue.

¹⁴ Coppel A, *Le tournant de la réduction des risques liés à l'usage des drogues*, Les cahiers de l'Actif, Bordeaux, 2002.

Les traitements de substitution pratiqués par de nombreux pays européens, se sont développés en France à partir de 1994, malgré les réticences de certains spécialistes qui refusaient de les intégrer dans le traitement des toxicomanes.

Le traitement de la toxicomanie par la méthadone s'inscrit dans cette nouvelle approche des soins aux toxicomanes où la santé publique devient une priorité.

La méthadone a tout d'abord été prescrite dans les situations les plus dramatiques : les toxicomanes incurables par les thérapeutiques classiques, les femmes enceintes, les malades en phase terminale, et ceux qui avaient besoin d'une hospitalisation pour des raisons somatiques.

La méthadone¹⁵ est un opiacé de synthèse, utilisée dans un premier temps pour le sevrage des héroïnomanes, et dans un second temps comme traitement de substitution à l'héroïne. Les traitements par la méthadone se sont développés en France à partir de décembre 1994, Le début du traitement doit être initié dans un centre de soins spécialisé et agréé par le ministère de la santé (circulaire de mars 1994).

Une fois l'usager de drogue stabilisé, il peut avec accord de son médecin continuer son traitement chez un médecin de ville.

La méthadone est délivrée en 1990 à moins d'une centaine de toxicomanes ; aujourd'hui elle concerne environ 8000 personnes.¹⁶

Quant au Subutex®, il est apparu quelques années plus tard (en février 1996) et a complété le dispositif de réduction des risques.

Cette molécule, bénéficie de règles d'utilisation beaucoup plus souples que la méthadone. N'importe quel médecin généraliste peut la prescrire dans le cadre d'un traitement de la dépendance aux opiacés. Le Subutex® est prescrit aujourd'hui à quelques 72 000 toxicomanes¹⁷.

La facilité d'accès du Subutex® a pour conséquence les détournements de plus en plus fréquents de ce traitement, et des problèmes sanitaires associés (abcès, septicémies, overdoses).

Il faut souligner que la qualité de l'accompagnement médical et social concourt tout autant que le traitement en lui-même à la réussite de la substitution.

¹⁵ Elle a été découverte par un chimiste Autrichien, Schauman, pendant la seconde guerre mondiale

¹⁶ Wieviorka .S, *Les toxicomanes dans la cité*, Rapport du Conseil Economique et Social, les éditions des Journaux officiels, Paris,1999 .

¹⁷ Coppel A, *Le tournant de la réduction des risques liés à l'usage des drogues*, Les cahiers de l'Actif, Bordeaux, 2002.

1.1.6 Nouveaux concepts

Alors que la politique de réduction des risques se développe, de nouveaux concepts apparaissent dans la manière d'appréhender le phénomène de la toxicomanie.

1.1.6.1 En matière de prévention

J.P Parquet¹⁸, professeur de psychiatrie développe dans son rapport, paru en 1997, la nécessité d'étudier les comportements de consommation indépendamment du produit consommé. Il distingue trois types de comportements :

- l'usage
- l'abus
- la dépendance

Il préconise la mise en place d'un cadre de référence commun à l'ensemble des acteurs, afin d'adapter les réponses en matière de prévention et de soins.

Cette approche met l'accent sur l'individu et son comportement face aux drogues indépendamment de leur statut juridique.

1.1.6.2 En matière de produit

Le rapport du professeur Roques¹⁹, pharmacologue, propose de prendre en compte la dangerosité de toutes les substances psychoactives indépendamment de leur nature juridique. Il propose une classification des drogues en fonction des dangers qu'elles présentent.

Cinq facteurs de risque sont à considérer dans l'étude neurobiologique des différentes drogues :

- dépendance physique
- dépendance psychique
- neurotoxicité
- toxicité générale
- dangerosité sociale

¹⁸ Parquet. J.P, rapport au secrétariat d'Etat à la santé. *Les pratiques addictives : usages, usage nocif, dépendance aux substances psychoactives*, Comité Français d'Education pour la Santé, 1997.

¹⁹ Roques.B. rapport au secrétariat d'Etat à la santé. *La dangerosité des drogues*. Ed Odile Jacob, la documentation française, 1999 .

Trois niveaux de dangerosité peuvent être repérés :

- le premier concerne les drogues les plus dangereuses : l'héroïne, la cocaïne, l'alcool.
- le deuxième groupe est celui des drogues moyennement dangereuses : les psychostimulants, les hallucinogènes, le tabac et les benzodiazépines.
- le troisième groupe comprend les drogues les moins dangereuses comme le cannabis

Néanmoins toutes ces substances sont toxiques et susceptibles d'engendrer des dépendances. Cette nouvelle manière d'appréhender le phénomène drogue vient bousculer les fondements même de la loi de 1970.

Ces nouveaux concepts, comme le souligne le Conseil Économique et Social²⁰, doivent faire évoluer les représentations sociales des drogues.

« ils pourraient favoriser à terme une meilleure intégration des toxicomanes dans la cité, au côté des consommateurs de substance licites, au premier rang desquels il faut mentionner les alcooliques »²¹

Les évolutions conceptuelles du phénomène de la toxicomanie ont influencé à partir de 1997 les orientations de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie (MILDT), qui intègre dorénavant dans sa politique la réduction des risques, ainsi qu'une approche globale du phénomène de la drogue.

1.2 LA REGLEMENTATION DU DISPOSITIF

1.2.1 Les lois et décrets

1.2.1.1 La loi de 1970, l'anonymat et la gratuité

Le 31 décembre 1970, est votée à l'unanimité la loi n°70-1320 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de

²⁰ Wieviorka .S, Rapport du Conseil Economique et Social, *Les toxicomanes dans la cité*, les éditions des Journaux officiels, Paris,1999 .

²¹ idem

substances vénéneuses, inscrite dans le code de la santé publique (titre VI, art. L 627 et suivants).

C'est dans le cadre de cette loi que s'est construit le dispositif de soins spécialisé en toxicomanie.

La législation française est prohibitionniste : elle a pour fondement l'interdiction de l'usage des stupéfiants, l'usage récréatif au même titre que l'usage abusif.

Elle associe au volet répressif le volet thérapeutique. La loi distingue l'usager malade de l'usager délinquant, celui qui accepte les soins de celui qui les refuse.

1- Le traitement volontaire concerne le toxicomane qui de lui-même se présente dans un service de soins. En contrepartie, la loi lui offre le bénéfice de l'anonymat, qui ne peut être levé que pour un délit autre que le délit d'usage.

2-Le traitement obligatoire, appelé «injonction thérapeutique » concerne l'usager simple ou l'usager revendeur interpellé par les services de police. Il est déféré au parquet. Le procureur peut décider de classer sans suite, de poursuivre, de mettre en garde l'usager s'il s'agit de cannabis ou de proposer l'injonction thérapeutique, c'est-à-dire l'obligation de se soigner dans un établissement spécialisé. L'application de l'injonction thérapeutique a été recentrée sur les usagers d'héroïne et de cocaïne. Une nouvelle alternative a été introduite avec le classement avec orientation (la procédure est classée sans suite, mais l'usager est orienté vers une structure spécialisée)

L'ensemble du dispositif de soins est gratuit, entièrement à la charge de l'État, que l'accès aux soins soit volontaire ou imposé.

La loi qui fait du toxicomane un délinquant ou un malade ne distingue ni les produits, ni la fréquence des consommations. En revanche, des circulaires successives introduisent des nouvelles catégories pour faciliter l'application de la loi.

Jusqu'en 1984, l'usager simple est distingué de l'usager revendeur. Après 1987, l'usager simple est classé en trois catégories : l'usager occasionnel ou habituel, ainsi que l'usager étranger. L'usager revendeur devient usager trafiquant.

Depuis 1993, ce dernier relève du code pénal et non plus du code de la santé publique.

Pour les toxicomanes, la situation n'est pas simple : considérés délinquants au regard de la loi et dans leur rapport avec la police et la justice et reconnus malades ou exclus lorsqu'ils s'adressent aux systèmes sanitaires ou d'aide sociale.

La loi ne prévoit pas non plus le cas du toxicomane qui rechute, ni de celui qui continue à consommer des produits stupéfiants tandis qu'il est en traitement, alors que l'on sait que les rechutes sont nombreuses et la réhabilitation très longue.

C'est sur ce paradoxe que le dispositif de soins spécialisé s'est construit. Notre intégration au secteur médico-social ne modifie rien de la loi qui fonde le soin des usagers de produits classés stupéfiants.

Pour beaucoup de toxicomanes, la rencontre avec un établissement sanitaire ou social se fait dans un contexte d'incitation, voire d'obligation, issu de la loi de 1970.

Le droit des usagers doit respecter les impératifs de la loi de 1970, mais également ceux de la loi de 2002.

Il en découle des contradictions, des paradoxes, que les institutions spécialisées doivent gérer au mieux.

- **L'anonymat et la gratuité**

La politique sanitaire en matière de toxicomanie a subi ces dernières années un profond remaniement et les difficultés sociales des toxicomanes ont dû être prises en compte au même titre que celles de l'ensemble des personnes en situation de précarité. La note d'orientation émise par la Direction Générale de la Santé (D.G.S).²² inscrit le dispositif dans la lutte contre les exclusions et met l'accent sur la nécessité de renforcer les actions d'insertion sociale et professionnelle.

L'anonymat et la gratuité des soins, inscrits dans la loi de 1970, sont devenus aujourd'hui des obstacles au traitement et l'insertion des toxicomanes dans le cadre du droit commun.

« Aujourd'hui ni l'anonymat ni la gratuité des soins ne sont plus appliqués par les dizaines de milliers de toxicomanes qui se voient prescrire des traitements de substitution : ils reçoivent des ordonnances nominatives, et leurs traitements sont pris en charge par la Sécurité Sociale »²³

²² Note d'orientation n° 98 – 659 du 5 novembre 1998, de la Direction Générale de la Santé relative à la révision des projets thérapeutiques

²³ Wieviorka .S, *Les toxicomanes dans la cité*, Rapport du Conseil Economique et Social, Paris, les éditions des Journaux officiels,1999 .

Ces grands principes posés par la loi de 1970 s'articulent difficilement avec le développement des traitements de substitution et la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui offre une couverture sociale à l'ensemble de la population.

L'anonymat et la gratuité ne sont plus guère utilisés. Ils constituent un frein à l'insertion sociale puisque ces principes confèrent un statut spécifique aux toxicomanes. L'absence de participation financière dans le cadre de l'hébergement collectif ou en chambre d'hôtel, favorise la désresponsabilisation des toxicomanes. Ces derniers considèrent bien souvent comme un droit acquis la gratuité de l'ensemble des prestations.

1.2.1.2 Le décret du 29 juin 1992

Entre 1970 et 1992 trois circulaires vont réguler à minima le dispositif : celle du 29 mars 1972, que j'ai évoqué dans la première partie, qui précise l'organisation sanitaire dans le domaine de la toxicomanie, celle du 3 juillet 1979, qui ne concerne que l'organisation des post cure et enfin la circulaire du 4 décembre 1987 qui, elle ne s'occupe que de l'organisation des familles d'accueil.

Mais aucun décret d'application de la loi de 1970 concernant l'organisation des soins sur le plan thérapeutique et sur le plan financier ne donne une réalité juridique aux structures de soins spécialisés.

Dans ce contexte, *«la dépense »structures de lutte contre la toxicomanie » n'est pas reconnue ni gérée comme un financement d'établissements et de services ayant une existence durable et comportant des dépenses de personnel représentant plus de 80% du budget. ... De plus, les garanties financières aussi vitale que l'actualisation budgétaire annuelle au taux directeur des établissements sanitaires et la prise en compte des revalorisations salariales prévues par les conventions collectives ne sont que partiellement ou pas accordées »²⁴*

C'est seulement en 1992, qu'un décret ministériel²⁵ est venu donner une réalité juridique aux centres pour toxicomanes. Ils sont désormais nommés Centres Spécialisés Conventionnés de Soins aux Toxicomanes. L'activité des centres est recentrée sur le soin et l'insertion. Les actions de prévention et d'insertion socioprofessionnelles en sont exclues tout en restant des modalités d'intervention possible à financer par les départements ou la ville.

²⁴ Trautmann C., *la lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants*, rapport au Premier ministre, la Documentation Française, février 1990 .

²⁵ Décret n° 22590 du 29 juin 1992 relative aux centres de soins spécialisés pour toxicomanes.

Le décret impose un cadre réglementaire qui comprend la signature d'une convention pour cinq années entre l'Etat et les organismes gestionnaires des structures avec l'obligation de réviser les projets thérapeutiques et les faire évoluer. Le projet thérapeutique doit s'inspirer du projet d'établissement des établissements sociaux et médico-sociaux. Les modalités de financement sont précisées et déclinées dans ce décret.

Le dispositif spécialisé n'est pris ni en compte par les instruments de planification sanitaire ni par les schémas départementaux des établissements sociaux et médico-sociaux.

1.2.1.3 La note d'orientation n° 98 – 659

Cette note d'orientation relative à la révision des projets thérapeutiques rédigée par la direction générale de la santé décline les orientations en matière d'accueil, de soins et d'hébergement qui doivent être mise en œuvre dans les centres spécialisés et qui doivent apparaître dans le projet thérapeutique. Elle a pour objectif :

- de donner des orientations relatives au fonctionnement et aux missions des centres spécialisés avec ou sans hébergement.
- de développer une approche pluridisciplinaire sanitaire et sociale.
- d'imposer l'accueil des toxicomanes sans préalable (la démarche d'abstinence n'est plus prioritaire).
- de rappeler la portée juridique de l'obligation de réviser les projets thérapeutiques.

Cette note d'orientation est une injonction à évoluer, à diversifier les modes de prise en charge et à inscrire les centres dans une politique de santé publique en articulation avec l'insertion sociale et professionnelle.

Elle vise principalement à assouplir le dispositif pour favoriser l'accueil et l'insertion sociale des plus marginalisés.

1.2.1.4 La loi du 2 janvier 2002

La loi n° 2002-2 de janvier 2002 redéfinit l'action sociale et médico-sociale dans ses actions et ses missions.

Elle vise à une meilleure définition du champ de son action, une prise en compte du droit des usagers, une amélioration de la planification et de la tarification, ainsi qu'à la mise en place d'une évaluation.

La priorité est donnée aux bénéficiaires dans l'organisation des dispositifs.

Les centres de soins pour toxicomanes, se nommeront désormais Centre de soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (C.S.A.P.A) ²⁶.

L'ensemble des règles du secteur de l'action sociale s'applique donc aux centres spécialisés, bien que nous soyons toujours sous le régime du décret de 1992.

Cette intégration signe la reconnaissance d'un secteur qui ces dernières années a montré sa capacité à s'adapter, à développer des réponses diversifiées pour un public difficile. Elle marque la fin d'un statut d'exception, qui concourt à la marginalité de notre secteur et des toxicomanes.

Ce changement de réglementation doit s'articuler avec un financement sécurité sociale qui viendra se substituer au financement actuel.

La D.G.S travaille à l'élaboration du décret d'application qui modifiera le cadre réglementaire des centres de soins spécialisés en toxicomanie.

Ce décret doit préciser le champs d'intervention des C.S.A.P.A : maintien dans un premier temps de spécialités (alcoologie, toxicomanie), afin de favoriser l'intégration de l'ensemble des centres, rapprochement ultérieur entre alcoologie et toxicomanie.

Les recommandations de bonnes pratiques feront l'objet d'un article spécifique au secteur, les principes de gratuité et d'anonymat sont maintenus.

Pour le reste l'ensemble des dispositions de la loi s'applique aux C.S.A.P.A.

La loi définit les grands principes de l'action sociale et médico-sociale qui «*tend à promouvoir dans un cadre interministériel l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions, et à en corriger les effets.*» (art. 2 de la loi du 2 janvier 2002).

Parmi l'ensemble des changements qui sont à mettre en œuvre, le droit des usagers est un enjeu majeur qui ne pourra être effectif qu'avec le temps, le temps qu'il nous faudra pour faire évoluer nos méthodes de travail, et notre regard sur le public accueilli.

1.2.2 L'organisation administrative

1.2.2.1 La MILDT

La Mission Interministérielle de Lutte contre la drogue et la Toxicomanie (MILDT) constitue la structure administrative de coordination: «*elle anime et coordonne les actions des ministères compétents en matière de lutte contre la toxicomanie (au nombre de sept), en*

²⁶ Rappelons qu'à l'heure où je finis de rédiger ce mémoire (novembre 2002), la dénomination C.S.A.P.A. a disparu des projets ministériels

particulier dans les domaines de l'observation et de la prévention de la toxicomanie, de l'accueil, des soins, et de la réinsertion des toxicomanes, de la formation et de la recherche »²⁷

Cette structure a souffert depuis sa mise en place en 1982 d'une instabilité chronique. Entre 1982 et 1998, treize présidents se sont succédés à la tête de cette instance de coordination administrative.

Elle n'a pu comme le dénoncent la Cour des Comptes²⁸ et le Conseil Économique et Social²⁹ jouer son véritable rôle de coordinateur et d'aide à la décision politique en matière de lutte contre la toxicomanie.

Depuis 1998, la MILDT a retrouvé une impulsion nouvelle avec Nicole Maestracci à sa tête, qui a intégré dans le plan triennal l'ensemble des évolutions du phénomène de la toxicomanie.

Elle a été remplacée en octobre 2002, et la politique du gouvernement actuel reste à définir : poursuite des orientations déterminées dans le dernier plan triennal ou bien revirement vers une politique plus sécuritaire et prohibitionniste.

Son budget en 2002 a diminué de 12,2 % (40 millions d'euros pour 2003 contre 45,58 millions d'euros en 2002) et toutes les actions ou campagnes nationales sont à ce jour gelées.³⁰

1.2.2.2 Le plan triennal 1999-2002 de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances

La politique de lutte contre la toxicomanie des gouvernements se décline sous forme de plans triennaux ou quinquennaux préparés par la MILDT

La MILDT a pour correspondant dans chaque département, un chef de projet chargé de faire appliquer la politique en matière de lutte contre la toxicomanie.

Le dernier plan triennal 1999-2002, adopté par le comité interministériel du 16 juin 1999, annonçait l'intégration du dispositif de soins spécialisé en toxicomanie au secteur médico-

²⁷ Décret du 24 avril 1996 a supprimé la D.G.L.D.T., et a placé auprès du premier ministre la MILDT.

²⁸ Cour des Comptes, Le dispositif de lutte contre la toxicomanie, Rapport public particulier, juillet 1998, Les éditions du Journal Officiel n° 4367.

²⁹ Wieviorka .S, *Les toxicomanes dans la cité*, Rapport du Conseil Economique et Social, Paris, les éditions des Journaux officiels, 1999 .

³⁰ Benkimoun P, « *Un médecin spécialiste de la prévention mènera l'action gouvernementale contre la toxicomanie* », Le Monde , 24 octobre 2002.

social. Il s'inspire de l'ensemble des évolutions en œuvre dans le secteur et de la loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998.

Il préconise le développement de la politique de réduction des risques, des actions en faveur de l'accès aux droits économiques et sociaux des usagers de drogue, une meilleure coordination des différents acteurs ainsi qu'une meilleure prise en compte des spécificités locales dans le cadre d'une planification régionale.

La toxicomanie est envisagée dans une approche globale qui intègre l'ensemble des conduites addictives.

L'information auprès du grand public occupe une place prépondérante. La campagne d'information, «la drogue, savoir plus, risquer moins » a été élaborée dans le cadre de ce plan.

L'ensemble des évolutions du secteur est pris en compte. Ce plan signe la fin de l'isolement du dispositif de soins spécialisé en intégrant toutes les conduites addictives dans les missions des établissements spécialisés (ce qui semble être remis en cause aujourd'hui).

1.2.2.3 La centralisation du dispositif

La loi de décentralisation votée en 1982 marque paradoxalement une plus grande centralisation du dispositif. La toxicomanie qui est considérée comme un «fléau national » doit rester une compétence de l'Etat.

Les conseils généraux ont été 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 système dit «dépenses obligatoires »). Jusque-là certains centres, orientés vers l'insertion professionnelle et la prévention, répondaient à des besoins locaux et trouvaient un soutien financier des conseils généraux ou des collectivités locales. À partir de 1982, ces centres ont été déconventionnés.

La toxicomanie est désormais exclusivement gérée par le ministère de la santé. Ce dernier négocie avec le ministère du budget l'enveloppe financière dédiée aux établissements spécialisés.

La direction générale de la santé, en fonction de l'enveloppe qui lui est attribuée, répartit les budgets sur chaque région. Les financements se limitent le plus souvent à une reconduction des dotations.

Dans chaque département, les D.D.A.S.S. appliquent la politique définie par le gouvernement sous forme de plans triennaux ou quinquennaux. Un médecin inspecteur de santé publique est en charge de la lutte contre la toxicomanie.

L'adaptation du dispositif aux besoins locaux est difficile à cause d'une gestion très centralisée : " *Les mesures nouvelles sont entièrement pré-affectées par la Direction Générale de la Santé dont les décisions ne correspondent pas toujours aux priorités retenues par les D.A.S.S.* " ³¹

L'implantation des centres de soins spécialisés se fait bien souvent sans lien avec les besoins locaux, comme le montre le rapport de la Cour des Comptes de 1998 : « *Les départements frappés de longue date par le fléau sont mieux dotés que ceux où son développement est plus récent. Le département des Bouches-du-Rhône, qui comptait 730 toxicomanes pris en charge par une structure sanitaire et sociale en novembre 1994, a reçu ainsi 34,2 MF en 1995 au titre du dispositif spécialisé, alors que le Nord, qui comptait 1 617 toxicomanes dans la même situation, ne recevait que 23,6 MF.* »

La loi de janvier 2002 devrait permettre une meilleure prise en compte des spécificités locales à travers les schémas régionaux. Une meilleure adéquation entre l'offre et les besoins constitue un progrès en terme de droit des usagers.

1.3 LES USAGERS DE DROGUE

1.3.1 Epidémiologie

Depuis 1995 l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (O.F.D.T)³², publie régulièrement un rapport sur l'état du phénomène des drogues et des dépendances.

En juin 1999, les compétences de l'Observatoire ont été élargies à l'ensemble des substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments et pratiques de dopage).

Dans son dernier rapport publié en 2002, l'O.F.D.T définit deux catégories d'usage :

- les consommateurs occasionnels : pour l'alcool ils sont estimés à 41 millions ; 15 millions pour le tabac, 8,4 millions pour les médicaments psychotropes, 3,5 millions pour le cannabis et enfin 220 000 pour les autres drogues (héroïne, cocaïne)

³¹ Cour des Comptes, *Le dispositif de lutte contre la toxicomanie*, Rapport public particulier, juillet 1998, Les éditions du Journal Officiel n° 4367.

³² L'O.F.D.T. est un groupement d'intérêt public.

- les consommateurs quotidiens : estimés à 8,9 millions de personnes pour l'alcool, 2,4 millions pour les médicaments psychotropes et environ 200 000 pour les produits illicites.

L'alcool est le produit psychoactif le plus ancré dans la culture et les pratiques de consommation, même si l'expérimentation des drogues illicites augmente chez les jeunes.

1.3.2 Évolutions des toxicomanies

Il y a bien longtemps que l'héroïne n'est plus le principal produit psychotrope consommé par les usagers de drogue.

L'alcool, les médicaments psychotropes, les dérivés codéinés et les sulfates de morphine sont de plus en plus souvent associés.

L'image traditionnelle du «junkie » née dans les années 1970 a beaucoup évolué même s'il fait partie encore des représentations sociales.

Durant la décennie 1970 les toxicomanes n'étaient que 5 000 environ. Aujourd'hui, leur nombre est estimé aux alentours de 200 000³³.

L'ensemble des classes sociales est concerné, mais les personnes les plus précaires sont durement pénalisées en adoptant des conduites addictives.

Le coût élevé de l'héroïne entraîne un glissement des consommations vers les substances licites comme l'alcool et les médicaments détournés de leur usage thérapeutique. La consommation «toxicomaniaque » d'alcool est de plus en plus fréquente (une grande quantité d'alcool consommée en un minimum de temps).

La banalisation du cannabis conduit à une consommation de plus en plus précoce chez les jeunes : 60 % des garçons âgés de 19 ans l'ont expérimenté et parmi eux plus d'un sur trois en fait une consommation régulière ou intensive (entre 10 et plus de 20 fois par mois).

Il est observé un développement de l'usage des stimulants (cocaïne, amphétamines, ecstasy) et hallucinogènes (L.S.D., champignons) dans les contextes festifs (rave partie).

Ces consommations sont associées à des usages massifs d'alcool de tabac et de cannabis. Les dommages causés par les consommations de drogues licites ont les conséquences les plus graves : 45 000 décès pour l'alcool et 60 000 décès liés au tabac. Les drogues illicites ne seraient responsables que d'une centaine de morts.

³³ L'ensemble des chiffres cités dans cette partie est extrait du Rapport de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie publié en 2002.

Il était donc nécessaire de prendre en compte la réalité des problèmes de consommation de substances psychoactives dans son ensemble indépendamment de la nature légale ou non des drogues.

La prévalence du sida est en nette diminution chez les usagers de drogue par voie intraveineuse. En revanche la prévalence du VHC (Hépatite C) est en augmentation et atteint un pourcentage de 63 % en 1999 contre 51 % en 1994 pour cette population.

Les autres domaines de la santé, en particulier les comorbidités psychiatriques sont impossibles à évaluer à défaut de travaux de recherche. On peut cependant en deviner l'importance au vu des publics qui fréquentent les établissements spécialisés. On remarque une augmentation des troubles psychiatriques associés aux consommations de psychotropes.

1.3.3 Délinquance et toxicomanie

La relation entre toxicomanie et délinquance est une question délicate. Il faut d'abord rappeler que l'usage d'un certain nombre de drogues classées stupéfiants est un délit, du fait de la loi de 1970. Cependant la majorité des toxicomanes délinquants est jugée pour des délits autres que celui de simple usage de produits stupéfiants.

Les incarcérations pour simple usage sont rares. En revanche, l'usage est le plus souvent associé à une autre infraction sur les stupéfiants (le trafic).

Dans les cas de consommation, les alternatives à l'incarcération sont appliquées, comme le recommande une circulaire du ministère de la justice de juin 1999.

Les infractions à la législation sur les stupéfiants ont conduit à plus de 100 000 interpellations en 2000. Ce chiffre est en hausse constante depuis les années 1970, mais concerne principalement les usagers de cannabis.

En France, une étude de 1993 montre une proportion de 50 % de toxicomanes parmi les détenus à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis. De 60 à 70 % d'entre eux ont débuté leur toxicomanie avant une première incarcération. En revanche, 50 % d'entre eux sont passés devant le juge des enfants avant le début de leur toxicomanie³⁴.

Il demeure hasardeux d'en déduire que la délinquance est une conséquence directe de la toxicomanie. On note que bien souvent des actes délictueux ont précédé le début de la toxicomanie et non l'inverse³⁵

³⁴ Sueur.C, Rouault.T, *Toxicomanes en prison*, revue documentaire Toxibase n°1 , 1993.

³⁵ Richard.D, Senon J.L, *A propos des liens entre comportements toxicomaniaques et comportements délinquants*, revue Documentaire Toxibase, n° 2, 1997.

Ce public difficile a été longtemps en marge du dispositif de soins, qui ne souhaitait pas accueillir des toxicomanes sous main de justice (dans le cadre d'une obligation de soins ou d'une liberté conditionnelle).

Le plan triennal de lutte contre les toxicomanies 1999-2002 prévoit le développement des actions en faveur de ce public en grande difficulté, insuffisamment pris en compte en milieu carcéral et à leur sortie de prison par les centres spécialisés.

CONCLUSION PARTIELLE

À l'issue de cette partie, on perçoit mieux le cadre général dans lequel s'inscrivent en France le dispositif de soins spécialisé et la politique de lutte contre la toxicomanie. Le développement de logiques qui ne sont plus strictement nationales (en particulier les liens avec les pays de l'Union Européenne), la crise économique, l'accroissement du nombre des toxicomanes et l'arrivée du sida ont largement modifié les conceptions et l'organisation du dispositif national.

Ces évolutions qui se poursuivent aujourd'hui aboutissent à l'intégration du dispositif de soins spécialisé au secteur médico-social. Cette intégration vient parachever une évolution lisible au travers des différents rapports et circulaires en matière de soins aux toxicomanes. Les professionnels ont pris la mesure des changements nécessaires tant en matière théorique qu'en pratique. Le dispositif de soins s'est diversifié, offre aujourd'hui un meilleur choix de réponses à l'ensemble des publics concernés, qu'il s'agisse de soins, d'insertion ou de prévention. La question du droit des usagers est progressivement apparue dans un dispositif qui jusqu'ici l'avait ignorée.

L'étude du dispositif de soins spécialisé illustre bien la nécessité pour les responsables d'établissements de s'adapter aux évolutions de l'environnement.

Dans la deuxième partie, je présente le Centre Saint Germain Pierre Nicole, et les évolutions que j'y ai conduites en collaboration avec la directrice de l'établissement depuis 1992. L'accent sera mis sur l'organisation et l'évolution des services avec hébergement ainsi que sur les questions que pose la mise en œuvre d'un véritable droit des usagers.

2- LE CENTRE SAINT GERMAIN PIERRE NICOLE

2.1 ASPECTS GENERAUX

2.1.1 Organisation actuelle de l'établissement

Le centre Saint Germain Pierre Nicole a pour vocation de soutenir et d'aider les toxicomanes dans leur démarche pour renoncer à la drogue. Il est géré par la Croix-Rouge Française.

Il est composé de quatre unités, regroupées depuis 2002 sur un seul site rue Pierre Nicole :

- le Centre Thérapeutique Résidentiel (C.T.R.) : 17 places dont 3 places pour mères avec enfant.
- les Appartements Thérapeutiques Relais (A.T.R.) : 20 places en studios
- le Pass-Justice : 15 places en chambre d'hôtel
- l'Unité Thérapeutique Ambulatoire (U.T.A.) qui comprend :
 - les consultations médico-psychologiques
 - l'unité de traitements de substitution (méthadone, Subutex®)
 - la consultation de médecine générale

auxquelles il faut ajouter l'unité de formation A.S.T.M (Adolescent, Sida, Toxicomanie, Marginalité), hébergée dans un local autonome.

2.1.2 L'association gestionnaire : la Croix-Rouge Française

La Croix-Rouge Française est notre association gestionnaire. C'est le président de la délégation départementale de Paris qui est directement responsable de l'établissement. Il réunit régulièrement un conseil de surveillance qui contrôle l'activité du centre.

La gestion est sous la responsabilité de la Croix-Rouge qui recrute le directeur. Les statuts des personnels sont régis par une convention spécifique. Notre appartenance à la Croix-Rouge nous permet de bénéficier de l'ensemble des services techniques qu'elle propose : service juridique, service financier, service emploi et formation qui constituent un soutien logistique non négligeable. Chaque salarié s'engage à respecter les sept principes fondateurs de la Croix-Rouge : humanité, impartialité, neutralité, indépendance, volontariat, unité et universalité.

Dans les faits, la Croix-Rouge a toujours soutenu les initiatives du centre Pierre Nicole et donne à la direction une assez large autonomie d'action.

2.1.3 Les évolutions

Le centre, tel qu'il se présente à ce jour, est le résultat de la fusion de deux établissements pour toxicomanes : le centre Pierre Nicole créé en 1974 par la Croix-Rouge et le centre Saint Germain créé en 1976 (gérée par l'association l'Abbaye) dont la gestion a été reprise par la Croix-Rouge en 1990.

Comme la plupart des centres spécialisés situés en zone urbaine, ils ont été très tôt déstabilisés par la précarisation sociale et la dégradation de l'état de santé des toxicomanes. En 1991, la Croix-Rouge décide de la fusion des deux établissements et nomme une nouvelle directrice médicale à la tête du centre Saint Germain Pierre Nicole. Cette décision signe la volonté de la C.R.F de faire évoluer ces deux établissements, qui n'ont pas su s'adapter aux nouveaux enjeux et se sont retrouvés remis en question par les financeurs.

En 1992, j'ai été recrutée pour une création de poste de chef de service. Le centre était alors composé de quatre unités fonctionnelles réparties sur deux sites distincts :

Le site de la rue Pierre Nicole dans le 5eme arrondissement de Paris hébergeait :

- la post cure et l'unité mères-enfants (15 places adultes + 4 places pour des mères avec enfant)
- un programme méthadone de 12 places à titre expérimental.

Le site du boulevard Blanqui dans le 13eme arrondissement quant à lui accueillait :

- le centre de consultation médico-psychologique
- l'unité de formation A.S..T.M. (adolescent, Sida, Toxicomanie, Marginalité)

Les principales caractéristiques de l'évolution de notre travail, entre 1991 et 2000, ont été la médicalisation des consultations à travers les traitements de substitution, le développement et la transformation de l'activité avec hébergement.

Nous nous sommes inscrits dans une stratégie d'adaptation et d'innovation, en évitant d'entrer dans les débats idéologiques qui ont traversé de façon brutale l'ensemble du dispositif.

C'est dans ce contexte difficile pour des équipes déstabilisées et interrogées sur leurs pratiques, que nous avons engagé, à partir de 1992, une démarche de réflexion et de transformation de l'institution.

C'est en effet en 1992 que le décret relatif à l'organisation administrative des C.S.S.T paraît et oblige les centres à produire leur projet thérapeutique.

Nous nous sommes inscrits dans une stratégie de changement, qui s'imposait par les évolutions de l'environnement, des politiques sociales et du public.

Les transformations ne se sont pas faites sans difficulté, puisqu'une partie de l'ancienne équipe a quitté l'établissement.

Les plus grandes évolutions ont concerné l'hébergement (fusion de l'unité mères avec enfants avec la post cure), dans son organisation, ses modalités d'accueil, ses pratiques professionnelles et son architecture. Les modalités du changement que l'on veut mettre en œuvre sont en effet indissociables des cadres organisationnels choisis.

Accueillir des toxicomanes là où ils en sont, comme ils sont et non pas comme nous souhaiterions qu'ils soient (abstinents...), ne s'improvise pas. Ceci implique la mise en place d'un dispositif institutionnel en mesure de permettre la mise en œuvre de la mission : soigner, héberger, accompagner socialement des toxicomanes.

Il faut donc penser une organisation capable de favoriser le changement des toxicomanes, de contenir leurs symptômes et de faciliter le fonctionnement des équipes.

Une de nos préoccupations a été de favoriser l'accès aux soins et aux droits sociaux des usagers de drogue que nous rencontrons.

En 2001, le site du 13^{ème} arrondissement a fermé et la consultation médico-psychologique s'est installée rue Pierre nicole.

2.1.4 Organisation du dispositif parisien

Le Centre Saint Germain Pierre Nicole bénéficie d'un environnement médico-social riche et diversifié.

Les établissements spécialisés à Paris sont nombreux. On compte 14 C.S.S.T avec ou sans hébergement, 5 services méthadone gérés par les hôpitaux de l'Assistance Publique.

On trouve également des lieux d'accueil «bas seuil»³⁶, des distributeurs de seringues, des «boutiques»³⁷, un «sleep In»³⁸, un bus de distribution de méthadone.

Les hôpitaux parisiens se sont beaucoup investis dans le développement des traitements de substitution ainsi qu'en matière d'accès aux soins pour les toxicomanes. Les structures d'hébergement collectif spécialisées sont peu nombreuses, puisqu'il ne reste à Paris que Pierre Nicole et Le centre Diderot (soit au total 37 places). En revanche les appartements

³⁶ Lieux d'accueil pour les usagers de drogues actifs.

³⁷ Lieux d'accueil de jour pour usagers encore actifs, avec consultation médicale, échange de seringue, laverie, café ...

³⁸ Centre d'hébergement de nuit pour toxicomanes actifs.

thérapeutiques relais (environ 100 places) et les chambres d'hôtel (une centaine de places) ont été créées, afin de diversifier l'offre et de diminuer les coûts de fonctionnement.

L'hébergement non spécialisé: outre les centres de soins spécialisés, Paris abrite une multitude de centres d'hébergement, qui à eux seuls représentent 2 650 places en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S), 3 500 en hébergement d'urgence, 3 500 en chambre d'hôtel et enfin 3 000³⁹ places dans le dispositif de logement temporaire (A.L.T⁴⁰ et résidences sociales).

En matière d'hébergement, c'est dire la place faible que représente le dispositif spécialisé pour toxicomanes. Alors même, que les travaux de l'Observatoire du Samu Social ont montré que le public des centres d'hébergement se caractérise par une forte consommation de tabac (80 %), d'alcool (75 %), et de drogues (30 %).

Il y a là probablement des modalités de coopération à explorer, car l'intégration des toxicomanes dans les centres à vocation plus généralistes (CHRS, Hôtel Social) reste difficile et les toxicomanes font encore l'objet de nombreuses discriminations à l'admission.

En matière d'insertion professionnelle, nous trouvons 18 entreprises d'insertion, 19 associations intermédiaires et un ensemble de services institutionnels ou associatifs en faveur de l'emploi. Il n'existe que trois associations spécialisées pour l'insertion professionnelle des toxicomanes.

L'intégration des C.S.S.T au secteur médico-social devrait favoriser le rapprochement de ces divers secteurs d'activité et le développement de coopérations plus nombreuses. C'est un axe de travail qu'il sera nécessaire d'explorer dans les projets de service.

2.1.5 Le public

Les usagers de drogue accueillis à Pierre Nicole sont, comme je l'ai souligné dans le chapitre précédent, ceux qui se trouvent en échec avec la médecine de ville et dans les services sociaux et médicaux plus traditionnels.

Les modalités de prise en charge diversifiées et en particulier les traitements de substitution dispensés par les médecins de ville, ont largement contribué à une concentration des publics très marginalisés dans les établissements spécialisés.

³⁹ L'ensemble de ces chiffres sont cités dans résumé du Schéma de l'Accueil de l'Hébergement et de l'Insertion de Paris.

⁴⁰ Allocation Logement Temporaire

Nous avons donc, au fil du temps et des évolutions thérapeutiques, recentré notre accueil sur ce public difficile et présentant des troubles associés.

Sept cent cinquante personnes ont été soit suivies soit orientées en 2001. Parmi elles cent soixante six ont bénéficié d'un hébergement.

Nous accueillons des toxicomanes majeurs, célibataires ou en couple, des femmes enceintes, des mères ou pères avec des enfants (moins de six mois). Malgré ces possibilités d'accueil diversifié, notre public reste majoritairement masculin (80 %).

Notre statut réglementaire nous confère la possibilité de recevoir toute personne qui se présente indépendamment de son lieu d'habitation. Toutefois les franciliens sont les plus nombreux.

La moyenne d'âge est de 33 ans, avec des différences en fonction des services : les plus âgés fréquentent l'unité des traitements de substitution et les plus jeunes sont souvent pris en charge par le Pass Justice (ce service accueille des usagers de drogue sous main de justice, la moyenne d'âge est de 29 ans).

Pour beaucoup, l'héroïne ne reste le principal produit primaire consommé, mais il est courant de rencontrer des personnes ayant commencé leur consommation avec des produits comme le Subutex®.

Par ailleurs, les usagers de drogue qui consultent au centre consomment du crack, de la cocaïne, de l'alcool et des médicaments détournés de leur usage.

La grande majorité est d'ailleurs polytoxicomane. Il devient rare de rencontrer des toxicomanes consommateurs d'un produit exclusif.

Les troubles psychiatriques associés sont nombreux et récurrents pour une moitié du public accueillis.

Les problèmes somatiques associés sont importants : V.I.H, V.H.C, tuberculose.

Enfin, les situations sociales des personnes accueillies sont souvent précaires : absence d'hébergement, de formation, d'emploi et parfois de droits sociaux.

La solitude, la pauvreté, la délinquance et la maladie caractérisent assez bien la population que nous recevons.

2.1.6 Les locaux de la rue Pierre Nicole

L'immeuble de la rue Pierre Nicole appartient à la Croix-Rouge Française. Il est situé dans un quartier résidentiel du 5^{ème} arrondissement de Paris.

C'est un ancien couvent composé d'un rez-de-chaussée de trois étages et d'un jardin intérieur, qu'une congrégation religieuse a vendu à la Croix-Rouge Départementale de Paris.

Nous avons engagé en 1997 un vaste projet de réhabilitation de l'immeuble qui nous a permis de repenser les espaces de vie et d'accueil.

Je ne développerai pas le projet de rénovation architectural qui, malgré son incidence majeure sur les choix d'organisation, ne fait pas l'objet spécifique de mon mémoire.

Depuis la fin des travaux, le rez-de-chaussée est dévolu à l'accueil, à l'administration, au Pass-Justice ainsi qu'à l'Unité Thérapeutique Ambulatoire, qui dispose d'une entrée spécifique.

Le 1^{er} étage est réservé au lieu de vie du Centre Thérapeutique Résidentiel (cuisine, salons, laverie, bureaux des éducateurs...). Des bureaux sont dédiés au service des Appartements Thérapeutiques Relais.

Enfin, 17 chambres sont réparties sur le deuxième et le troisième étage. Trois chambres sont aménagées pour accueillir des mères avec enfants. Une chambre de veille et une kitchenette sont prévues à chacun des deux étages. Au deuxième étage sont regroupées les chambres pouvant accueillir un enfant et un espace dédié aux bains et soins des bébés se situe face au comptoir d'accueil, ainsi qu'un salon télé.

Un jardin permet des déjeuners extérieurs l'été.

Notre situation géographique privilégiée permet aux personnes accueillies de vivre dans un environnement calme et paisible. Cette intégration dans le quartier se cultive et les toxicomanes qui fréquentent le centre ou y vivent ont appris à respecter l'environnement. Par jour, nous pouvons estimer qu'environ 80 personnes fréquentent le centre et donc le quartier, ce qui potentiellement pourrait conduire à des troubles avec le voisinage. C'est pourquoi, nous sommes extrêmement vigilants à maintenir des relations de proximité avec les commerçants, les services de police et répondons à toutes les interpellations et inquiétudes exprimées par la population du quartier. Nos usagers sont parfois à l'origine de troubles et de vols dans le quartier, nous sommes parfois conduits à interrompre, pour cette raison, des prises en charge et à trouver un relais dans un autre centre.

2.2 SOIGNER, HEBERGER ET FORMER : DESCRIPTION DES SERVICES

La spécificité des centres spécialisés est de proposer une prise en charge médicale, psychologique et sociale aux usagers de drogue.

Comme le prévoit le décret de 1992, les centres spécialisés peuvent proposer des consultations médico-psychologiques et de l'hébergement. Ce décret précise la nécessaire distinction des offres de service avec ou sans hébergement.

2.2.1 Soigner : L'Unité de Traitement Ambulatoire (U.T.A.)

Les toxicomanes viennent à Pierre Nicole pour soulager leur toxicomanie par un traitement adapté et-ou pour trouver un hébergement.

Le traitement médical est un préalable afin d'envisager une possibilité de changement réel. C'est pourquoi la consultation s'est beaucoup médicalisée ces dernières années (82 % des actes de consultation concernent des traitements de substitution).

Cette unité dispose d'un lieu d'accueil et de bureaux médicaux pour les toxicomanes qui bénéficient d'un traitement de substitution.

L'équipe est composée de 4 infirmiers, 4 médecins psychiatres (dont le médecin directeur et le directeur adjoint), un médecin généraliste, une assistante sociale, et une psychologue.

Cette unité fonctionne en journée de 8H30 à 19 heures (20 heures pour les consultations psychologiques)

2.2.1.1 L'unité des traitements de substitution

Le service méthadone, créé en 1991 par nos prédécesseurs à titre expérimental, disposait de 12 places, aujourd'hui il accueille environ 70 patients à la fois.

Le centre est fréquenté par deux types de population. Les uns sont les consommateurs de drogue insérés socialement qui bénéficient d'une prise en charge allégée et parfois courte (initialisation du traitement), les autres sont ceux trop désocialisés et instables pour envisager un traitement en ville.

Le traitement est négocié avec les médecins. La dispensation du traitement est généralement quotidienne dans un premier temps et sera rapidement individualisée, en fonction de la stabilisation de la toxicomanie et de la situation sociale de chaque personne. Une consultation médicale hebdomadaire est obligatoire dans la période de stabilisation du traitement puis son rythme est modulé.

Ce sont les infirmiers qui dispensent la méthadone et qui sont par ailleurs chargés de la gestion de la salle d'accueil.

Cet espace informel permet aux toxicomanes de se reposer, d'échanger et de bénéficier de soins infirmiers (nettoyages de plaies, changement de pansement, surveillance médicale).

Nous constatons des problèmes de comportements plus nombreux qui s'expriment par des manifestations de détresse, d'agressivité et parfois de violence. Les troubles psychiatriques et la chronicisation de certains toxicomanes expliquent ces difficultés.

Un travail d'accompagnement et de renforcement des compétences des équipes est à envisager, pour éviter leur épuisement.

Une assistante sociale complète l'équipe et se tient à la disposition des usagers de drogue afin de régler les différents problèmes sociaux. Elle assure, d'autre part, une présence à l'accueil.

2.2.1.2 La consultation de médecine générale

La prise en compte des questions sanitaires nous a conduit à recruter un médecin généraliste qui rencontre toutes les personnes bénéficiant d'un hébergement ou d'un traitement de substitution.

Les problèmes de santé sont très largement négligés par les toxicomanes et plus encore par les personnes en situation de grande précarité, or nous considérons que la santé est une de nos missions prioritaires.

Cette consultation médicale permet de faire le point sur les pathologies infectieuses chroniques, en particulier les hépatites et le sida. C'est aussi un lieu où les questions de sexualité, de contraception sont abordées, un espace où le corps peut à nouveau être investi et soigné.

Le médecin généraliste est chargé de développer des modalités de partenariat avec la médecine hospitalière et la médecine de ville, afin de favoriser une prise en charge médicale de droit commun.

Nous travaillons donc avec plusieurs hôpitaux, centre de soins, centre de radiologie, dentistes etc...

2.2.1.3 La consultation médico-psychologique

L'activité ambulatoire est très variée. Il peut s'agir de toxicomanes consultants dans plusieurs pôles de l'institution et dans des conditions très différentes : par exemple, en entretien préalable à une admission au Centre Thérapeutique Résidentiel, dans le cadre d'une demande de substitution ou bien encore en suivi psychothérapeutique individuel ou familial.

La majorité des personnes consulte pour un traitement de substitution : 82 % des consultations.

On note une fidélisation des toxicomanes, liée à la prescription de traitement de substitution. C'est une des conséquences de la substitution que de rendre plus stables les suivis des toxicomanes.

Les consultations familiales sont le domaine privilégié des psychologues. Des médecins sont aussi amenés à suivre des parents dans des situations délicates voire tragiques comme l'accompagnement d'un deuil ou d'une maladie.

2.2.2 Les services avec hébergement

L'insertion sociale passe par des modalités d'accueil différentes. Toutes sont guidées par un même souci de restauration de la personne et du lien social.

Afin de répondre aux problèmes concrets des usagers de drogue, nous disposons d'un hébergement collectif, de chambres d'hôtel et d'appartements thérapeutiques.

Cependant le centre n'est pas un accueil d'urgence. Pour l'hôtel, il faut compter de 24 heures à une semaine pour être admis. En hébergement collectif une semaine à 10 jours sont nécessaires. Enfin en Appartement Thérapeutique Relais plusieurs mois d'attente (faute de place) ne sont pas exceptionnels.

Entre 1999 et 2000, la capacité d'accueil des Centres Thérapeutiques Résidentiels a été réduite de 19 % passant de 679 places à 569 places pour l'ensemble du territoire.⁴¹

La fermeture de plusieurs places en hébergement résidentiel a été pour partie liée à des difficultés d'adaptation de certains de ces établissements, ainsi qu'à leur coût élevé.

Nous restons très vigilants à l'évolution de ce lieu d'accueil qui constitue un outil précieux pour les toxicomanes isolés et très désocialisés.

Il est le cœur du dispositif, l'identité de l'établissement. C'est autour de lui que l'ensemble des services du centre Saint Germain Pierre Nicole est né.

Le Centre Thérapeutique Résidentiel (C.T.R) s'adresse plus particulièrement à des toxicomanes sans hébergement en grande détresse physique et ou psychique.

2.2.2.1 Le Centre Thérapeutique Résidentiel

Ce lieu de vie de 17 places accueille des personnes isolées, des femmes enceintes mais aussi les couples et les jeunes mères avec leur nouveau-né.

Il fonctionne 24 heures sur 24, et 365 jours par an.

L'équipe est composée de 14 professionnels : 5 éducateurs spécialisés, 2 infirmières, 6 aides-soignants et une assistante sociale.

⁴¹ Les cahiers de l'Actif , *les dispositifs de prise en charge sanitaire et sociale* , mars 2002.

La condition préalable à l'admission est la mise en place d'un projet de soins, qui pourra prendre différentes formes : traitement de substitution par la méthadone ou le Subutex®, sevrage hospitalier ou en ambulatoire.

Les professionnels disposent du pouvoir d'admettre des personnes, qui souvent n'ont le choix qu'entre la rue, la prison et nous. Ceci doit nous rendre prudent et attentif quant aux refus d'admission. Ils sont prononcés quand les personnes présentent des troubles de la personnalité qui nécessitent un établissement adapté. Les troubles de la personnalité sont diagnostiqués par un psychiatre de l'établissement au moment de la procédure d'admission. La procédure d'entrée comprend deux entretiens socio-éducatifs et un rendez-vous médical. L'absence de projet social ou les difficultés à exprimer une demande élaborée ne constituent pas un obstacle à une admission.

L'hébergement proposé est d'une durée de six mois et peut être prolongé en fonction des projets.

Le projet est centré sur une approche sociale et éducative couplée à une prise en charge médico-psychologique à l'unité thérapeutique ambulatoire.

Deux référents éducatifs sont désignés pour le suivi et l'accompagnement social de chaque résident.

L'espace de vie collectif s'organise autour d'un accueil de jour géré par une équipe socio-éducative et un accueil de nuit animé par une équipe d'aides-soignants.

Les résidents trouvent dans ce lieu des relations humaines régulées, différentes du monde de la toxicomanie. Cet accueil s'appuie sur le collectif avec un mode d'organisation qui se veut cadrant, structurant et qui permet à chaque personne de se poser dans un lieu sécurisant, de soigner son corps et de stabiliser sa dépendance par un traitement de la toxicomanie.

Lorsque l'urgence sociale et la recherche de drogue ne constituent plus le premier souci, la personne peut entrer en relation avec l'autre, échanger, négocier, penser un projet de vie.

Le travail de l'équipe consiste à favoriser ce changement. Il arrive que la consommation demeure la principale préoccupation et des comportements inadaptés viennent alors perturber la dynamique de groupe.

Le séjour s'organise autour de temps collectifs (repas, activités sportives, culturelles) et de temps individualisés (suivi social, projet professionnel, soutien psychologique).

J'anime, en tant que responsable, une réunion hebdomadaire avec l'ensemble des résidents pour réguler la vie de groupe.

Le cadre proposé vise à rendre la poursuite du comportement toxicomane la plus difficile possible et s'exprime au travers d'un mode de fonctionnement qui décline les horaires à

respecter, les groupes d'activités, l'organisation des soins, ainsi que les interdits. Il n'y a donc pas de règlement de fonctionnement au sens propre.

La réhabilitation des toxicomanes ne s'opère pas sans souffrance, ni frustration. La question du manque, des limites, des contraintes sociales est au cœur des interventions des travailleurs sociaux. Il s'agit donc de maintenir un cadre soignant tout en étant capable d'entendre la souffrance des résidents.

Nous ne passons pas de contrat avec la personne, bien que le séjour soit ponctué par des bilans tous les deux mois.

L'utilisation du contrat dans les centres d'hébergements collectifs pour toxicomanes a conduit à dénaturer cet outil censé équilibrer les relations entre travailleurs sociaux et usagers.

En effet, la plupart du temps le non-respect des engagements pris et signés est imputé aux toxicomanes et non pas aux professionnels. Dans ce cas, le contrat peut devenir un outil qui justifie les exclusions.

« Sa perversion fort répandue, consiste à exiger du patient qu'il signe le règlement interne de l'institution ou du service, («pas de drogue, pas de violence, pas de visite, pas de sorties etc. »), le privant ainsi de toute possibilité de négociation et servant pour l'essentiel, à protéger l'institution plutôt que de valoriser les investissements respectifs sur des objectifs thérapeutiques définis en commun. »⁴²

C'est une des raisons qui nous a conduit à ne pas contractualiser au sens habituel du terme. Il nous semble pourtant qu'un engagement réciproque contractualisé non pas autour du respect du règlement mais plutôt autour du projet individualisé serait souhaitable afin de favoriser l'implication des résidents dans leur prise en charge.

Le projet individualisé peut prendre des formes très diversifiées, l'objectif étant qu'à l'issue du séjour il y ait moins de consommation de drogue et plus d'insertion sociale. Cet objectif se mesure au travers des projets d'insertion sociale et professionnelle mis en place et des modalités de sorties effectuées (C.H.R.S, foyer de jeunes travailleurs, A.T.R., A.C.T, hôtel maternel...).

⁴² A. Morel, F. Hervé, B. Fontaine, *Soigner les toxicomanes*, Dunod 1997 .

L'organisation du séjour est aujourd'hui identique pour l'ensemble des résidents accueillis sauf pour les femmes enceintes et les mères avec enfants.

Ces dernières bénéficient d'un rythme de vie qui tient compte des besoins de leur nouveau - né. Elles ont la possibilité d'accéder à leur chambre dans la journée et disposent d'horaires aménagés. L'accompagnement s'organise autour des soins de nursing à apporter à l'enfant, d'un soutien psychologique et d'une aide à la construction d'un projet familial, ceci en articulation avec le traitement de la toxicomanie.

Le C.T.R. offre un hébergement de bonne qualité dans un quartier paisible. La qualité du cadre de vie constitue un message de respect auquel les résidents sont sensibles. Depuis la réhabilitation de l'immeuble (1999), les locaux n'ont subi aucune dégradation.

Les difficultés rencontrées sont principalement liées à la gestion d'une vie en collectivité et aux respects des règles de vie en société.

2.2.2.2 Le Service des Appartements Thérapeutiques Relais (ATR)

Ce service, créé en 1994, est composé de salariés de la post-cure qui ont souhaité, à l'occasion de redéploiements de postes, travailler sur ce projet proposé par la direction.

En 1998, la directrice me confie la responsabilité du service Appartements Thérapeutiques Relais qui se développe avec l'ouverture de 10 nouveaux studios.

Ce service dispose aujourd'hui de 20 studios dans le parc locatif privé parisien, encadré par une équipe de deux éducatrices spécialisées et d'une psychologue.

Il est destiné à des usagers de drogue qui ont une activité professionnelle et qui ont stabilisé leur toxicomanie.

L'activité professionnelle peut être partielle : Contrat Emploi Solidarité (C.E.S), stage rémunéré, intérim, emploi protégé. Ils doivent pouvoir participer au loyer et subvenir à leurs besoins.

Le processus d'admission comprend trois entretiens, un premier avec la psychologue, un deuxième avec une éducatrice et le dernier avec le responsable.

L'attente avant une admission est généralement longue, il est alors proposé des rencontres mensuelles avec la psychologue.

À l'admission, les futurs résidents signent avec nous un contrat d'hébergement précaire, prévu par l'arrêté du 15 septembre 1993 relatif à la création des unités appartements

thérapeutiques relais. Ce contrat précise les modalités d'hébergement et la participation financière.

Il garantit des droits à l'usager et lui confère quasiment un statut de locataire, avec des droits certes, mais aussi des devoirs.

Le contrat pour les résidents des appartements est souvent compris comme un contrat locatif, alors que pour nous il constitue un contrat à visée thérapeutique.

Dans les faits, la loi donne raison à chacun des deux protagonistes ce qui rend la négociation, en cas de conflit, particulièrement difficile.

L'accompagnement psychologique et social vise l'apprentissage ou le ré apprentissage de la vie sociale dans un habitat autonome en ville.

La psychologue rencontre les résidents chaque semaine, qu'il soit demandeur ou pas d'un espace de parole, ce qui ne va pas sans poser de problèmes.

Les éducatrices soutiennent chaque personne dans les difficultés quotidiennes en effectuant des visites à domicile hebdomadaire. Elles abordent les questions liées à la solitude, aux problèmes financiers, aux relations avec le voisinage, à l'investissement ou non de l'habitat.

Elles font un travail d'accompagnement à l'accès au logement de droit commun, ultime étape de l'insertion et des soins. La situation parisienne en matière de logement social rend cette mission très difficile et ne favorise pas la réhabilitation complète des toxicomanes.

2.2.2.3 Le Pass-Justice

Fin 2000, un service d'hébergement rapide en chambres d'hôtel pour des toxicomanes sortants de prison est créé.

Les demandes de partenaires judiciaires, et le plan triennal de lutte contre les toxicomanies 1999/2002, nous ont incité à développer un partenariat avec la justice dans le cadre d'une Convention Départementale d'Objectifs (C.D.O.).

La circulaire ministérielle du 14 janvier 1993 instaure les conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie, qui doivent favoriser la prise en charge rapide et adaptée des usagers de drogue relevant de la justice. En 1999, une note d'orientation émanant de la MILDT reprend les directives de la circulaire précédente afin de développer ces conventions qui peinent à se concrétiser.

C'est dans ce contexte que l'équipe de direction décide de créer le Pass-Justice.

C'est après une étude des besoins auprès des services de la pénitentiaire de Paris et des associations qui interviennent en direction du public « justice », que les négociations avec le

procureur de la république et le directeur départemental du SPIP (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation) aboutissent à la création du «Pass-Justice ».

Le Pass est un service relais pour les toxicomanes sous main de justice ou sortants de prison sans domicile. Le service est géré par une assistante sociale et une éducatrice spécialisée à mi-temps et offre 15 places en chambre d'hôtel.

L'hébergement est de courte durée (3 mois), il vise l'accès aux soins ou son maintien à la sortie de prison ainsi que l'orientation dans un lieu d'hébergement.

L'ensemble des prestations médicales et sociales du centre est à la disposition des usagers du Pass-Justice.

Ce service qui fonctionne depuis deux années a sensiblement modifié les caractéristiques des toxicomanes accueillis au centre, avec une prédominance du public carcéral dans notre file active. Ils bénéficient d'une prise en charge médicale à l'unité thérapeutique ambulatoire, et une partie d'entre eux demande un hébergement au C.T.R.

2.2.3 Former : L'A.S.T.M (Adolescent-Sida-Toxicomanies-Marginalité)

L'unité de formation A.S.T.M. fonctionne d'une manière totalement autonome. Son financement émerge sur un budget annexe sous forme d'une subvention triennale accordée par la D.D.A.S.S. de l'Essonne, la D.R.A.S.S. d'Ile de France, ainsi que le conseil régional d'Ile de France et la MILDT.

Elle est sous la responsabilité directe de la directrice médicale et financièrement gérée par le service administratif de Pierre Nicole. Elle est installée dans un local indépendant dans le 14eme arrondissement de Paris.

Cette unité propose et mène des actions de formation centrées sur la promotion de la santé et en particulier la prévention des conduites à risques, associées aux produits licites ou illicites.

L'équipe est composée d'une responsable, d'une secrétaire et de 12 vacataires formateurs. Ce service organise des sessions de formation à destination d'un public de scolaires, de travailleurs sociaux. Il développe depuis des années un partenariat étroit avec l'administration pénitentiaire : formation à l'E.N.A.P. (Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire), animation de groupes de détenus dans le cadre de la prévention du Sida, de la toxicomanie et de l'alcoolisme.

2.3. LES MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS

2.3.1 Les professionnels

Le centre Pierre Nicole dispose de 38 salariés représentant 35,50 équivalent temps plein. L'équipe médico-psychologique de l'Unité de Traitement Ambulatoire est composée de 4 médecins psychiatres (dont la directrice et le directeur adjoint) et 1 médecin généraliste, une psychologue, 4 infirmières, une assistante sociale. L'équipe socio-éducative des services avec hébergement comprend 2 chefs de service, 7 éducateurs spécialisés, 2 infirmières, 2 assistantes sociales, une psychologue, 6 aides-soignants.

Les services administratifs et généraux assurent les aspects techniques qui concourent à la bonne marche de l'établissement, tant dans la gestion de l'accueil (secrétariat), du quotidien (budget repas, loyer des résidents, achats) que dans l'entretien des locaux de l'établissement et des 20 studios dont nous sommes locataires.

L'équipe administrative est composée de 2 secrétaires, 1 comptable, 1 secrétaire comptable et 3 agents d'entretien.

L'équipe de direction comprend le directeur médical, le directeur adjoint médical, le médecin responsable de l'unité des traitements de substitution, les 2 chefs de service et le comptable chef.

Elle se réunit une fois par semaine afin d'évoquer les problèmes que chaque responsable rencontre dans l'exercice de ses fonctions.

Chaque responsable de service anime une réunion hebdomadaire et veille à la bonne marche de son service.

L'ensemble de l'équipe du centre se réunit deux fois par an, pour débattre des grandes orientations.

C'est donc avec un personnel qualifié et diversifié que se sont élaborés les projets de service.

La pluridisciplinarité des équipes traduit notre souci d'aborder la toxicomanie dans sa dimension multifactorielle (médicale, psychologique et sociale).

Le soin ne peut se limiter à une approche purement médicale, psychologique ou sociale, il doit être une articulation entre ces différentes dimensions.

2.3.2 Les moyens financiers

Le centre Pierre Nicole est doté de moyens financiers qui proviennent principalement de l'Etat. Le budget global 2001 est de 2.542.130 euros pour l'activité conventionnée, consultation et hébergement.

L'hébergement (c'est-à-dire le Centre Thérapeutique Résidentiel et les Appartements Thérapeutique Relais) disposait de 1.450.336 euros pour l'année 2001.

En 2002 nous avons bénéficié d'une augmentation permettant de développer l'hébergement en appartement, soit une dotation de 1.490.031 euros.

Pour la consultation, le budget alloué en 2001 était de 1.091.834 euros. En 2002 il est de 803 111 euros.

Les financements en matière de toxicomanie sont stables et les créations de nouvelles activités sont financées par redéploiement. Les institutions spécialisées les plus anciennes qui bénéficiaient de dotations importantes ont vu diminuer leurs financements depuis plusieurs années afin de permettre ces redéploiements.

Les contraintes budgétaires ont été pour l'équipe de direction de Pierre Nicole, l'occasion de questionner et de faire évoluer les pratiques. Elles peuvent parfois constituer une source de dynamisme pour les établissements.

Le tableau ci-dessous montre les coûts prohibitifs du prix de journée de l'hébergement collectif à notre arrivée en 1992, liée principalement à une sous-activités.

	Prix de journée 1992	Prix de journée 2000	Prix de journée 2001
C.T.R	344 euros	257 euros	214 euros
U.M.E	698 euros	(y compris l'hébergement des mères-enfants de l'ancienne UME)	
A.T.R		71 euros	61 euros

La stratégie financière de la direction a consisté à réaliser des économies : en regroupant l'ensemble de l'activité du C.T.R. (fusion de l'unité-mère enfant avec le C.T.R.), en redéployant du personnel sur de nouveaux services, puis en regroupant l'activité ambulatoire et l'hébergement sur un même site.

Depuis 1999, la dotation qui nous est allouée est en baisse constante et il nous faut envisager nos actions dans ce contexte financier difficile :

« En octobre 2000, la D.A.S.S. de Paris nous a informés de sa décision de ne pas financer complètement nos activités pour l'année en cours, tandis que pour 2001, nous étions avertis que les financements diminueraient encore. »⁴³

C'est dans ce contexte que la Croix-Rouge française a décidé la fermeture d'un des deux sites que nous occupons et de licencier pour motifs économiques 8 salariés (soit 4,6 ETP).

« A l'heure où nous rédigeons ce rapport (avril 2002), nous ne sommes pas en mesure de savoir quel sera notre budget pour l'année en cours et nous n'avons pas reçu un centime de subvention pour 2002 de notre financeur principal, en l'occurrence la DASS de Paris. »⁴⁴

Cette situation témoigne de la précarité de nos financements, de notre difficulté à pouvoir anticiper sur l'avenir, comme le dénonce le rapport de la Cour des Comptes en 1998.

« Les centres de soins spécialisés n'ont que très tardivement connaissance de leur dotation annuelle et la plupart des structures fonctionnent durant toute l'année sans connaître le montant exact des crédits alloués. Le plus souvent ces structures ne reçoivent un premier acompte qu'en mars ou avril. »⁴⁵

Cette situation particulière devrait prendre fin avec notre intégration au secteur médico-social et la réglementation en matière de tarification, bien que les budgets en matière de toxicomanie n'aillent pas en augmentant. Nous devons stratégiquement trouver des sources de financement diversifiées pour développer notre activité.

Le Pass-Justice est financé à hauteur de 121.959 euros par la DRASS d'Ile de France dans le cadre d'une convention départementale d'objectif.

Le développement de notre réseau informatique a pu s'effectuer grâce au soutien de la Fondation France Télécom.

C'est donc dans un contexte financièrement difficile que l'équipe de direction doit envisager le développement de l'établissement, et son adaptation à l'environnement.

⁴³ Rapport d'activité 2000 du centre Pierre Nicole

⁴⁴ Rapport d'activité du centre Pierre Nicole 2001

⁴⁵ Cour des Comptes, *Le dispositif de lutte contre la toxicomanie*, Rapport public particulier, Les éditions du Journal Officiel, juillet 1998

2.4 LA MISE EN PLACE D'UN VÉRITABLE DROIT DES USAGERS INTERROGE L'INSTITUTION

2.4.1 La loi du 2 janvier 2002 et le droit des usagers

La loi du 2 janvier 2002 énonce les principes qui fondent l'action sociale et médico-sociale.

Pas moins de 9 articles sont consacrés à la place de l'utilisateur des institutions sociales et médico-sociales et aux droits fondamentaux que les établissements doivent leur garantir.

- la première série de droits concerne le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée et de la sécurité, et du libre choix des établissements.
- la deuxième concerne le droit à l'individualisation et à la qualité de la prise en charge.
- la troisième traite de la confidentialité des informations et l'accès du bénéficiaire à son dossier social ou médical.
- une dernière série de droits évoque la participation directe de l'utilisateur à son projet mais aussi à la vie de l'établissement par un conseil à la vie sociale ou toute autre forme de participation.

Les outils à mettre en œuvre pour garantir ces droits sont décrits : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, conseils de la vie sociale, chartes des droits, recours à un médiateur.

La boucle est ainsi bouclée : « *l'utilisateur objet de droits est convié par le législateur à devenir «usager sujet de droit », sa citoyenneté s'appuyant désormais sur un trépied : information sur ses droits fondamentaux - information sur le contenu de la prise en charge - participation à l'élaboration de celle-ci.* » ⁴⁶

L'information, la négociation, en clair la collaboration avec les toxicomanes doit être améliorée. Nous ne pouvons que partager les grands principes démocratiques que cette loi souhaite promouvoir au sein des établissements, mais la question est plus complexe qu'il n'y paraît.

« *Ce serait ignorer que le réaménagement des rapports entre les usagers et les institutions se heurte encore souvent à l'absence partielle ou totale de culture et de pratiques*

⁴⁶ Bauduret J.F, Jaeger.M, *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, Dunod 2002.

*démocratiques dans les établissements et parfois à la négation de droits pourtant déjà acquis ».*⁴⁷

Au fil des années, nous avons essayé au centre Pierre Nicole d'introduire des pratiques qui favorisent le respect des personnes. En revanche, la consultation et la participation des résidents à la vie de l'établissement n'ont pas été particulièrement recherchées. La loi est pour nous l'occasion de faire le point sur notre organisation et nos pratiques, afin de déterminer les évolutions à mettre en œuvre. Nous avons construit un dispositif qui vise à favoriser l'accès aux droits sociaux, à la santé, au libre choix du traitement médical, au respect de l'intimité pour les toxicomanes.

Nous avons professionnalisé les équipes, interrogé les fonctions et les places de chacun, élaboré des fiches de poste avec les professionnels.

Pour autant, il nous reste du chemin à parcourir pour rendre acteurs et citoyens les toxicomanes que nous accueillons.

Il va de soi que les enjeux ne sont pas identiques en fonction des services.

Entre traitement en ambulatoire ou hébergement éclaté et hébergement collectif, l'institution ne sera pas impliquée de la même manière.

Mon analyse sera plus spécifiquement orientée vers les services avec hébergement (C.T.R et A.T.R) dont j'ai la responsabilité directe depuis de nombreuses années.

2.4.2 Le poids des représentations

Les toxicomanes ne laissent pas indifférents. Ils provoquent en nous des réactions affectives.

Les professionnels n'échappent pas au rejet que suscitent parfois les toxicomanes : ils font des expériences difficiles, frustrantes, parfois violentes. Les rechutes sont vécues comme des échecs, des remises en cause.

Les équipes parlent de manipulation, de séduction, de simulation ou de perversité pour qualifier les toxicomanes.

« En général parce que l'immense majorité de ceux qui traitent les toxicomanes en institution aiment leur travail et respectent leurs patients, à une phase de rejet (exclusions, refus d'admission, contrôles divers, etc.) succède une phase d'extrême tolérance. Mue par la

⁴⁷ Larmignat, V, *Déjouer les pièges de la rhétorique*, A.S.H du 25 janv. 2002

culpabilité, l'équipe renonce à exiger des résidants le moindre effort en vue de plus d'abstinence. »⁴⁸

Ces mouvements entre rejet et tolérance sont récurrents dans les centres collectifs, mais plus généralement avec les toxicomanes.

Les institutions, si elles n'y prennent pas garde, ont tendance à perpétuer ces fluctuations que les toxicomanes connaissent bien.

Ces attitudes sont renforcées par la lassitude qui peut s'installer. La mise en place d'une supervision au C.T.R. a favorisé une plus juste distance dans la relation.

Les équipes des autres services du centre, ne bénéficient pas de ce soutien et sont parfois en difficulté.

Nous devons développer des ressources permettant de préserver et améliorer les compétences des professionnels dans leur capacité à communiquer, accompagner et aider sans rejet les toxicomanes que nous accueillons. Ceci contribue à favoriser la protection du droit des usagers.

2.4.3 Une logique individualisante

Nous avons ces dernières années développé des modalités d'hébergement individuel, avec les appartements et les hôtels. Ces services répondent à une conception de l'homme dans son individualité et à des financements qui ne permettent plus de développer des accueils collectifs.

Elles sont plébiscitées par de nombreux travailleurs sociaux fatigués des structures lourdes, ainsi que par les usagers qui ne souhaitent pas de collectif.

« Or, la dimension collective est fondamentale pour la construction d'un individu : le sentiment d'appartenance à un groupe, l'identification à des pairs, l'expérience du conflit, de la rivalité, mais aussi de la négociation, de la solidarité sont autant de situations qui font partie intégrante de toute éducation. C'est de l'expérience et de l'apprentissage de cette rencontre avec l'autre, avec les autres en groupe, que naît du lien social. »⁴⁹

Les actions collectives ne concernent à Pierre Nicole que le C.T.R. Elles se réalisent au travers d'activités culturelles (cinéma, musées), sportives (piscine, squash, vélo), d'expressions (dessin, photo), du partage du quotidien et de réunions hebdomadaires. Elles sont régulièrement remises en cause par l'équipe qui peine à mobiliser les résidants. Les

⁴⁸ Wieviorka S. *Les toxicomanes*, Paris, Seuil, 1995 .

⁴⁹ Humbert.C, *Les usagers de l'action sociale*, Paris, L'harmattan, 2000 .

activités collectives sont souvent mises à mal par des comportements inadaptés (consommation de produits) et les travailleurs sociaux ont tendance à préférer le travail individuel. Il serait opportun de redéfinir la fonction et le contenu de ces actions. Pour le service A.T.R, il serait intéressant de créer des espaces d'échanges, de rencontres entre résidants et professionnels.

2.4.4 Une juxtaposition de services

Les choix thérapeutiques que nous avons fait nous ont conduit à organiser deux pôles distincts dans l'établissement, l'un médical, l'autre social.

C'est un fonctionnement qui a eu pour mérite de rompre avec la culture du centre fondée sur une indifférenciation des rôles et des fonctions et de développer des réponses médicales adaptées à chaque toxicomane, ainsi que de diversifier les interventions sociales.

Cette organisation a largement contribué à renforcer l'accès aux soins et aux droits sociaux des toxicomanes, mais elle a aussi favorisé le cloisonnement entre services.

Les services se sont juxtaposés les uns à côté des autres et leurs modalités d'articulation n'ont pas toujours été bien formalisées.

« La pluridisciplinarité ne doit pas être conçue comme la simple juxtaposition de compétences spécialisées, mais comme leur association par laquelle chacune des spécialités se met au service d'une élaboration commune. »⁵⁰

Chaque service a son propre fonctionnement avec des contraintes plus ou moins importantes et des logiques différentes. Les toxicomanes qui s'adressent à nous ne suivent pas une chaîne thérapeutique institutionnalisée. En effet, en fonction des besoins de la personne, elle bénéficiera d'un service hébergement ou médical, des deux et parfois d'une succession de services.

L'élaboration du projet devient plus complexe lorsque plusieurs professionnels sont impliqués. Le référent social est dans ce cas appelé à faire le lien avec ses collègues. La proximité géographique des différentes unités facilite les rencontres informelles entre professionnels. Elles se sont imposées comme modalité de collaboration.

Aujourd'hui, la grande majorité des personnes hébergées est suivie conjointement par l'U.T.A. (Unité Thérapeutique Ambulatoire) et l'absence de circuits de communication précis pose des problèmes de cohérence dans certaines situations. La notion de qualité de service est un élément du droit des usagers auquel nous devons être attentifs.

⁵⁰ Morel. A, Hervé.F, Fontaine.B, *Soigner les toxicomanes*, Paris, Dunod, 1997.

Cette réflexion est en cours au sein de l'équipe de direction et certaines dispositions, que j'exposerai dans ma dernière partie, ont été déjà mises en œuvre.

2.4.5 L'hébergement collectif

Les difficultés que rencontre l'équipe socio-éducative dans un centre d'hébergement collectif pour toxicomanes sont liées aux consommations de produits psychoactifs.

Depuis 1996, la préoccupation de l'abstinence a été remplacée par celle de l'observance du traitement de substitution.

« Autrement dit, le problème est aujourd'hui pour les post cures qui reçoivent des patients sous traitement de substitution, de veiller à ce qu'ils ne consomment pas d'autres psychotropes (alcool, médicaments détournés, stupéfiants) que ceux prescrits dans le cadre de la substitution. »⁵¹

La problématique du travail au Centre Thérapeutique Résidentiel va être celle de l'articulation entre l'observance du traitement (ou l'abstinence) et la vie de groupe.

La fonction du C.T.R. est de favoriser l'émergence d'un choix entre consommation de drogues et insertion socio- professionnelle.

En début de séjour, les résidents sont soulagés de bénéficier d'un traitement et d'un hébergement. Plus le temps passe et plus ils sont tentés de consommer et de combiner consommation et vie de groupe.

La reprise de produit est généralement dissimulée aux professionnels jusqu'au moment où elle vient entraver la vie de groupe et contrecarrer les projets personnels des résidents.

Il est complexe pour un résident qui a consommé de l'héroïne de pouvoir participer activement à la vie de groupe. De la même manière, sa participation effective à la vie du centre complique la consommation régulière de produits psychoactifs.

Plutôt que de spéculer sur une éventuelle consommation de drogue plus ou moins bien cachée, l'équipe travaille sur les contraintes sociales au travers du règlement et les difficultés qu'il y a à les respecter.

« On déplace l'enjeu de la relation thérapeutique de la drogue vers les règles de vie en société. On quitte le terrain du produit et de ses effets, terrain de prédilection des toxicomanes, pour un espace où les professionnels, le plus souvent éducateurs spécialisés ou travailleurs sociaux, sont à leur aise et dans leur fonction : celui des régulations sociales. »⁵²

⁵¹ Wieviorka,S, *Les toxicomanes ne sont pas tous incurables*, Paris, Seuil, 1998 .

⁵² idem.

L'organisation du centre thérapeutique résidentiel se caractérise par un cadre de vie identique pour tous en ce qui concerne les horaires, les sorties, l'accès aux chambres, la participation à la vie collective. L'existence d'un cadre unique et clairement défini a pour avantage d'offrir un levier au travail avec les usagers tout en facilitant l'organisation du travail des éducateurs. Il a pour inconvénient de ne pas suffisamment prendre en compte les besoins spécifiques de chaque résident.

Les résidents accueillis se plaignent beaucoup de l'organisation contraignante (les horaires du matin, 8H30, l'impossibilité d'accéder aux chambres, la gestion de l'argent).

Certaines de ces dispositions doivent pouvoir évoluer et être modulées afin de tenir compte de chaque situation, l'état de santé, les projets, la consommation de produits.

2.4.6 Les règles et les transgressions

Les transgressions des règles établies et les problèmes de comportements sont nombreux dans un centre pour toxicomanes que ce soit au sein des services ambulatoires ou dans le cadre des services avec hébergement.

Les unités qui possèdent un règlement intérieur ou plutôt règlement de fonctionnement, comme le suggère la loi, n'énoncent que des obligations et des interdits. Ceci ne signifie pas que les résidents ne possèdent aucun droit, mais bien que nous avons pensé la règle à partir des interdits plutôt qu'à partir des droits.

Comme le soulignent Y. Matho et R Janvier⁵³ dans leur ouvrage sur le droit des usagers, la règle interne occupe une place centrale dans la problématique du droit des usagers.

Elle doit être précise, décliner les droits et les devoirs, les sanctions et leurs procédures, lorsqu'elles existent.

Pour une bonne application de la règle, la sanction doit pouvoir être expliquée au groupe.

Elle est vécue le plus fréquemment comme un échec ou infantilisante : elle est d'autant plus complexe que nous travaillons avec des adultes.

Nous avons à Pierre Nicole construit une règle qui n'accorde pas assez de place aux droits des usagers : peu d'information, pas de précision sur la nature des sanctions. Les équipes se réservent le droit au cas par cas de prendre les décisions qui s'imposent en matière de sanctions.

⁵³ Matho.Y, Janvier.R, *Mettre en œuvre le droit des usagers*, Paris, Dunod, 2000.

Ce manque de clarté doit être corrigé, et chaque service devra rendre ses pratiques explicites, énoncer les niveaux de sanctions possibles, les modalités de prise de décision et les possibilités de recours.

2.4.7 La participation des usagers

Cette participation à laquelle nous avons longtemps été peu sensibilisés reste à construire. Elle s'exprime essentiellement à travers les projets individualisés. Il serait inconcevable de travailler sans rechercher la collaboration des toxicomanes à leurs soins.

Toutefois, elle a commencé à prendre forme au C.T.R. pour l'organisation des activités du week-end. La passivité des résidents et leurs difficultés à s'organiser ne facilitent pas cette dynamique. Mais nous n'avons pas renoncé à les solliciter.

En ce qui concerne le service A.T.R., les modalités de prise en charge très individualisées nous ont conduit à faire l'impasse sur cet aspect.

Nous n'avons pas l'habitude d'informer les résidents sur les projets du service, nous les impliquons peu dans nos réflexions.

Le travail que je me propose de mener est l'occasion d'envisager des modalités de consultation en particulier sur l'élaboration du règlement de fonctionnement du C.T.R. et des A.T.R.

CONCLUSION PARTIELLE

Questionner nos pratiques professionnelles au travers du droit est un exercice qui conduit à faire de nombreux constats sur notre organisation.

C'est ainsi que j'ai pu repérer un manque de lisibilité sur certaines de nos pratiques professionnelles, un manque d'information auprès des résidents ainsi qu'un déficit de communication entre les différents services.

Les évolutions que nous avons conduites ont permis d'offrir un lieu d'hébergement et de soins plus respectueux des choix de chaque personne dans son traitement de la toxicomanie ainsi que de son intimité.

Notre projet inclut et suppose la participation des toxicomanes à leurs soins et leurs projets. Leur collaboration est indispensable à un changement. Elle doit donc être recherchée, y compris dans le cadre d'une obligation de soins ou d'une injonction thérapeutique.

Nous ne consultons pas collectivement les résidents sur notre organisation, nous n'avons pas de conseil d'établissement.

Les toxicomanes du centre sont, comme je l'ai décrit, en grande difficulté, il est parfois complexe d'animer des réunions avec eux. Leur état de vigilance ne permet pas toujours de les considérer aptes aux échanges.

Il nous faudra pourtant imaginer des modalités originales de participation des usagers à la vie institutionnelle.

3- ADAPTER LES SERVICES AVEC HEBERGEMENT POUR PROMOUVOIR LE DROIT DES USAGERS

3.1 LE PROJET

Le projet thérapeutique de l'établissement a été rédigé en 1999. L'incertitude sur l'organisation des C.S.A.P.A. nous invite à rester prudents quant à sa révision. Il nous faut pourtant, dans la perspective de notre intégration au secteur médico-social en janvier 2003, engager un travail de réflexion avec les équipes.

Un projet de service ne saurait se réduire à une simple formalisation écrite. Il doit être un outil formateur pour les équipes permettant la créativité, les échanges, les confrontations.

«Le projet, bien que placé sous l'autorité du directeur d'établissement, doit pouvoir devenir un projet partagé qui recherche l'adhésion et la plus grande participation. Parce qu'il relève d'une démarche de communication, il permet à tous les acteurs de prendre part à son élaboration et à son évaluation »⁵⁴

Le projet doit faciliter le passage d'une intention, pour nous celle d'améliorer le droit des usagers à son application concrète. Il permet de rassembler les énergies au service d'un objectif.

Les projets de service du Centre Thérapeutique Résidentiel et des Appartements Thérapeutiques Relais reposent sur l'hébergement comme soutien aux soins et au changement des toxicomanes. Notre démarche n'implique pas une modification complète des projets. Elle invite à les questionner, à formaliser les pratiques et à modifier la place et les relations que nous entretenons avec les résidents.

La loi de janvier 2002 implique une logique d'accompagnement social plus ouverte, plus respectueuse de la personne que celle mise en œuvre jusqu'à présent. Il nous faut donc :

- questionner notre fonctionnement

⁵⁴ Lefèvre P, *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*, Dunod, Paris, 1999.

- formaliser nos pratiques
- améliorer la qualité des services rendus
- créer des espaces de parole et de participation des usagers à la vie de l'institution

Il faudra associer les équipes à chaque étape de la réflexion.

3.2 UNE REFLEXION CONCERTEE

Pour engager cette démarche de travail, j'ai organisé :

- des réunions institutionnelles concernant la présentation de la loi de janvier 2002, ses grandes orientations, ainsi que ses conséquences pour les C.S.S.T.
- des réunions par service afin de revoir les projets de service et d'élaborer certains des outils prévus par la loi
- des réunions inter équipes afin de repérer les défauts d'articulation entre les différents services
- des sessions de formation et d'information pour améliorer les compétences des professionnels.

Les modalités de travail et mes choix de management se sont appuyés sur la nécessaire participation des équipes à l'élaboration des projets.

« La participation des usagers à leur insertion comme à leur mieux-être est une approche thérapeutique, éducative, sociale indispensable si l'on veut éviter que l'intervention sociale apparaisse comme plaquée artificiellement, et surtout qu'elle n'ait plus d'efficacité à moyen terme. Cette approche de l'action sociale entraîne un type de management qui fait appel à une participation toujours plus grande des salariés à la vie institutionnelle et au projet de l'association. »⁵⁵

C'est dans cet esprit de recherche de participation des personnels à la réflexion et à l'élaboration de nouveaux outils de travail que je me suis inscrite.

3.2.1 Deux équipes, deux stratégies

Les deux équipes concernées, le C.T.R. et les A.T.R., ne présentent pas du tout le même profil.

⁵⁵ Miramon J.M, Couet D, Paturet B, *Le métier de directeur*, Rennes, ENSP, 2001.

Le C.T.R. est composé de 14 professionnels, les A.T.R. de 3 professionnels. Les dynamiques ne pourront donc pas être de même nature.

- Au C.T.R. : La moyenne d'âge des professionnels est de 33 ans, et l'ancienneté varie entre une et dix années. Le travail que je propose sur le projet de service est accueilli positivement. Il correspond à la nécessité de faire le point sur nos actions. Le travail sur le projet a été soutenu par une infirmière en formation de chef de service. Je me suis appuyée sur elle pour constituer une commission chargée de rédiger les comptes rendus et de préparer les réunions. Les réunions de travail se sont déroulées à un rythme bi-mensuel, sur une période de 6 mois de novembre 2001 à avril 2002. Les travailleurs sociaux ont été sollicités, mis en situation d'acteur avec la production d'écrits (règlement de fonctionnement, élaboration d'un questionnaire à destination des résidents). L'équipe de nuit, composée d'aides-soignants, a été associée à certaines réunions. Elle a été informée régulièrement de l'avancée des travaux. Nous avons pu au travers de la réflexion sur le projet individualisé repérer un certain nombre de pratiques à faire évoluer : l'accent a été mis sur la nécessité de formaliser le projet individualisé, de remplacer le « mode d'emploi » par un livret d'accueil, d'élaborer un véritable règlement intérieur, d'assouplir et de moduler le cadre du séjour, et enfin de favoriser la participation des usagers à la vie institutionnelle.
- Aux A.T.R. : l'équipe est peu nombreuse, elle est constituée de professionnels qui ont bénéficié de mutation interne. La moyenne d'âge est de 49 ans. Les choix que nous avons opérés lors de la transformation du centre de post cure nous ont conduit à développer et créer des services (service méthadone, A.T.R., et plus tard Pass Justice) et à proposer des redéploiements. Cette stratégie, qui visait à redynamiser l'établissement, a conduit à une concentration des professionnels les plus anciens sur un même service. Le travail sur le projet de service sera plus difficile qu'au C.T.R. Les salariés craignent le contrôle, ne sont pas à l'aise avec l'écrit. Il faudra accompagner et rassurer cette équipe pour envisager une évolution. C'est dans un état d'esprit différent que le travail s'engage puisque les professionnels vivent ces changements comme une contrainte et non comme une opportunité de faire évoluer leurs pratiques professionnelles. Je m'appuierai donc sur la loi pour travailler avec cette équipe. Les réunions de travail sont planifiées sous forme de journées mensuelles, durant 6 mois (de janvier à juin 2002). J'ai associé la psychologue à l'élaboration des comptes rendus et à la préparation de certaines réunions (évaluation des séjours des résidents, travail sur l'accès à la culture). Ses fonctions

de cadre m'autorisent à la positionner comme partenaire. Les points que nous avons repérés comme devant évoluer concernent la tenue des dossiers, l'organisation et le suivi des projets individualisés, la révision du règlement de fonctionnement, une meilleure collaboration avec l'équipe médicale et la mise en place d'espaces collectifs.

L'ensemble des travaux élaborés a été présenté et soumis à l'équipe de direction avant de les mettre en application.

3.3 RENFORCER LES COMPETENCES DES EQUIPES

La gestion des ressources humaines est en lien direct avec le sujet qui me préoccupe : le droit des usagers.

Le respect des usagers nécessite de leur offrir des professionnels qualifiés et 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 des usagers et aux évolutions des exigences réglementaires.

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.

L'intervention en toxicomanie est éprouvante pour les professionnels : l'épuisement et les pratiques routinières guettent les équipes qui ne disposent pas d'un soutien adapté.

J'ai convaincu l'équipe de direction que nous devons redynamiser l'établissement par le biais de réunions institutionnelles plus interactives et par une plus grande attention à l'élaboration de la formation.

3.3.1 La formation comme outil de changement

La formation est un des éléments essentiels de la gestion des ressources humaines, elle est source de dynamisme et permet d'accompagner le changement.

Promouvoir le droit des usagers suppose de développer les qualités des professionnels. Le personnel constitue en effet la principale ressource de la compétence de l'établissement.

La formation doit être pensée dans une articulation du collectif (besoins de l'établissement et de l'individuel (besoins des professionnels)).

Pour l'année 2002, la formation a été l'objet d'une attention toute particulière, elle s'est donc organisée sous différentes formes. Elle a été orientée autour de la loi de janvier 2002, du

droit des usagers, des conduites addictives pour les professionnels récemment recrutés. J'ai développé autant que possible les formations gratuites ou peu coûteuses, le budget de l'établissement étant dans ce domaine extrêmement limité.

Réunions institutionnelles thématiques :

Depuis deux années, les réunions institutionnelles à un rythme semestriel consistaient à présenter le bilan de l'activité et financier de l'établissement.

Il a été décidé la mise en place d'une réunion à thème par trimestre à destination de l'ensemble du personnel. Nous avons prévu après consultation du personnel d'organiser des conférences au sein de l'établissement sur des thèmes qu'il a choisis.

Les interventions ont été négociées avec des spécialistes dans le cadre de collaboration existante. Elles sont effectuées à titre bénévole.

Pour l'année 2002, les thèmes abordés ont été :

- La loi du 2 janvier 2002
- Le bilan d'étape du plan triennal de lutte contre la toxicomanie
- L'alcoolisme
- Les troubles psychiatriques

Actions prioritaires régionales de PROMOFAF :

Ces actions prévues en fonction des besoins régionaux sont gratuites pour les établissements. À ce titre 4 éducateurs ont bénéficié d'une formation sur la mise en œuvre du droit des usagers et sur l'écriture professionnelle.

Congé Individuel de Formation (C.I.F.) :

L'intérêt de ce dispositif est de financer les salaires et charges durant les temps de formation, ce qui permet le remplacement des salariés qui s'engagent dans des formations longues. En Ile de France, il est souvent nécessaire d'attendre trois années avant de bénéficier d'un C.I.F. Deux aides-soignants ont évoqué leur désir d'engager une formation d'infirmier. Pour ces deux salariés j'ai préconisé la constitution d'un dossier C.I.F, dès à présent, qui leur permettra de faire évoluer leur parcours professionnel. Le souci d'accompagner les salariés dans leurs projets d'évolution professionnelle participe à la mobilité des personnels et de fait à la qualité du service.

Cette politique que nous avons mise en œuvre au sein de l'institution produit des effets positifs au C.T.R. Elle permet de préserver les personnels de l'usure professionnelle génératrice de nombreux dysfonctionnements.

Plan de formation :

Il est financé par 1,5% de la masse salariale. Il est d'un montant de 10.947 euros pour l'année 2002. Il a été utilisé pour favoriser les projets individuels de certains salariés. Chaque année nous permettons à deux salariés de bénéficier d'une formation qualifiante.

Cette modalité ne va pas sans poser de problème d'organisation puisque les absences pour formation de ces professionnels ne sont pas remplacées. Les équipes souhaitent que l'accès à des formations longues soit maintenu.

Des formations spécifiques au domaine de l'addictologie ont été proposées aux professionnels récemment recrutés (trois d'entre eux sont concernés), afin de rendre plus efficaces leurs actions.

Les formations concernant des techniques d'animation de groupe ont été favorisées, pour développer des espaces d'échanges et de paroles entre résidents et professionnels.

Colloques et congrès

Le budget de l'établissement est faiblement doté sur cette ligne puisqu'elle ne représente que 1 397 euros pour les services avec hébergement. La participation à des colloques ou des journées régionales ou nationales (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie, Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociale) a été favorisée. En 2002, un colloque sur le droit des usagers de drogue dans les centres thérapeutiques résidentiels a été organisé par l'A.N.I.T. Quatre salariés ont pu y participer.

Journées de l'hôpital Sainte Anne

L'hôpital Sainte Anne organise mensuellement dans le cadre du réseau «appui santé mentale et exclusion sociale » des forums à thèmes. Le programme est varié : violence, place de la psychiatrie, C.M.U, organisation de l'accueil d'urgence, pathologies intriquées chez les exclus.

Ces demi-journées sont gratuites et j'ai encouragé les équipes éducatives à y participer. Elles visent à améliorer les savoirs des personnels et à rencontrer d'autres professionnels.

C.R.E.S.I.F.

Le Comité Régional d'Education pour la Santé d'Ile de France propose des cycles de formation subventionnés par la D.R.A.S.S.I.F. (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France). Seuls les frais d'inscriptions sont à la charge de l'employeur soit 80 euros par personne. C'est une piste qu'il faudra explorer, afin d'offrir des espaces de réflexion et d'apports théoriques aux équipes.

Les formations gratuites sont relativement nombreuses à Paris, et permettent d'envisager à budget constant de développer les compétences des professionnels.

La formation doit s'inscrire dans un esprit d' »institution apprenante » comme le suggère P. Lefèvre dans son ouvrage sur le guide de la fonction de directeur⁵⁶.

Dans cet esprit, les personnels ont été encouragés à restituer en équipe les contenus des colloques et journées de formation.

Cette dynamique a permis de faire circuler du savoir et a enrichi notre travail de réflexion.

3.3.2 La supervision

La supervision est un outil formateur qui participe à la qualité du travail des professionnels. Elle offre un espace d'analyse des pratiques professionnelles indispensable aux équipes.

- l'équipe du C.T.R bénéficie depuis trois années d'une supervision. Elle est animée par un intervenant extérieur qualifié (psychanalyste). L'analyse des pratiques professionnelles vient en effet remplir une fonction de régulation dans les relations entre les toxicomanes et les personnels. Elle permet la distanciation face aux évènements qui remet en cause la distance nécessaire (agression, rechute, tentative de suicide).

- l'équipe des A.T.R ne bénéficie pas de cet espace de parole. Il me semble opportun de lui proposer de s'y joindre. L'éducatrice et l'infirmière sont satisfaites de cette proposition qui correspond à un véritable besoin. L'intervention à domicile est une pratique professionnelle délicate. La juste distance dans la relation est parfois complexe. C'est pourquoi, ce temps d'analyse des pratiques professionnelles semble un support adapté.

⁵⁶ Lefèvre.P, *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*, Paris, Dunod, 1999.

3.4 FORMALISER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

3.4.1 Renforcer la cohérence entre services

Les réunions inter équipes ont mis en évidence la nécessité de mieux formaliser les circuits de communication entre services.

La prise en charge globale implique d'articuler les différents champs d'intervention en fonction des projets de chaque personne.

Le décloisonnement fait appel à la notion de transversalité ou transdisciplinarité. Il s'agit alors d'envisager la prise en charge dans sa complexité, dans l'enchevêtrement des aspects médicaux, sociaux et psychologique.

Au sein d'un même établissement, il s'agit de travailler ensemble dans le respect des spécificités professionnelles de chacun tout en tenant compte des aspects institutionnels généraux. L'organisation et le suivi des prises en charge interrogent nécessairement chaque champs d'intervention.

Les projets de soins des résidants ne peuvent que gagner en qualité.

- Au C.T.R. : il a été décidé qu'un infirmier du service méthadone participerait à la réunion de synthèse hebdomadaire. La majorité des résidants bénéficie d'un suivi médical et est amenée à fréquenter le service méthadone quotidiennement. Les interventions des différents professionnels doivent être mieux coordonnées. Cette rencontre y participe. En ce qui concerne l'élaboration et le suivi des projets individualisés, il a été convenu d'organiser tous les deux mois une réunion entre médecin, infirmier, assistante sociale et éducateur concernés par une même prise en charge.
- Au service A.T.R : La moitié des résidants hébergés en appartement est suivie par un médecin du centre. On note des difficultés liées à un manque de collaboration entre les deux services (désaccord sur les projets et sur la conduite à tenir en cas de rechute). Après concertation, il a été convenu que l'équipe médicale participera une fois par mois à la réunion de synthèse des A.T.R afin d'éviter certaines incohérences. Ceci devrait permettre entre autre de décider de la pertinence ou non d'un suivi psychologique pour les résidants qui bénéficient d'un suivi psychiatrique. Et de travailler collectivement les problématiques des résidants pour définir les priorités d'action et le rôle de chacun.

- I 'Espace Insertion Emploi

La réflexion institutionnelle a permis de mettre en évidence l'importance et le caractère mal organisé des actions autour de l'emploi. Le Centre Thérapeutique Résidentiel possède un atelier recherche emploi, le service méthadone aussi. Ces ateliers sont animés par un seul salarié et les absences pour congés conduisent à des suivis discontinus des projets professionnels. Nous avons donc décidé de mutualiser les savoir-faire en créant un «espace Emploi Insertion » animé par des professionnels des deux services, auxquels a pu se joindre une assistante sociale du Pass-Justice. Cette organisation permet d'offrir un service plus conséquent et de développer des réponses efficaces. L'objectif de l'Espace Emploi Insertion est de favoriser les relais entre les toxicomanes et les services associatifs ou institutionnels qui œuvrent dans le domaine de l'insertion professionnelle. Une aide concrète à l'élaboration d'un projet professionnel est proposée.

Ce nouveau service mis en place en mars 2002, a produit rapidement des effets positifs :

- développement du partenariat
- meilleur suivi des projets professionnels des résidents

Il bénéficie d'un soutien financier de la Ville de Paris d'un montant de 20.000 euros.

3.4.2 Modulation des séjours pour une véritable individualisation des prises en charge

L'organisation de notre cadre d'accueil, quelque peu contraignant, doit pouvoir gagner en souplesse, afin de s'adapter au divers degrés d'autonomie des résidents. Il s'agit aussi d'offrir de nouveaux espaces de négociation entre résidents et professionnels.

Il s'agit comme le préconise R. Loubat :

« de transformer la personne marginalisée en gestionnaire de sa vie. ce n'est donc plus tant un usager qui est incorporé dans un établissement, dont il doit épouser les règles de vie, qu'une équipe institutionnalisée qui se met au service d'un bénéficiaire en lui proposant une prestation adaptée à sa situation. »⁵⁷

Nous nous sommes efforcés de distinguer ce qui est indispensable à maintenir comme règle de ce qui peut être aménagé.

⁵⁷ Loubat .R, Elaborer un projet d'établissement social et médico social, Paris, Dunod, 2000 .

- Au C.T.R : Nous avons analysé notre fonctionnement et tenté de repérer les avantages et inconvénients de notre cadre institutionnel. Les résidants du C.T.R. ont été interrogés sur notre fonctionnement par l'intermédiaire d'un questionnaire ouvert leur permettant de donner leur point de vue sur notre organisation. Ils se plaignent dans leur majorité de ne pouvoir accéder aux chambres en journée. Les plus en difficultés demandent l'accès aux chambres bien souvent pour échapper au regard des professionnels. Les résidants stabilisés en situation de formation ou d'emploi revendiquent le droit à plus de souplesse, donc à un libre accès aux chambres. Le caractère fixe des horaires est source de mécontentement. Ceux qui travaillent souhaitent pouvoir bénéficier de plus de liberté. Nous avons, après de nombreux échanges, décidé de proposer trois types d'organisation :
 - Les arrivants pendant les trois premières semaines (période d'évaluation) sont astreints aux horaires «classiques » c'est-à-dire une présence à l'accueil de jour de 8H30 à 20H00. Ils doivent avertir l'équipe de leurs sorties. Un planning est organisé chaque semaine qui permet de prévoir les rendez-vous, les démarches, les activités. La participation à la vie collective est une nécessité. Les résidants sont invités à prendre part à deux activités par semaine proposées par l'équipe. Ils n'ont pas accès à la chambre dans la journée. Les résidants qui éprouvent des difficultés à stabiliser leur toxicomanie pourront être maintenu dans ce cadre plus longtemps.
 - Le deuxième cadre prévoit un assouplissement concernant les temps de présence pour les résidants encore inactifs sur le plan professionnel, mais pour lesquels la présence constante constitue une source de difficulté. Certaines personnes supportent difficilement la collectivité, et ne souhaitent pas non plus être hébergées en chambre d'hôtel. L'idée est alors d'aménager des moments de pause comme la possibilité de disposer d'après-midi, de ne pas prendre les repas sur place.
 - Le dernier cadre s'adresse aux résidants en activité professionnelle. Ils bénéficient d'une vie sociale autonome. Ils ont accès aux chambres et aux kitchenettes en journée. Ils peuvent, s'ils le souhaitent, être présents à l'accueil de jour et participer à la vie collective. Le résidant devra avant toute sortie du centre déposer sa clef de chambre auprès de l'équipe éducative. Autant le dire, autoriser l'accès aux chambres dans la journée est une mini révolution pour l'équipe. Certains éducateurs sont inquiets, mais tous acceptent de faire cette expérience.

La mise en place d'un tableau des effectifs permet de repérer à l'aide de couleurs différentes le cadre de séjour de chaque résidant. Il est convenu de faire le bilan de cette nouvelle organisation dans un délai de six mois après sa mise en œuvre.

- Au service A.T.R : Le projet bien qu'individualisé se heurte à une organisation qui prévoit pour tous une visite à domicile et un entretien avec la psychologue par semaine. Depuis que j'ai repris la responsabilité du service nous avons doublé notre parc locatif pour un nombre de salariés identique. Les professionnels se plaignent d'une surcharge de travail. C'est l'occasion de rediscuter de la pertinence d'un modèle de prise en charge uniforme qui ne tient pas compte des besoins des personnes. Pour les résidants hébergés depuis trois ou quatre mois et qui maintiennent leur projet et leurs engagements, une rencontre hebdomadaire n'est plus nécessaire. Le rythme et les modalités des visites doivent pouvoir être adaptés. Une visite à domicile tous les 15 jours semble suffisante pour certains et s'inscrit dans la logique du projet individualisé orienté vers une autonomie complète. Concernant l'obligation de la prise en charge psychologique, il a été décidé que les résidants bénéficiant d'un suivi médical, dans le cadre de la substitution, serait dispensé de cette obligation. Pour les autres, une incitation à consulter la psychologue pourra être recherchée, mais ne peut en aucun cas être obligatoire.

3.4.3 Le projet individualisé

Pour chaque service, le projet individualisé est élaboré à l'issue d'une période d'évaluation (trois semaines pour le C.T.R. et un mois pour les A.T.R). Le projet est négocié avec le résidant et inscrit dans son dossier. Il nous a semblé en étudiant les dossiers, que le contenu des projets était trop succinct, qu'il mettait l'accent sur les difficultés et ne faisait que trop rarement apparaître les compétences des résidants.

Ces derniers ne possèdent aucun document concernant leur projet, ce qui nous semble être un manque au regard de leur droit.

Nous avons donc décidé de concevoir un document qui comprend l'évaluation des besoins du résidant et le projet individualisé décidé en concertation avec lui. Le projet tient compte des recommandations médicales, du bilan social, des observations des travailleurs sociaux et du projet des résidants. Il s'agit alors de déterminer ensemble les étapes nécessaires à la réalisation du projet (démarches à effectuer, accompagnement prévu, modalité de séjour). Elles sont inscrites dans ce document. Le projet est validé et signé par le résidant, l'éducateur référent et le chef de service. Cette formalisation du projet devrait permettre une meilleure implication des différents partenaires qui s'engagent par ce contrat moral à travailler ensemble. Tous les deux mois un bilan est effectué pour les résidants du C.T.R. et tous les trois mois pour ceux des A.T.R. Il fait l'objet d'une rencontre entre les différents protagonistes. Un double du document est remis à chacun.

3.4.4 Le règlement de fonctionnement

La loi instaure l'obligation d'un règlement de fonctionnement à destination des usagers.

Ce règlement doit intégrer les droits et les devoirs des personnes accueillies et formaliser l'ensemble des pratiques en matière de sanction. Le règlement de fonctionnement du C.T.R. est à élaborer, celui des A.T.R. a été révisé.

- Au C.T.R. : L'élaboration de ce règlement a fait l'objet de plusieurs réunions afin de décliner l'ensemble des droits des personnes et des devoirs nécessaires à la vie en collectivité. Ce travail a été enrichissant, car il est venu éclairer notre organisation, notre rapport à l'utilisateur, la place que nous lui accordons. Nous avons associé les résidents du C.T.R. à notre réflexion. Les réunions de résidents, dédiées à la régulation du groupe, ont pris durant cette période une forme différente. Ils ont été informés de l'élaboration du projet de service et ont été interrogés sur les règles de l'établissement. Ils ont émis des propositions, certaines pertinentes. Ils ont été invités à participer à un débat avec plusieurs membres de l'équipe et moi-même sur les droits et les devoirs de chacun au sein de la collectivité. Nous avons décidé de distinguer deux niveaux de transgressions : celles concernant l'atteinte aux personnes, et celles en lien avec la problématique de la toxicomanie.

- Pour le premier niveau, il s'agit d'un principe qui concerne le respect des règles de la vie sociale et interdit donc insultes, vols, violences, menaces, commerce de stupéfiants. Pour ce niveau s'appliquent des sanctions qui sont détaillées dans le règlement. Elles vont de l'avertissement notifié par écrit, au renvoi pour quelques jours jusqu'à l'exclusion définitive après trois avertissements ou bien en cas d'actes graves. Les procédures ont été précisées dans le règlement. Les décisions de sanction ne sont pas prises sur le champ, elles sont renvoyées à la réunion d'équipe sauf dans les cas les plus graves où des mesures conservatoires sont décidées par un cadre de l'établissement.
- Pour le second niveau, il s'agit des transgressions mineures concernant le cadre de soins et de l'accompagnement social : non-respect des horaires, consommations de produits psychoactifs, non-participation à la vie quotidienne. Ici ce ne sont pas des sanctions, mais des mesures qui seront proposées, afin de redéfinir les projets (interdiction de sortir pendant la journée ou à l'inverse interdiction de rester au centre sauf pour dormir ...). Autant de mesures qui permettent d'aménager le séjour, de donner du temps aux résidents, de les aider à faire un choix. Le refus des mesures proposées ou l'impossibilité à trouver des solutions peut conduire à une décision commune de fin

de séjour. L'idée est de favoriser le dialogue et la collaboration, afin de trouver des solutions acceptées par les résidents.

- Pour les A.T.R. : Le règlement intérieur ne dit rien des droits de la personne ni des sanctions possibles. Il sème la confusion entre règle et cadre thérapeutique. En effet, le règlement actuel intègre entre autre la notion d'obligation de suivi avec la psychologue, ce qui provoque certaines réactions chez les résidents : absence aux rendez-vous, passivité lors des entretiens, retards. Il semble judicieux de sortir cette obligation du règlement de fonctionnement et de s'interroger sur ce principe dans le cadre du projet individualisé et de la modulation des séjours. Le règlement de fonctionnement devra décliner les droits et devoirs de chacun. Les résidents sont généralement stabilisés, les problèmes que nous rencontrons le plus fréquemment sont la rechute massive ou le refus de quitter l'appartement à l'issue du séjour. L'équipe a compris que nous étions obligés de négocier et d'éviter les sanctions inapplicables en droit ou en fait. La seule vraie sanction est ici l'exclusion qui implique la sortie de l'appartement, sanction qu'il nous est difficile de mettre en œuvre. C'est pourquoi le départ doit se faire dans la négociation et la recherche des solutions les plus adaptées : hospitalisation lors d'une ré-intoxication massive, orientation pour ceux qui abandonnent leur projet professionnel. Le règlement des A.T.R est en cours d'élaboration au moment où j'écris mon mémoire.

3.5. LE PARTENARIAT ET LA COLLABORATION POUR AMELIORER LES PRISES EN CHARGE

3.5.1 Le partenariat

Le dictionnaire permanent de l'action sociale en donne la définition suivante :

« le partenariat peut se définir comme un rapport complémentaire et équitable entre deux parties différentes par leur nature, leur mission, leurs activités, leurs ressources et leur mode de fonctionnement. »

Le partenariat repose sur le respect mutuel, la reconnaissance de l'autre, de ses compétences et de ses limites.

Nous sommes inscrits dans un partenariat avec un service de médecine générale de l'hôpital Cochin depuis de nombreuses années. Nous obtenons assez rapidement un lit d'hospitalisation pour un sevrage physique lorsqu'il s'inscrit dans un projet d'accompagnement ou d'admission. Des visites peuvent alors être organisées par nos soins. En contrepartie, ce service nous sollicite pour accueillir des patients à l'issue d'un sevrage.

Le partenariat devrait se développer en particulier avec les services psychiatriques et les centres d'alcoologie.

Avec la création du Pass-Justice est né un partenariat entre certains services judiciaires et le centre Pierre Nicole depuis 1999.

Les rôles et les fonctions de chacun sont précisés dans le cadre d'une convention départementale d'objectif signé entre le préfet, le procureur de la république, et le président de la Croix-Rouge Départementale.

Une autre convention a été signée pour l'accueil de détenus en placement extérieur.⁵⁸ Cette convention, qui nous permet d'accueillir des personnes dans le cadre de cette mesure d'alternative à l'incarcération, s'appuie sur des études du service pénitentiaire qui montrent que les récidives sont moins nombreuses pour les détenus ayant bénéficié d'une mesure d'aménagement de peine. La convention a été signée en septembre 2001 entre le directeur du S.P.I.P. et la directrice de l'établissement par délégation du Président de la Délégation Départementale de la C.R.F. Ce partenariat permet d'offrir des perspectives de soins et d'hébergement à des toxicomanes qui bien souvent se trouvent en rupture avec la société.

3.5.2 Les coopérations

La coopération est une modalité plus souple, qui associe des partenaires à un projet commun.

Elle se situe dans une perspective d'échanges et une réciprocité dans les actions. Elle est moins formalisée.

Les coopérations avec l'ensemble des centres de soins spécialisés se sont naturellement développées autour des projets individualisés des toxicomanes.

Notre collaboration avec le service de protection maternelle et infantile de notre secteur a permis de développer des modes d'interventions individualisées auprès des mères avec enfants que nous accueillons : visites au centre Pierre Nicole d'une puéricultrice pour le suivi des nourrissons, participation des mères à des activités proposées par le service P.M.I. (massage, atelier histoire, groupe de parole).

Nous avons participé en 2001 à l'élaboration du Schéma de l'Accueil, l'Hébergement, l'Insertion à Paris (S.A.H.I.P). Ceci qui nous a inscrits plus formellement dans notre mission sociale d'accompagnement et d'aide à l'insertion.

⁵⁸ Alternative à l'incarcération qui permet au détenu, après une mise sous écrou, d'effectuer sa peine en milieu ordinaire avec un emploi et une adresse (elle concerne les détenus en fin de peine et les personnes condamnées à moins de six mois).

Une éducatrice du service A.T.R s'est inscrite au groupe de travail sur le logement à Paris, Un éducateur du C.T.R. a, quant à lui, contribué aux productions du groupe concernant les publics spécifiques.

Notre implication dans deux groupes de travail (le logement et les publics spécifiques) nous a permis de renforcer nos liens et de nous inscrire dans un projet de collaboration avec les centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

L'objectif du S.A.H.I.P. est de mieux coordonner les réponses en matière d'hébergement et de réduire les cloisonnements institutionnels et associatifs qui favorisent l'errance des publics. Nous observons dans l'étude des parcours des résidents du Centre Thérapeutique Résidentiel un recours privilégié aux centres spécialisés de soins pour toxicomanes à la sortie du C.T.R. au détriment des modes d'hébergement généralistes.

Des modes de coopération doivent se développer afin de permettre aux toxicomanes stabilisés de rejoindre le dispositif généraliste, dégageant ainsi des places pour les toxicomanes actifs.

Cette inscription dans le champ social nécessite que les équipes prennent contact avec les C.H.R.S., les hôtels maternels, les résidences sociales, et tissent des liens avec de nouveaux partenaires. Un calendrier de rencontres a été prévu pour l'année 2002.

3.5.3 La permanence d'accès aux droits

Cette dynamique de partenariat engagé depuis quelque temps déjà nous a conduit à faire appel à l'association Droit d'Urgence courant 2001, pour créer une permanence juridique gratuite.

L'association Droit d'Urgence a été créée en 1995 à l'initiative de juristes sensibilisés aux questions liées à l'accès aux droits des personnes démunies. L'association intervient au sein de nombreux établissements afin de prendre contact avec des publics qui généralement ne font pas appel aux juristes et ne règlent pas leurs problèmes administratifs ou juridiques.

Les personnes que nous accueillons au centre cumulent des problèmes d'endettement, de titre de séjour, de conflits familiaux etc...

Elles sont souvent découragées par des procédures juridiques complexes, de multiples démarches et des délais de traitement de dossiers trop long. Cette permanence animée par une juriste permet aux toxicomanes d'être assistés dans leurs démarches et répond à un réel besoin pour une partie de nos résidents.

Elle se tient une fois par semaine à l'Unité Ambulatoire Thérapeutique, depuis septembre 2001. L'ensemble des toxicomanes du centre peut en bénéficier.

3.6 ECHANGER, PARTICIPER : UNE PERMANENCE CULTURELLE

Parmi les toxicomanes qui s'adressent à nous, nombreux sont ceux qui sont exclus de l'emploi. L'inscription sociale ne peut aujourd'hui se limiter à l'activité professionnelle. L'accès à la culture doit être investi comme support à la socialisation.

La culture constitue un terrain de rencontre possible, favorise les échanges, la transmission des valeurs de notre société, et l'éducation à la citoyenneté.

Au C.T.R., l'équipe propose un certain nombre d'activités culturelles généralement en groupe.

Pour les autres services, cette question n'est pas prise en compte et même lorsqu'elle l'est, les faibles ressources de nos usagers ne leur permettent pas d'accéder à la culture ni aux loisirs.

J'ai découvert l'association Culture du Cœur lors de mon stage de direction au CHRS « la Cité du Refuge ».

Cette association s'est donnée pour objet de lutter contre les exclusions en favorisant l'accès à la culture des personnes qui en sont exclues.

Le principe est fondé sur un partenariat avec les associations et services publics en contact avec les personnes et familles en situation de précarité. L'adhésion à une charte déontologique permet d'accéder à la redistribution de places de spectacle offertes par les entreprises culturelles.

Nous nous sommes donc engagés à:

- assurer la diffusion de l'information disponible sur le Site Internet de Culture du Cœur
- mettre en place au sein de notre établissement une action de médiation culturelle au moyen d'atelier de discussions et de rencontres.
- sensibiliser le public aux règles des lieux de représentation des spectacles (horaires, respect de la place attribuée, silence...).

L'objectif de cette action est de développer le sens de l'autonomie et de la responsabilité, de renforcer les liens familiaux et sociaux et de favoriser une attitude citoyenne.

C'est l'équipe des A.T.R. qui a développé les rencontres avec Culture du Cœur et qui a prévu la mise en place d'une permanence culturelle pour son service.

Le caractère institutionnel de cette démarche me permet de proposer l'ouverture de cette permanence à l'ensemble des services de l'établissement.

La permanence prévue se tiendra dans un bureau d'accueil avec des affichages de spectacles, la recherche de sorties culturelles sur le site Internet de Culture du Cœur.

L'originalité du projet, l'intérêt qu'il suscite chez les résidents du service A.T.R, interrogés par le biais d'un questionnaire, devrait faciliter sa mise en œuvre.

La psychologue des A.T.R. est chargée d'élaborer des modalités de participation des résidents à des réunions autour de la culture.

C'est l'occasion de dynamiser ce service, de créer un espace de participation pour les résidents des A.T.R. La permanence devra se mettre en place fin 2002.

3.7 LES PERSPECTIVES

3.7.1 L'évaluation

- de l'activité :

L'évaluation, l'accréditation, la démarche qualité sont autant de notions empruntées aux entreprises. Ce sont des notions qui commencent à émerger dans notre secteur.

La loi de janvier 2002 tente de mettre en cohérence les besoins sociaux et les services rendus, en posant l'obligation d'une évaluation interne tous les cinq ans et externe tous les sept ans.

L'évaluation de notre activité repose aujourd'hui sur deux supports :

- un support officiel élaboré par la D.G.S. à caractère principalement quantitatif ; coût, nombre de journées pour l'hébergement, nombre de consultations pour l'activité ambulatoire, durée moyenne des séjours, épidémiologie
- un support que nous avons élaboré, pour tenter d'évaluer les aspects plus qualitatifs de notre intervention.

Pour l'hébergement, l'évaluation s'appuie sur les projets individualisés.

Notre démarche ne peut en effet pas se limiter à un comptage des résultats en matière d'insertion et-ou de santé. Elle doit pouvoir montrer l'effet ou l'absence d'effet par comparaison entre la situation à l'entrée et à la sortie des résidents. Le premier axe concerne les objectifs du travail déterminés dans le projet individuel (exemple : respecter les horaires, diminuer la consommation de produits psychoactifs licites ou illicites, engager des démarches administratives). Le second point à évaluer concerne les méthodes d'action et leur efficacité. Si l'accompagnement a été insuffisant, les raisons doivent être recherchées.

L'évaluation doit favoriser la mise en évidence des besoins non couverts et bien sûr nous permettre de rendre compte des aspects qualitatifs et quantitatifs de notre travail auprès de l'association gestionnaire, des autorités de contrôle et de financement ainsi que de nos partenaires divers.

Dans le cadre de la loi de janvier 2002, il nous faudra améliorer nos grilles d'évaluation et y intégrer les aspects concernant le respect du droit des usagers.

- des personnels :

Il n'y a pas d'entretien annuel d'évaluation des personnels au centre Pierre Nicole. Cette évaluation qui inquiète certains salariés, est pourtant une modalité qui concourt à garantir le droit des usagers. L'évaluation permet d'apprécier chaque salarié selon des règles déterminées en accord avec les représentants des personnels.

La Délégation Départementale de la Croix-Rouge Française travaille à cette question de l'évaluation des personnels en concertation avec plusieurs directeurs d'établissements.

La directrice du centre Pierre Nicole participe à cette réflexion qui devrait conduire à élaborer au sein de chaque établissement des entretiens annuels d'évaluation.

3.7.2 Le conseil de la vie sociale

La participation des usagers de drogue à leur projet est un préalable à toute intervention. On ne peut soigner quelqu'un contre son gré. C'est donc un aspect central de toute action avec les toxicomanes.

En revanche leur participation à l'organisation de l'établissement n'a jusqu'à ce jour pas été envisagée. Il n'y a pas de conseil d'établissement au centre Saint Germain Pierre Nicole. La réglementation des centres spécialisés ne préconise pas ces espaces de consultation et d'échange.

Pourtant depuis quelques années déjà les toxicomanes se sont montrés réceptifs aux messages de prévention, ils ont prouvé leur capacité à se prendre en charge lorsque les moyens leur sont offerts. La politique de réduction des risques a largement favorisé l'émergence de cette responsabilisation des toxicomanes.

C'est dans cette perspective que s'est constituée une association d'auto-support, ASUD.⁵⁹ Elle constitue un relais utile en matière de réduction des risques et d'accompagnement de la dépendance. Elle est composée d'anciens toxicomanes et de toxicomanes actifs qui tentent de prendre part aux débats concernant les problèmes d'addiction. C'est contre l'exclusion dont ils sont l'objet et pour la prise en compte de leur santé qu'ils se sont unis. Reconnaître l'utilité de ces groupes d'auto-support, c'est permettre aux toxicomanes d'être citoyens. Ce type d'association doit favoriser l'émergence d'un autre regard sur les toxicomanes trop souvent taxés d'irresponsables.

⁵⁹ Association de soutien aux usagers de drogue.

Le travail de réflexion sur une participation des usagers de drogue à un conseil de la vie sociale doit s'appuyer sur la capacité des toxicomanes à se responsabiliser. Les premières invitations à l'expression au travers de questionnaires et ou de réunions ont prouvé que la majorité des résidants était sensible à notre démarche.

La culture de Pierre Nicole ne s'est pas construite autour de la participation des usagers de drogue à la vie de l'établissement, mais de leur participation aux soins.

Il nous faut offrir des espaces collectifs de paroles là où il n'en existe pas et modifier le contenu de la réunion du centre d'hébergement.

En fonction des services, les niveaux de dépendance aux produits psychoactifs sont plus ou moins importants et la mise en place d'un conseil de la vie sociale nécessite une réflexion sérieuse et adaptée à la situation spécifique des usagers du centre.

CONCLUSION PARTIELLE

Le travail que j'ai mené avec les équipes du Centre Thérapeutique Résidentiel et du service Appartement Thérapeutique Relais a conduit à modifier certaines pratiques professionnelles. Il interpelle nos pratiques à un niveau institutionnel, mais aussi à un niveau individuel.

Les professionnels ont accepté d'interroger leurs pratiques et d'évoquer les relations qu'ils entretiennent avec les résidants.

La formalisation de nos pratiques concourt à un plus grand respect des résidants accueillis. Elle impose plus de rigueur et de précision dans nos actions.

Cette sensibilisation au respect du droit nous a conduit à créer de nouveaux services : la permanence d'accès aux droits et la permanence culturelle. Cette dernière pourra être un levier pour des rencontres entre professionnels et résidants autour d'un objet commun : la culture. Elle doit pouvoir offrir un espace de débats et d'échanges, où professionnels et usagers de l'établissement se retrouvent sans enjeu de domination.

Conjointement à cette réflexion, j'ai essayé d'introduire la participation des usagers : par l'intermédiaire de questionnaires et par une information sur nos projets.

Les résidants ont été sensibles à notre démarche et ont majoritairement répondu à nos sollicitations.

Il faut poursuivre cette démarche, et mettre en place des stratégies qui favorisent une meilleure participation à la vie institutionnelle.

CONCLUSION GENERALE

Le centre Saint Germain pierre Nicole a été traversé par l'ensemble des évolutions politiques, législatives et sociales en œuvre dans le domaine de la toxicomanie. Les toxicomanes qui y sont accueillis se sont vus accorder au fil de ces évolutions des droits à bénéficier :

- d'un traitement adéquat
- d'une vie intime et privé au sein de l'établissement
- d'un accompagnement social adapté

Avec la loi janvier 2002, le législateur invite les établissements et les professionnels à s'interroger sur les relations de pouvoir qu'ils exercent sur les usagers.

Le travail que j'ai mené avec les personnels du Centre thérapeutique Résidentiel et ceux du service Appartements thérapeutiques Relais n'est que le début d'une lente et nécessaire transformation des rapports entre professionnels de l'action médico-sociale et usagers.

Les réflexions menées et les actions mises en œuvre ont permis de sensibiliser les salariés et d'amorcer quelques évolutions qui doivent se poursuivre.

Depuis, les deux équipes ont travaillé à l'élaboration d'un livret d'accueil en concertation avec les résidents.

Des élections de représentants des résidents ont eu lieu au CTR.

La permanence culturelle a été mise en place.

Le directeur devra rester vigilant au quotidien, afin de maintenir une dynamique soucieuse de plus d'espace de concertation et de négociation avec les résidents.

La gestion des ressources humaines constitue le principal levier pour favoriser l'émergence d'une culture professionnelle différente. C'est en effet par la formation, l'information, la réflexion collective et la mobilité des professionnels que les établissements développeront des réponses innovantes.

Les CSST à travers les schémas régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale vont probablement subir des transformations et connaître une répartition plus équilibrée sur le territoire.

En Ile de France, les équipements spécialisés parisiens sont nombreux. En revanche la banlieue est sous équipée. Certains arbitrages risquent de conduire à des fermetures et des redéploiements de moyens en direction des départements les moins dotés.

Le centre Saint Germain Pierre Nicole doit donc pour l'année 2003, retravailler son projet thérapeutique et se préparer à cet enjeu majeur.

En ce qui me concerne, j'ai quitté le centre Saint Germain Pierre Nicole au mois d'août 2002, pour prendre la direction d'un CHRS parisien.

Après 10 années d'investissement professionnel au sein de cet établissement, le temps est venu pour moi de le quitter et d'évoluer vers des fonctions de direction.

J'ai conduit en collaboration avec la directrice de l'établissement une démarche de professionnalisation et de développement du centre Pierre Nicole.

Cette expérience a été riche en enseignement et m'a confirmé dans mon souhait d'occuper un poste de direction.

La possibilité qui m'a été donnée de suivre la formation Cafdes m'a permis d'enrichir mes connaissances, d'acquérir des outils indispensables aux fonctions de direction, et de questionner mes choix.

Mes nouvelles fonctions me conduiront probablement à développer des modalités de coopération avec le centre Pierre Nicole.

Bibliographie

Ouvrages lus ou consultés

BAUDURET Jean François, JAEGGER Marcel, *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, Histoires d'une refondation, Dunod, Paris, 2002.

BAGLA-GÖKALP Lusin, *Sociologie des organisations*, la découverte, Paris, 1998.

BERGERON Henri, *L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, collection sociologies, 1999.

CASTEL Robert, COPPEL Anne, *Les contrôles de la toxicomanie*, in EHRENBURG Alain, (dir) *Individus sous influences*, Paris, Edition Esprit, collection société, 1991.

CASTEL Robert, *Les sorties de la toxicomanie*, Editions Universitaires Fribourg, Suisse, 1998.

COURTY Pascal, *Le travail avec les usagers de drogue, pour une approche plus humaine des drogues*, Paris, ASH, 2001.

CROZIER Michel, FRIEDBERG Ehrard, *L'acteur et le système*, Essais, Seuil, Paris, 1977.

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

HUMBERT Chantal, *Les usagers de l'action sociale*, Paris, L'harmattan, 2000.

LEFEVRE Patrick, *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*, Dunod, Paris, 1999.

GEISMAR-WIEVIORKA Sylvie, *Les toxicomanes*, Seuil, Paris, 1995.

GEISMAR-WIEVIORKA Sylvie, *Les toxicomanes ne sont pas tous incurables*, Seuil, Paris, 1998.

LOUBAT Jean René, *Elaborer son projet d'établissement social*, Paris, Dunod, 1997.

MATHO, JANVIER Roland, *Mettre en œuvre le droit des usagers*, Paris, Dunod, 2000.

MIRAMON Jean-Marie, *Manager le changement*, Rennes, ENSP, 1996.

MIRAMON Jean-Marie, COUET Denis, PATURET Jean-Bernard, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Rennes, ENSP, 2001.

OLIVENSTEIN Claude, *Le destin du toxicomane*, Fayard, collection le temps des sciences, 1983.

Rapports

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

COUR DES COMPTES, *Le dispositif de lutte contre la toxicomanie*, Paris, journal officiel, 1998.

PARQUET Bernard, *Les pratiques addictives : usages, usage nocif, dépendance aux substances psychoactives*, Comité Français d'Education pour la santé, Paris, 1997.

ROQUES Bernard, *La dangerosité des drogues*, Paris, Odile Jacob, 1999.

TRAUTMANN Catherine, *La lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants*, la documentation française, 1990.

WIEVIORKA Sylvie (rapporteur) rapport du Conseil Economique et Social, *Les toxicomanes dans la cité*, ed. Journal Officiel, Paris, 1999.

Revue, Articles

COPPEL Anne, *Le tournant de la réduction des risques liés à l'usage des drogues*, Les cahiers de l'Actif, Bordeaux, 2002.

SUEUR Christian, ROUAULT Thierry, *Toxicomanes en prison*, revue documentaire Toxibase, 1993, n°1.

RICHARD Denis, Senon Jean-Louis, *A propos des liens entre comportements toxicomaniaques, et comportements délinquants*, Toxibase, 1997, n°2.

LARMIGNAT Valérie, *Déjouer les pièges de la rhétorique*, ASH, 25 janvier 2002.