



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Inspecteur de l'action sanitaire et
sociale
Promotion 2006**

**VERS UNE AMÉLIORATION DE LA PRISE EN
CHARGE SOCIO SANITAIRE DES USAGERS
DE DROGUES**

*Le cadre du plan territorial de lutte contre les addictions dans le
département du Loiret*

Adeline LEBERCHE

Remerciements

Je remercie très sincèrement toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide dans l'élaboration de ce mémoire, et plus particulièrement Madame Anne GUEGUEN, mon maître de stage, Monsieur Jean-Pierre EPAILLARD, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS d'Ille et Vilaine et Madame Christine Ortman, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Val d'Oise, pour leurs conseils et leur disponibilité.

Je remercie également Madame Christine TELLIER, directrice de l'association APLEAT, pour m'avoir reçue au CSST durant une semaine, ainsi qu'aux équipes qui m'ont permis de m'intégrer et de participer à la vie du CSST.

Enfin, je tiens à remercier mes maîtres de stage québécois, Marie-Hélène GARIEPY et Gilles CUIILLERIER, qui m'ont apporté un éclairage nouveau sur la dynamique de prise en charge des toxicomanes et qui m'ont permis de mettre mes réflexions en perspective.

Je rends, pour finir, hommage au travail réalisé par l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la prise en charge des addictions que j'ai rencontré au cours de mon étude, qu'ils soient institutionnels ou de terrain, français ou québécois, ainsi qu'aux usagers qui ont accepté de m'apporter leur éclairage sur le dispositif.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 ETAT DES LIEUX D'UN DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUES AU PLUS PRES DES REALITES DE TERRAIN : PRESENTATION DANS LE DEPARTEMENT DU LOIRET	7
1.1 Les évolutions des politiques publiques dans la prise en charge des usagers de drogues.....	7
1.1.1 Un cadre législatif qui s'adapte aux évolutions de la perception des toxicomanes	7
1.1.2 Une politique sanitaire orientée vers le soin	8
1.1.3 Les premiers pas vers la réduction des risques et la prévention	9
1.1.4 Des évolutions sous l'impulsion de la MILDT	10
1.2 Le contexte local et la population toxicomane	12
1.2.1 Le contexte régional et départemental.....	13
1.2.2 Données de morbidité et de mortalité régionales et départementales dans le champ de la toxicomanie : état des lieux.....	14
1.3 Le système de prise en charge des usagers de drogues dans le département du Loiret : acteurs et dispositifs	18
1.3.1 Le soin	18
1.3.2 La prévention	19
1.3.3 L'insertion	20
1.3.4 La répression.....	21
2 LE SYSTEME DE PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUES EN QUESTION DANS LE DEPARTEMENT DU LOIRET: LES DYSFONCTIONNEMENTS IDENTIFIES.....	23
2.1 Un système de prise en charge complexe, non coordonné et mal repéré par les usagers.....	23
2.1.1 Une pluralité d'acteurs en manque de consensus.....	23
2.1.2 Une pluralité d'actions menées sans coordination : les problématiques de la complémentarité des actions et de la continuité de la prise en charge	24
2.1.3 Un manque de professionnalisme et une insuffisance de formation de certains acteurs.....	25

2.2	La précarité de certaines structures de prise en charge.....	27
2.2.1	Le manque de pérennité des financements et ses conséquences.....	27
2.2.2	La problématique du politique	28
2.2.3	Un public toxicomane en constante évolution et difficile à appréhender.....	29
2.3	Les enjeux de la politique socio sanitaire de prise en charge des toxicomanes mal repérés par les institutions de planification, de coordination et de financement.....	30
2.3.1	La planification	30
2.3.2	L'évaluation et le suivi des actions	32
2.3.3	La coordination des dispositifs existants	32
3	LES PISTES D'ENGAGEMENT D'UNE DYNAMIQUE D'AMELIORATION DU SYSTEME DE PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUES.....	35
3.1	Engager les acteurs dans une démarche consensuelle et coordonnée : le cadre du plan territorial de lutte contre les addictions.....	36
3.1.1	La réunion des différents acteurs autour de la DDASS	36
3.1.2	La coordination des actions	37
3.1.3	Un suivi et une évaluation indispensables des actions.....	38
3.2	Consolider les structures de prise en charge	41
3.2.1	Au niveau financier	41
3.2.2	Au niveau de la couverture territoriale.....	42
3.3	Adapter et actualiser les interventions professionnelles et les dispositifs de prise en charge aux besoins du public toxicomane	44
3.3.1	Au niveau du système de prise en charge	44
3.3.2	Au niveau des dispositifs d'accompagnement social.....	46
3.3.3	Atteindre une bonne couverture territoriale de l'information, auprès des usagers et des non usagers, en terme de prévention et de réduction des risques, par des acteurs qualifiés.....	48
	CONCLUSION	51
	SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE	54
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ACT	Appartement de coordination thérapeutique
AIDES	Association de lutte contre le SIDA
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
APLEAT	Association pour l'écoute et l'accueil des toxicomanes
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ASI	Appui social individualisé
ASUD	Association auto-support des usagers de drogues
BPDJ	Brigade de prévention de la délinquance juvénile
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CCAA	Centres de cure ambulatoire en alcoologie
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CDO	Convention départementale d'objectif
CHRO	Centre hospitalier régional d'Orléans
CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé
CSST	Centre de soins spécialisés aux toxicomanes
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDJS	Direction départementale de la jeunesse et des sports
DDPJJ	Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse
DESCO	Direction de l'Enseignement Scolaire
DGS	Direction Générale de la Santé Institut
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRJS	Direction régionale de la jeunesse et des sports
ECHOT	Equipe de coordination hospitalière et d'orientation des toxicomanes
EN	Education nationale
ESCAPAD	Enquête santé et consommation au cours de l'appel de préparation à la défense
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
FRAD	Formateurs relais anti drogues

GRSP	Groupement régional de santé publique
IASS	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
INPES	Institut national pour la prévention et l'éducation en santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IT	Injonctions thérapeutiques
LFI	Loi de finances initiale
MILAD	Mission de lutte anti drogues
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
ORS	Observatoires régionaux de santé
PES	Programme d'échange de seringues
PLF	Projet de loi de finances
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRSP	Programme régionale de santé publique
RMI	Revenu minimum d'insertion
RVHS	Réseau ville hôpital SIDA
SREPS	Schéma régionale d'éducation pour la santé
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
UAHL	Unité d'addictologie hospitalière de liaison
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
UDVI	Usagers de drogues par voie intraveineuse
URCAM	Union régional des caisses d'assurance maladie
VIH	Virus de l'immuno déficience humaine
VHC	Virus de l'hépatite C

INTRODUCTION

En France, sous le terme général de toxicomanie, on a longtemps amalgamé des pratiques consommatoires hétérogènes englobant la nature des produits, les modes de consommation, les personnes qui consomment et la sévérité des problèmes. Le produit psychotrope (ou drogue illicite) était alors considéré comme seul à l'origine des troubles, ce qui a conduit à l'emploi du terme « drogué », celui-ci faisant référence à la notion d'intoxication. Implicitement, la rupture avec les consommations antérieures et l'abstinence suffisaient à réinscrire la personne dans une démarche de santé et de vie harmonieuse. Puis on a distingué des types de consommation en fonction des effets cliniques des substances psychoactives¹, mais aussi en fonction du comportement même du consommateur et des déterminants qui se trouvent à l'origine de celui-ci. De ces différentes approches ont émergé des politiques publiques de plus en plus axées sur les concepts de prévention et de réduction des risques, trouvant leur concrétisation dans la loi de santé publique du 9 août 2004. La perception de l'usager de drogues a donc évolué et désormais, la prise en charge socio sanitaire des dépendances aux produits doit être globale et s'inscrit dans une véritable démarche de coordination des acteurs et des dispositifs. Les Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST) constituent la clé de voûte du système de prise en charge des usagers de drogues. C'est à partir des missions qui leur sont dévolues par le décret du 29 juin 1992 que l'on peut définir un système de prise en charge à plusieurs niveaux, dans lequel chaque acteur intervient en fonction de ses compétences: la prise en charge des toxicomanes doit être médicopsychologique, sociale et éducative, incluant l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. L'usager de drogues doit être placé au centre de ce système de prise en charge, qui se décompose en plusieurs phases, du repérage de la situation consommatoire problématique (prévention, orientation) aux soins au sens strict, sans oublier le suivi socio sanitaire en cours de prise en charge et à la sortie du dispositif.

Dans cette optique, la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT) a élaboré un plan d'action gouvernemental de lutte contre l'alcool, le tabac et les drogues illicites, applicable sur la période 2004-2008. Un binôme est chargé de conduire le dispositif opérationnel de lutte contre la toxicomanie à l'échelon départemental : il est constitué d'un chef de projet membre du corps préfectoral et d'un coordonnateur, agent des services déconcentrés. Ce mémoire s'inscrit dans le cadre de

¹ Aujourd'hui, ce terme désigne l'ensemble des produits qui agissent sur le cerveau, que l'usage en soit interdit ou réglementé.

la déclinaison locale du plan gouvernemental dans le département du Loiret réalisée entre le mois d'octobre 2004 et le mois de décembre 2005: le plan territorial de lutte contre les addictions, qui concerne tout particulièrement les missions de l'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale en terme de planification, de conduite de projet, d'animation, de coordination entre différents dispositifs...A travers la déclinaison territoriale du plan gouvernemental, les différents acteurs intervenant dans le champ de la toxicomanie et la DDASS souhaitent améliorer le dispositif de prise en charge des toxicomanes. Le champ d'investigation du plan gouvernemental étant vaste (les addictions en général : alcool, tabac, drogues illicites), mon propos traitera spécifiquement des usagers de drogues illicites, public en difficulté dans le département du Loiret. L'utilisateur de drogues ou toxicomane peut être défini comme toute personne usant de façon illicite, de substances ou de plantes classées comme stupéfiants, que cet usage soit récréatif ou non². Les drogues illicites regroupent les produits stupéfiants (hors cadre de prescription médicale) et certains produits non classés comme stupéfiants et détournés de leur usage normal (colle, solvants, médicaments détournés...)³.

Dans le département du Loiret les intervenants du champ de la toxicomanie sont multiples et divers : le secteur associatif est très dynamique, les structures de soins diversifiées (CSST, équipes hospitalières...), ce qui n'est pas sans poser de difficultés. Les institutions de financement, de coordination et de planification⁴ ne disposent pas d'une vision globale des actions menées dans le champ de la toxicomanie au niveau départemental par ces différents intervenants. Cette opacité dans les interventions réalisées conduit les institutions à se poser la question de la qualité de la prise en charge des usagers de drogues : il est apparu nécessaire d'évaluer la qualité et l'efficacité des actions menées et financées. Parallèlement, les acteurs expriment certaines difficultés. Les modes de financement des actions sont complexes car pluriels : les financements interviennent à différents niveaux, en fonction des actions menées (prévention, soin, insertion, répression). De ces constats en terme de pluralité des actions, des acteurs et des modes de financement découle une dernière remarque: le manque de coordination. Entre les intervenants en toxicomanie d'une part qui ne communiquent pas sur les actions menées, les lieux d'interventions, les publics ciblés... Entre acteurs et institutions d'autre

² Loi n°70.1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic, et de l'usage illicite des substances vénéneuses

³ Drogues et dépendances, Indicateurs et tendances 2002, OFDT

⁴ Acteurs ayant une mission de coordination, de planification et de financement : structures de coordination départementales, éducation nationale, unions régionales, collectivités territoriales, DRDJS, DDASS, DRASS, ARH, GRSP.

part, les décisions prises au niveau national étant parfois trop éloignées des réalités de terrain.

L'ensemble de ces constats amène à se questionner: Pourquoi y a-t-il des ruptures dans le système de prise en charge des usagers de drogues dans le département du Loiret ?

Le travail effectué dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire repose sur plusieurs hypothèses de départ que mes investigations et recherches ont permis d'analyser, pour aboutir à des propositions d'amélioration du système de prise en charge des usagers de drogues dans le département du Loiret. Tout d'abord, les actions menées ne semblent pas être intégrées dans un système global de prise en charge de l'usager de drogues : elles seraient menées ponctuellement, sans continuité réelle dans l'accompagnement. Ensuite, la pluralité des intervenants dans le champ de la toxicomanie semble conduire à la redondance de certaines actions et à des difficultés de repérage des missions et compétences de chacun par les usagers. Les interventions réalisées manqueraient donc de complémentarité et de coordination. Enfin, il existerait des conflits d'intérêt entre acteurs, au regard de la répartition des financements d'une part ; au regard de philosophies d'action divergentes d'autre part. Les points de vue divergent, les méthodes également, ce qui peut être un frein à la mise en œuvre d'un plan d'action coordonné en faveur des usagers de drogues.

La réalisation de ce mémoire repose sur une méthodologie articulée autour de quatre étapes principales: la participation à la réalisation du plan territorial départemental de lutte contre les addictions, la réalisation et l'étude d'une enquête menée auprès des différents opérateurs intervenant dans le champ de la lutte contre la toxicomanie dans le Loiret, la réalisation d'entretiens auprès d'usagers de drogues et de professionnels et la recherche documentaire. Dans un premier temps, j'ai assisté aux comités de pilotage relatifs à la mise en œuvre au niveau départemental du plan gouvernemental de la MILDT. Le médecin inspecteur de santé publique en charge du dossier à la DDASS m'a associée au lancement des travaux : élaborer un état des lieux relatif aux addictions dans le département du Loiret. Cet état des lieux a par la suite été intégré au plan territorial. La réalisation de cet état des lieux s'est appuyée sur une recherche documentaire, mais également sur le dépouillement et l'étude des résultats de l'enquête menée auprès des intervenants en toxicomanie: une première grille de renseignements a été adressée aux différents acteurs (une fiche par objectif national du plan MILDT). Puis des visites sur place ont été effectuées par un binôme DDASS/Direction régionale de la jeunesse et des sports (DRJS) au début de l'année 2005. J'ai participé à la finalisation de l'enquête: derniers entretiens avec les acteurs, dépouillement et analyse de l'enquête. Dans un

second temps, je me suis intéressée à l'analyse du système de prise en charge des usagers de drogues dans le département. Il s'agissait d'aller à la rencontre des usagers et des professionnels intervenant dans la lutte contre la toxicomanie dans le but d'appréhender le dispositif de prise en charge, mais également d'en relever les points forts et les défaillances. J'ai tout d'abord utilisé les travaux réalisés durant le stage d'observation effectué aux mois de novembre et décembre 2004: monographie, stage au CSST de la ville d'Orléans, étude des entretiens réalisés auprès des usagers du CSST et des professionnels des équipes. Ensuite, j'ai réalisé de nouveaux entretiens, téléphoniques ou physiques, avec des professionnels, sur la base d'une grille d'entretien⁵ adaptée à chaque métier. Les intervenants du champ de la toxicomanie étant de compétences très diversifiées, mon objectif était de rencontrer et d'entretenir des professionnels intervenant à chaque niveau du système de prise en charge des usagers de drogues, mais également de rencontrer les représentants des institutions de planification, de coordination et de financement. A la demande de la majorité des personnes rencontrées, l'anonymat des mes interlocuteurs sera respecté tout au long de ce mémoire. Je fais donc le choix de ne pas citer mes sources, la liste des personnes rencontrées et des entretiens réalisés est néanmoins fournie en annexe 1. Dans le domaine des financements, l'étude des crédits alloués par type d'action a permis de compléter mon analyse.

Cette étude s'est heurtée à un manque de statistiques concernant la population toxicomane dans le département du Loiret. Il s'agit d'un public difficile à appréhender compte tenu de sa localisation (squats, rue...), de sa mobilité géographique (on peut parler de nomadisme) et des réticences que certains toxicomanes ont à entrer en contact avec les institutions, les centres de soins... Les données nécessaires à l'élaboration de l'état des lieux départemental ont été trouvées dans divers documents régionaux et départementaux ainsi que dans diverses bases de données : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS), ESCAPAD... De plus, le Programme Régional de Santé Publique (PRSP) et le Schéma Médico-Social étant en cours d'élaboration au moment de la réalisation de cette étude, il m'a été difficile d'utiliser ces références dans mes travaux.

La logique et l'organisation actuelles du système de prise en charge des usagers de drogues, tant au niveau national que départemental, seront appréhendées dans une première partie. L'étude s'attachera plus particulièrement, dans une deuxième partie, à

⁵ Voir annexe 2

mettre en évidence les dysfonctionnements de ce système de prise en charge dans le département de Loiret. Dans une troisième et dernière partie seront présentées des actions et préconisations dont la mise en œuvre pourrait permettre d'améliorer l'efficacité du système de prise en charge des usagers de drogues, dans le cadre du plan territorial départemental de lutte contre les addictions.

1 ETAT DES LIEUX D'UN DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUES AU PLUS PRES DES REALITES DE TERRAIN : PRESENTATION DANS LE DEPARTEMENT DU LOIRET

L'évolution des politiques publiques de prise en charge des toxicomanes et les particularités locales influent sur l'élaboration de stratégies d'intervention relatives à la lutte contre la toxicomanie. Il est par conséquent intéressant de les présenter afin d'en appréhender les enjeux et les conséquences dans une démarche d'élaboration d'un plan territorial de lutte contre les addictions.

1.1 Les évolutions des politiques publiques dans la prise en charge des usagers de drogues

La toxicomanie est la rencontre entre un produit, une personnalité, un environnement⁶. Telle ne fut pas toujours la conception du monde politique et médical.

1.1.1 Un cadre législatif qui s'adapte aux évolutions de la perception des toxicomanes

La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses constitue depuis 30 ans le cadre légal de la politique française de lutte contre la toxicomanie. Elle s'articule autour de trois axes : répression sévère du trafic, interdiction de l'usage et proposition d'une alternative thérapeutique à la répression de l'usage, gratuité des soins et anonymat pour les usagers. Toutefois, la mise en œuvre de la loi n'a pas été sans poser de problèmes : l'usager est à la fois considéré comme un délinquant et un malade, ce qui conduit professionnels et politiques à s'interroger sur les modalités de prise en charge des toxicomanes. Le rapport Pelletier, publié à la fin des années 70 (1978), établit un bilan de l'application de la loi : l'alternative thérapeutique est proposée de façon très minoritaire. Ce rapport marque un tournant dans la façon de penser l'usage : il propose de distinguer les usagers de drogues en fonction du produit consommé. A la suite de ce rapport, une circulaire de 1978 invite les parquets à ne pas poursuivre les usagers de cannabis.

Les années 80 sont marquées par un renforcement de la répression, avant qu'une circulaire Justice-Santé du 12 mai 1987⁷ recadre le problème de l'usage : il faut penser le

⁶ OLIEVENSTEIN C. *Toxicomanie et psychanalyse, Bulletin de liaison du CNDT*. 1989

toxicomane en fonction de son comportement et de son environnement. Ce texte recommande un simple avertissement pour les usagers occasionnels, l'injonction thérapeutique pour les usagers réguliers, les usagers trafiquants et délinquants devront être poursuivis. L'utilisateur de drogues est ainsi perçu différemment selon son mode de consommation : le rapport Parquet de 1999 opère la distinction entre usage, usage nocif et dépendance, thèmes qui sont repris par les pouvoirs publics. L'usage est entendu comme une consommation qui n'entraîne pas de dommages, et qui peut varier dans son intensité : elle peut être qualifiée d'expérimentale, d'occasionnelle ou de régulière. L'usage nocif ou abus est entendu comme une consommation qui implique ou peut impliquer des dommages de nature sanitaire, sociale ou judiciaire. Au regard de leur définition, les concepts d'usages nocif et d'abus impliquent une répétition ou une pérennité du comportement. La dépendance est entendue comme un comportement psychopathologique présentant des caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales. Les principaux critères contribuant à sa définition sont : le désir compulsif du produit, la difficulté à contrôler sa consommation, la prise de produit pour éviter le syndrome de sevrage, le besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet qu'auparavant et la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur. Les évolutions dans la perception du public toxicomane ont entraîné des modifications significatives dans le système de prise en charge et les politiques publiques.

1.1.2 Une politique sanitaire orientée vers le soin

Très vite, des structures d'accueil spécialisées vont être créées pour les usagers de drogues (distinctes des structures de soin pour personnes alcoolodépendantes). L'Etat, par le biais de subventions, s'appuie sur un secteur associatif particulièrement dynamique : centres d'accueil et post-cures se développent. L'importance du secteur associatif restera l'un des traits marquants du dispositif français. Au départ, les options de traitement de type communautés thérapeutiques et traitement de substitution (Méthadone et Buprénorphine Haut Dosage : Subutex) sont marginales, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Durant les années 80, la volonté de rationaliser le système de prise en charge des toxicomanes se traduira par une centralisation du pilotage du dispositif sanitaire et social : les CSST qui proposent des cures de sevrage avec accompagnement psychothérapeutique sont au cœur du dispositif. Depuis 1992, ces centres signent des

⁷Circulaire CAB 87-01 du 12 mai 1987, également appelée "circulaire Chalandon 36" introduit une nouvelle distinction au niveau de l'usage, en se basant non plus sur le produit, mais sur le caractère occasionnel ou répété de la consommation de produits stupéfiants. Cette circulaire marque également la volonté de relancer l'injonction thérapeutique et en précise les conditions d'application, en donnant les moyens aux DDASS (signalement...).

conventions d'objectifs d'une durée de 5 ans et assurent en parallèle une prise en charge médicosychologique, sociale et éducative des usagers de drogues. A la fin des années 80, l'épidémie de SIDA met en évidence le fait qu'une grande partie des usagers de drogues présente une situation sanitaire et sociale qui se dégrade rapidement, et ne se trouve pas en contact avec le système de soin. La voie vers la réduction des risques est tracée...

1.1.3 Les premiers pas vers la réduction des risques et la prévention

Le législateur de 1970 pensait que l'injonction et la répression décourageraient les usagers et enrayeraient une propagation de ces pratiques dans la société française. 25 ans plus tard, dans un rapport remis au ministre de la santé, le professeur Henrion⁸ démontre l'échec de ces objectifs et fait un constat alarmant : un budget hiératique alloué à la prise en charge des toxicomanes, une augmentation constante du nombre de consommateurs, une extension de la consommation à toutes les catégories de la population, une augmentation des morts par surdose, une augmentation des infections VIH et VHC⁹, des incarcérations massives de toxicomanes. La loi n'a pas eu les effets escomptés, et pour de nombreux professionnels de l'époque, elle a aggravé la situation des héroïnomanes (avec l'apparition du SIDA, mais aussi la marginalisation croissante d'une part de la population toxicomane). La commission relève également la méconnaissance du législateur en matière de toxicomanie, réduisant ainsi la possibilité de prise en charge à la seule désintoxication. De plus, les toxicomanes ont été écartés du système de soin généraliste par la création de structures spécialisées qui ne peuvent répondre à l'ensemble des besoins, car insuffisantes en nombre et inégalement implantées sur le territoire : « L'hypercentralisation du dispositif a eu pour conséquence de couper la lutte contre la toxicomanie des politiques plus larges d'action sociale et de lutte contre l'exclusion »¹⁰. A la fin des années 80, le taux de contamination par le VIH chez les toxicomanes étant élevé, les politiques décident d'engager une démarche en vue d'enrayer les pratiques les plus dangereuses en terme de contamination, notamment le partage de seringues usagées. Michèle Barzach, alors ministre de la santé, suspend en 1987¹¹ le décret de 1972¹² qui rendait obligatoire la présentation d'une pièce d'identité lors

⁸ Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, sous la présidence du professeur Roger Henrion, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, mars 1995

⁹ VIH : virus de l'immuno déficience humaine ; VHC : virus de l'hépatite C

¹⁰ S. Geismar – Wieviorka. *Les toxicomanes ne sont pas tous incurables*, Editions du Seuil, janvier 1998

¹¹ Décret n°87-328 du 13 mai 1987 relatif à la vente libre de seringues en pharmacie

¹² Décret n°71-200 du 13 mars 1972

de l'achat de seringues. Ce premier pas vers la réduction des risques reste pourtant isolé. Le corps médical spécialisé en toxicomanie n'adhère pas à ce mouvement et refuse de mettre en place des lieux d'échange de seringues pour ne pas faire d'amalgame entre SIDA et toxicomanie. Des tentatives d'expérimentation sont toutefois initiées à partir de 1994 : l'Etat débloque les fonds nécessaires à la création de 16 Programmes d'Echange de Seringues (PES) et 6 boutiques de bas seuil pouvant accueillir les usagers de drogues pour un accès à des services de base (douche, lavage de linge, nourriture, matériel de prévention...). Parallèlement, l'Etat finance à titre expérimental 50 places Méthadone dans deux établissements hospitaliers. Les initiatives restent pourtant timides face à la résistance d'une partie des professionnels en toxicomanie et de la population à la réduction des risques. Malgré tout, on commence à s'interroger sur la pertinence des traitements de substitution (rapport Trautmann), mais il faudra attendre 1993 pour que l'Etat autorise la délivrance de produits de substitution: la Méthadone en 1994 puis la Buprénorphine Haut Dosage en 1996. Le virage est pris, une véritable politique de réduction des risques est décidée et financée par le ministère de la santé (améliorer la prise en charge et créer des réseaux ; développer le dispositif de réduction des risques ; développer les traitements de substitution).

La politique de prévention est officiellement intégrée dans les objectifs de la politique de lutte contre la toxicomanie en 1982. Elle subira des recadrages : orientée vers les produits, puis vers les comportements, avant un retour à une approche par produits en 2004. Le terme « réduction des risques » a fait son apparition en France dans le champ des toxicomanies au début des années 90. C'est aux Pays-Bas que sont apparues les premières stratégies de réduction des risques au cours de cette même période. La loi de santé publique définit la politique de réduction des risques comme suit : « la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants». Quelques exemples d'action de réduction des risques : les programmes d'échange de seringues, les kits de sniff...

La MILDT s'est engagée dans cette voie par le biais d'un nouveau plan gouvernemental, applicable sur la période 2004-2008.

1.1.4 Des évolutions sous l'impulsion de la MILDT

La MILDT est chargée de veiller, pour le compte du Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie, à la mise en œuvre des orientations de politique publique. Sur la base des propositions d'orientation développées par la MILDT, un plan triennal de lutte contre le drogue et la toxicomanie a été adopté par le gouvernement le 16 juin 1999. Ce premier plan constitue une évolution majeure dans la prise en charge des conduites

addictives. Il pose certains constats : les modes de consommation de produits psychoactifs évoluent, les usagers adoptent de plus en plus des comportements de polyconsommation¹³, le dispositif de prise en charge est inégalement réparti sur le territoire, les différents acteurs n'ont pas de culture commune d'action, l'accompagnement social et professionnel lors de la prise en charge reste insuffisant. Partant de ces constats, le plan définit de grandes orientations : développement de l'observation des phénomènes de consommation de produits psychoactifs, diffusion de données fiables, élargissement de la démarche de prévention à l'ensemble des comportements de consommation de produits psychoactifs, développement d'une culture commune, diffusion de la politique de réduction des risques, prise en charge sanitaire et sociale précoce, adaptation de la politique pénale (logique de santé publique), renforcement de la lutte contre les trafics, actions internationales à développer.

A la suite du plan triennal présenté par Madame Nicole Maestracci en 1999, Didier Jayle, actuel président de la MILDT, a impulsé une nouvelle approche dans son plan 2004-2008. Partant des conclusions du rapport d'évaluation du plan triennal 1999-2001 réalisé par l'OFDT, le nouveau plan gouvernemental reprend l'ensemble des grandes évolutions intervenues ces dernières années en matière de prise en charge des usagers de drogues. « Pour réduire l'impact des drogues et de leurs conséquences néfastes, une action efficace est avant tout une action déterminée utilisant tous les leviers de l'action publique (application de l'éventail législatif, information et prévention, système de soins, coopération internationale) et mobilisant l'ensemble des acteurs sociaux »¹⁴.

En premier lieu, le plan est largement centré autour de la prévention, comme prévu dans la loi de santé publique du 9 août 2004 : la prévention des drogues devient une affaire de société, les conséquences de la consommation de drogues illicites, tabac et alcool étant présentées comme un « problème majeur tant de santé publique que de sécurité ». La prévention doit être comprise comme l'ensemble des moyens qui éloignent de la drogue les personnes fragilisées à un moment donné de leur existence, on parle alors de prévention primaire ; la prévention secondaire tente d'éviter l'apparition de nouveaux problèmes liés à l'usage abusif de drogue ; la prévention tertiaire intervient au niveau des toxicomanes ayant suivi une cure de désintoxication (réinsertion sociale et prévention de la récidive). En matière de consommation de drogues illicites, un programme prévoit des actions ambitieuses en direction des adolescents et des jeunes dont la consommation est de plus en plus précoce (cannabis, drogues de synthèse, crack...). Il est prévu d'y associer parents et éducation nationale, ainsi que les acteurs sociaux intervenant en

¹³ Consommation répétée d'au moins deux produits (alcool, tabac, drogues illicites...)

¹⁴ Plan gouvernemental de lutte contre le tabac, l'alcool et les drogues illicites 2004-2008

direction des jeunes (associations...). Pour cela, le plan s'articule autour d'une approche par produit, l'approche globale du précédent plan ayant montré ses limites (notamment en matière de soins, cette approche s'est heurtée à des réponses insuffisantes en l'état actuel des méthodes thérapeutiques). Ce retour à une approche par produit vise à tenir compte des caractéristiques propres à chaque produit, dans le but d'en abaisser le niveau de consommation et d'en surveiller les évolutions en matière de fabrication, de consommation et de trafic. En second lieu, le plan prévoit de rendre le système de soins plus accessible et plus efficace : il s'agit d'améliorer le dispositif de prise en charge des dépendances selon le modèle « avant- pendant- après » ou « repérage des usages nocifs- prise en charge effective- sortie du dispositif » (notion de système global de prise en charge). Enfin, le plan est marqué par un retour à une certaine logique répressive sous le titre « rétablir la portée de la loi ». En effet, l'accent est porté sur la lutte contre le trafic, par des moyens juridiques nouveaux (enquêtes de patrimoine...) ainsi que l'utilisation d'Internet. Il est également prévu le renforcement de la répression de la conduite sous l'emprise du cannabis... La coopération européenne et internationale dans ce domaine devient essentielle.

Un tel plan gouvernemental a vocation à être décliné dans l'ensemble des départements français. En région Centre, les acteurs de terrain et les acteurs institutionnels du département du Loiret se sont lancés dans un vaste travail d'élaboration d'une stratégie territoriale de lutte contre les addictions, en partant des réalités régionales et départementales et en cadrant le mieux possible avec le plan gouvernemental de la MILDT.

1.2 Le contexte local et la population toxicomane

La région Centre et plus particulièrement le département du Loiret présentent une situation géographique particulière au regard de la population toxicomane. De même, les profils démographiques de la population présentent des caractéristiques de sensibilité aux conduites addictives.

Il est important de noter que le public toxicomane est difficile à dénombrier. La DRASS et la DDASS ne disposent pas de données récentes quant au nombre de toxicomanes présents dans la région et dans le département du Loiret. L'essentiel des données provient des structures de prise en charge (principalement les CSST). La région Centre comptait 6 CSST en 2001 pour une file active moyenne de 1484 personnes. Le département du Loiret compte un CSST en 2006 pour une file active de 598 personnes en 2004. Ces données excluent les toxicomanes qui ne font pas appel à ces structures. Les rapports d'activité constituent un élément précieux de connaissance de la clientèle et de l'activité des structures. Ce recueil d'information étant en principe exhaustif, il constitue en

outre une des seules sources susceptibles de fournir des données sur les usagers de drogues pris en charge par le dispositif spécialisé, tant au niveau régional que départemental.

1.2.1 Le contexte régional et départemental

Avec 2.5 millions d'habitants, la région Centre recense un peu plus de 4% de la population métropolitaine (9^e rang). Une de ses particularités tient dans son extension géographique qui permet de distinguer plusieurs zones aux particularités distinctes. Par exemple la partie sud partage les difficultés du développement du Massif Central qui la joute alors que la partie nord profite du dynamisme de l'Île de France. La situation économique et sociale apparaît dans sa globalité plutôt enviable : le taux de chômage est sensiblement plus faible (7.5% en 2001 vs 9%) et le recours aux minima sociaux moins fréquent qu'au niveau national.

La région Centre présente un profil démographique très proche de celui de la France si l'on examine le recensement de 1990. La population en région Centre n'est que légèrement plus âgée que celle de l'ensemble du pays, mais la tendance au vieillissement y est plus nette. Par ailleurs, les variations intra régionales y sont très fortes. Ainsi, le département du Loiret se compose d'une population jeune avec près de 30% d'habitants de moins de 20 ans. Cette proportion s'explique par le fait que le département joute la région Île de France et attire une population de plus en plus jeune. A l'inverse, la population du département migre vers l'Île de France : les mouvements migratoires y sont très importants.

Ces données prennent toute leur importance lorsque l'on parle de la population toxicomane du département : celle-ci afflue massivement des départements limitrophes, de la région Centre et majoritairement de l'Île de France. Le département constitue souvent un lieu de passage pour ce public, qui y trouve un tissu associatif dynamique en terme de prise en charge, ainsi que des structures de soins bien implantées, principalement dans le secteur de la ville d'Orléans.

Le département couvre un territoire géographique vaste, aux réalités disparates. Il est possible de définir quatre bassins d'emploi, autour des quatre grandes unités urbaines du département : Orléans et Pithiviers à l'Ouest, Montargis et Gien à l'Est. La population toxicomane se retrouve autour de ces zones et plus particulièrement dans le secteur d'Orléans et de Montargis, du fait des facilités d'accès (voies ferroviaires, autoroutes...). Toutefois, l'Est du département est plus pauvre en structures de prise en charge. En effet, le département compte un CSST, scindé en deux lieux d'accueil : un centre avec hébergement situé en périphérie de la ville d'Orléans, un lieu d'accueil ambulatoire situé au centre de la ville d'Orléans. L'Est du département, qui compte une agglomération et un bassin d'emploi importants autour de la ville de Montargis, est dépourvu de CSST. La

problématique de la prise en charge des toxicomanes dans le département est donc bien réelle.

1.2.2 Données de morbidité et de mortalité régionales et départementales dans le champ de la toxicomanie : état des lieux

En matière de drogues illicites, le service études et statistiques de la DRASS a mené une enquête « Toxicomanie en région Centre » au cours du mois de novembre 2003, qui retrace les types de consommation, les profils d'usagers de drogues... Des données plus précises, au niveau départemental, sont apportées par les structures de soins et les associations intervenant auprès du public toxicomane : rapports d'activités, enquêtes diverses... Dans le secteur de la répression, des informations sont collectées auprès du groupement de Gendarmerie du Loiret (Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile), de la police nationale (Mission de Lutte Anti Drogue) et des tribunaux (Parquet). Elles portent essentiellement sur les infractions à la législation sur les stupéfiants et permettent de dresser un panorama des interpellations par type de produits, mais également des profils d'usagers et trafiquants (sexe, âge...).

L'état des lieux présenté dans cette partie a été réalisé dans le cadre de la déclinaison territoriale du plan de la MILDT : il reprend l'ensemble de ces informations et a permis de les compléter.

A) Les données régionales

En région Centre, le nombre de toxicomanes ayant eu recours à une structure de soins depuis 1992 a été multiplié par 2.3 : 414 en 1992, 977 en 2003 (pour un mois donné : novembre). La part des femmes concernées est passée de 27% à 22% pour cette même période. La prise en charge des toxicomanes se fait majoritairement dans les centres spécialisés (CSST). L'âge moyen de la population toxicomane ayant eu recours au système de soins s'accroît, passant de 26 ans en 1999 à 31 ans en 2003. La part des moins de 20 ans est en nette diminution (42.5% en 1999 contre 22.7% en 2003). A l'inverse, la tranche d'âge 35 ans et plus est en progression, passant de 9.9% en 1999 à 33.9% en 2003.

Toxicomanes pris en charge en centres spécialisés	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Centre	292	340	314	436	nd	529
Cher	27	24	22	34	nd	31
Eure et Loir	30	36	30	54	nd	46
Indre	31	41	29	71	nd	52
Indre et Loire	148	164	163	168	nd	214
Loiret	56	75	70	95	nd	143
Loir et Cher	0	0	0	14	nd	43

Source SCORE SANTE, FNORS

Le produit primaire ayant motivé la prise en charge en centres spécialisés est l'héroïne, et ce dans un cas sur deux, suivi par le cannabis dans un cas sur cinq et devant la cocaïne qui représente 2% des prises en charge. Toutefois la consommation d'héroïne est en baisse constante en région Centre : 67% des toxicomanes en 1997, 63% en 1999, 52% en 2003 (pour les toxicomanes pris en charge dans les établissements spécialisés). La consommation d'héroïne concerne plutôt les patients âgés de plus de 25 ans, les moins de 25 ans s'orientent davantage vers le cannabis puisqu'il représente pour 57% d'entre eux le premier motif de prise en charge. Parmi les modes d'administration du produit, les toxicomanes choisissent la voie intraveineuse dans 40% des cas. 48% disent ne l'avoir jamais utilisée. Sur 87% d'utilisateurs de produits illicites par voie intraveineuse ayant effectué un test de dépistage, 6.4% sont séropositifs au VIH. Parmi les séropositifs déclarés, on retrouve les deux tiers d'utilisateurs de la voie intraveineuse. Pour le VHC, on trouve 60% de séropositifs parmi les 90% de patients ayant effectué le test dans les mêmes conditions.

B) Les données départementales

A partir des données recensées par les acteurs de la prise en charge des usagers de drogues dans le Loiret (les données recensées proviennent essentiellement du CSST), on remarque que la population toxicomane du Loiret est majoritairement masculine. Les produits consommés sont essentiellement le cannabis et l'héroïne. La population toxicomane est de plus en plus jeune. La moyenne d'âge des consultants des structures de soins est comprise entre 25 et 39 ans. 75% des consultants ont débuté leur consommation de stupéfiants avec du cannabis. 59% des patients ont débuté leur consommation avant 18 ans, et 18% entre 18 et 24 ans. 48% des patients sont poly toxicomanes.

Les données socio sanitaires

Au CSST, 598 personnes ont bénéficié d'une prise en charge effective en 2004 (517 en 2003). 61% des consultants ont moins de 30 ans et la moyenne d'âge est de 28.4 ans (28 ans pour les hommes, 31 ans pour les femmes). 86% des patients résident dans le Loiret, 3% viennent de la région Centre (hors Loiret), 11% viennent d'autres régions de France. Le nombre de décès par surdose est en constante diminution, passant de 4 décès en 1997 à 0 en 2003. Cette tendance est similaire à celle rencontrée dans la région Centre et sur l'ensemble de la France.

Profils de consommation des usagers pris en charge au CSST

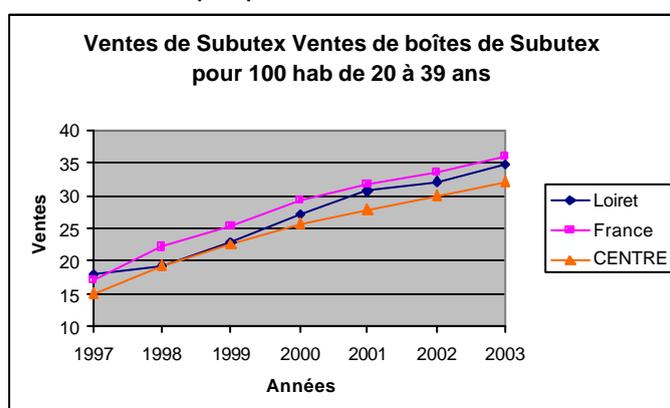
PRODUITS	PRODUIT DE DEBUT DE CONSUMMATION %	PRODUIT MOTIVANT LA VENUE %	POLYTOXICOMANES PRODUIT PRINCIPAL %
Alcool	7.5	4.5	59
Antidépresseurs	1.5	1.5	10
Autres substances	1	3	72
Benzodiazépines	1.5	1	86
Cannabis	75	47	24
Cocaïne	1.5	2	75
Colles et solvants	3	0.5	0
Crack	0	0.5	100
Ecstasy	1	1	57
Héroïne	8	38.5	74
Morphine, Opium	0	0.5	0

Source Rapport d'activité 2003 APLEAT

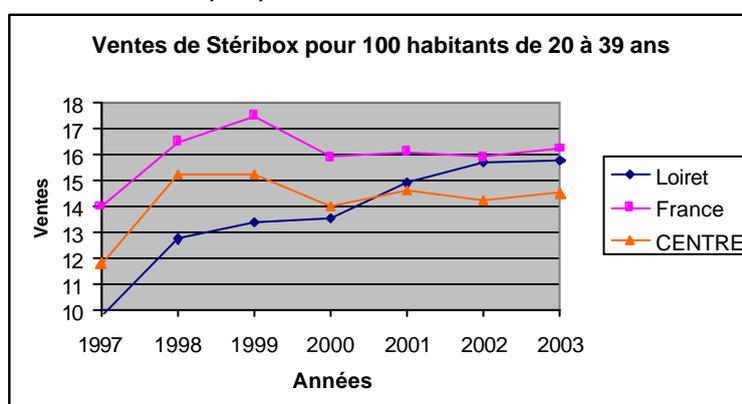
Au cours de l'année 2004, 108 personnes sous Méthadone ont été suivies au CSST, soit 21% de plus qu'en 2003 (32 femmes, 76 hommes). 17 traitements ont été initiés par le centre, 4 en maison d'arrêt et 87 prises en charge pour la continuité du traitement. 103 des consultants prenaient un traitement de substitution au Subutex, parmi lesquels on dénombre 41 prescriptions respectées et 62 usages détournés.

Globalement, les ventes de traitement de substitution au Subutex sont en constante augmentation depuis 1997, tant dans le département que dans la région, ce qui reflète une augmentation des prescriptions de ce type de traitement (graphique 1). Les ventes de Stéribox¹⁵ (graphique 2) se stabilisent au niveau régional mais augmentent dans le département du Loiret. Ces deux graphiques viennent illustrer la tendance à l'augmentation du nombre d'usagers de drogues et de leurs besoins dans le département décrite ci-dessus.

Graphique 1



Graphique 2



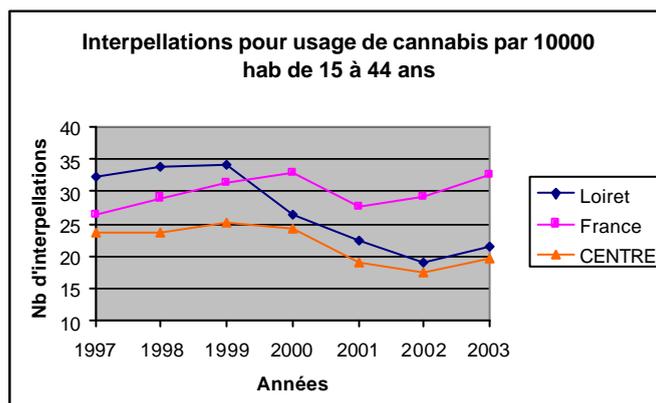
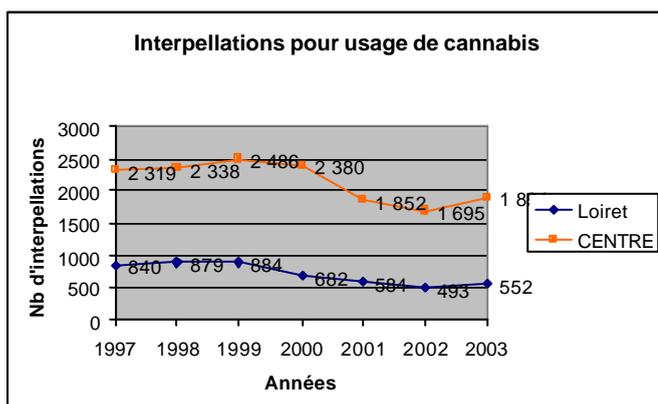
¹⁵ Stéribox est un kit de protection contenant : 2 seringues à insuline 1 ml, 2 tampons d'alcool, 2 flacons d'eau stérile, 1 préservatif, 2 Stéricup, 1 mode d'emploi, des conseils explicites.

Les données relatives à la répression

En 2004, 264 personnes suivies au CSST étaient placées sous mesure de justice directement au centre ou en maison d'arrêt : 88 personnes sous mesure d'orientation sanitaire ; 34 personnes sous injonction thérapeutique ; environ 48 personnes sous mesure d'obligation de soins ; 3 jeunes de 18 ans sous mesure de réparation présentant une conduite addictive au cannabis; 31 personnes sous contrôle judiciaire; 5 hommes en semi liberté. Il est à noter une augmentation de 308% du nombre de mesures d'injonction thérapeutique adressées au CSST depuis 2001, et une progression de 31% des personnes prises en charge dans le cadre d'une mesure de justice.

Selon les données du groupement de gendarmerie du Loiret, le cannabis est le produit le plus souvent retrouvé en zone gendarmerie au cours de l'année 2004 et du 1^{er} quadrimestre 2005. Le nombre d'interpellations pour usage de cannabis dans le Loiret a fortement diminué sur la période 1997-2002, mais augmente sensiblement à partir de 2002. Les interpellations pour usage de cannabis ont augmenté de 12% entre 2002 et 2003. Dans la région Centre, les interpellations pour usage de cannabis ont augmenté de 11.7% entre 2002 et 2003. Le nombre d'interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy suit une tendance similaire: + 25.9% entre 2002 et 2003.

Il est important de préciser que l'augmentation du nombre d'injonctions thérapeutiques, ainsi que celle des interpellations, reflètent essentiellement la politique répressive et non une augmentation de la consommation.



Face à ces particularités régionales et départementales, un tissu d'opérateurs intervenant dans le champ de la toxicomanie s'est développé pour répondre aux besoins du public toxicomane.

1.3 Le système de prise en charge des usagers de drogues dans le département du Loiret : acteurs et dispositifs

Pour les usagers actifs dépendants, il existe un dispositif de première ligne dont l'objectif est d'améliorer l'accès aux soins des populations les plus marginalisées : les médecins généralistes le composent en partie. Les CSST (et les centres de cure contre l'alcoolisme) forment le dispositif spécialisé qui assure l'accueil et la prise en charge sanitaire, sociale et éducative des personnes ayant des conduites addictives. D'autres dispositifs existent également pour mener à bien les missions d'orientation et de prise en charge dont sont investis les hôpitaux. Les équipes de liaison au sein des hôpitaux jouent un rôle essentiel dans la formation des personnels soignants et directement dans l'orientation et la prise en charge des personnes accueillies à l'hôpital. Le département du Loiret dispose d'une pluralité d'acteurs qui s'inscrivent à différents niveaux dans le système de prise en charge des usagers de drogues.

1.3.1 Le soin

Le département compte un CSST qui propose une activité ambulatoire et une activité avec hébergement, situés à Orléans et gérés par l'association pour l'écoute et l'accueil des toxicomanes APLEAT. Le CSST assure les missions dévolues réglementairement à ce type de structure¹⁶ : les CSST doivent assurer la prise en charge médicopsychologique, sociale et éducative du toxicomane ; mais également l'accueil, l'orientation et l'information des toxicomanes et de leur famille ; le sevrage ; la prise en charge en appartement de coordination thérapeutique (ACT)... Ce dispositif est complété par d'autres acteurs : le réseau ville hôpital SIDA (RVHS) qui a pour mission de faciliter la prise en charge médicale, sociale et psychologique des personnes vivant avec le virus du SIDA, dont une partie est un public toxicomane ; l'équipe de coordination hospitalière et d'orientation des toxicomanes (ECHOT) du centre hospitalier de l'agglomération Montargoise qui reçoit et oriente les personnes aux prises avec une problématique de consommation à risque; le centre hospitalier régional d'Orléans et le centre hospitalier Daumezon (CH psychiatrique) qui interviennent dans le cadre de primo prescription de traitements de substitution pendant l'hospitalisation.

Il est à noter qu'en dehors du CSST, les traitements de substitution peuvent être dispensés à l'hôpital ou en médecine de ville. Depuis le mois de janvier 2002 la prescription de Méthadone s'est ouverte aux médecins rattachés à une structure de soins publique pour une primo prescription et en relais avec les médecins généralistes pour la suite du traitement.

¹⁶ Décret du 29 juin 1992 relatifs aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes

1.3.2 La prévention

Le tissu associatif est dense et complété par des acteurs institutionnels. Ainsi, plusieurs associations interviennent dans des secteurs géographiques différents : l'APLEAT couvre l'agglomération orléanaise par le biais d'un service totalement dédié à la prévention, le service PISTES, dont l'objectif est la prévention primaire, le repérage et l'éducation aux risques, la formation des jeunes, des adultes et des professionnels. Une action spécifique, KNADOS, est dédiée à la prévention et au repérage des usages nocifs de cannabis, par le biais des consultations avancées installées dans les collèges et lycées (points écoute) et des consultations au centre Sainte-Anne (centre fixe de l'APLEAT). Dans le cadre du plan MILDT 2004-2008, l'APLEAT s'est vue confiée la mise en place des consultations cannabis, dont le financement est assuré par les crédits MILDT. L'association offre également aux toxicomanes un lieu d'accueil et d'échanges de matériel : le programme d'échange de seringues (section SACADOS).

Dans l'Est du département, l'association ESPACE offre un programme de réduction des risques en vue de réduire les risques liés à la consommation de produits psychoactifs par l'échange de seringues et l'accès à du matériel secondaire. Elle assure cette mission de réduction des risques avec un lieu fixe d'échange de seringues et différentes actions de rue auprès des personnes les plus marginalisées. L'association accompagne dans leur insertion sociale des publics marginalisés dont une majorité d'usagers de drogues et propose d'autres actions de formation, d'accompagnement, d'intervention en milieu scolaire.

Le groupement de gendarmerie du Loiret (BPDJ) et la police nationale proposent également des interventions en milieu scolaire sur le thème des consommations à risque et de leurs conséquences, tant sur le plan sanitaire que sur le plan judiciaire.

D'autres associations, telles AIDES 45 ou ASUD (association pour l'auto support des usagers de drogues) vont au devant des usagers de drogues de la rue, distribuent du matériel stérile, offrent un accompagnement et un suivi de long terme au public toxicomane, proposent des actions de prévention aux personnes en situation précaire.

En matière de financement des actions de prévention, plusieurs acteurs interviennent :

- l'URCAM et les organismes de la région disposent du Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS) afin de financer des actions d'éducation pour la santé proposées soit par les caisses soit par des promoteurs extérieurs. Un appel d'offre conjoint Etat-Assurance Maladie est réalisé chaque année afin de financer des actions de prévention portées par les associations. L'étude des dossiers est réalisée conjointement par la DDASS et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) au sein de chaque département puis au niveau régional au sein du groupe Santé Publique

- Prévention. Les décisions de financement FNPEIS/39-01 sont prises conjointement par le directeur de l'URCAM et de la DRASS ;
- un appel d'offre est également réalisé chaque année par l'Etat ;
 - le Conseil Général peut attribuer des aides aux associations, sous forme de subventions ponctuelles ou annuelles, d'aide à l'investissement, au fonctionnement ou à la réalisation d'actions ou de projets ;
 - les municipalités peuvent financer des projets de prévention ou d'éducation pour la santé, en particulier dans le cadre de la politique de la ville (contrats de ville).

1.3.3 L'insertion

Les problèmes d'insertion que connaissent les usagers de drogues ne leur sont pas spécifiques et d'autres groupes sociaux rencontrent des difficultés similaires (chômage, logement précaire, déqualification, endettement, isolement ...). Toutefois, les risques sanitaires et médicaux, liés notamment aux pratiques d'injection, en font un public particulièrement vulnérable (SIDA, hépatites, overdoses) et les comportements induits par l'addiction ainsi que les conséquences juridiques de la consommation de produits illicites peuvent accélérer notablement le processus de marginalisation.

Deux acteurs principaux proposent leurs services dans le département: le CSST géré par l'APLEAT et l'association ESPACE. Il s'agit des structures les plus importantes du département en terme de personnels, ce qui leur permet de proposer ce type d'accompagnement par des travailleurs sociaux.

L'association ESPACE propose aux usagers de drogues qui le souhaitent un accompagnement social sans préalable de soins. Celui-ci permet d'enrayer ou d'atténuer les problèmes rencontrés par l'utilisateur (justice, autres problèmes de santé, endettement, chômage, problèmes administratifs) et de favoriser son accession à la prise en charge de sa dépendance. Cet accompagnement perdure pendant et après le traitement et jusqu'à ce que l'utilisateur estime ne plus en avoir besoin. Ce type d'accompagnement a été validé par la DDASS en 1997 pour trois raisons :

- il est nécessaire d'être disponible et de connaître l'ensemble des dispositifs administratifs pour traiter la situation des toxicomanes dont la majorité est suivie en médecine de ville ;
- il n'existe aucun guichet unique sur le département du Loiret permettant de traiter en un seul lieu et de façon suivie les problématiques durables rencontrées par les toxicomanes ;
- les partenaires et les élus locaux reconnaissent le besoin d'une prise en charge sociale spécifique par un personnel formé aux problèmes de dépendances.

Cependant ce travail était lié à des accords spécifiques de durée de suivi individualisé dans le cadre du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) avec le conseil général du Loiret et ne concernait que 22 personnes en 1997. En 2004, l'association a accompagné 145 personnes dans leur insertion sociale. 60% du public était composé d'usagers de drogues (87 personnes), substituées ou non. Au CSST, les usagers peuvent rencontrer une conseillère en économie sociale et familiale.

Ce type d'accompagnement peut également être financé dans le cadre des mesures d'Appui Social Individualisé (ASI) : chaque année, ces structures disposent d'un nombre de mesures ASI pour suivre le public en situation de précarité (dont le public toxicomane) qu'elles prennent en charge, mais ce type de dispositif apparaît inadapté au public toxicomane¹⁷. De plus, les financements octroyés au titre des actions d'insertion ne sont pas à la hauteur des besoins réels. C'est pourquoi ce type d'accompagnement n'est pas assez développé malgré son caractère indispensable pour les usagers de drogues.

1.3.4 La répression

Le groupement de gendarmerie du Loiret et la police nationale interviennent sur des zones géographiques différentes (zone rurale et zone urbaine).

Les tribunaux du département jouent également un rôle important dans le sens où les procureurs de la République de Montargis et Orléans ont signé des conventions départementales d'objectifs de lutte contre la toxicomanie (CDO) avec le CSST et l'association ESPACE. Les CDO sont signées dans le but de permettre l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues et la promotion d'actions de prévention de l'usage de substances psychoactives dans le cadre de mesures judiciaires. Ces conventions proposent des mesures adaptées aux besoins identifiés dans le département par les autorités judiciaires et les services du Ministère de la Justice, conjointement avec les autorités sanitaires (DDASS) et en lien étroit avec le chef de projet «Drogues et Dépendances » (le Préfet de département). Il s'agit notamment d'assurer : le diagnostic, l'orientation et la prise en charge des usagers interpellés, le classement sous condition, les injonctions thérapeutiques, la prise en charge des mineurs toxicomanes, le contrôle judiciaire socioéducatif, les obligations de soins, le développement des mesures d'aménagement de peines privatives de liberté, les interventions en détention, la prise en charge immédiate des sortants de prison.

Dans le département du Loiret, l'accent est porté sur le développement des mesures d'injonction thérapeutique. Le CSST note à ce titre une augmentation significative des mesures d'injonction thérapeutique qui lui sont adressées chaque année. Dans ce cadre, les équipes du CSST et de l'association ESPACE interviennent également en milieu

¹⁷ Voir partie 3.3.2

carcéral et proposent un accompagnement des personnes toxicomanes à la sortie de prison.

La présentation de la logique et de l'organisation actuelle du système de prise en charge des usagers de drogues, tant au niveau national que local, permet de comprendre les enjeux des politiques publiques en matière de lutte contre les addictions. De véritables stratégies d'action doivent être élaborées dans le but d'améliorer la prise en charge du public toxicomane. Les services de l'Etat ont un rôle essentiel à jouer dans ce domaine, et plus particulièrement les DDASS car elles disposent à la fois de la légitimité et des compétences nécessaires à la mise en place de telles stratégies.

Au niveau local, l'amélioration du système de prise en charge des usagers de drogues passe par l'analyse des dysfonctionnements d'un tel système. Les acteurs institutionnels et les acteurs de terrain doivent remettre en question leurs pratiques et leur positionnement afin d'engager une réelle démarche de modification de la prise en charge des toxicomanes dans le cadre de l'élaboration du plan territorial de lutte contre les addictions.

2 LE SYSTEME DE PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUES EN QUESTION DANS LE DEPARTEMENT DU LOIRET : LES DYSFONCTIONNEMENTS IDENTIFIES

Dans le cadre de l'élaboration du plan territorial de lutte contre les addictions dans le département du Loiret, une enquête a été réalisée par un binôme DDASS/DRJS auprès des différents acteurs intervenants dans le champ des addictions au niveau départemental¹⁸. Cette enquête a notamment permis de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les usagers de drogues et les acteurs intervenant dans le système de prise en charge des toxicomanes. Parallèlement, dans le cadre de la réalisation de ce mémoire, des entretiens complémentaires ont été menés auprès des différents intervenants et des usagers pour me permettre d'appréhender le système de prise en charge dans sa globalité et d'en relever les points forts et les faiblesses. Les résultats de l'enquête menée ainsi que l'analyse des entretiens réalisés seront présentés dans cette partie.

2.1 Un système de prise en charge complexe, non coordonné et mal repéré par les usagers

2.1.1 Une pluralité d'acteurs en manque de consensus

La pluralité des acteurs apparaît être une force et une richesse lorsque l'on parle de prise en charge du public toxicomane. En effet, le public toxicomane est difficile à appréhender, marginal et nomade le plus souvent. La mobilisation de plusieurs types d'acteurs devrait donc permettre une meilleure prise en charge des usagers de drogues, d'une part en terme de couverture géographique et d'autre part en terme d'offre de services diversifiée au regard des compétences et des missions propres à chaque acteur. Pourtant, dans le département du Loiret, les acteurs mènent de nombreuses actions en direction des usagers de drogues sans consensus réel et ce à plusieurs niveaux.

Dans un premier temps, mes rencontres ont mis en évidence qu'il n'existait pas de consensus entre les acteurs sur les bonnes pratiques d'intervention auprès du public toxicomane. En effet, la communication entre certains acteurs est difficile. Les acteurs, notamment associatifs, ont des philosophies d'action divergentes : l'association ASUD, qui offre des services de prévention, de soutien et d'accompagnement, lutte également politiquement en faveur de la dépénalisation de l'usage de certaines drogues (cannabis). Les membres de l'association sont essentiellement d'anciens usagers de drogues. Les

¹⁸ Voir questionnaire en annexe 3

modes d'intervention auprès du public toxicomane différent de ce fait de ceux proposés par d'autres associations telles qu'APLEAT ou ESPACE dont les équipes sont formées de professionnels du champ sanitaire et social et qui ne sont pas engagées politiquement. C'est en ce sens qu'il apparaît parfois difficile aux intervenants de se mettre en accord sur des modalités d'intervention communes ou encore sur la complémentarité de leurs actions.

Ensuite, l'enquête et les entretiens menés ont révélé qu'au-delà d'un manque de consensus sur les bonnes pratiques d'intervention, les définitions elles mêmes n'apparaissent pas claires et consensuelles : chaque acteur, dans son champ de compétences, définit la toxicomanie, la prévention, la réduction des risques, le système de prise en charge à sa manière. Il apparaît pourtant que le préalable à toute intervention est d'être en accord sur les termes et le contenu de celle-ci. Les acteurs sont unanimes à dire qu'il est primordial que les notions de prévention et de réduction des risques, mais également de prise en charge soient clairement définies dans les divers plans et schémas qui concernent le public toxicomane : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) santé mentale, plan territorial de lutte contre les addictions, Schéma Régional d'Education Pour la Santé (SREPS)...En effet, des définitions consensuelles et institutionnalisées dans des documents officiels permettraient à chaque acteur de se situer dans ses interventions et de pouvoir se positionner par rapport aux autres intervenants dont les compétences diffèrent.

Il faut toutefois remarquer que la problématique sous jacente à l'ensemble de ces difficultés ne ressort pas directement des entretiens et enquête : il existe de réels conflits d'intérêt entre les acteurs associatifs du département, qui « parasitent » les tentatives de communication et de travail commun. Les conflits se retrouvent au regard des philosophies d'action divergentes, mais également au regard de la répartition des financements. De ce fait, nombre d'actions sont menées sans coordination, ce qui remet en question les principes de complémentarité et de continuité du système de prise en charge des usagers de drogues.

2.1.2 Une pluralité d'actions menées sans coordination : les problématiques de la complémentarité des actions et de la continuité de la prise en charge

Les usagers et professionnels rencontrés soulèvent que les acteurs de terrain mènent bien souvent des actions similaires car ils ne coordonnent pas leurs interventions. Cette difficulté est rencontrée principalement dans le domaine des actions de prévention : il apparaît que certaines actions sont redondantes quant à leur contenu. Ainsi, en milieu scolaire, un même collège/lycée peut recevoir plusieurs interventions similaires sur le thème de la toxicomanie, effectuées par des acteurs différents, alors qu'un nombre important d'établissements scolaires du département ne reçoit aucune intervention.

L'éducation nationale a recensé l'ensemble des actions menées dans ce champ, dans les collèges et lycées publics du département, durant l'année scolaire 2004/2005 : 19% des classes de l'ensemble des lycées d'enseignement général du département et 30% des classes de l'ensemble des collèges du département ont reçu une intervention sur le thème des addictions. Il est important de relever que la plupart de ces classes ont reçu plusieurs interventions sur cette même thématique, mais réalisées par des intervenants différents (associations ESPACE, APLEAT, CODES, FRAD, BPDJ...). A ce niveau, il est nécessaire de se poser la question de la complémentarité des actions menées. Certains acteurs associatifs rencontrés soulèvent « l'incohérence » de ces successions d'interventions auprès de publics identiques, alors que la couverture géographique des établissements scolaires apparaît largement insuffisante, notamment en milieu rural.

Le manque de coordination pose également la question de la continuité de la prise en charge des usagers de drogues: à titre d'exemple, les usagers de drogues sortant de prison se retrouvent souvent sans ressource d'accompagnement car aucun lien n'a été fait entre la prise en charge en prison réalisée par l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) et une prise en charge en CSST ou post cure à la sortie. Les actions de prise en charge ne sont pas intégrées dans un système de prise en charge coordonné, ce qui pose de réelles difficultés dans la visibilité et la continuité du parcours de prise en charge d'un usager de drogues. De même, une meilleure coordination permettrait aux associations offrant des lieux d'accueil aux toxicomanes de coordonner leurs horaires d'ouverture pour une continuité dans la prise en charge : en effet, dans l'agglomération orléanaise, deux associations offrent des services de distribution de matériel stérile. Les deux lieux d'accueil sont ouverts aux mêmes horaires en journée, alors que nombre d'usagers souhaiteraient qu'un lieu d'accueil soit ouvert en soirée. Une meilleure coordination permettrait un passage de relais entre les deux associations pour une meilleure offre de services aux usagers (une plage horaire d'ouverture plus longue). Les usagers interrogés font remarquer que « cet enchevêtrement d'actions et d'intervenants » rend difficile le repérage des missions dévolues à chaque acteur.

Au-delà des difficultés de coordination et d'entente mutuelle, l'enquête réalisée a révélé qu'un certain nombre d'opérateurs du système de prise en charge manquent de formation et de professionnalisme dans leurs pratiques. Plusieurs remarques peuvent être faites à ce niveau.

2.1.3 Un manque de professionnalisme et une insuffisance de formation de certains acteurs

L'enquête menée ainsi que les professionnels du champ sanitaire et social rencontrés pointent le manque de formation des acteurs de première ligne que sont les médecins

généralistes et les personnels médicaux et para médicaux hospitaliers dans le champ des dépendances en général, et de la toxicomanie en particulier. L'absence de modules concernant la prise en charge des addictions dans leur formation, ainsi que dans la formation des personnels de l'éducation nationale est une lacune importante. En effet ceux-ci sont en première ligne pour dépister un problème de consommation et orienter le patient (ou l'élève dans le cas des professionnels de l'éducation nationale : professeurs mais également médecins et infirmiers scolaires) vers une prise en charge adaptée. Or il apparaît que le diagnostic de la dépendance est souvent trop tardif et nécessite de ce fait une prise en charge plus complexe et difficile. Ceci est dû à une sous estimation du problème de l'usage nocif et de l'abus par les médecins généralistes et praticiens hospitaliers qui ne réfèrent qu'une très faible proportion de leurs patients aux CSST.

Parallèlement, le manque de professionnalisme de certains acteurs est révélé à travers une distribution de médicaments de substitution peu satisfaisante. Les médecins généralistes et les pharmaciens n'organisent pas de suivi de la prescription de Subutex. Ainsi un usager peut se retrouver en possession de plusieurs prescriptions obtenues auprès de différents médecins (pluri prescriptions), ce qui donne bien souvent lieu à un usage détourné de la substance.

Ces difficultés amènent à une autre remarque : l'évaluation de leurs actions par les acteurs reste insuffisante. Ainsi, sur l'ensemble des structures d'accueil rencontrées et visitées, aucune ne développe d'axe relatif à l'évaluation des pratiques, que se soit en terme d'efficacité et d'efficience de la prise en charge, ou en terme de satisfaction des usagers (usagers de drogues, professionnels dans le cadre des actions de formation, établissements scolaires...). Toutefois, les associations ESPACE et APLEAT élaborent des questionnaires de satisfaction à l'intention des élèves des établissements scolaires ayant reçu une intervention. Ces données sont retrouvées dans leurs rapports d'activité. L'évaluation des pratiques permettrait notamment de révéler le manque de professionnalisme de certains acteurs de prévention, principalement en milieu scolaire. Les professionnels rencontrés insistent sur le fait que « la bonne volonté ne suffit pas, les interventions doivent être préparées et concertées ».

Le système de prise en charge des toxicomanes dans le département du Loiret apparaît donc complexe et désorganisé. Toutefois, les structures existantes proposent des services diversifiés et de bonne qualité, en témoigne la satisfaction des usagers rencontrés. Cependant, certaines structures rencontrent d'importantes difficultés, tant au niveau financier que structurel.

2.2 La précarité de certaines structures de prise en charge

2.2.1 Le manque de pérennité des financements et ses conséquences

Les acteurs intervenant dans le champ de la lutte contre les addictions peuvent bénéficier de plusieurs types de cofinancements, pérennes ou non. Depuis un décret du 19 mars 2003 relatif au financement des CSST, les compétences et missions des CSST relatives aux soins sont financées par l'enveloppe assurance maladie, les compétences et missions relatives à la prévention par subventions essentiellement. Dans le département du Loiret, l'association APLEAT gère un CSST et dispose donc de financements pérennes pour ses activités de soin. Les activités de l'équipe ECHOT sont financées par le budget du centre hospitalier de Montargis ce qui assure une certaine stabilité des crédits alloués. Le RVHS dispose également d'un financement sur le budget du centre hospitalier d'Orléans. Les actions menées par la BPDJ et la MILAD sont respectivement financées par la gendarmerie et la police nationale, dont les financements sont pérennes. L'ensemble des autres intervenants du département bénéficie de financements par action, dont la pérennité n'est pas assurée d'une année à l'autre. Plusieurs acteurs participent à la dispensation de financements¹⁹ : les collectivités territoriales, la DRASS via le chapitre 39/01 Santé Publique-Prévention, la DDASS via l'ASI, la MILDT, la DRJS, l'assurance maladie...Le manque de pérennité des financements a pour conséquence de placer certaines structures de prise en charge des usagers de drogues dans une situation financière peu stable : ainsi, certaines actions du système de prise en charge ne sont pas reconduites d'une année sur l'autre faute de financements. Il s'agit principalement d'actions de prévention et d'insertion : à titre d'illustration, les contrats de ville conclus entre la ville d'Orléans et certaines associations de lutte contre les addictions ne seront pas reconduits pour l'année 2006, la politique de la ville changeant d'orientations (sécurité et emploi).

Les directeurs de structures rencontrés expriment également certaines difficultés quant à la suppression en 2006 des crédits ASI versés par la DDASS. Ainsi, ces professionnels font remarquer que les incertitudes en matière de financement ont pour conséquence principale d'entraîner des ruptures dans le système de prise en charge de certains usagers de drogues. La suppression des crédits ASI aurait en effet pour conséquence de rompre l'accompagnement à l'insertion des personnes qui en bénéficiaient en 2005, les structures ne pouvant plus financer une partie des heures effectuées par leur personnel dans ce cadre. Toutefois il faut avoir à l'esprit que les mesures ASI ne sont pas spécifiques au public toxicomane et n'ont pas vocation à mettre en place un suivi de

¹⁹ Voir partie 1.3.2

longue durée. Par conséquent l'absence de versement des crédits ASI à ces structures, dont le montant est de plus résiduel, ne devrait pas avoir pour conséquence de rompre la prise en charge sociale des bénéficiaires, d'autant que ces structures disposent de financements dédiés à ce type d'accompagnement. Bien au-delà, l'arrêt des versements des crédits ASI en 2006 permet aux professionnels rencontrés de relancer le débat autour des moyens alloués à la prise en charge sociale des usagers de drogues, que ce soit en terme de dispositifs ou en terme financier. La création d'une mesure d'accompagnement individualisé spécifique à ce public semble être une nécessité pour l'ensemble des professionnels rencontrés : « les mesures de droit commun existantes sont extrêmement limitées dans le temps (environ 6 mois, rarement renouvelables) et ne permettent pas raisonnablement la résolution de l'ensemble des problèmes des personnes les plus précarisées ». De plus, elles sont dédiées à des publics cibles (25 ans et plus, bénéficiaires du RMI, demandeurs d'emploi, personnes reconnues handicapées, personnes sous main de justice).

Pour conclure, le manque de pérennité de certains types de financements peut avoir de graves conséquences dans le sens où des structures qui ne fonctionnent que sur des crédits non pérennes présentent des situations financières déficitaires dont les services des DDASS doivent avoir conscience. Toutefois, l'année 2006 pourrait être porteuse de changements²⁰.

2.2.2 La problématique du politique

Lorsque l'on parle de la lutte contre les addictions en général, et plus particulièrement de la toxicomanie, les enjeux politiques sont très présents. Il s'agit d'une problématique sensible à traiter dans le sens où elle concerne un public particulier, celui des usagers de drogues, qui véhicule une image négative, qui effraie. C'est ainsi que certains élus mettent en difficulté le maintien des structures en centre ville : les riverains de la commune d'Orléans se mobilisent pour que le CSST soit délocalisé en périphérie de la ville, faisant pression sur leurs élus. Or la localisation actuelle du CSST permet d'être accessible à un public plus nombreux de toxicomanes qui n'aurait pas les moyens financiers de se déplacer hors de la ville, et d'être au plus près des besoins de cette population que l'on retrouve majoritairement dans les grandes villes.

Les intervenants rencontrés soulèvent une autre difficulté liée à la sphère politique : les acteurs de l'éducation pour la santé sont inquiets quant à la reprise de la chefferie de projet MILDT par le Préfet. Ils se questionnent sur l'avenir de la lutte contre la toxicomanie dans le sens où le ministère de l'intérieur devient un acteur de premier plan par le biais

²⁰ Voir partie 3.2.1

des Préfets. Dans la même dynamique, le choix de la MILDT de faire du directeur de cabinet du préfet du département chef-lieu, le coordonnateur régional, n'est pas simple. Le directeur de cabinet du Préfet n'a traditionnellement pas un rôle hiérarchique sur ses collègues des autres départements.

Enfin, les professionnels rencontrés m'ont fait remarquer que depuis quelques mois, la tendance est à la remise en cause de la substitution et de la réduction des risques (groupes d'opinion au Sénat, lobbying...), notamment lorsqu'il s'agit des programmes d'échange de seringues. Un mouvement de réduction et de fermeture de places en post cure s'est également engagé ces dernières années alors que les listes d'attente s'allongent dans les CSST, d'où des ruptures de prise en charge pour les usagers ne trouvant pas de place. La MILDT a inscrit dans son plan gouvernemental la notion de communautés thérapeutiques, modèle anglo-saxon de structures de prise en charge basé sur l'abstinence totale (aux substances psycho actives et aux produits de substitution). Ces communautés auraient vocation à pallier le manque de places en post cure. Toutefois les logiques d'action des CSST et des communautés thérapeutiques sont différentes et l'ensemble de ces mouvements inquiète les acteurs de terrain.

2.2.3 Un public toxicomane en constante évolution et difficile à appréhender

Les structures de prise en charge doivent également faire face aux évolutions de la population toxicomane, dont le profil se modifie rapidement. Les intervenants rencontrés sont unanimes à dire que le public toxicomane a changé ces dernières années, et présente des problématiques plus complexes. Mes rencontres avec les usagers m'ont également permis de mettre en évidence des profils particuliers : les usagers de drogues sont de plus en plus jeunes, poly consommateurs, avec des problématiques cumulées. Au-delà du problème de la consommation, d'autres aspects sont à prendre en considération pour appréhender l'utilisateur de drogues dans sa globalité : marginalité, scolarisation, insertion, emploi, logement, famille... Il apparaît donc indispensable aux structures d'accueil de s'adapter pour apporter une réponse de qualité. Ainsi, pour répondre à l'ensemble des besoins du public toxicomane, les acteurs doivent composer des équipes pluridisciplinaires diversifiées : médecins, psychiatres, psychologues, conseillères en économie sociale et familiale, assistantes sociales, infirmiers, animateurs socio-éducatifs, éducateurs... Or il leur est souvent difficile de trouver certaines catégories de personnel, parfois réticentes à l'idée de travailler en contact avec un public toxicomane qu'elles ne connaissent pas (problématique de la formation). De plus, les financements accordés dans le cadre des enveloppes contraintes ne permettent pas de développer certains axes de la prise en charge comme l'insertion ou le volet psychiatrique. Enfin, les directeurs de structures rencontrés font remarquer que les personnels sont difficiles à fidéliser (éducateurs, médecins, psychiatres...): « les

problématiques à prendre en charge peuvent parfois être trop lourdes à gérer », tant au niveau professionnel que personnel.

Le public toxicomane évolue rapidement car il est également « nomade » et difficile à suivre. Les ruptures de prise en charge, au-delà de la problématique de la coordination des acteurs, peuvent donc exister du fait que l'utilisateur de drogues est mouvant et quitte parfois de son propre chef son parcours de prise en charge : il change ainsi de structure de prise en charge, de région... Il apparaît donc difficile aux structures d'anticiper les profils d'utilisateurs qui vont se présenter à elles au cours d'une année, ainsi que le nombre de personnes qui vont faire une demande de prise en charge et qui vont s'y tenir. En témoigne la montée en charge spectaculaire au cours de l'année 2005 des demandes de consultations cannabis initiées par la MILDT en 2004. Le CSST, en charge de ces consultations, a rencontré beaucoup de difficultés pour satisfaire l'ensemble des demandes : d'une part les financements alloués à ces consultations au titre de l'année 2005 ont été insuffisants au regard du nombre de jeunes reçus, d'autre part le CSST n'a pas assez de personnel pour rencontrer dans de bonnes conditions l'ensemble des jeunes demandeurs.

Il faut également noter que le public toxicomane est de plus en plus présent en prison, ce qui pose un double problème. Un médecin interviewé fait remarquer qu'il est d'une part difficile aux acteurs de terrain de prendre en charge ce public du fait du lieu et qu'il s'agit d'autre part d'une problématique particulière car « lutter contre la toxicomanie en prison c'est s'attaquer à une soupape de sécurité qui permet peut être au milieu carcéral de s'assurer une certaine tranquillité. Le tabac, mais de plus en plus les drogues illicites, constituent une aide pour les détenus à supporter leur captivité ce qui engendre une sécurité pour les gardiens car il y a moins de révolte, conflit... »

Les difficultés rencontrées par les acteurs de terrain sont diverses et variées. Il ne faut cependant pas oublier que les acteurs institutionnels eux-mêmes doivent faire face à certains obstacles dans la mise en œuvre des politiques de lutte contre les addictions.

2.3 Les enjeux de la politique socio sanitaire de prise en charge des toxicomanes mal repérés par les institutions de planification, de coordination et de financement

2.3.1 La planification

Les institutions de planification, de coordination et de financement du département doivent aujourd'hui faire face aux nouveaux enjeux de la politique de prise en charge des toxicomanes tels que définis par la MILDT en 2004. Il apparaît que l'ampleur du phénomène de la toxicomanie dans le département n'a pas toujours été justement

appréhendée par ces institutions. En effet, le public toxicomane évolue et est de plus en plus demandeur de services de prise en charge. Le Loiret étant un département « charnière » entre la région parisienne et le centre de la France, le passage d'usagers de drogues y est important, d'autant plus que nombre d'entre eux décident de s'installer dans le département. Le CSST géré par l'association APLEAT fait apparaître dans son rapport d'activité annuel l'augmentation des demandes de prise en charge : pour l'année 2004, le CSST note une augmentation de 16% du nombre de patients pris en charge effectivement par l'équipe, dont 11% ont déjà bénéficié d'un suivi spécialisé dans un autre département. Cette tendance se retrouve dans les autres structures de prise en charge qui doivent faire face à des demandes de prise en charge en constante augmentation, et ce à n'importe quel niveau du système de prise en charge (prévention, soin, insertion, répression). Il est également important de rappeler que les demandes d'intervention des directeurs d'établissements scolaires sur la thématique des addictions sont de plus en plus nombreuses. Cette dynamique se retrouve également en milieu professionnel.

La problématique de la dépendance prend donc de l'ampleur au niveau national avec des répercussions au niveau local. Dans le département du Loiret, l'existence d'un unique CSST dans l'agglomération orléanaise pose problème : la couverture en structures de soins est insuffisante au regard des demandes. Ainsi, à l'Est du département, l'accès à la Méthadone est un problème majeur : depuis 1997, seulement 3% des usagers de drogues suivis par l'association ESPACE ont accédé à une prise en charge en CSST, du fait notamment que le seul CSST du département se trouve à 80 kilomètres de l'association et qu'aucun transport en commun régulier ne dessert la ligne Montargis/Orléans. Les usagers de drogues ont la possibilité de se rendre au centre hospitalier de Montargis (équipe ECHOT), mais l'agglomération de Gien ne dispose d'aucun point de distribution du produit. Par conséquent, nombre d'usagers affluent dans l'agglomération orléanaise, mais le CSST ne peut répondre à toutes les demandes de prise en charge sous Méthadone. De même, le dispositif de logement temporaire est insuffisant. Certains patients du CSST et de l'hôpital nécessitent un suivi quotidien en début de prise en charge sous substitution (risque léthal), mais également lors de la sortie de post cure et en fin de traitement pour une meilleure articulation soin/insertion. Le dispositif de logement temporaire dans le département ne permet pas ces types de prise en charge, ce qui a pour conséquence de rompre le système de prise en charge des usagers de drogues qui se trouvent sans accompagnement à une étape donnée de leur parcours. Le dispositif ACT (appartements de coordination thérapeutique) est proposé comme palliatif par les institutions, mais il ne concerne que les patients porteurs du VIH. Or tous les toxicomanes ne sont pas porteurs du virus.

En résumé, les capacités d'accueil en post cure et en prise en charge ambulatoire sont insuffisantes dans le département : l'activité d'hébergement du CSST du département

propose une capacité de 18 places, et la liste d'attente est longue. Il s'agit là d'une tendance que l'on retrouve au niveau national, les places en post cure étant très limitées en France. Par conséquent, les CSST existants font l'objet de nombreuses demandes. Ce manque de places entraîne également des ruptures de prise en charge : à titre d'exemple, les usagers sortant de prison et dont la prise en charge nécessiterait d'être poursuivie en hébergement (post cure) se retrouvent le plus souvent placés sur liste d'attente. Il n'y a donc aucune continuité dans le système de prise en charge et ces usagers quittent rapidement le dispositif : « les équipes les perdent de vue ». De même, au regard du nombre important d'UDVI (usagers de drogues par voie intraveineuse) dans le département, le nombre de programmes d'échange de seringues apparaît insuffisant.

Les institutions de planification, de coordination et de financement doivent donc faire face à une augmentation des files actives des structures de prise en charge alors que les crédits alloués à la lutte contre les addictions restent stables. Ainsi, l'association ESPACE, après un passage en CROSMS en 2004 autorisant la création d'un CSST ambulatoire dans sa structure de Montargis, a dû repousser l'ouverture de la structure à la suite d'un arrêté de refus d'autorisation faute de financement. Au début de l'année 2006, la structure est toujours en attente des crédits d'ouverture du CSST.

2.3.2 L'évaluation et le suivi des actions

Les institutions de planification, de coordination et de financement ne disposent pas d'une image globale de l'organisation départementale de lutte contre les addictions. Ces institutions ne connaissent pas les attributions légitimes des différents opérateurs : seule une enquête sur les toxicomanies en région Centre a été réalisée au mois de novembre 2003 à l'initiative de la DRASS, mais elle ne recense ni les acteurs concernés, ni les géographies d'actions menées. Il apparaît alors difficile à ces institutions de pouvoir suivre et évaluer les interventions réalisées : les pratiques, les actions menées ne sont évaluées ni par les institutions de planification et de financement, ni par les acteurs eux mêmes. Dans un tel contexte, la qualité et l'efficacité de la prise en charge des usagers de drogues ne sont pas connues.

Il a donc été nécessaire, au moment de l'élaboration du plan territorial de lutte contre les addictions, de réaliser un état des lieux précis de l'ensemble des opérateurs intervenant dans le champ de la toxicomanie et des addictions qui servira de base de travail pour l'évaluation et le suivi des actions, démarches indispensables au bon déroulement d'un tel projet.

2.3.3 La coordination des dispositifs existants

Il apparaît fondamental que les différents dispositifs relatifs à la prise en charge du public toxicomane soient cohérents et en lien. Des stratégies d'actions doivent être élaborées en

concertation : ainsi, mes recherches m'ont amenée à me questionner sur la cohérence et la coordination des différents dispositifs existants dans le département.

Afin de coordonner les actions et les ressources, le chef de projet « drogues et dépendances » définit un programme départemental de prévention des dépendances en concertation avec les services de l'Etat concernés, les collectivités locales et les associations. La prévention et la prise en charge des dépendances se trouvent également fondues dans des programmes territoriaux généralistes tels que les contrats de ville et leurs déclinaisons et les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Plus globalement, le Programme Régional de Santé Publique (PRSP) ainsi que le Schéma Médico-social, en cours d'élaboration, priorisent des interventions en direction du public toxicomane. Dans le Loiret le lien a été fait entre le SROS Santé Mentale (volet « addictions ») et le plan territorial de lutte contre les addictions car deux personnes ont travaillé simultanément dans les deux groupes de travail. Ces deux dispositifs concernent la population toxicomane et développent des axes forts dans le domaine de la prise en charge des usagers de drogues. Les membres du COPIL MILDT avaient la volonté de faire le lien entre ces dispositifs. De plus, la DDASS, en tant qu'autorité de tarification des CSST pour la préfecture apparaît bien placée pour faire le lien entre ces dispositifs. Toutefois, les relations entre plan territorial et PRSP apparaissent moins claires du fait que le document est en cours d'élaboration.

En terme de coordination, il apparaît également que les institutions de planification, de coordination et de financement n'ont pas les mêmes objectifs. A titre exemple, le directeur de cabinet du préfet, chef de projet MILDT dans le Loiret, a pris la décision de provisionner une partie des crédits versés par la MILDT pour l'achat de kits de dépistage (alcool et cannabis). Les acteurs de terrain souhaitent au contraire que les crédits soient employés au développement des actions de prévention en milieu scolaire...Les arbitrages apparaissent parfois difficiles en matière d'attribution des financements, notamment lors des réunions du COPIL MILDT.

Chaque acteur du dispositif de prise en charge des toxicomanes, qu'il soit institutionnel ou de terrain, rencontre des difficultés dans le département du Loiret. C'est pourquoi le chef de projet « drogues et dépendances » a souhaité les réunir autour de l'élaboration d'une stratégie territoriale d'amélioration de la lutte contre les addictions, qui engage dans le même temps une réflexion sur la prise en charge des toxicomanes. Le plan territorial de lutte contre les addictions a permis de réunir les acteurs concernés et de les faire travailler ensemble dans un objectif commun, tout en réfléchissant sur leurs pratiques respectives. En partant des réalités départementales et des problèmes identifiés, mais également des travaux menés dans le cadre de la déclinaison territoriale du plan gouvernemental de lutte contre l'alcool, le tabac et les drogues illicites, il est donc

possible de proposer des axes d'intervention en vue d'améliorer le système de prise en charge des toxicomanes dans sa globalité. Dans un objectif de mise en perspective des pratiques existantes dans le champ des toxicomanies, ces préconisations seront complétées par l'expérience québécoise en matière de prise en charge des toxicomanes, dont certaines pratiques paraissent applicables en France.

3 LES PISTES D'ENGAGEMENT D'UNE DYNAMIQUE D'AMELIORATION DU SYSTEME DE PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUES

Avant propos :

Il est possible d'imaginer un système de prise en charge « idéal » à partir des entretiens menés, des propositions des professionnels et des usagers, et des recherches menées sur la thématique de la toxicomanie. Le plan territorial devrait définir le cadre d'un système de prise en charge efficace et efficient vers lequel l'ensemble des acteurs doit tendre, puisque la base de travail est constituée par les apports de chacun des acteurs, institutionnels et de terrain. La notion d'idéal est bien ambitieuse, néanmoins cette partie de l'étude s'attachera à proposer des axes d'amélioration applicables aux réalités locales. Avant toute chose, une démarche d'amélioration du système de prise en charge des toxicomanes ne peut être efficace que si l'on replace l'utilisateur au centre du dispositif pour en faire un acteur à part entière de son parcours. L'ensemble des préconisations présentées dans cette partie découle de ce postulat. Il s'agit d'une part de redonner sa place à l'utilisateur dans une démarche de prise en charge de sa problématique consommatoire, et d'autre part de l'impliquer dans une démarche de prévention et de réduction des risques. En effet le consommateur doit être sensibilisé à la diffusion de bonnes pratiques, d'informations fiables et actualisées concernant les structures de soins existantes et les ressources associatives pouvant venir en aide au public toxicomane... Ainsi il apparaît possible, une fois cette place retrouvée, qu'il puisse devenir le vecteur de diffusion d'une politique de prévention et de réductions des risques dans la communauté toxicomane.

L'utilisateur de drogues doit donc trouver une place entière dans le système de prise en charge. Il sera pour cela encadré par les acteurs de terrain, qui eux-mêmes devront s'appuyer sur les institutions de planification, de coordination et de financement. Chaque opérateur du système de prise en charge est concerné par l'amélioration des pratiques et des dispositifs, chacun à son niveau. L'élaboration du plan territorial de lutte contre les addictions constitue le contexte de travail qui va leur permettre de faire le bilan de leurs pratiques, d'identifier les problématiques rencontrées et de proposer des axes d'amélioration et de réflexion. L'IASS, dans ce cadre, a la possibilité de mettre en œuvre un nombre important de ses compétences et d'être un élément fédérateur et mobilisateur.

Au-delà de l'engagement de ce travail, d'autres pistes d'action peuvent être proposées et soutenues par l'IASS : les usagers, les exemples étrangers, les échanges avec divers professionnels et l'observation des pratiques constituent une source de réflexion

innovante et originale. Il m'a donc semblé important, en tant que future professionnelle, d'y faire référence.

3.1 Engager les acteurs dans une démarche consensuelle et coordonnée : le cadre du plan territorial de lutte contre les addictions

A la suite de l'identification d'une série de problèmes se posant dans la lutte contre les addictions dans le département du Loiret, il apparaît indispensable que les acteurs concernés se réunissent et engagent une réflexion autour de ces difficultés.

Il est important, à ce niveau, de rappeler que les préconisations qui suivent se limitent au champ des drogues illicites.

3.1.1 La réunion des différents acteurs autour de la DDASS

A) Une dynamique impulsée par un binôme pluridisciplinaire MISP-IASS

La DDASS, mandatée par le chef de projet « drogues et dépendances », a désigné un binôme MISP-IASS pour animer des groupes de travail réunissant les acteurs de la lutte contre les addictions. L'IASS dans son rôle de conseiller et de partenaire des structures apparaît être le mieux placé pour réunir les différents acteurs autour d'une problématique, ici la lutte contre la toxicomanie, et proposer l'engagement d'une réflexion commune. Il est ainsi le référent administratif et financier des associations et partenaires et a la possibilité d'obtenir un appui technique auprès du MISP. Ce partenariat MISP-IASS est d'une grande importance lorsque l'on traite d'une telle problématique : leurs compétences respectives sont indispensables à la démarche et complémentaires. Les acteurs se sont mobilisés autour d'une dynamique de travail impulsée par l'IASS et le MISP.

Un travail dynamique autour du plan s'est alors engagé et a permis de reconstruire les pratiques. Les différentes personnes réunies ont décrit leur métier, leurs actions et se sont passionnées dans la démarche, donnant lieu à des échanges très intenses et enrichissants. La réflexion s'est engagée autour de la création d'outils communs de repérage des conduites d'abus et de dépendance, et de l'élaboration de bonnes pratiques communes. Le préalable à l'ensemble de ces travaux a été d'établir une liste de définitions consensuelles et communes à l'ensemble des acteurs sur les termes de prévention, d'usage, de réduction des risques et de système de prise en charge. A partir de ces définitions, les acteurs se sont mis en accord sur la création d'une charte des acteurs de prévention et d'une démarche qualité, se basant sur l'élaboration d'un cahier des charges.

B) La valorisation des apports de chacun des acteurs

L'IASS, dans le cadre de ces travaux, doit bien identifier le rôle des acteurs afin de les mobiliser dans l'action. Il doit être à l'écoute de leurs besoins et mettre en valeur leurs compétences. Il apparaît fondamental de valoriser les actions de chacun à travers les fiches action du plan. Ce travail autour de l'élaboration du plan a permis de mettre en avant la parole des acteurs intervenant dans le champ de la toxicomanie, ainsi que de les associer pleinement au diagnostic, le tout intégré dans une démarche d'écoute mutuelle. Les propositions d'actions formulées prennent ici toute leur valeur. Chaque acteur a eu la possibilité de s'exprimer et d'être force de proposition : aucune démarche n'a été imposée.

La DDASS est dès lors perçue comme un véritable partenaire, et non plus simplement comme une autorité de tarification, un simple financeur ou encore une « autorité de tutelle ». Il est important que dans le cadre de l'élaboration de stratégies d'intervention au niveau local, les institutions telles que la DDASS reprennent une place pivot de partenaire, les démarches qui en découlent n'en seront que mieux accueillies et appliquées par les réseaux locaux car elles auront procédé d'un travail partenarial respectueux des apports de chacun. Dès lors, une véritable démarche de coordination pourra être engagée.

3.1.2 La coordination des actions

A) Le positionnement des acteurs dans le cadre d'une démarche de projet

Dans une démarche de projet comme celle de l'élaboration du plan territorial de lutte contre les addictions, l'IASS doit impliquer les acteurs à toutes les étapes, du diagnostic à l'évaluation. A cet égard ses missions consistent à la fois à coordonner et animer, mais également à impulser et à financer, sous certaines conditions, des actions dans les domaines sanitaire et social. Par l'analyse des processus dans un contexte de dysfonctionnements, les pratiques peuvent être inventoriées, les problèmes repérés et des travaux collectifs engagés à des fins correctives.

Lors de l'étape de diagnostic, le manque de coordination s'est révélé être une difficulté majeure du système de prise en charge des usagers de drogues dans le département. Il apparaît donc nécessaire que chaque acteur se positionne dans ses interventions en fonction de ses missions et compétences. Ceci permettra aux acteurs, en quelque sorte, de se partager les lieux d'intervention et de cibler certains types de publics. En effet, certains acteurs, du fait de leur expérience et de leurs compétences particulières sont plus à même d'intervenir en milieu scolaire, alors que d'autres auront la compétence pour intervenir en milieu de travail. D'autres encore, qui sont bien repérés par les usagers, ont l'expertise pour intervenir en milieu festif ou dans le cadre d'un travail de rue. Le ciblage

des interventions par la répartition des compétences et des géographies d'action permet un meilleur repérage des acteurs par les usagers, d'éviter la redondance de certaines actions, et surtout d'assurer une meilleure couverture géographique des interventions, notamment dans les établissements scolaires. Une cartographie des interventions menées pourra à ce titre être élaborée, ce qui permettra de connaître avec exactitude les territoires non couverts par les intervenants, et ce qui permettra une complémentarité des actions.

B) La légitimité de l'intervention de l'IASS

Ce travail de coordination doit être animé par l'IASS qui pourra, en cas de désaccord, intervenir et prendre position dans l'intérêt des usagers de drogues. L'IASS est le garant de la démarche d'amélioration du dispositif de prise en charge des usagers de drogues et à ce titre, il a toute la légitimité pour trancher les litiges éventuels.

L'élaboration du plan territorial a permis aux acteurs de se rencontrer et de confronter leurs points de vue, dans un objectif commun : améliorer la prise en charge des usagers de drogues et la prévention de la toxicomanie. La poursuite de cet objectif passe également par le suivi et l'évaluation de la démarche.

3.1.3 Un suivi et une évaluation indispensables des actions

Une telle démarche d'amélioration ne peut être efficace et valable à moyen terme que si elle fait régulièrement l'objet d'un suivi et d'une évaluation. L'IASS doit ici développer ses compétences en terme de conduite de projet dont le suivi et l'évaluation sont des étapes essentielles. Dans le cadre du plan territorial de lutte contre les addictions, plusieurs propositions peuvent être faites.

A) Le suivi et l'évaluation au sein de l'instance de pilotage du dispositif

Tout d'abord, il apparaît nécessaire de former un sous comité départemental de suivi du plan au sein du COPIL, qui devra élaborer un cahier des charges du suivi du plan. Ce sous comité pourrait se réunir une fois par semestre, ou bien une fois par an, sous l'égide du chef de projet « drogues et dépendances ». Il s'agirait d'y faire un bilan d'étape sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan, mais également de solliciter les acteurs de terrain quand à leur ressenti sur les impacts concrets de la démarche. Il est également indispensable de réaliser un bilan annuel de chaque fiche action : un responsable par fiche action pourrait être désigné et pourrait animer un groupe de travail interne, réunissant les opérateurs concernés par type d'action pour en suivre l'application et les impacts. A ce titre, un bilan annuel des actions financées devra être présenté au chef de projet « drogues et dépendances » lors du comité de suivi. Plus globalement, des tableaux de bord de suivi de la réalisation du plan pourront être élaborés. Ce sous comité

pourra également assurer le lien avec les autres dispositifs relatifs à la prise en charge des dépendances : SROS, SREPS, PRSP...

Ce comité aurait également en charge le suivi de la mise en application d'une démarche qualité par les acteurs : cette notion prend tout son sens dans le contexte départemental présenté. Il apparaît indispensable que ce type de démarche soit effectivement engagé par les acteurs, mais surtout suivi. Les acteurs ont pris le temps de discuter autour de leurs pratiques, de leurs métiers, et ont exprimé la volonté de s'engager dans une démarche d'évaluation sur le long terme. L'IASS, au sein du comité de suivi départemental, devra s'attacher à accompagner et à suivre le bon déroulement de ces pratiques, actuellement inexistantes dans le département. En effet, l'IASS peut être une personne ressource pour les acteurs dans l'élaboration d'une telle démarche qualité : il pourrait apporter son expertise quant à la formalisation d'un référentiel de bonnes pratiques de prise en charge, d'un cahier des charges et des objectifs d'évaluation, outils de base de la démarche qualité. L'IASS aurait en ce sens un rôle de soutien technique quant à la mise en place de tels travaux (formation de groupes de travail, aide à la formalisation des travaux...), mais n'interviendrait pas quant au contenu du référentiel qui serait réalisé par un groupe de professionnels intervenant dans le champ des addictions. Il apparaît en effet difficile que dans le domaine de la prise en charge des conduites addictives puisse se positionner en tant qu'expert pour l'élaboration de bonnes pratiques d'intervention.

B) Un plan de communication complémentaire à la démarche de suivi et d'évaluation
Dans la mesure où la mise en œuvre du plan devra être suivie et évaluée, il est primordial que celui-ci soit connu de l'ensemble des acteurs et des réseaux existant dans le département, et pas uniquement des acteurs du champ de la toxicomanie. Pour cela, il peut être intéressant de mettre en place un programme de communication autour du plan dès sa diffusion :

- diffusion du plan sur les sites Internet de la préfecture et de la DDASS/DRASS ;
- diffusion du plan à l'ensemble des partenaires susceptibles d'intervenir dans le champ de la lutte contre la toxicomanie mais également plus largement, par exemple sous forme de CD-roms ;
- présentation du plan à l'ensemble des partenaires ayant participé à l'enquête. Le plan pourra être présenté plus particulièrement aux directeurs d'établissements scolaires et aux associations afin d'explicitier les priorités et les modalités d'intervention à ce titre ;

- un travail de présentation et d'explication pourra être mené par les différents membres du COPIL auprès des éventuels opérateurs pour chaque action, notamment lors de l'appel à projet annuel.

C) La prise en compte de la parole de l'utilisateur

Enfin, le suivi et l'évaluation des actions passent indiscutablement par la prise en compte de la parole de l'utilisateur de drogues. Il est indispensable de mettre en place un recueil de données actualisé relatif à la population toxicomane : évolutions des profils, des besoins, des consommations...Ce type de travail pourrait être réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé en région Centre, qui n'a pas mené d'études récentes sur les usagers de drogues dans les départements de la région. Ceci peut également être réalisé en s'appuyant sur les informations fournies par les usagers eux mêmes : en effet, ils sont une source d'information de premier ordre pour connaître les nouveaux produits disponibles, des nouveaux modes de consommation, les lieux de rencontre (squats, rue...)... Il est également intéressant de mettre en place des enquêtes de satisfaction dans les structures accueillant un public toxicomane, pour mesurer la qualité de la prise en charge du point de vue des usagers. En effet, il apparaît difficile de pouvoir adapter les processus, ici le système de prise en charge des usagers de drogues, si on ne met pas en place ce type d'enquête. Il s'agit bien là de développer la pratique de l'évaluation dans le champ de la lutte contre la toxicomanie, qui n'est utilisée ni par les acteurs, ni par les institutions du département. Les questionnaires de satisfaction permettraient de questionner les acteurs sur leurs pratiques et de les améliorer par une analyse et un traitement approprié. Ce type de proposition est plus ou moins bien accueilli par les professionnels du secteur, dans le sens où ils ne pensent pas que les usagers y répondraient de manière objective : bien souvent les toxicomanes ont des « états d'âme qui vont un jour leur faire aimer la structure d'accueil, l'autre jour la haïr ». De plus, certains professionnels pensent qu'il s'agirait d'une charge de travail supplémentaire (création d'un questionnaire, dépouillement...) au regard d'un taux de retour qui risque d'être assez faible. Il faut en effet avoir à l'esprit que ce type de document mobilise un temps de travail non négligeable et que pour être utilisable, les taux de réponse doivent être significatifs. Toutefois la demande des usagers de drogues à ce sujet est forte.

Ce type de questionnaire fonctionne très bien dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes au Québec : il s'agit même d'une obligation légale pour les établissements. La parole de l'utilisateur est intégralement prise en considération : la Loi sur la santé et les services sociaux prévoit que chaque centre de réadaptation institue un comité des usagers en son sein, dont l'un des membres siège au conseil d'administration. Il s'agit d'une structure autonome de défense des droits des

usagers, d'information, de suivi de la satisfaction des usagers. De même, les usagers ont la possibilité de déposer une plainte en cas d'insatisfaction relative à la qualité du service rendu.²¹

Dès lors qu'une véritable démarche consensuelle et coordonnée est mise en place, les institutions doivent engager un travail de fond autour des problématiques structurelles rencontrées par les structures de prise en charge.

3.2 Consolider les structures de prise en charge

Il s'agit de consolider et développer les modes de prise en charge des usagers de drogues dans le département. Deux aspects fondamentaux doivent être traités à cette fin : les financements et la planification.

3.2.1 Au niveau financier

- A) La pérennisation des financements des structures intervenant dans le champ de la prévention

Les structures de prise en charge qui ne bénéficient pas à l'heure actuelle de crédits de fonctionnement pérennes voient s'esquisser, depuis 2005, les premiers pas vers la pérennisation de leurs financements. Le dispositif change à partir du 1^{er} janvier 2006 avec la mise en place des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues (CAARUD), dispositifs institués par la loi de santé publique du 9 août 2004: désormais la pérennisation des financements est engagée pour l'ensemble des actions de prévention et de réduction des risques, avec le transfert au 1^{er} janvier 2006 du financement des CAARUD à l'assurance maladie (décret n° 2055-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des CAARUD). La DDASS a pour mission de recenser, dans le département, les structures habilitées à obtenir le statut de CAARUD. L'IASS et l'IPASS en charge du dossier ont donc sollicité les acteurs du département intervenant dans le champ de la prévention et de la réduction des risques et engagé avec eux une réflexion autour des CAARUD : ainsi plusieurs structures financées jusqu'ici sur des crédits non pérennes peuvent prétendre au statut de CAARUD et ainsi bénéficier d'une situation financière plus stable. L'IASS peut donc envisager ce nouveau dispositif comme un moyen supplémentaire de sortir certaines structures d'une situation financière fragile. Les missions dévolues à ce nouveau type de structure sont assez vastes et l'IASS peut accompagner les associations du département dans l'étude de leur éligibilité à ce statut. En ce sens il peut rencontrer les directeurs de structures pour leur expliquer les

²¹ Voir présentation du modèle québécois en annexe 4

enjeux de ce nouveau dispositif en termes financier et structurel. La DDASS a repéré deux structures pouvant prétendre au statut de CAARUD dans le département : l'association ESPACE à Montargis et la section «SACADOS » (centre de formation, permanences fixes, travail de rue, programme d'échange, actions diverses) de l'association APLEAT à Orléans.

B) Le conventionnement pluriannuel

La consolidation financière des structures de prise en charge pourrait également passer par un conventionnement pluriannuel : dans les démarches de contractualisation engagée entre les institutions de financement et les structures de prise en charge, les conventions pluriannuelles devraient donc être privilégiées, ce qui permettrait aux structures d'avoir une vision à plus ou moins long terme des crédits qui leur sont alloués. Ce type de pratique est d'ailleurs bien développé dans le cadre des contrats de ville.

3.2.2 Au niveau de la couverture territoriale

A) La notion de territoire

La couverture géographique des besoins en matière de prise en charge des usagers de drogues n'est pas satisfaisante. Dans un premier temps, pour remédier à l'existence de zones non couvertes en structures de pris en charge, il devrait être envisagé l'élaboration d'un schéma de couverture adapté aux besoins recensés. La problématique de la territorialisation prend ici tout son sens : quel est le territoire le plus adapté à une prise en charge optimale des usagers de drogues ?

Il semble qu'il faille adapter les territoires à la lutte contre la toxicomanie, car c'est une problématique particulière qui ne peut pas se calquer sur les territoires de psychiatrie par exemple. Il est vrai qu'il est difficile de définir un territoire optimal pour organiser la prise en charge des usagers de drogues, dans le sens où ce public est difficile à rencontrer et à appréhender. Une réflexion doit toutefois être menée autour de cette problématique, ce qui ne fut pas le cas dans le cadre de l'élaboration du plan territorial de lutte contre les addictions (le plan est pourtant dit « territorial »). Les acteurs, dans le cadre de la mise en œuvre du plan et des fiches action mais également du suivi et l'évaluation du plan, devraient donc engager un débat autour de la notion de territoire, car les entretiens et l'enquête ont bien révélé que certaines zones du département, notamment rurales, ne faisaient l'objet d'aucune organisation. De plus, les acteurs interviennent dans des secteurs identiques. A ce titre, les quatre bassins d'emploi du département pourraient constituer ces territoires d'intervention et d'organisation de la prise en charge. Constitués autour des quatre grandes agglomérations du département que sont Montargis, Gien, Orléans et Pithiviers, ces bassins d'emploi regroupent une population toxicomane sensiblement plus nombreuse que dans le reste du département, dont les besoins

apparaissent aujourd'hui clairement identifiés dans la phase de diagnostic du plan territorial. Une organisation à partir de ces quatre territoires permettrait d'une part d'avoir une meilleure visibilité des intervenants et du taux de couverture de leurs actions, et d'autre part d'assurer aux toxicomanes un accès facilité au système de prise en charge. Il serait ainsi possible d'organiser des « relais Méthadone » dans les territoires qui en sont jusqu'ici dépourvus. En effet, pour les associations d'usagers, « il faut rendre plus accessibles les produits de substitution afin d'y faire accéder le plus grand nombre de consommateurs d'opiacés en difficulté ». Dans ce sens MISP et IASS pourraient également veiller à ce que les usagers de drogues aient accès à des médecins ou des équipes d'intervention, ce qui peut se révéler fondamental pour lutter contre les épidémies de VIH et le VHC (dont les taux sont élevés dans le département²²) par exemple : ce type d'organisation spatiale permettrait de s'assurer que des liens existent entre secteur médical et usagers sur l'ensemble du département (liens avec les centres de dépistage anonymes et gratuits, les équipes hospitalières, le CSST...). De même, ceci permettrait d'organiser des permanences d'échange de seringues dans des lieux non couverts.

B) Conforter et développer l'existant : le rôle déterminant de l'IASS

Malgré tout, des dispositifs existent et fonctionnent dans le département : il s'agit donc dans un second temps de conforter et de consolider les différents dispositifs existants, mais également des les développer et les étendre au reste du département. Les points écoute installés dans les collèges et lycées du département doivent être renforcés face à une demande de plus en plus importante des directeurs d'établissements scolaires. Les consultations cannabis doivent être développées face à une montée en charge spectaculaire des demandes de consultation au cours de l'année 2005, et face à un nombre de jeunes consommateurs en constante augmentation²³. Les actions d'insertion doivent être consolidées et pérennisées sans quoi ce volet du système de prise en charge ne pourra plus être satisfait. Les points de contact avec les usagers de drogues devront être améliorés et développés. Des modalités d'hébergement temporaire, notamment dans le cadre d'une prise en charge sous substitution, devront être créées.

Ce type d'action passe inévitablement par l'allocation de crédits supplémentaires, mais également par un engagement renforcé des acteurs : les géographies d'action ne pourront être étendues si les acteurs ne s'engagent pas dans une démarche de développement de leurs interventions. L'IASS doit donc mobiliser les opérateurs, solliciter et encourager les initiatives en provenance du terrain. Il doit être capable de fédérer des acteurs de cultures professionnelles différentes autour de problématiques qui nécessitent

²² Taux donnés en partie 1.2.2.A

²³ Voir tableau partie 1.2.2.B

des réponses pluridisciplinaires, avec pour objectif de les inciter à converger vers une prise en charge croisée de la population toxicomane, tout en respectant les compétences de chacun. C'est à travers la rencontre de ces opérateurs et la discussion, mais également l'écoute de leurs attentes et problématiques que l'IASS pourra engendrer une démarche collective et fédérer les acteurs autour d'une stratégie commune. L'IASS doit également être en capacité de défendre auprès des instances de financement la nécessité de débloquer des crédits supplémentaires dans cette optique. Il doit également mobiliser son réseau pour trouver des alternatives budgétaires auprès de ses partenaires : assurance maladie, collectivités territoriales...En effet, « si les financements ne viennent pas à lui, c'est à lui d'aller les chercher », dans la limite de ses compétences et de ses missions.

L'IASS a ici un double rôle à jouer : en tant que régulateur en matière de planification de l'offre, et en tant que maître d'ouvrage pour agencer les compétences au service des besoins des usagers.

3.3 Adapter et actualiser les interventions professionnelles et les dispositifs de prise en charge aux besoins du public toxicomane

Le ministère en général et la MILDT en particulier demandent de plus en plus aux acteurs intervenant dans le champ de la toxicomanie d'entrer dans une démarche de professionnalisation, ce qui sous entend d'agir au plus près des réalités de terrain et de répondre à l'évolution constante des besoins des usagers de drogues.

3.3.1 Au niveau du système de prise en charge

A) La mobilisation des partenaires autour de la problématique de la formation

L'IASS doit sensibiliser les partenaires de la lutte contre les addictions aux évolutions indispensables qui doivent avoir lieu pour améliorer le système de prise en charge des usagers de drogues dans le département. Il s'agit de mobiliser les partenaires en charge de la formation des personnels médicaux et paras médicaux. L'un des objectifs annoncés pourrait être d'inclure dans la formation continue des médecins généralistes des modules relatifs à la prise en charge des conduites addictives. De même, la formation des personnels médicaux et para médicaux hospitaliers pourrait être développée dans ce domaine, ainsi que celles des personnels médico-sociaux et des personnels de l'éducation nationale (médecins et infirmiers scolaires, mais également professeurs des écoles dans le cadre des instituts universitaires de formation des maîtres). Une sensibilisation à la problématique des addictions pourrait être proposée dans le cadre de

l'organisation d'une journée annuelle départementale, action qui pourrait être financée sur des crédits MILDT ou FNPEIS.

De même, il apparaît indispensable que les intervenants dans le champ de la prévention soient formés. La prévention des conduites addictives est un élément essentiel de tout système de prise en charge. Des interventions précoces auprès d'un public en milieu scolaire ont montré leur efficacité : ainsi dans le département du Loiret, les demandes de consultation au CSST effectuées par un public d'âge scolaire ont nettement diminué du fait de l'installation de points écoute dans les collèges et lycées et d'interventions sous forme d'ateliers, débats ou jeux. Toutefois, certains acteurs ne sont pas formés à ce type d'intervention et dispensent des actions dont l'efficacité peut être remise en question, principalement en milieu scolaire. A ce titre, la MILDT, la Direction de l'Enseignement Scolaire (DESCO), la Direction Générale de la Santé (DGS) et l'Institut National de prévention et d'Education à la Santé (INPES) ont édité au mois d'octobre 2005 un guide d'intervention en milieu scolaire à l'intention des intervenants en milieu scolaire dans le but de développer une politique nationale cohérente dans le cadre de la prévention des conduites addictives. Ce guide a vocation à être diffusé et devient l'outil de référence en milieu scolaire. Il apparaît donc important de sensibiliser les intervenants en prévention à l'utilisation de ce type d'outil validé dans les meilleurs délais. Parallèlement, des actions de formation plus générales devraient être organisées : dans cette perspective, l'IASS pourrait avoir à connaître de projets de formation déposés en DDASS pour une demande de financement. Il pourrait leur accorder une attention particulière dans le sens où le développement des actions de prévention, tant en milieu scolaire qu'en milieu professionnel, est une nécessité.

B) Des démarches innovantes

La sensibilisation et la formation des médecins généralistes apparaît indispensable, en tant qu'acteurs de première ligne : ce type de formation pourrait aboutir à la création d'un réseau addiction composé de médecins généralistes volontaires qui s'engageraient dans une démarche de coordination, d'élaboration de bonnes pratiques, d'information... De plus, une telle démarche sensibiliserait les médecins à associer le suivi du patient à la prescription de traitement de substitution : l'idée d'un relais informatique qui recenserait l'ensemble des patients sous traitement de substitution, le médecin traitant prescripteur, et qui serait accessible à l'ensemble des médecins généralistes pour éviter les pluri prescriptions et donc les détournements de Subutex pourrait être proposée, sur le modèle de ce qui existe au Québec. Ainsi, les prescriptions sont informatisées et accessibles à l'ensemble des professionnels concernés : médecins de ville, pharmaciens, centre de soins...Ce traitement informatique permet d'éviter les détournements et le trafic de produits de substitution, mais a également l'avantage de permettre un suivi régulier du

parcours de prise en charge de l'usager de drogues et ainsi d'éviter les ruptures dans le système de prise en charge. Ce type de dispositif a été mis en place dans le département de Saône et Loire et porte le nom de REMED-ADDICTIONS. Il s'agit de l'organisation de la coordination des soins et prises en charge médico-sociales des personnes dépendantes : les objectifs sont le développement de la prise en charge en médecine de ville des traitements de substitution, le renforcement et le soutien des compétences en addictologie des médecins généralistes, l'amélioration de l'accès aux soins par une plus grande proximité et la mise en place d'outils techniques et conceptuels communs aux différents acteurs de la prise en charge (CSST, médecine de ville et médecine hospitalière). Ainsi, un réseau médical a été formalisé selon les normes de l'URCAM au titre de la Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux (DRDR), les médecins et autres professionnels de santé se sont engagés dans une démarche de formation et un dossier médical partagé et informatisé a été mis en place pour une prise en charge spécialisée des personnes dépendantes (avec soutien technique au CSST). Il s'agit là d'un exemple de relais informatique qui fonctionne bien et dont l'organisation pourrait servir de modèle aux professionnels du département du Loiret.

Parallèlement, l'IASS pourrait mobiliser l'ensemble des structures de soins dans l'objectif d'élaborer des protocoles de continuité des soins spécialisés, prioritairement pour la prise en charge sous traitement de substitution, afin d'éviter les ruptures de prise en charge : entre hôpital et CSST, entre UCSA et CSST/réseau de ville...

Le système de prise en charge des usagers de drogues étant global, la professionnalisation du dispositif doit donc également passer par le développement de l'accompagnement social.

3.3.2 Au niveau des dispositifs d'accompagnement social

A) Un accompagnement social bien adapté ?

Comme nous l'avons vu, il est fondamental que l'insertion et l'accompagnement à la réinsertion soient systématiquement pris en compte dans le parcours de prise en charge des usagers de drogues, en fonction des missions et des compétences de chacun des acteurs. Actuellement les actions d'insertion sont marginales. Il m'est apparu que la pertinence du dispositif ASI pouvait être remise en question lorsque l'on s'adresse au public toxicomane : l'ASI est-il bien adapté aux usagers de drogues et à leurs problématiques particulières ? L'accompagnement d'un toxicomane vers l'emploi ou le logement est bien plus complexe : les professionnels doivent gérer à la fois une problématique d'insertion et une problématique de consommation qui constitue bien souvent un frein à la recherche d'emploi ou de logement. Le dispositif ASI, en ce sens, ne m'apparaît pas adapté à ce type de public dans le sens où il ne prend pas en

considération les problématiques consommatoires des usagers. De même, l'inscription des usagers précaires dans le RMI ne semble pas être la réponse idéale par sa possibilité de suivi social au sein d'un dispositif local. Les politiques des conseils généraux varient d'un département à l'autre et aucun travail spécifique concernant les toxicomanes n'a été réalisé par les programmes départementaux d'insertion. De plus les usagers de drogues ne remplissent pas tous les critères d'attribution du RMI, du fait de leur âge, des ressources existant dans le foyer, de leur temps de présence sur le territoire... Dans les faits, l'attribution du RMI à ce public précarisé s'est faite plus difficilement au fil du temps. Ne devrait-on pas développer d'autres types de partenariats, de dispositifs d'insertion spécifiques aux problématiques du public toxicomane ?

Pour les professionnels rencontrés, seul le système spécialisé est en mesure de proposer cet accompagnement. Les usagers le savent et voient dans les CSST la meilleure réponse possible à ce besoin, c'est pourquoi il faut développer les moyens alloués à ce type de prise en charge en CSST, qu'ils soient humains ou financiers. L'IASS doit mobiliser ses partenaires en ce sens. En effet, dans le département du Loiret, seule une conseillère en économie sociale et familiale assure le suivi social des usagers au CSST. Une autre proposition pourrait être de faciliter la prise en charge sociale dans le cadre de dispositifs d'hébergement temporaire, qui permettraient un suivi et un accompagnement à plus long terme, sans rupture. Ce type de dispositif permettrait ainsi aux toxicomanes d'être suivis de plus près par une équipe spécialisée et de gérer de front leurs conduites addictives et la recherche d'un emploi par exemple : en effet, dans bien des cas, la recherche d'un emploi constitue une source de stress et d'angoisse pour les usagers de drogues, qui peut les conduire à rechuter dans leur consommation antérieure s'ils ne sont pas soutenus. Il s'agit donc, dans le département du Loiret, de mobiliser des cofinancements dans l'objectif de développer le dispositif de logement temporaire et les équipes pluridisciplinaires qui y travaillent.

B) L'applicabilité du modèle québécois d'accompagnement vers l'emploi des usagers toxicomanes

Sur le modèle de ce qui existe au Québec, des partenariats particuliers pourraient être créés avec l'Agence Nationale pour l'Emploi (ANPE) concernant le public toxicomane. Au Québec, les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes signent des conventions pluriannuelles avec des organismes d'aide à la recherche d'emploi agréés par Emploi Québec (ANPE québécoise). Ces organismes sont des services spécialisés de main d'œuvre qui s'engagent à promouvoir et à soutenir l'employabilité des personnes défavorisées, notamment les personnes ayant connu des difficultés liées à la consommation de drogues, d'alcool ou de médicaments. Ainsi les clients du centre disposent d'un accompagnement adapté à leurs problématiques par des

professionnels sensibilisés aux difficultés spécifiques au public toxicomane. Les agences des réseaux locaux de santé et de services sociaux, équivalentes de nos DDASS/DRASS, soutiennent ce type de partenariats et y apportent leur concours financier.

Ce type de dispositif pourrait être développé en France sous la forme de partenariats entre le ministère de la santé et des solidarités et le ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement. Il s'agit en effet de répondre aux besoins spécifiques d'une population dont le retour vers l'emploi est souvent compromis, en mobilisant d'une part le ministère de l'emploi mais également le monde de l'entreprise, dans le cadre d'une stratégie interministérielle.

Au-delà de la mobilisation de divers acteurs dans l'objectif de répondre aux besoins du public toxicomane et d'éviter des ruptures dans son parcours de prise en charge, il est primordial de développer une véritable politique de prévention et de réduction des risques en direction de l'ensemble de la population. Dans cette optique, il est notamment possible de s'appuyer sur les toxicomanes eux-mêmes.

3.3.3 Atteindre une bonne couverture territoriale de l'information, auprès des usagers et des non usagers, en terme de prévention et de réduction des risques, par des acteurs qualifiés

A) La mobilisation des partenaires autour d'une stratégie interministérielle

L'objectif de la démarche serait d'éviter un début précoce de l'usage nocif et d'informer les usagers des possibilités qui leur sont offertes pour engager une démarche de prise en charge. En effet, le système de prise en charge décrit dans ce mémoire comprend des interventions dans le domaine de la prévention, notamment en direction des plus jeunes qui constituent bien souvent des consommateurs potentiels. Le public adolescent doit être ciblé car les études²⁴ montrent qu'au cours de cette période, nombre de jeunes peuvent être considérés comme des consommateurs à risque. Il apparaît donc intéressant de s'appuyer sur l'éducation nationale et les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) dans les établissements scolaires pour diffuser une information claire et objective sur la consommation de drogues illicites et ses conséquences, mais également sur la prévention des consommations. Ces informations devraient être diffusées en direction des jeunes et des parents d'élèves, mais également dans les zones non couvertes, notamment les établissements scolaires en milieu rural...Il s'agirait

²⁴ Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003

d'intervenir au moins une fois auprès de chaque élève avant la fin du collège, sur le thème des drogues illicites.

La réunion des différents acteurs du champ de la toxicomanie et des intervenants de l'éducation nationale permettrait de formaliser de type de dispositif. Ce type de proposition va au-delà des missions propres de l'IASS et relève bien évidemment d'une mobilisation des services du ministère de l'éducation nationale : l'IASS n'a pas vocation à organiser ni à formaliser ce type de partenariat. Toutefois, dans le cadre de l'élaboration de stratégies d'interventions interministérielles comme celle relative à la lutte contre la toxicomanie, les acteurs de différents ministères se réunissent et mettent en commun leurs idées et propositions. C'est dans cette logique que l'IASS pourrait intervenir et encourager ce type de partenariat, en tant que force de proposition.

Au Québec, et plus particulièrement dans la région des Laurentides, il existe dans chaque école un «répondant en toxicomanie » qui va référer les jeunes aux prises avec des problématiques de consommation au centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Ces relations ont été formalisées depuis 2003 par le biais de protocoles de collaboration entre le centre de réadaptation et les sept commissions scolaires de la région. Ce type de partenariat pourrait être envisagé en France et développé par le ministère de l'éducation nationale. Il ne demande pas de financement particulier, mais une organisation interne à chaque établissement scolaire et la protocolisation des relations entre les personnels des établissements en charge de référer les jeunes et les structures de prise en charge.

B) La mobilisation des usagers de drogues

Lorsque l'on rencontre des usagers de drogues, il est intéressant de leur demander s'ils se sentent concernés par la diffusion de bonnes pratiques, de conseils dans la communauté toxicomane. Les réponses à cette question sont toutes positives : les usagers de drogues ont bien conscience des dangers de leur consommation, à la fois pour eux mais également pour leur proches. Ils sont très sensibles à l'amélioration de leurs conditions de vie et de leurs conditions de consommation. Les usagers rencontrés au programme d'échange de seringues de l'association APLEAT ont à cœur de sensibiliser «leurs compagnons de galère » aux bonnes pratiques de consommation. Ainsi ils échangent et diffusent les adresses des structures d'accueil existant dans le département, au gré de leurs déplacements, sensibilisent leur entourage à l'importance de rencontrer les équipes de ces structures...

Par le biais des toxicomanes engagés dans une démarche de prise en charge, il apparaît donc possible de diffuser une véritable politique de prévention et de réduction des risques dans la communauté toxicomane, notamment lorsque celle-ci est difficile à approcher

(squats). Il s'agit de « l'éducation par les pairs » ou « Peer's Education ». Les professionnels rencontrés ont également pris conscience de ce vecteur de diffusion de l'information et ne manquent pas de rappeler aux usagers rencontrés de parler des possibilités offertes aux toxicomanes en matière de prise en charge, mais également en matière de prévention et de réduction des risques : utilité du dépistage VIH/VHC, importance du port du préservatif lors des rapports sexuels, possibilité de se procurer du matériel stérile et conséquences de l'utilisation de seringues usagées... Les toxicomanes, bien souvent, repartent du PES avec des plaquettes d'information qu'ils vont distribuer dans les lieux de rencontre. De même, certains d'entre eux ont la volonté de s'investir plus concrètement dans une véritable démarche de prévention : certaines associations leur offrent la possibilité de témoigner de leur parcours toxicomane auprès des plus jeunes, de participer à diverses activités de prévention...

Toutefois ce type d'approche de la communauté toxicomane reste marginal parmi les acteurs du champ de la toxicomanie dans le département. L'IASS a un rôle à jouer dans l'encouragement de ce type de démarche. Ainsi il peut privilégier le financement d'actions visant à développer l'implication du public toxicomane dans la politique de prévention, comme par exemple des actions de création de plaquettes d'information intégrant les usagers (thématiques du VIH, VHC...), ou encore l'organisation de journées de sensibilisation au cours desquelles les toxicomanes s'investiraient en tant qu'acteurs... Par ce biais, il répondrait à une attente forte de l'ensemble des opérateurs qui est de replacer l'utilisateur au centre du système de prise en charge pour en faire un acteur à part entière de son parcours.

CONCLUSION

Les évolutions qui marquent les dispositifs publics de prise en charge des usagers de drogues témoignent de la complexité et de la sensibilité d'un tel sujet. Le public toxicomane a pendant longtemps été considéré comme marginal, loin d'être une priorité des politiques publiques. Pourtant, force est de constater que la toxicomanie touche l'ensemble des classes sociales, des catégories d'âge, des sexes...et qu'il s'agit d'un véritable problème de santé publique en France, comme dans nombre de pays étrangers. Avec l'extension rapide de l'épidémie du SIDA dans les années 90, et celle de l'hépatite C actuellement, une véritable démarche publique de prévention et de réductions des risques se développe en direction des toxicomanes. Désormais la dynamique est engagée, en témoigne le plan gouvernemental de lutte contre l'alcool, le tabac et les drogues illicites 2004-2008. Cette démarche n'aura pas eu de difficulté à trouver écho au niveau local où un secteur associatif particulièrement dynamique militait en ce sens depuis de nombreuses années.

Face à des changements assez significatifs dans la politique publique de lutte contre la toxicomanie, les acteurs associatifs et institutionnels se sont donc appuyés sur la déclinaison territoriale du plan gouvernemental pour mettre à plat leurs pratiques et s'engager dans la réorganisation et l'amélioration du système de prise en charge des usagers de drogues dans le département. Ce travail, réalisé en partenariat, fut l'occasion de mettre en place de nouvelles relations entre intervenants en toxicomanie d'une part, entre acteurs et institutions d'autre part.

Certes un certain nombre de dysfonctionnements ont pu être mis en évidence, mais ils n'apparaissent pas insurmontables. Chaque acteur du dispositif présente une motivation encourageante, qu'il s'agisse des intervenants, des institutions (DDASS, Assurance Maladie, Education Nationale...) ou des usagers eux-mêmes. Il s'agit là d'une caractéristique forte dans le département : une volonté de modifier les pratiques existantes dans l'objectif d'apporter un service de qualité aux usagers toxicomanes et de répondre le plus efficacement possible à leurs besoins. Ce désir d'améliorer le système de prise en charge se retrouve également lorsque l'on parle de prévention : l'ensemble des opérateurs a à cœur de prévenir, le plus tôt possible, tout type de consommation à risque.

Toutefois, la motivation des acteurs locaux trouve-t-elle écho auprès des pouvoirs publics ? Au terme de cette étude qui a permis de confirmer les problématiques locales exprimées par les professionnels et les usagers de drogues et d'en identifier d'autres, mais également de mettre en évidence les objectifs et souhaits de chacun des opérateurs, il est important de se demander quel va être l'avenir de la politique publique de prise en charge des usagers de drogues ? Certes le dispositif local sera toujours en

place, avec des professionnels dynamiques et motivés, mais dans quelle mesure va-t-il continuer à être soutenu par les pouvoirs publics ? Lorsque l'on s'attarde à étudier les crédits alloués par la MILDT, ils fluctuent dans le département: après une forte augmentation jusqu'en 2002 (178 000 euros), ils se stabilisent aux alentours de 147 000 euros en 2004 et 2005. Les actions de prévention semblent souffrir d'un manque de moyens croissant, notamment au niveau des consultations cannabis dont la montée en charge n'a pas été anticipée par la MILDT. Victimes de leur succès, ces consultations sont en mal de financement dans le département malgré une dernière délégation de crédits fin 2005. Parallèlement, les lobbys politiques opposés à la réduction des risques se développent, et proposent la mise en place de communautés thérapeutiques. Le nombre de places en post cure tend à se stabiliser face à des demandes de plus en plus importantes, et ce tant au niveau local que national... Les objectifs annoncés apparaissent donc ambitieux au regard des moyens alloués à la lutte contre la toxicomanie, que ce soit au niveau du soin, de la prévention ou de la réduction des risques. Le thème de la toxicomanie est un débat passionné et un sujet mouvant, qui déchaîne les passions depuis de nombreuses années. Les politiques successives manquent parfois de cohérence et de clarté. Mes recherches et mes rencontres ont mis en évidence que la lutte contre la toxicomanie se cherche encore, en témoignent ses contradictions : une politique nationale orientée vers un développement de la prise en charge du public toxicomane confrontée à l'opposition de certains élus locaux dans le département... Les professionnels peuvent parfois apparaître perdus et en recherche de sens, n'ont pas dans leur action mais dans les dynamiques que les pouvoirs publics souhaitent impulser dans le domaine.

Malgré certaines difficultés, l'état d'esprit des professionnels reste optimiste, ils sont passionnés et croient en leur travail. Ils sont de véritables « moteurs de recherche », sources d'innovations et d'idées dans le domaine de la prise en charge des dépendances. Les acteurs institutionnels du département du Loiret apparaissent également engagés dans le développement du système de prise en charge des usagers de drogues : l'Education Nationale, l'Assurance Maladie, la DDASS, la Police Nationale et la Gendarmerie, les procureurs de la République... Tous sont unanimes à penser que ce type de dispositif doit être développé et amélioré, pour le bien être de tous, toxicomanes et population en général. En effet, « la tendance aux conduites addictives est à l'augmentation, il faut donc agir sur le long terme ».

Et je suis convaincue que la lutte contre la toxicomanie doit rester une priorité de santé publique, et que les pouvoirs publics en ont bien conscience. Il nous reste, en tant que futurs professionnels, à nous engager dans cette voie avec autant de motivation et de conviction que les intervenants peuvent en faire preuve !

Paroles d'acteurs :

« L'approche médico-sociale est précisément celle du soin aux toxicomanes. Ce soin là est spécifique : en écho du modèle proposé par le Docteur OLIEVENSTEIN (rencontre entre un produit, un environnement et une personnalité), le soin est conçu non pas comme médico-psychologique mais comme médico-psycho-social et chaque intervenant, de la prise en charge des jeunes consommateurs au soin des toxicomanes avérés, participe de la clinique aux usagers de drogues. Cette identité clinique ne saurait être remise en cause quel que soit l'avenir du dispositif, faute de quoi de longues années de travail par tous les intervenants en toxicomanie de notre pays auraient été vaines (...)

(...) Les capacités d'accueil et les moyens humains doivent pouvoir correspondre à la demande : il n'est évidemment pas possible de refuser les personnes qui s'adressent à nous, et nous ne pouvons pas non plus concevoir la qualité d'un centre de soins avec un délai d'attente déraisonnable. En particulier pour les jeunes consommateurs, mais aussi pour toutes les personnes souffrant de leurs consommations, il est absolument indispensable de pouvoir donner une première réponse sans délai. Le premier contact conditionne pour une grande part la qualité de notre relation future, que ce soit en terme de prévention, d'évaluation ou de soin. La nature de notre intervention se construit individuellement, au contraire de nos projets pensés collectivement. Ce dialogue fait le quotidien de nos missions, et nous devons avoir les moyens de l'honorer. »

Extrait du rapport d'activité 2004 du CSST géré par l'association APLEAT

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- REPUBLIQUE FRANCAISE Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic, et de l'usage illicite des substances vénéneuses
- REPUBLIQUE FRANCAISE Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique
- REPUBLIQUE FRANCAISE Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- REPUBLIQUE FRANCAISE Décret n°72-200 du 13 mars 1972
- REPUBLIQUE FRANCAISE Décret n°87-328 du 13 mai 1987 relatif à la vente libre de seringues en pharmacie
- REPUBLIQUE FRANCAISE Décret n°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes
- REPUBLIQUE FRANCAISE Décret n°2003-160 du 26 février 2003 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des CSST
- REPUBLIQUE FRANCAISE Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES Circulaire DGS du 3 juillet 1979 relative au fonctionnement des post-cures
- MINISTERE DE LA JUSTICE Circulaire CAB 87-01 du 12 mai 1987 relative aux sanctions liées à la consommation de produits stupéfiants
- MINISTERE DE LA SANTE Circulaire DGS n°4 du 11 janvier 1995 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes
- MINISTERE DE LA SANTE Circulaire DGS n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés
- MINISTERE DE LA JUSTICE Circulaire DGLDT/CRI n°20 C du 28 avril 1995 relative à l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES Circulaire DGS/DH n°96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES Circulaire DHOS n°2000-460 du 8 septembre 2000 relative aux soins pour les personnes ayant des conduites addictives
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES Circulaire DGS/DHOS/DGAS n° 2004-464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES Circulaire DGAS/DSS/DGS/2005/154 du 22 mars 2005 relative à la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (CCAA, CSST, ACT)

Rapports, plans, programmes

- PELLETIER M. « Rapport PELLETIER »: rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue au Président de la république, La documentation française, Paris, 1978
- TRAUTMANN C. « Rapport TRAUTMANN » relatif à la lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants, Rapport au Premier Ministre, La documentation française, 1990
- HENRION R. «Rapport HENRION »: rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, 1994
- PARQUET P. « Rapport PARQUET » pour une prévention de l'usage des substances psychoactives, 1997
- OLIN N. « Rapport OLIN » relatif à la politique nationale de lutte contre les drogues illicites, 2002
- MILDT Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001
- MILDT Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008
- MILDT-DESCO-DGS-INPES Guide d'intervention en milieu scolaire pour la prévention des conduites addictives, 2005
- DDASS OISE Plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool du département de l'Oise 2004-2008
- DDASS ILLE ET VILAINE Programme départemental de prévention des usages de drogues en Ille et Vilaine 2005-2008
- LOLF Programme Drogues et Toxicomanies
- Projet de loi de finances pour 2005

- VILLE D'ORLEANS-Direction de la vie des quartiers Contrat de ville de l'agglomération orléanaise 2000-2006

Ouvrages

- LOWENSTEIN W. *Ces dépendances qui nous gouvernent*. Calmann-Lévy. 2004
- OFDT. *Livrets de connaissances « Drogues, savoir plus, risquer moins »*. 2004
- OLIEVENSTEIN C. *Toxicomanie et psychanalyse, Bulletin de liaison du CNDT*. 1989
- REYNAUD M. *Cannabis et santé*. Flammarion
- VALLEUR M. et MATYSIACK JC. *Les addictions, dépendances, toxicomanies : repenser la souffrance psychique*. Armand Collin, Paris. 2002
- VALLEUR M. et MATYSIACK JC. *Les nouvelles formes d'addiction : l'amour, le sexe, les jeux vidéos*. Flammarion. 2004

Enquêtes, bilans

- OFDT *Enquête Baromètre Santé*. 2000
- OFDT *Drogues et dépendance, Indicateurs et tendances*. 2002
- Enquête EROPP-OFDT *Penser les drogues : perception des produits et des politiques publiques*. Janvier 2003
- Enquête ESCAPAD-OFDT *Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence*. 2003
- Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes français*. 2005
- Enquête DRASS *Les toxicomanies en région Centre*. Novembre 2003
- Enquête ORS *Profils et consommations des patients en médecine générale en région Centre*. 2004
- Bilan d'activité d'associations et de structures intervenant dans le champ des addictions dans le département du Loiret : associations ESPACE, APLEAT, ASUD, ANPAA, équipe hospitalière ECHOT.

Articles de presse et périodiques

- LOWENSTEIN W. *Un problème de mentalité, de structures et de moyens*. L'Humanité. 7 juin 1994
- Flash conjoncturel de l'INSEE. n°9-mai 2005
- Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°20/2005-17 mai 2005

Mémoires

- AULOY S. *Enjeux et difficultés de la mise en place d'une politique de prévention primaire de la toxicomanie*. Mémoire professionnel IASS.1995

- FOURCROY L. *Politique de lutte contre la toxicomanie et politique de la ville*. Mémoire professionnel IASS. 1996
- DORSO V. *Contribution et limites de la substitution à l'insertion des usagers de drogues opiacées précarisés*. Diplôme universitaire Franco-québécois « Conduites de dépendances ». Université Catholique de Lille- Faculté libre de médecine- Institut social de Lille Vauban/Université de Montréal- Faculté de l'éducation permanente. Décembre 2005

Sites Internet

- <http://www.drogues.gouv.fr>
- <http://www.inpes.fr>
- <http://www.centre.gouv.fr>
- <http://www.inserm.fr>
- <http://www.invs.sante.fr>
- <http://www.toxibase.org>
- <http://www.ofdt.fr>
- <http://www.fnors.org>
- <http://www.anit.asso.fr>
- <http://www.ableat.com>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Liste des personnes rencontrées et entretenues	page III
ANNEXE 2 : Grilles d'entretien	page V
ANNEXE 3 : Etat des lieux départemental Grille d'Entretien	page VII
ANNEXE 4: Le système de prise en charge des personnes alcooliques, joueurs excessifs et autres toxicomanes au Québec	page XIII

ANNEXE 1

LISTES DES PERSONNES RENCONTREES ET ENTRETENUES

ENTRETIENS TELEPHONIQUES

- Madame Annick BOULLIER, chargée d'études SROS 3 Volet «Santé Mentale » - groupe addictologie, CRAM de la région Centre
- Madame CLERC, directrice de l'association ESPACE, Montargis
- Mademoiselle Cécile DIZIER, IASS DDASS OISE, responsable de l'élaboration du plan MILDT
- Monsieur NAUDET, chargé de mission politique de la ville, mairie d'Orléans

ENTRETIENS

- Docteur Jean-Pierre EPAILLARD, Médecin Inspecteur de Santé Publique, DDASS du Loiret (actuellement MISP DDASS Ille et Vilaine)
- Madame Anne GUEGUEN, IPASS DDASS Loiret (actuellement directrice adjointe DRASS du Centre)
- Commandant ARCHAMBAULT, Police nationale, Direction départementale de la sécurité publique
- Capitaine DUPUY, Gendarmerie nationale, Brigade de prévention de la délinquance juvénile
- Monsieur MORIN, directeur de l'ANPAA 45
- Madame Marie-Thérèse TOURNE, coordinatrice du Réseau ville hôpital SIDA, Orléans
- Madame Christine TELLIER, directrice de l'association pour l'écoute et l'accueil des toxicomanes
- Madame Jeannette VASQUEZ, psychologue au centre de soins spécialisés aux toxicomanes sans hébergement, Orléans
- Madame le Docteur BERTAUX, médecin généraliste au centre de soins spécialisés aux toxicomanes sans hébergement, Orléans
- Madame Blandine GAUTHIER, conseillère technique en travail social au centre de soins spécialisés aux toxicomanes sans hébergement, Orléans
- Monsieur Gilles ROZSYPAL, infirmier au programme d'échange de seringues et au centre de soins spécialisés aux toxicomanes sans hébergement, Orléans
- Monsieur Nicolas BAUJARD, animateur médico-social au centre de soins spécialisés aux toxicomanes sans hébergement, Orléans

- Des usagers du programme d'échange de seringues et au centre de soins spécialisés aux toxicomanes sans hébergement, Orléans
- Monsieur Georges FREIBURGER, directeur du centre de soins spécialisés aux toxicomanes avec hébergement, Orléans
- Les éducateurs du centre de soins spécialisés aux toxicomanes avec hébergement, Orléans
- Des usagers du centre de soins spécialisés aux toxicomanes avec hébergement, Orléans.

GRILLE D'ENTRETIEN USAGERS

Etat civil

- Age
- Situation maritale
- Enfants

Parcours professionnel

- Niveau de formation
- Type d'emploi occupé

Modes de vie passés et actuels

- Ressources
- Type d'habitation
- Conditions de vie
- Parcours judiciaire
- Rapports avec la famille

Passé toxicomane

- Age de la première consommation
- Type de produits expérimentés
- Type de consommation : injection, sniff, inhalation... → notion de prise de risque
- Overdoses...

Prise en charge de la dépendance

- Motivation pour entrer dans une démarche de soin
- Type de structures fréquentées : post-cure...
- Nombre de séjours
- Traitement de substitution
- Cadre de la démarche de soin actuelle
- Avis sur le dispositif

Projets de vie

GRILLE D'ENTRETIEN PROFESSIONNELS

Grille complétée en fonction des personnes rencontrées et de leur fonction

1. Comment définiriez-vous un usager de drogues ?
2. Quels sont les profils d'usagers que vous recevez ? Pour quels types de produits les usagers consultent-ils le plus ?
3. Par qui sont-ils orientés ?
4. Quelles sont les demandes/ les attentes du public toxicomane ?
5. Comment se passent le repérage des usagers, leur prise en charge, leur suivi à la sortie du dispositif ?
6. A quelle étape de la prise en charge intervenez-vous ?
7. Quels sont les problèmes rencontrés dans le département au niveau de la prise en charge des usagers de drogues ?
8. Quels sont les critères d'une prise en charge réussie ? Quel est le pourcentage de prise en charge réussie/ de rechute ?
9. Avis sur les possibilités d'amélioration du dispositif de prise en charge des usagers de drogues.

GRILLE D'ENTRETIEN RESPONSABLES DE STRUCTURES

1. Quel est le type d'activité de votre association/structure ? Quel type d'action menez-vous ?
2. Quel type de public recevez-vous ?
3. Comment qualifieriez vous l'évolution du public qui fréquente votre association/structure ?
4. Quelle est la composition de votre équipe ?
5. Quel type d'accompagnement proposez-vous aux usagers ?
6. Travaillez-vous en partenariat avec d'autres acteurs ?
7. Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans votre activité : financières, politiques, matérielles... ?
8. Quels sont les projets de l'association/structure ?
9. Comment jugez-vous le dispositif actuel de prise en charge des toxicomanes dans le département ?
10. Quelles sont les carences du dispositif de lutte contre la toxicomanie en France ?
11. Qu'attendez-vous du plan territorial ?

ETAT DES LIEUX DEPARTEMENTAL
GRILLE D'ENTRETIEN

Le comité restreint de lutte contre les drogues et la toxicomanie réuni le 6 mai 2004 a mis en évidence le manque de données concernant les actions mises en œuvre dans le champ des addictions dans le Loiret.

Aussi, un groupe de travail composé de la DDASS, de la DDJS et de l'Education Nationale s'est engagé à réaliser un état des lieux de ces actions, en allant à la rencontre des différentes structures qui interviennent sur le terrain.

Cette grille d'entretien sert de support à la réalisation de l'état des lieux et comporte deux fiches : l'une sur la structure et l'autre sur les actions menées par la structure.

Les structures repérées sont :

- Orléans : APLEAT, ANPAA, APSAT 45, CHR d'Orléans et Daumézon, ASUD, CODES, RVHS, Aides 45, BPDJ, Procureur
- Montargis : ESPACE, ECHOT, Procureur
- Pithiviers : BPDJ, Procureur
- Les établissements scolaires de l'Education Nationale (à préciser)

LA STRUCTURE

NOM :

Type de structure :

- | | |
|-------------------------|---|
| Association Loi 1901 | ? |
| Institution spécialisée | ? |
| Service de l'Etat | ? |
| Ou d'une collectivité | ? |
| Hôpital | ? |
| Autre (précisez) | ? |

Objet de votre structure (quel est l'objectif premier de votre structure ?) :

.....

Description des activités habituelles de votre structure :

.....
.....
.....
.....

Public cible de vos actions (tranches d'âge, sexe...) :

.....
.....

Lieu(x) d'intervention :

.....
.....

Indiquez le nombre de personnes encadrant l' (les) activité(s) de votre structure et leur(s) qualification(s) :

Bénévole(s) :.....

Qualification (s) :.....

Salarié(s) permanent(s) :.....

Qualification(s) :.....

Dont temps complet :..... et temps partiel :.....

Intervenant(s) ponctuel(s) :.....

Qualification(s) :.....

Percevez-vous des financements publics : OUI? NON?

Si oui, de quelle(s) institution(s) publique(s) ?

.....
.....

Pour quelle(s) action(s) ?

.....
.....

L'ACTION

S'agit il d'une action de :

- | | |
|------------|---|
| Répression | ? |
| Soin | ? |
| Prévention | ? |
| Insertion | ? |

Objectif(s) de l'action (qualitatifs et quantitatifs) :

Cet objectif est-il inscrit dans le schéma départemental ?

.....
.....
.....

Description de l'action :

Quels sont les outils utilisés ? S'agit il d'une exposition, d'une vidéo, d'une pièce de théâtre, d'un jeu ? Comment est-il créé ? Est-il interactif ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quelle est la programmation ?

Date, horaires, périodicité

.....
.....

Public visé :

Age :

Nombre :

Rôle dans l'action (en amont, pendant et après) :

.....
.....
.....

Etait-il à l'origine de l'action ? OUI? NON?

Budget :

Quel est le budget 2004 de l'action ?

Quels sont les partenaires financiers ? Quelle est la part de subventions publiques ?

Les crédits sont-ils pérennes ?

.....
.....
.....
.....

Lieu(x) d'intervention :

.....
.....
.....

Intervenants positionnés sur cette action :

Nombre :

Qualifications :

Nombre d'heures sur cette action (ou % par rapport au projet global) :

.....
.....
.....
.....

Une évaluation a-t-elle été réalisée et sous quelle forme ?

.....
.....
.....
.....

Un prolongement de l'action est-il programmé ?

OUI?

NON?

Sous quelle forme ?

.....
.....
.....

Partenariat

Avec qui travaillez vous et comment ?

.....
.....
.....
.....
.....

Des difficultés ont-elles été rencontrées ?

OUI?

NON?

Si oui, lesquelles ?

.....
.....
.....
.....
.....

Avez-vous autre chose à ajouter ?

.....
.....
.....
.....
.....

LE SYSTEME DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ALCOOLIQUES, JOUEURS EXCESSIFS ET AUTRES TOXICOMANES AU QUEBEC

Durant la période du 3 au 29 octobre 2005, j'ai effectué un stage conjoint dans deux structures travaillant en étroite collaboration dans le domaine de la prise en charge des dépendances et de la promotion de la santé au Québec: l'agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides et le centre de réadaptation pour personnes alcooliques, autres toxicomanes et joueurs excessifs de la ville de Saint-Jérôme.

Organisation du réseau de santé et de services sociaux au Québec

Au mois de décembre 2003 a été adopté le projet de loi 25 qui prévoit que les nouvelles agences exerceront en lieu et place des régies régionales les pouvoirs, les fonctions et les devoirs que la loi confie à celles-ci, et surtout que ces agences auront pour mission de mettre en place, sur leur territoire, une organisation de services intégrés. Le 23 juin 2004, le ministre de la santé a déterminé 7 territoires de RLS dans la région des Laurentides.

L'objectif principal de cette réforme est « de garantir le bon service, à la bonne personne, au bon moment, et par le bon professionnel ». Les réseaux locaux visent l'intégration des services en assurant l'accessibilité et l'équité d'accès, la continuité, l'efficacité et la qualité. Ils garantissent une offre de services qui couvre les activités de prévention, de promotion et de protection, qu'il s'agisse des services de première ligne (CLSC), de deuxième ligne (centre de réadaptation) ou de troisième ligne (centre hospitalier universitaire).

La réforme a entraîné la création de centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui ont la responsabilité d'assurer à la population de leur territoire l'accès à l'ensemble des services de santé et des services sociaux, d'identifier les besoins de la population de leur territoire, de préparer l'ensemble des demandes pour des services qui ne sont pas disponibles dans leur organisation afin de répondre à l'ensemble des besoins de la population. Les CSSS ont été formés par la fusion des services de première ligne (CLSC), des CHSLD et des centres hospitaliers de chacun des nouveaux territoires créés. Les centres de réadaptation interviennent en qualité de « spécialistes » auprès des CSSS et répondent à des besoins spécifiques de la population (dépendances, déficiences physique et intellectuelle...) en fonction de leur mandat.

Les agences, quant à elles, voient leurs responsabilités confirmées dans différents domaines : la planification stratégique régionale, la coordination, la médiation, le respect des normes, la conformité des projets cliniques territoriaux.

Les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Les agences ont pour mission de mettre en place une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés. Elles doivent, pour se faire, définir et proposer un modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services. Ces réseaux seront constitués selon un découpage territorial et une organisation favorisant le plus possible les objectifs suivants : assurer à la population une large gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne ; garantir à la population l'accès aux services spécialisés et sur spécialisés ; permettre la mise en place de mécanismes de référence et de suivi des usagers, ainsi que l'instauration de protocoles cliniques ; impliquer les divers groupes de professionnels du territoire et permettre l'établissement de liens entre eux ; favoriser la collaboration des autres secteurs d'activité du territoire ; s'assurer de la participation des ressources humaines disponibles et nécessaires. Plus généralement, l'agence a pour mission de maintenir et améliorer la santé et le bien être des individus, des familles et des communautés de la région des Laurentides.

Les centres de réadaptation (CR) pour personnes alcooliques, joueurs excessifs et autres toxicomanes

La loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), dans son article 84, définit la mission d'un CR en toxicomanie de la façon suivante : « la mission d'un CR est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes, qui en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou à cause de leur alcoolisme ou autre toxicomanie, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes ». Il s'agit également de développer la participation du jeune et de l'adulte dans la communauté. Les services offerts en alcoolisme et toxicomanie sont des services spécialisés, dits de deuxième ligne, auxquels la clientèle accède principalement à la suite d'une recommandation professionnelle.

Le programme adulte

Le programme adulte rejoint la clientèle de plus de 18 ans à travers 6 services : l'accueil/évaluation/orientation ; la désintoxication ; le traitement de substitution à la méthadone ; la réadaptation ; la réinsertion et le soutien à l'entourage. Le programme a pour but d'arrêter ou de diminuer la consommation de substances psychoactives ou les problèmes reliés au jeu.

L'équipe adulte est composée de plusieurs intervenants ayant des profils très divers : travailleurs sociaux, psychologues, criminologues...qui se répartissent l'offre de services en fonction d'une programmation précise. Après la phase d'accueil/évaluation/orientation, le client dispose d'un plan d'intervention comprenant les grandes étapes de sa prise en charge. Ce plan, réalisé conjointement avec un intervenant référent, offre plusieurs possibilités de prise en charge en externe ou en interne (stage intensif d'une durée de 3 semaines avec hébergement). Les personnes ayant fait le choix d'une thérapie en interne ne sont pas prises en charge au CR pour la partie hébergement, mais dans une ressource partenaire du centre. Le CR développe ainsi de nombreux partenariats avec des ressources territoriales pour offrir une large gamme de services ; ainsi, en matière d'emploi, le CAB travaille en collaboration avec un organisme agréé par Emploi Québec dans le domaine de l'aide à la recherche d'emploi. Cet organisme est un service spécialisé de main d'œuvre qui s'engage à promouvoir et à soutenir l'employabilité des personnes défavorisées, notamment les personnes ayant connu des difficultés liées à la consommation de drogues, d'alcool ou de médicaments.

La clientèle adulte se voit également offrir des services en matière de jeu compulsif. Le CR dispose d'une équipe spécifique dans le traitement des problèmes de dépendance au jeu. Le programme existe depuis 4 ans et offre 2 types de services : accueil/orientation/évaluation et suivi individuel, ainsi que le soutien à l'entourage. La province de Québec est fortement touchée par l'installation de loteries vidéo dans les lieux autorisés à vendre de l'alcool, ce qui a entraîné l'émergence de problématiques de dépendance au jeu. Il existe au niveau provincial une ligne téléphonique d'aide aux joueurs compulsifs qui constitue la porte d'accès principale aux services du CR. La prise en charge ne comporte pas de thérapie interne avec hébergement, ni de volet médical. Elle consiste essentiellement en un traitement comportemental individuel de 12 à 15 rencontres, qui peut s'accompagner d'un soutien en matière budgétaire lorsque le client connaît des difficultés financières. Pour cela le CR a développé un partenariat avec une association spécialisée dans le soutien financier (solutions au surendettement, aide au rééquilibrage du budget...).

Le programme jeunesse

Le programme offre aux jeunes âgés de 12 à 18 ans et de 18 à 21 ans encore scolarisés aux prises avec des problèmes reliés à la toxicomanie et à leurs familles, des services d'accueil/évaluation/orientation de désintoxication, de réadaptation, de réinsertion et de soutien à l'entourage. Le but recherché est d'arrêter ou de diminuer la consommation chez les jeunes.

L'originalité de ce programme est qu'il existe dans chaque école des Laurentides un « répondant en toxicomanie » qui va référer les jeunes aux prises avec ce type de

problématiques au CR. Ces relations ont été formalisées depuis 2003 par le biais de protocoles de collaboration entre le CR et les 7 commissions scolaires de la région. Les répondants disposent d'un outil de dépistage, le DEP-ADO, qui permet de mesurer la gravité du problème de consommation du jeune et de le catégoriser (feu vert, feu jaune ou feu rouge). Le CR n'intervient qu'auprès des jeunes classés « feux rouges » (indice de gravité le plus élevé). Au sein de l'équipe, le jeune pris en charge dispose d'un intervenant référent, qui lui propose différents types d'intervention: stage intensif de plein air (8 jours) ; groupes ; mécanisme d'accès jeunesse en toxicomanie (MAJT). Le MAJT est une thérapie interne coordonnée par un agent de liaison au niveau régional. Ce dispositif offre divers services allant du suivi externe aux services résidentiels organisés en partenariat avec des ressources d'hébergement publiques ou privées. Ces différentes équipes, bien qu'intervenant selon des programmations différentes, fondent leur travail sur des logiques d'action identiques.

Les logiques d'action

Les services offerts au CAB visent à aider les personnes à retrouver leur équilibre physique, psychologique et social. L'objectif central de ces services est la sobriété, l'autonomie et la réinsertion sociale des personnes qui désirent vivre sans avoir recours à l'alcool, aux drogues ou au jeu excessif. L'approche privilégiée est une approche bio-psycho-sociale. Ainsi, les dimensions biologiques, psychologiques et sociales sont prises en considération lors de l'évaluation et du traitement des personnes. L'intervention auprès des personnes vise la reprise du pouvoir sur leur propre vie par la responsabilisation et la participation sociale. Le CR a développé une stratégie d'accompagnement qui favorise des choix personnels. Cette stratégie s'inspire de l'approche de la réalité thérapie, telle que développée par William Glasser et de l'approche sur la motivation au changement développée par James Prochaska, Carlo Di Clemente et C. Norcross.

L'utilisateur placé au centre du dispositif de prise en charge

Les types d'approche utilisés par les intervenants des équipes du CR nécessitent que l'utilisateur soit acteur à part entière de sa démarche de soin. Qu'il s'agisse d'un jeune ou d'un adulte, la motivation constitue l'élément majeur de la prise en charge : celle-ci va évoluer et permettre à l'utilisateur de se donner les moyens de changer ses comportements et de faire ses propres choix.

L'utilisateur occupe également une place centrale dans la vie du CR. Ainsi, la LSSS prévoit que chaque CR institue un comité des usagers en son sein, dont l'un des membres siège au conseil d'administration. Il s'agit d'une structure autonome de défense des droits des usagers, d'information, de suivi de la satisfaction des usagers. De même, les usagers ont la possibilité de déposer une plainte en cas d'insatisfaction relative à la qualité du service

rendu : ainsi, le centre dispose d'un commissaire à la qualité des services qui est en charge de la gestion des plaintes déposées ainsi que de l'évaluation annuelle de la satisfaction des usagers (questionnaire anonyme).

L'implication dans la vie du centre se retrouve également à travers la pratique du bénévolat, utilisée comme outil de réinsertion sociale et de maintien après l'arrêt des thérapies. Un intervenant du centre reçoit les usagers qui souhaitent s'engager dans une démarche bénévole et identifie leur motivation et les raisons de cet engagement. Ces personnes peuvent ainsi rester en contact avec les intervenants du centre, et parlent souvent d'un sentiment d'appartenance très fort. Plusieurs types d'activités bénévoles sont proposées : témoignages, rencontres de groupes hebdomadaires, édition d'un journal...

Au terme de ce mois de stage dans ces deux structures, il m'est apparu intéressant d'étudier la possible applicabilité de certaines logiques d'actions en France dans le champ de la toxicomanie. Bien évidemment les modes de fonctionnement des deux pays diffèrent, mais il est toutefois enrichissant de prendre connaissance des actions menées dans d'autres pays.