



ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

CAFDES 2001

CRFPFD TOULOUSE

**PRISE EN COMPTE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ASSOCIES
DANS UN CENTRE SPECIALISE DE SOINS AUX TOXICOMANES**

AUREJAC Christian

SOMMAIRE

PRISE EN COMPTE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ASSOCIES DANS UN CENTRE SPECIALISE DE SOINS AUX TOXICOMANES

Introduction	p.6
I Eléments d'appréciation du contexte	p.9
<u>I.1 La toxicomanie à travers différents points de vue</u>	
I.1.1 Usage et répression	
I.1.2 Des prises de drogues marquées par la culture	p.11
I.1.3 Un briseur de soucis	p.14
<u>I.2 Relations entre toxicomanie et psychiatrie</u>	p.17
I.2.1 Psychiatrie et indigence : du moyen âge à l'an 2 000	
I.2.2 Un dispositif constitué hors du secteur psychiatrique	p.20
I.2.3 Les comorbidités psychiatriques des toxicomanes	p.21
<u>I.3 Le dispositif français de soins aux toxicomanes</u>	p.23
I.3.1 Malades ou délinquants ?	
I.3.2 Depuis 1993, une politique de santé publique plus pragmatique	p.24
I.3.3 Evaluation du dispositif et épidémiologie	p.26
I.3.3.1 Différents types de structures du dispositif de soins spécialisés	
I.3.3.2 Evaluation du dispositif	p.27
I.3.3.3 Epidémiologie	p.29
<u>Conclusion partielle</u>	p.30

II Soigner les toxicomanes (en) corse	p.33
<u>II.1 Contexte local : la Corse et la toxicomanie</u>	
II.1.1 Eléments d'appréciations épidémiologiques	
II.1.1.1 1993 Région corse enquête ADPS/ procureur	
II.1.1.2 1998 Région corse DDRASS	p.34
II.1.1.3 1996 District de Bastia	p.35
<u>II.1.2 Les dispositifs existants</u>	p.36
II.1.2.1 Juridiques	
II.1.2.2 Sociaux	p.37
II.1.2.3 Sanitaires	p.38
II.1.3 La toxicomanie face à la société civile	p.40
II.1.3.1 Place de la famille	
II.1.3.2 Les actions nationalistes contre la drogue et les toxicomanes	p.41
II.1.3.3 Résistances et rejets	p.42
<u>II.2 L'Association Départementale de Promotion de la Santé</u>	p.43
II.2.1 Histoire	
II.2.2 Projet Thérapeutique	p.44
II.2.3 Dispositif	p.45
II.2.4 Difficultés administratives et financières	p.49
<u>II.3 Une forte prévalence des troubles psychiatriques</u>	p.52
II.3.1 Perception à travers les différents services	
II.3.2 Eléments actuels de prise en compte	p.54
II.3.3 Problèmes rencontrés	p.55
<u>Conclusion partielle</u>	p.57

III. Adapter le dispositif aux besoins des usagers :	p.60
<u>III.1 Des modalités de soins intervenant à différentes étapes</u>	
III.1.1 Refonte du projet thérapeutique	
III.1.1.1 Elaboration concertée	
III.1.1.2 Premiers éléments de restructuration et objectifs d'évolution	p.62
III.1.2 Nouveau dispositif	
<u>III.2 Une réorganisation orientée vers la qualité</u>	p.68
III.2.1 Renforcer la cohérence des différentes interventions	
III.2.1.1 Elaboration et évaluation des projets thérapeutiques individuels	
III.2.1.2 Articulations des différents services	p.69
III.2.1.3 Evaluation des dispositifs	p.70
III.2.2 Renforcer les compétences de l'équipe éducative	p.72
III.2.2.1 Aménagement des plannings de travail	
III.2.2.2 Réunions de service et supervision	p.73
III.2.2.3 Programme de formation	p.74
<u>III.3 Un dispositif ouvert, articulé avec les autres institutions</u>	p.76
III.3.1 Utiliser les dispositifs de droit commun	
III.3.1.1 Ouverture des droits et connaissance des administrations	p.77
III.3.1.2 Découvrir les possibilités culturelles et de loisirs de la ville	p.78
III.3.1.3 Utilisation des généralistes et spécialistes de la médecine de ville	
III.3.2 Les conventions avec le Centre Hospitalier et les cliniques psychiatriques	p.79
III.3.2.1 Mieux se connaître	
III.3.2.2 Définir les complémentarités et les limites	p.80
III.3.2.3 Protocoles d'accompagnements, d'orientation et de sortie	p.81
III.3.3. Le Réseau Ville Hôpital Toxicomanie	
III.3.3.1 Une dynamique collective	p.82
III.3.3.2 Filière de soins ou articulations ?	p.83
III.3.3.3 Faire circuler l'information et stimuler la réflexion	
Conclusion partielle	p.84
Conclusion	p.86
Bibliographie	p.88

SIGLES UTILISES

ADPS :	Association Départementale de Promotion pour la Santé
AFPA :	Association pour la Formation Professionnelle des Adultes
CAF :	Caisse d'Allocation Familiale
CAT :	Centre d'Aide par le Travail
CHRS :	Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale
CHS :	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CIF :	Congé Individuel de Formation
CISIH :	Centre d'Information et de Soins de L'Immunodéficience Humaine
COTOREP :	COmmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRIJ :	Centre Régional d'Information Jeunesse
CSST :	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS :	Direction Générale de la Santé
DISS :	Direction des Interventions Sociales et Sanitaires
ETP :	Equivalent Temps Plein
LEIA :	Lien Ecoute Initiative Accompagnement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OPACIF :	Organisme Paritaire Agréé pour le Congé Individuel de Formation
PACA :	Provence Alpe Côte d'Azur
VHC :	Virus de l'Hépatite C
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
UCSA :	Unité de Consultation et de Soins en Ambulatoire

INTRODUCTION

Toxicomanie et psychiatrie, deux mots qui évoquent souffrance, marginalité, rejet. Ce sont aussi deux modalités de réponses aux malaises d'individus face à eux-mêmes et à la société. Acte d'automédication ou recherche de jouissance, la toxicomanie a rarement eu de bons rapports avec le soins des maladies mentales. Aussi, lorsque l'Etat français décide dans les années 1970 de prendre en charge les toxicomanes, un réseau spécialisé s'est constitué en s'appuyant sur les courants de l'antipsychiatrie. On ne peut cependant pas nier que certains toxicomanes relèvent d'une prise en charge psychiatrique.

En 1998, la note d'orientation n°98-659 du 05.11.98 du Directeur Général de la Santé relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés de soins aux toxicomanes constate :

«l'émergence de troubles psychiatriques chez certaines personnes [...] nécessite dans certains cas une intervention psychiatrique. Le plus souvent, les équipes spécialisées en toxicomanie n'ont pas les compétences nécessaires pour réaliser, face à ces troubles psychiatriques, une intervention efficace et de qualité. Par ailleurs, l'intervention des secteurs de psychiatrie se réalise rarement pour diverses raisons :

- manque de connaissance mutuelle du dispositif de soins aux toxicomanes et du dispositif de secteur ;
- rigidités inhérentes au fonctionnement de la psychiatrie de secteur ;
- difficulté d'orienter ce public vers les secteurs de psychiatrie qui dans la plupart des cas sont peu impliqués dans les problèmes liés à la dépendance ;
- rejet de toute hospitalisation en hôpital psychiatrique par les patients toxicomanes eux-mêmes qui sont souvent en situation de déni par rapport à leur affection psychiatrique. »

En 1999, je travaillais dans un Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes(CSST) à Toulouse et je décidais de rédiger mon mémoire sur le développement des réponses spécifiques dans la prise en compte des toxicomanes avec troubles psychiatriques associés. Une enquête de terrain m'avait confirmé le besoin de dispositifs capables d'accueillir une problématique combinée, les institutions actuelles tendant à réduire la problématique à l'un des deux termes (soit psychiatrie, soit toxicomanie).

En mai 2000, après avoir répondu à une offre d'emploi, je suis nommé à la direction de l'Association Départementale pour la Promotion de la Santé (ADPS.) qui gère le CSST de Bastia.

Je découvre un dispositif doté de trois modalités de prise en charge (centre de consultation, centre d'hébergement, centre Méthadone) qui reçoit et soigne une importante proportion de toxicomanes avec troubles psychiatriques et qui travaille régulièrement avec les hôpitaux et cliniques de ce secteur.

Si l'accueil de ces personnes y est efficient, d'autres problèmes se manifestent comme la perte de sens des prises en charges par l'équipe éducative, la stagnation de certaines situations et les échecs cycliques de patients ayant des débuts d'autonomie.

Par ailleurs, bien que les institutions psychiatriques acceptent ces patients, les périodes d'hospitalisations constituent plus des incidents de parcours que des étapes d'un projet de soins qui intègrent la réhabilitation sociale de la personne.

Après une étude synthétique des liens entre toxicomanie et psychiatrie sur le plan historique et scientifique et à travers les orientations des politiques sanitaires et sociales, j'ai analysé la spécificité de cette problématique en Haute-Corse. Au vu de l'action entreprise et des difficultés rencontrées, j'ai entrepris une réorganisation et une consolidation de mon dispositif pour permettre une meilleure prise en compte des troubles psychiatriques associés dans un CSST Cette adaptation concerne le fonctionnement interne de mon institution (projet thérapeutique, coordination des dispositifs, formation du personnel) mais aussi les relations de mon établissement avec son environnement (convention, réseaux)

Quelles que soient les difficultés des personnes, je considère essentiel de leur faciliter l'accès à des meilleures conditions de vie, tout en développant leurs possibilités de choix et leur responsabilité. Telle est l'orientation que je veux maintenir dans l'établissement que je dirige, en considérant chaque usager dans son individualité.

PEMIERE PARTIE

ELEMENTS D'APPRECIATION DU CONTEXTE

I ELEMENTS D'APPRECIATION DU CONTEXTE

I.1 La toxicomanie à travers différents points de vue.

I.1.1 Usages et répressions :

L'usage et l'abus de substances modifiant l'humeur, les perceptions et les comportements des individus remontent aux origines de l'histoire humaine. De nombreuses civilisations, de l'antiquité à nos jours, ont utilisé différents hallucinogènes pour accéder à une dimension mystique, ces produits servant de médiateurs pour amener l'officiant dans un « ailleurs » où résident des êtres surnaturels (pythies grecques, shamans d'Asie centrale, sorciers amérindiens...).

« La drogue est devenue une réalité autonome au tournant de la seconde moitié du XIX^e siècle [...] elle se détache du médicament tout en conservant des liens ambivalents avec lui : elle n'est plus seulement un outil médical et commence à être perçue et décrite dans ses attributs non thérapeutiques. C'est la naissance de cette énième manie qu'est la *toxicomanie*, avec ses dangers de dépendance¹. » Cet usage moderne est à considérer en prenant en compte le développement de l'individualisme dans les sociétés démocratiques. Il « s'inscrit dans le processus de désacralisation progressive de la société et de disparition des mythes collectifs partagés. La consommation de drogue devient individuelle, se désacralise et perd sa fonction de régulation sociale pour devenir une tentative de régulation intra-psychique². »

A l'aube du XX^e siècle, la consommation des drogues déborde des cercles où elle était jusque là confinée : intellectuels européens curieux de sensations fortes, médecins - pharmaciens - infirmiers - anciens blessés de guerre ayant eu un large accès à la morphine, coloniaux... « Elle touche désormais des milieux populaires, des ouvriers, des femmes qui commencent à intégrer les industries naissantes et laissent leurs poupons à la garde du laudanum ou d'autres dérivés d'opium³. » En quelques années « toutes les drogues connues étaient dans les pharmacies et les drogueries ou pouvaient être

¹A.Ehrenberg, « un monde de funambules » in *individus sous influence*, Paris, Edition Esprit, collection « société », 1991, p.8

²N. Panunzi-Roger, « l'usage de drogues chez les adolescents : quelques aspects anthropologiques », revue *psychotropes*, 1996 -vol.2-N°1 p.82

³Château A., « cent ans de prohibition », in revue ASUD, N° 14, Paris, printemps/été 1998

achetées par correspondance, directement chez le fabricant. Cela était valable pour toute la planète aussi bien en Amérique qu'en Asie ou en Europe. La publicité pour ces produits était libre également, et tout aussi intense que celle qui vantait d'autres articles, si ce n'est davantage. Nul ne mettait en doute qu'il existait des personnes dépendantes de l'opium, de la morphine et de l'héroïne, mais ce phénomène, dans son ensemble, aussi bien pour les consommateurs modérés qu'immodérés, attirait rarement l'attention de la presse et jamais celle des juges et des policiers⁴. »

Face aux développements de ces consommations, des pressions prohibitionnistes commencent à se manifester fondées sur des réactions moralistes. Pendant un demi-siècle, les états s'organisent pour tenter d'éviter les abus de drogues, classifier les médicaments et lutter contre les trafics. Cela aboutit en 1961 à la Convention Unique signée à New York par 66 pays. Celle-ci établit le classement des produits en cinq catégories avec un contrôle très strict.

En même temps que se construisait une politique internationale prohibitionniste et répressive, la toxicomanie⁵ commence à faire l'objet d'études médicales. En 1950, un comité d'experts de l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé) en propose une définition : « un état d'intoxication périodique ou chronique engendré par la consommation répétée d'une drogue (naturelle ou synthétique). »

En 1964, l'O.M.S. décide de s'écarter du terme de toxicomanie pour s'intéresser à celui de dépendance, puis, en 1969 à l'appellation de pharmacodépendance : « état psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelques fois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs médicaments. »

Les années soixante sont celles de la « grande épidémie » de la consommation des drogues dans le monde occidental. Dans un contexte marqué par l'engouement pour différentes musiques (jazz, rythm and blues, rock), « les jeunes partent lentement à la dérive d'une société qu'ils refusent mais qu'ils n'affrontent pas encore vraiment. Ils

⁴ A.ESCOHOTATO, *Histoire élémentaire des drogues*, traduit de l'espagnol par Abel Gernschenkfeld, Editions du Lézard, Paris, 1995.

s'évadent seulement⁶. » La conjoncture politique internationale (conflits Est-Ouest, nucléaire, guerre du Vietnam) amène la radicalisation du rejet de la société par la génération des jeunes. L'usage du cannabis devient commun, le LSD 25 (acide dlysergique diéthylmide) connaît aussi un grand succès à partir du mouvement hippie. Mais c'est le développement de l'héroïnomanie et la médiatisation de certaines overdoses qui provoque la peur de l'opinion publique.

En France, le gouvernement décide en 1970 d'instituer une loi plus répressive. Alors que les lois de 1916 et de 1953 ne pénalisaient que « l'usage de drogue en société », le texte voté le 31 décembre 1970 par le parlement, incrimine « la consommation en privé de substances illicites⁷ ». C'est la volonté d'une politique dissuasive face à des usages qualifiés d'extrêmement nocifs. Cette loi introduit également un « espace thérapeutique » puisque les toxicomanes qui acceptent de se soigner échapperont aux poursuites judiciaires. C'est ce texte qui amène la création du dispositif français de soins aux toxicomanes (cf. 1.3).

1.1.2 Des prises de drogues marquées par la culture :

Qu'elles soient collectives et ritualisées ou individuelles et « sauvages », les prises de drogues sont toujours marquées par le contexte culturel dans lequel elles ont lieu. Lévi Strauss en tirait le constat à partir de ses études anthropologiques : « Les hallucinogènes ne recèlent pas un message naturel dont la notion même apparaît contradictoire ; ce sont des déclencheurs et des amplificateurs d'un discours latent que chaque culture tient en réserve et dont les drogues permettent ou facilitent l'élaboration⁸. » L'usage moderne des toxiques que connaît le monde occidental depuis le XIX^e siècle est aussi lié à l'environnement social. Il apparaît dans une société bousculée par le modernisme et est porté par des intellectuels prônant l'épanouissement individuel en opposition à la morale d'alors. Ils constituent de façon « a-sociale » un nouveau système de normes et de valeurs. « Plus près de nous, dans les années soixante, le surgissement d'une question

⁵ terme fondé à partir du mot toxique issue du grec toxicon « poison à l'usage des flèches » et de la classification des manies dans la nosographie psychiatrique du XIX^e siècle.

⁶ B.LORANT, «1960-1992 : la grande épidémie », in revue Histoire et Actualité, N°3, Paris, mai-juin 1994, p.69.

⁷ Ibid, p.70

⁸ C. LEVI-STRAUSS, «les champignons dans la culture », in *Anthropologie structurale*, vol.2, Paris, Plon, 1973, p.263.

propre à la jeunesse (ou à une partie de la jeunesse) [avec les consommations de LSD et de haschisch], formulée dans le cadre de la contre-culture, en propose un nouvel épisode⁹. »

L'usage d'un produit a un sens et une fonction différents selon le contexte dans lequel il est effectué. Ainsi, si l'on observe les pratiques actuelles en France, on est marqué par l'hétérogénéité d'une part, des consommations déstructurées polytoxicomaniaques (n'importe quoi peut servir pourvu que cela fasse de l'effet) qui caractérisent la toxicomanie des banlieues défavorisées, et d'autre part les consommations branchées de produits « de qualité » (héroïne ou cocaïne plus pures car moins mélangées à d'autres produits par les trafiquants) dans les milieux mondains et médiatiques. « Arrêtons-nous sur le cas du vin [...] ce qui distingue ici ce n'est pas le produit lui-même mais la manière de le consommer. Une classe sociale oppose déguster et engloutir, bien boire et trop boire, vin fin et *kil* de rouge pour différencier sa manière de boire, « cultivée et distinguée », de celle de la classe dite populaire et pour minimiser en ce qui la concerne le problème de la toxicité intrinsèque¹⁰. »

Ces exemples montrent également que la fonction qu'un consommateur donne à un produit « toxique » ne recoupe la classification du légal et de l'illégal. L'abus d'alcool est parfois recherché par des toxicomanes pour amplifier les effets de médicaments détournés de leurs usages. L'utilisation des colles et solvants à des fins de *défonce* (notamment en banlieue dans les années quatre-vingt) a amené les fabricants à transformer la composition de certains produits, sans que le problème soit pour autant réglé, l'Etat ne pouvant pas tout réglementer, contrôler ou supprimer.

Lorsqu'elles quittent les usages rituels ou médicaux « les substances qui altèrent les états de conscience et les perceptions mentales sont des *pratiques de multiplication artificielle de l'individualité [Baudelaire : les paradis artificiels]*, qu'elles initient à la connaissance d'un autre monde, augmentent les performances de chacun, anesthésient l'angoisse, favorisent l'échange social en désinhibant ou, à l'inverse, détachent du monde commun en permettant de se retrancher en soi, dans son abri ou son enfer privé.¹¹ » L'appel à plus d'individualité apparaît avec la remise en cause des normes et des croyances par la

⁹R. CASTEL A.COPPEL, «les contrôles de la toxicomanie », in *individus sous influence*, Paris, Edition Esprit, collection «société », 1991, p. 239.

¹⁰ M. PERRIN, «anthropos », in *L'esprit des drogues*, Paris, Revue Autrement, n°106, avril 1989, p.45

¹¹ A. EHRENBERG, «les drogues dans la sensibilité contemporaine », in *individus sous influence*, Paris, Edition Esprit, collection «société », 1991, p.6.

modernité, période où se développe le recours à des drogues à des fins d'épanouissement individuel. En fait, l'homme libéré des déterminations sociales se trouve confronté à sa propre indétermination. « La toxicodépendance peut être interprétée anthropologiquement comme une tentative de résolution des tensions et des paradoxes liés à l'exercice de la liberté moderne, en tant que source à la fois de création et d'aliénation de l'individu.¹² »

Cette dépendance n'est pas tant celle à un produit que celle à un mode de vie construit autour de la quête frénétique du produit. « Qu'est-ce que la toxicomanie alors ? C'est une pratique, un métier ; comme me l'a dit un jour un patient : « je me lève, je me drogue, je sors, je vais chez le dealer, j'achète, je vole, je me pique, je recommence... » cela tous les jours pendant dix ans ? C'est une pratique codée¹³. »

Si les phénomènes de prises de produits toxiques et les éventuelles dépendances qui en découlent sont liés à des facteurs physiques et psychologiques comme le souligne la définition de l'O.M.S., la résistance au désir de prendre ou reprendre une drogue est aussi une question de régulation et de rapport aux régulations.

Le toxicomane échappe aux contrôles que la société tente d'exercer sur les prises de drogue mais aussi à son propre contrôle : il ne gère plus sa consommation, celle-ci dépassant les moments, festifs ou autres, auxquels il pensait la cantonner. « Il est donc lui-même en situation de fracture qui appelle un supplément par rapport à ce qu'il peut mobiliser lui-même –auto-contrôles- et à ce que son entourage peut mobiliser d'une manière informelle autour de lui – contrôles sociétaux. Il appelle de l'hétéro-contrôle. [...avec les quels] la question de la drogue devient la question de la toxicomanie, question de la prise en charge (traitement et/ou répression) d'un problème spécial par des agents spécialisé¹⁴. »

En fait la toxicomanie constitue une pratique sociale multidimensionnelle et non exclusivement liée à la délinquance ou la pathologie. D'une part, il existe des usages hétérogènes de produits multiples, d'autre part, sauf dans des cas extrêmes relativement rares, le toxicomane reste un individu social ayant affaire à un réseau de relations (voisins,

¹² J. FATELA, «drogues et ambivalence de la subjectivité », n *individus sous influence*, Paris, Edition Esprit, collection «société », 1991, p52.

¹³ F. H. FREDA, «qui vous l'a dit ? », in *L'esprit des drogues*, Paris, Revue Autrement, n°106, avril 1989, p.165.

¹⁴R. CASTEL A.COPPEL, «les contrôles de la toxicomanie », in *individus sous influence*, Paris, Edition Esprit, collection «société », 1991, p.241 et 242.

familles, mais aussi collègues de travail ou de formation, rencontres de loisirs ...). De cette situation résultent pour le toxicomane :

- des auto-contrôles en fonction de son entourage ; par exemple choisir de s'isoler pour ses prises de produits ;
- des contrôles sociétaux par son entourage ; « c'est par exemple le regard désapprobateur de la concierge, la suspicion du professeur, l'engueulade du patron, voire le passage à tabac par le père. A la différence de la plupart des hétéro-contrôles, qui consistent en interventions ponctuelles, ils s'exercent de façon permanente.¹⁵ »

De plus, si les contrôles sociétaux s'avèrent très efficaces pour les produits licites (la pression des non-fumeurs arrive à limiter les consommations de tabacs, l'alcool est régulièrement consommé avec modération même si les excès existent), les produits illicites interdisent la modération par l'entourage. Seule l'abstinence est « autorisée ».

I.1.3 Un briseur de soucis :

Au début des années soixante-dix, le psychiatre Claude Olievenstein définit la toxicomanie comme « une équation à trois paramètres : la rencontre du produit, d'une personnalité et d'un moment socioculturel particulier.¹⁶ » Sans nier l'effet pharmacologique d'une drogue, les professionnels de la psyché (psychiatres, psychologues, psychanalystes) et du cerveau (neuropsychiatres, neurobiologistes) essaient de comprendre ce qui fait qu'un individu plutôt qu'un autre va s'accrocher à un produit. Ces différentes professions et leurs différents courants analysent différemment l'importance de ces divers facteurs.

Pour les neurobiologistes, les prises de produits des toxicomanes résultent d'un « maladie acquise (auto induite) de la neurotransmission cérébrale.¹⁷ » Les drogues agissent sur le système nerveux central dans les équilibres et les régulations des comportements et des expériences. La toxicomanie est ici perçue comme ayant un déterminisme biologique amenant une déficience métabolique.

¹⁵ Ibid, p.245.

¹⁶ C.OLIEVENSTEIN, *Le destin du toxicomane*, Paris, Science et vie N°160, septembre 1987.

¹⁷ G. NAHAS, R. TROUVER, *Toxicomanie et Pharmacodépendance*, Masson, Paris, 1988, p.25.

Les psychiatres, eux, rangeaient traditionnellement la conduite toxicomaniaque du côté des perversions, « perversion qui satisfait complètement son besoin, recherche du plaisir, évitement de la souffrance par l'absorption habituelle et impérieuse exigée d'un ou plusieurs produits, appelés toxiques précisément à cause de leur élection par les adeptes de cette conduite.¹⁸ ». Actuellement, le DSM IV (manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux 4^e Edition) classifie, lui, les troubles liés à la prise d'une substance en différenciant ceux « liés à l'utilisation d'une substance (dépendance à une substance, abus d'une substance) et les troubles induits par une substance (intoxication, sevrage, delirium, démence persistante, trouble amnésique, trouble psychotique, trouble de l'humeur, dysfonction sexuelle et trouble du sommeil). »

Selon leurs approches, les psychologues ont des visions différentes de la toxicomanie. Souvent opposées par les praticiens, elles ont pourtant certains caractères complémentaires éclairant des aspects particuliers de ce phénomène complexe.

Pour les systémiciens, la toxicomanie est le produit d'une perturbation de l'environnement qui affecte le patient. Le toxicomane porte un symptôme, et est symptôme du groupe. Cette approche est beaucoup utilisée dans la compréhension des fonctionnements familiaux et le traitement des relations pathologiques.

Les comportementalistes, eux, axent le traitement de la toxicomanie sur l'évitement des attitudes et des situations qui peuvent amener aux consommations de produits et sur le renforcement des sensations de plaisirs liées à l'arrêt de la prise de drogue (économies, améliorations de la santé et des relations ...).

Pour les cognitivistes, la conduite toxicomaniaque est un comportement inadapté et a pour cause une perturbation dans le traitement de l'information. Le thérapeute emploiera une technique de contrôle, il s'agira de repérer avec le patient ses à priori, ses pensées non fondées sur lui-même comme « je suis un nul », sur ce que lui a apporté le produit, de questionner la validité de ses croyances, ceci dans le but de modifier le système de pensée pour réduire les comportements d'échec.

¹⁸ H.EY, *Manuel de psychiatrie*,

L'approche psychanalytique a eu une place prépondérante dans l'orientation du dispositif français de prise en charge des toxicomanes (cf. 1.2.2) depuis sa création dans les années 1970. Elle reste une référence directe ou indirecte pour une grande partie des intervenants en toxicomanie. Considérant l'individu comme responsable de ses choix (même inconscients) et de son devenir, la toxicomanie apparaît comme réponses à un malaise amenant parfois une grande souffrance. Je me réfère souvent à cette orientation pour conserver aux usagers une place centrale dans nos dispositifs où nous devons agir avec eux et non sur eux. L'éclairage analytique permet de mieux comprendre les raisons des choix de la personne et d'accompagner la mise en place d'autres possibilités de choix protégeant de cette souffrance psychique et rendant la vie plus facile.

En 1929, Sigmund FREUD (qui quelques années plus tôt avait essayé de soigner des morphinomanes en utilisant la cocaïne) s'intéresse aux rôles des stupéfiants dans les tentatives des êtres humains à faire face au « malaise dans la civilisation ». « L'action des stupéfiants dans le combat pour le bonheur et le maintient à distance de la misère est à ce point appréciée comme un bienfait que les individus, comme les peuples, leur ont accordé une solide position dans leur économie libidinale. On ne leur sait pas gré seulement du gain de plaisir immédiat, mais aussi d'un élément d'indépendance ardemment désiré par rapport au monde extérieur. Ne sait-on pas qu'avec l'aide du *briseur de soucis*¹⁹ on peut se soustraire à chaque instant à la pression de la réalité et trouver refuge dans un monde à soi offrant des conditions de sensation meilleures ? Il est connu que c'est précisément cette propriété des stupéfiants qui conditionne aussi leur danger et leur nocivité.²⁰ »

A partir de l'écoute des toxicomanes qu'ils ont en psychothérapies, la plupart des cliniciens affirment qu'il n'existe pas un toxicomane type qui serait déterminé par la drogue mais des personnalités différentes ayant recours à la drogue pour différentes raisons. Si cette conception a des conséquences pour les politiques de préventions (ne plus présenter la toxicomanie comme un virus que transmettrait la drogue, mais comme la

¹⁹ J. W. GOETHE : Cette chère vie se soucie de donner des soucis,
Le briseur de soucis c'est le fruit de la vigne. »

Livre de l'échanson du West-östlicher Diwan (divan occidental-oriental)

²⁰ FREUD Sigmund, *Le malaise dans la culture*, Paris, PUF, 1995, *Das Unbehagen in der Kultur*, Wien, Internationaler Psychoanalytischer verlag, 1930, p.21.

réponse à d'autres maux auxquels sont confrontés les individus), elle oriente tout d'abord les traitements proposés par les psychothérapeutes : un travail au cas par cas qui « doit en conséquence viser non seulement un amendement des manifestations extérieures de dépendance –qu'elle qu'en soit la forme- mais également à une remise en place du comportement.²¹ »

Les psychothérapeutes relèvent un trait marquant : l'identification de ces personnes à leur statut de toxicomane. Lorsqu'ils affirment « je suis toxicomane » cela semble résumer toute leur vie, les représenter entièrement. La drogue justifie leur situation, petit à petit, elle est devenue leur seul problème répondant de tout ce qui leur arrive. Pour se dégager de cette situation, le psychanalyste Francisco Hugo FREDA propose de « renverser l'idée générale selon laquelle la drogue fait le toxicomane, dont le déterminisme rend impossible toute conception du sujet. D'où la formule *c'est le toxicomane qui fait la drogue*. Il s'agissait en fait d'enlever à la drogue son caractère biologique (je ne dis pas pour autant qu'elle n'en ait pas un) pour lui donner une autre valeur, en faire autre chose qu'un simple objet produisant des effets psychologiques et physiologiques.²² »

I.2 Relations entre toxicomanie et psychiatrie :

I.2.1 Psychiatrie et indigence : du Moyen Age à nos jours.

Depuis la féodalité, de nombreuses institutions se sont chargées de prendre en charge (de façons différentes selon les époques et les acteurs) les indigents et les malades de tout genre. « Au Moyen Age, l'hôpital soigne l'âme au moins autant que le corps. Le prêtre y est plus présent que le médecin ou l'apothicaire ... A cette époque, l'hôpital accueille toutes les personnes rejetées en marge de la vie active par la misère, la maladie ou la

²¹ J. BERGERET, *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, Paris, Dunod, 1981, p.2

²² F. H. FREDA, «qui vous l'a dit ? », in *L'esprit des drogues*, Paris, Revue Autrement, n°106, avril 1989, p.162.

fragilité physique. Les riches ont un devoir d'assistance envers les pauvres, à travers l'Eglise et les fondations religieuses²³. »

Au XVII^e siècle, l'enfermement de tous ceux qui sont en marge de la société, qui présentent une déviance ou une différence, va rapprocher « dans un champ unitaire, des personnages et des valeurs entre lesquels les cultures précédentes n'avaient perçu aucune ressemblance ; il les a imperceptiblement décalés vers la folie.²⁴ » Ce qui est commun à tous ces personnages (libertins, vénériens, pauvres, vagabonds, correctionnaires, insensés de tous ordres) c'est d'être étranger à la pensée rationnelle telle qu'elle s'est constituée depuis le siècle précédent.

Cette mise à l'écart prend la suite de celle des lépreux car en enfermant, en isolant, la société cherche encore à se protéger : « L'internement [...] trahit une forme de conscience pour laquelle l'inhumain ne peut provoquer que la honte. Il y a des aspects du mal qui ont un pouvoir de contagion, une force de scandale tels que toute publicité les multiplierait à l'infini. Seul l'oubli peut les supprimer.²⁵ »

Ce rejet de ce qui dérange, de ce qui pourrait amener un individu à s'interroger sur ses propres déviances, ses tentations face à la morale, ses désirs inavouables, amène à rassembler « les libertins, les débauchés, les dissipateurs, les fous ; chez eux tous il y avait seulement une certaine manière, à eux bien personnelle et variée chez chaque individu, de modeler une expérience commune : celle qui consiste à éprouver la déraison. Nous autres modernes, nous commençons à nous rendre compte que, sous la folie, sous la névrose, sous le crime, sous les inadaptations sociales, court une sorte d'expérience commune de l'angoisse. Peut-être, pour le monde classique, y avait-il aussi dans l'économie du mal, une expérience générale de la déraison.²⁶ »

Mais, à la fin du XVIII^e siècle, le regard porté sur la folie va se modifier. Ce changement débute avec la volonté d'établir une classification des différentes pathologies de l'esprit. Cela aboutira à une nosographie des maladies mentales donnant aux fous le statut de malades. Pinel matérialisera cette transformation en faisant retirer les chaînes aux aliénés.

²³ VINCENT G., «de la charité à l'accréditation, la longue marche de l'hôpital », in *Histoire et modernité*, Politique Santé N° 1, 1998, p.8.

²⁴ FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972, Collection « Tel » édition de 1977, p.96

²⁵ Ibid, p.160

²⁶ Ibid. p.122.

Parallèlement, d'autres institutions se créent pour s'occuper des indigents qui ne relèvent pas de l'asile. L'industrialisation, les premiers exodes ruraux puis le chômage augmentent le nombre des mendiants et des vagabonds. Face aux problèmes que soulèvent l'organisation de l'assistance et l'oisiveté des indigents, une nouvelle classification se fera, fondée sur la capacité de travail. « La pauvreté, et même la complète indigence, ne procurent nullement des titres suffisants pour bénéficier de l'assistance. Sont pris en charge principalement ceux qui ne peuvent subvenir eux-mêmes à leurs besoins parce qu'ils sont incapables de travailler.²⁷ » Pour ceux qui sont aptes, la question du libre accès au travail pose un problème politique majeur qui depuis la fin de l'Ancien Régime n'a jamais été résolu (du moins dans le monde occidental). L'aide aux travailleurs privés d'emploi fautes d'offres suffisantes de travail constitue un problème toujours actuel. Retenons qu'il faudra attendre 1988 pour qu'une loi institue le Revenu Minimum d'Insertion comme un impératif national de solidarité.

Les fous, quant à eux, ont une place qui leur est assignée : l'asile. Même s'il s'est humanisé et devient hôpital psychiatrique, il reste le lieu de la mise à l'écart, de la différenciation des fous du reste de l'humanité. On peut noter que la loi Esquirol qui en 1838 définit les modalités d'internement psychiatrique restera officiellement appliquée jusqu'en 1990.²⁸

A partir de 1960, l'ouverture des hôpitaux par la mise en place de dispositifs de soins décentrés vers la communauté²⁹, tentera de modifier l'image de l'enfermement des fous. Quarante ans plus tard, le grand public conserve cette perception ségrégationniste, et nombre d'usagers potentiels de ces institutions refusent d'accéder aux soins qu'elles proposent.

²⁷ CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995, p.64.

²⁸ Loi n° 90-527, du 27 juin 1990, relative à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation.

²⁹ La circulaire du 15 mars 1960 pose les bases de la création de la sectorisation psychiatrique : « Tout citoyen doit pouvoir avoir accès aux soins au plus près de son domicile. » Vingt-cinq ans après, la loi n°85-1468, du 31 décembre 1985, relative à la sectorisation psychiatrique, et le décret n°86-602, du 4 mars 1986, relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, légalisent la sectorisation.

I.2.2 Un dispositif constitué hors du secteur psychiatrique

Alors que jusqu'en 1970 les rares « drogués » qui voulaient se soigner étaient systématiquement vers les hôpitaux psychiatriques, le dispositif que crée la loi 70-1320 du 31 décembre 1970 (cf. 1.3) se développera hors des secteurs de psychiatrie, et, le plus souvent, hors de toute forme de prise en charge psychiatrique.

Les services publics sanitaires ne s'intéresseront que de façon exceptionnelle à la prise en charge des toxicomanes. « Force est de constater qu'il n'y a pas foule dans le secteur psychiatrique traditionnel pour s'occuper de ces « clients décadents » qui sèment la pagaille partout où ils passent. [...] Dans l'ensemble le toxicomane n'est pas le bienvenu et la bonne volonté du secteur psychiatrique des plus limitée. Les expériences véritables ne concerneront, en fin de compte, que quelques médecins intéressés personnellement par le sujet et très avancés dans les expériences hospitalières.³⁰ »

Ces institutions s'occuperont la plupart du temps de la partie non médicale des soins aux toxicomanes (prises en charges socio-éducatives, psychothérapies, post-cures). Les hôpitaux (généraux ou psychiatriques) seront, eux, utilisés pour les sevrages puis pour les soins somatiques et psychiatriques.

Le contexte particulier de la loi de 1970 (cf. 1.3.1) créera des « demandes de soins » qui seront avant tout des demandes pour échapper aux poursuites judiciaires. Ainsi, les hôpitaux se verront confrontés à des patients peu convaincus de l'intérêt du sevrage qui leur est proposé-imposé et qui n'auront de cesse que de contourner le cadre établi, jusqu'à leurs exclusions pour reprise de produits avec parfois commerce auprès des autres patients ou vols dans la pharmacie du service. Cette situation explique en partie le rejet mutuel qui s'est installé entre les toxicomanes et de nombreuses équipes hospitalières. « Les institutions non spécifiques, telles que les hôpitaux généraux ou psychiatriques, ont été longtemps rejetantes à l'égard des toxicomanes, ressentis comme des perturbateurs plutôt que comme des malades. La création, par la loi de 1970, d'un système de soins spécialisé a certes favorisé la prise en charge des toxicomanes, mais

³⁰ BERGERON H., *L'Etat et la toxicomanie, histoire d'une singularité française*, Paris PUF, 1999, p.34.

elle a eu pour effet pervers de permettre le désengagement des structures de soins non spécifiques, telles que les hôpitaux.³¹ »

La spécialisation a amené le développement d'un dispositif relativement unifié (cf. 1.3) mais souvent clivé des autres institutions de soins, notamment psychiatriques. Le fait que de nombreux intervenants en toxicomanies soient issus des courants anti-psychiatriques des années soixante dix a sûrement constitué un frein supplémentaire aux relations entre la toxicomanie et la psychiatrie. De plus « la prise en charge des toxicomanes est restée à l'écart des grands courants qui ont traversé l'évolution de la politique sanitaire et sociale depuis vingt-cinq ans.³² » La situation a commencé à évoluer dans les années quatre-vingt-dix à partir de la prise en charge des soins somatiques des toxicomanes (sida, Hépatite C) puis avec la mise en place des traitements de substitution (cf. 1.3.2)

1.2.3 Les comorbidités psychiatriques des toxicomanes

Pendant longtemps, les troubles psychiatriques dont souffrent certains toxicomanes ont été occultés par leur toxicomanie. Les effets des produits tant sur le plan neurologique, comportemental que social, rendaient peu perceptibles l'existence de pathologies psychiques. La drogue suffisait la plupart du temps à expliquer les attitudes particulières des personnes (délires, angoisses, sentiments de persécution, nervosité, dépression...). Il est d'ailleurs toujours difficile lors d'un diagnostic de trier entre l'effet d'un produit et les caractères symptomatiques résultant d'une éventuelle maladie mentale. De plus, l'activité spécifique d'un toxicomane (recherche d'argent, puis de produits) constitue pour certains un cadre, une identité, protégeant d'un dérapage vers « la folie » (la toxicomanie justifiant en outre d'un rapport aux autres difficile et d'une certaine marginalité). « Si les toxicomanies sont facteurs de désordre social, nous pouvons dire que paradoxalement, elles introduisent un « ordre » dans l'existence de certains sujets, ordre parfois fragile.³³ »

³¹ GEISMAR-WIEVORKA Sylvie, *Les toxicomanes ne sont pas tous incurables*, Seuil, Paris, 1998, p.144.

³² HENRION Pr. , *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Documentation française, Paris, 1995.

³³ FUSTIER.C. «la fonction de suppléance des toxicomanes dans le champ des psychoses », in *Les toxicomanies ou des toxicomanes*, Perspectives psychiatriques n°27/II, 1991, p.108.

Pourtant, des études épidémiologiques menées dans les pays anglo-saxons depuis une dizaine d'années concluent à une forte prévalence de ces troubles associés. « Pratiquement les deux tiers des sujets présentant des troubles de la série addictive, présentent des troubles de la personnalité. [...] La dépression est le trouble mental le plus fréquemment associé à la pharmacodépendance. La prévalence des abus de produit se situe à 41 % chez les déprimés dans l'étude de Regier. [...] Rappelons ici que Regier indique que 47 % des schizophrènes, sur la vie entière, associent des prises de drogue.³⁴ »

Mais, si ces troubles sont constatés, ce qui reste imprécis, ce sont les liens de causes à effets qui existent entre ces pathologies et la toxicomanie. Les symptômes sont-ils :

- ceux de la prise de drogue,
- une conséquence d'une prise de drogue ancienne qui aurait désorganisé le fonctionnement psychique de la personne,
- ceux d'une maladie mentale que la personne essaie de soulager par ses prises de drogue.

On le voit, le diagnostic est souvent complexe. « Devant une personnalité pathologique, il peut donc être difficile de faire la part entre la personnalité préexistante et les conséquences propres du toxique. Il s'agit d'avoir une grande prudence.³⁵ » Dans ce contexte, « le sevrage des produits toxiques [est] une pièce maîtresse du soin, essentielle pour se réinterroger sur soi sans apport toxique, ses dépendance aux produits, à l'autre et à l'environnement.³⁶ » Mais, s'il permet un diagnostic, le sevrage est rarement suivi d'une prise en charge régulière après l'hospitalisation. Pourtant « l'hôpital psychiatrique n'est utile que, lorsque plus loin que la drogue, on trouve la psychose. [...] Les toxicomanes envoyés à l'hôpital psychiatrique sont souvent ceux pour qui la toxicomanie est le symptôme d'une psychose. Pendant quelques temps, en particulier au début, l'identité de toxicomane lui permet d'échapper au vécu morcelant, à l'étrangeté délirante, au monde autiste de la schizophrénie en se réfugiant dans les sensations et les hallucinations procurées par la drogue.³⁷ »

³⁴ JACOB C. « prise en charge de la comorbidité psychiatrique et somatique » in conférence de consensus : *Modalité de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés*, Fédération Française de Psychiatrie, 1998. D'après les études anglo-saxonnes de KESSLER, KOSTEN, REGIER, ROUSAVILLE.

³⁵ FARUCH C. « toxicomanie et psychiatrie », in *Les toxicomanies*, EMPAN, N° 33, mars 1999, p. 22-23.

³⁶ Ibid.

³⁷ GALLIEN C. « à l'hôpital psychiatrique un mauvais malade. » in *Esprit* N°11-12, novembre-décembre 1980, p.59-60.

I.3 Le dispositif français de soins aux toxicomanes :

I.3.1 Malades ou délinquants ?

Les toxicomanes sont-ils des malades ou des délinquants ? Telle est la question particulière qui découle de la loi 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic des substances vénéneuses. En incriminant l'usage et la consommation en privée des drogues, alors que les textes précédents (loi du 12 juillet 1916, loi 53-1270 du 24 décembre 1953) ne retenaient que l'usage en société, le législateur de 1970 fait de tout toxicomane un délinquant. Le gouvernement expose ainsi ces motifs : « à une époque où le droit à la santé et aux soins est progressivement reconnu à l'individu - en particulier par la généralisation de la sécurité sociale et de l'aide sociale – il paraît normal en contre partie que la société puisse imposer certaines limites à l'utilisation que chacun peut faire de son corps, surtout lorsqu'il s'agit d'interdire l'usage de substances dont les spécialistes dénoncent unanimement l'extrême nocivité ».

Mais même si leurs consommations sont pénalisées, les toxicomanes peuvent échapper aux poursuites s'ils se reconnaissent malades et acceptent de se soigner. L'espace thérapeutique ainsi ouvert constitue le cadre de référence des institutions œuvrant dans le secteur. Les toxicomanes entrant dans une démarche de soins bénéficient de l'anonymat et de la gratuité des prestations sanitaires et sociales qui leurs sont proposées. Même si l'individualité de chaque situation est déjà affirmée (cf. 1.1.3) les réponses proposées sont souvent uniformes (consultations, sevrage, post-cure) et la visée systématique en est l'abstinence.

Et, si l'offre de soin vient faire un rempart face à la répression judiciaire, faut-il considérer pour autant tout toxicomane comme un malade. Si l'on envisage la prise de drogue comme réponse à un malaise, la maladie ne serait pas la toxicomanie, mais plutôt le malaise lui-même. De plus, celui-ci n'est pas toujours d'ordre médical mais a souvent des aspects sociaux. Pour Alain Touraine, « il s'agit moins de réprimer ou de refouler la

drogue que de s'interroger sur ce qui fait évoluer l'individualisme vers le renforcement du sujet personnel créateur ou, au contraire vers l'autodestruction et la marginalisation.³⁸ »

En France deux instances spécialisées - la justice et la médecine- sont en concurrence-collaboration pour traiter de la toxicomanie. Celle-ci se trouve donc constituée comme un problème social spécifique d'autres problèmes sociaux tels que la maladie mentale, la grande pauvreté, les maladies sexuellement transmissibles. « La toxicomanie n'est « vraiment » ni une maladie, ni un délit, ni l'addition des deux.

A la différence de la psychiatrie, qui est parvenue à faire à peu près complètement de la folie une maladie mentale et à s'assurer le quasi-monopole de son traitement spécialisé - après bien des péripéties d'ailleurs, et non sans laisser quelques scories-, ni la justice ni la médecine ne paraissent en voie de s'assurer une telle hégémonie sur la prise en charge de la toxicomanie³⁹. »

Mais même si l'on ne considère pas la toxicomanie comme une maladie, il n'en est pas moins vrai qu'il existe des toxicomanes malades (troubles somatiques ou psychiatriques). Des soins médicaux peuvent aider vis à vis de ces maladies, mais aussi dans la gestion de la prise des produits (traitements de substitutions ou arrêts par sevrages).

1.3.2. : Depuis 1993, une politique sociale et de santé publique plus pragmatique.

Si le dispositif de soins issu de la loi de 1970 est longtemps resté orienté exclusivement par la visée de l'abstinence, il a considérablement évolué depuis une dizaine d'années.

A la fin des années 80, l'émergence puis le développement des problèmes liés au sida imposent la prise en compte de nouveaux éléments sanitaires.

Sur le plan préventif, il ne suffit plus d'essayer de dissuader les personnes de consommer de la drogue, mais il faut faire en sorte que celles qui le feront malgré tout prennent le

³⁸ TOURAINE A. «la drogue et le marché", in *Comment sortir de la toxicomanie ?*, Passages, N°49, septembre 1992,p.36.

³⁹ R. CASTEL A.COPPEL, «les contrôles de la toxicomanie », in *individus sous influence*, Paris, Edition Esprit,

collection «société », 1991, p.243.

moins de risques possibles. Cela amène la création de dispositifs de distribution de matériel stérile d'injection qui sont allés à la rencontre de population ne souhaitant pas (du moins pour le moment) arrêter leur toxicomanie.

Le décret 92-590 du 29 juin 1992 reprecise le cadre dans lequel les centres spécialisés de soins aux toxicomanes sont conventionnés par l'Etat et oblige à représenter tous les cinq ans un projet thérapeutique prenant en compte les nouveaux besoins qui apparaissent et les nouvelles politiques préconisées par le gouvernement.

Les décrets du 2 décembre 1994 et du 31 mars 1995 autorisent la délivrance médicale d'opiacés dans le traitement des toxicomanies. Une conséquence majeure de ces traitements de substitution est la transformation du statut social des personnes qui ont recours à ces drogues licites. En effet, une grande partie quitte ainsi la délinquance qui servait à financer leur toxicomanie.

Sans pour autant modifier le statut pénal des drogues, les politiques publiques interviennent avec beaucoup plus de pragmatisme comme en témoignent les rapports demandés par la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (rapport Parquet 1997, rapport Roques 1998) qui concluent que :

- la prévention ne doit pas viser les usages de produits mais les comportements et les situations des personnes
- la dangerosité des produits doit être revue hors des critères légaux

Cela conduit à regrouper les difficultés liées aux différentes pratiques addictives et à rapprocher les institutions prenant en charge les toxicomanes de celles s'occupant des alcooliques.

La personne toxicomane, que l'on nomme maintenant « usager de drogue » est désormais plus libre de ces choix de prises de produits ou d'abstinence. Chaque individu doit être accompagné à partir de la situation qui est la sienne vers la mise en place des solutions qu'il souhaite pour modifier sa vie. En ce sens, les prises en charge doivent envisager la prise en compte de la globalité des problèmes de la personne (médico-psycho-sociaux).

La mise en réseau des possibilités des différents intervenants, encouragée par la création des Réseaux Ville Hôpital Toxicomanie (circulaire DGS-DH N° 15 du 7 mars 1994), facilite les actions conjointes. L'aspect social est en lien direct avec les évolutions qu'offre la Loi de lutte contre les exclusions.

Le plan triennal de lutte contre la toxicomanie adopté par le comité interministériel du 16 juin 1999 s'inscrit dans les orientations de cette loi avec l'accès aux soins et aux droits sociaux et le développement des articulations avec les autres services notamment pour l'accompagnement vers l'emploi, le droit au logement, le maintien des moyens d'existence et les aides face au surendettement.

Sur le plan médical, les prises en charge globales doivent permettre une meilleure prise en compte des comorbidités notamment les maladies liées à l'hépatite C (plus de 60 % des toxicomanes sont atteints par ce virus) et au sida ainsi que les troubles d'origine psychiatrique.

I.3.3. Evaluation du dispositif et épidémiologie

I.3.3.1 Les différents types de structures du dispositif de soins spécialisés aux usagers de drogues :

En 1998, on comptait 256 Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) financés par la Direction Générale de la Santé (ligne 47-15 du budget de l'état). Les deux tiers sont gérés par le secteur associatif.

« 190 centres de soins en ambulatoire assurent l'accueil et l'orientation de toutes les personnes ayant un problème lié à la dépendance, les consultations médicales, le suivi psychologique et l'accompagnement social et éducatif adapté à chaque situation. Ils peuvent prendre en charge le sevrage en ambulatoire et l'accompagnement du sevrage en milieu hospitalier, ainsi que les traitements de substitution. Ils peuvent également proposer un soutien à l'environnement familial et à l'entourage des personnes concernées par l'usage des drogues. Ces centres gèrent 56 permanences d'accueil en ambulatoire.

On comptait, fin 1998, 137 centres en ambulatoires assurant une prise en charge par traitement à la Méthadone.

50 centres avec hébergement collectif peuvent assurer la prise en charge [...dont l'objectif] est la restauration de l'équilibre personnel et l'insertion sociale des résidents.

16 centres en milieu pénitentiaire(ex antennes toxicomanies) interviennent en milieu carcéral.⁴⁰ »

65 des centres de soins en ambulatoires disposent d'appartements thérapeutiques (437 places), il faut également mentionner 150 places en familles d'accueil.

En complémentarité avec le dispositif spécialisé, s'est développé un dispositif de réduction des risques, qui est souvent le premier contact des usagers de drogues, et qui est axé sur la diffusion de matériel stérile d'injection (seringues, tampons...). On compte actuellement 86 programmes d'échanges de seringues et il existe 32 boutiques dites à bas seuil d'accès où les toxicomanes en situation de grande précarité peuvent également prendre une douche, laver leur linge, se restaurer...Il existe également 3 sleep-in offrant un hébergement de nuit en urgence.

1.3.3.2 Evaluation du dispositif

La recherche de l'efficacité, le souci de rendre compte de la rentabilité des moyens investis dans les traitements des toxicomanies nécessitent la mise en place de modalités d'évaluation de ces dispositifs. Si je parle de mise en place c'est que jusqu'alors, rien de précis, rationalisé, organisé et généralisé n'a permis d'évaluer l'intervention en toxicomanie. Bien sûr, ces actions sont contrôlées par les acteurs et les financeurs ; comptes rendus, bilans, quantification des patients et des actes, études épidémiologiques sont régulièrement effectués dans ce secteur plus encore que pour d'autres. « L'idée reste cependant prévalente que l'on sait mal ce qui se fait et, surtout, que l'on sait encore plus mal quel en est l'effet ou l'efficacité.⁴¹ »

L'évaluation a été définie en 1998 par le Conseil scientifique de l'évaluation comme « l'activité de rassemblement, d'analyse et d'interprétation de l'information concernant la

⁴⁰ OFDT(Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) *Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances, 1999, p.38-39.*

mise en œuvre et l'impact de mesures visant à agir sur une situation sociale ainsi que la préparation de nouvelles mesures. » La première difficulté dans l'évaluation des luttes contre les toxicomanies est la diversité des objectifs de ces politiques. « Des réorientations se font, sans qu'on abandonne expressément les anciens objectifs ; parfois aussi sans qu'on désigne clairement les nouveaux ; [...] entre autres distinctions est proposée celle entre ceux qui visent à des objectifs collectifs (sécurité publique, santé publique) et ceux qui ont des objectifs individuels (faire baisser la toxicomanie de la personne considérée, améliorer son état de santé, etc.).⁴² »

Les différents intervenants (sanitaires, sociaux, répressifs) ont des objectifs spécifiques qui concernent parfois la même personne, ceux-ci peuvent être convergents ou divergents. Les toxicomanes ont leurs propres objectifs qui parfois peuvent être extérieurs aux nôtres. Enfin, les situations des personnes peuvent évoluer pour des raisons indépendantes de nos actions.

Il est donc essentiel en préalable à toute évaluation de nos dispositifs de déterminer nos objectifs et de les établir à partir des situations et des projets des usagers de nos institutions. Ces évaluations doivent prendre en compte la diversité des situations individuelles. Il faut se méfier des fonctionnements qui tendraient à uniformiser les dispositifs alors que la richesse de ceux-ci est leurs capacités à s'adapter à l'accompagnement de situations difficiles et peu ordinaires. « Il nous faudra construire des évaluateurs, des critères d'évaluation du point d'exception, qui fassent entendre que, au-delà des critères de bonne pratique qui pourront être opposés, ce serait une erreur lourde que de ne pas voir que ce qui excède doit toujours être pris en cause. Dans les questions institutionnelles sur lesquelles[...] il faut s'orienter, donner nos choix, essayer de construire un certain nombre d'instruments, nous ne devons pas reculer à le faire.⁴³ »

Pour cela, les évaluations doivent être construites à partir du projet individuel, en différenciant l'évolution de la personne et l'évaluation de l'action que nous menons.

⁴¹ GROUPE DE RECHERCHE DES JOURNEES DE REIMS, *Evaluer l'intervention en toxicomanie : significations et conditions. Note intermédiaire*. CAST, Reims, février 2000, p.1.

⁴² Ibid, p.3.

1.3.3.3 Epidémiologie

L'étude épidémiologique de la toxicomanie est complexe. En effet, il s'agit d'une population clandestine puisque sa pratique est réprimée par la loi, aussi, « la prévalence [ou proportion] des phénomènes toxicomanes au sein de la population reste un sujet mal connu⁴⁴. » Pourtant, différentes études tentent régulièrement de cerner ce problème.

Les enquêtes que le service de santé des armées effectue auprès des conscrits (ce qui laisse de côté la population féminine) donnent certaines tendances : En 1996, 40 % de ces jeunes hommes déclaraient avoir consommé au moins une fois du cannabis, et 15 % affirmaient le faire régulièrement (chiffre confirmé par les analyses d'urine). Par contre, ils étaient moins de 1% à reconnaître une consommation d'héroïne, de cocaïne ou de solvants.

En 1993, une estimation avait évalué entre 150 000 et 300 000 la population des héroïnomanes en France. Une étude réalisée en 1995 sur l'agglomération toulousaine estimait entre 1700 et 2600 le nombre de consommateurs d'opiacés soit pour la population des 15-54 ans une prévalence entre 4,3 et 6,5 pour mille personnes. Cette prévalence est nettement plus élevée chez les hommes (8,7 pour mille) que chez les femmes (2,3 pour mille)⁴⁵. En 1999, cette étude a été reconduite dans 5 villes de France, les résultats ne sont pas encore publiés.

Le SESI (service des Statistiques des Etudes et des Systèmes d'Informations) effectue tout les ans au mois de Novembre une enquête qui porte sur les toxicomanes qui s'adressent à un établissement sanitaire et social qu'il soit ou non spécialisé en toxicomanie. Cette enquête note une augmentation régulière du nombre de toxicomanes pris en charge, passant de 17 090 en novembre 1993 à 25 340 en novembre 1997. Les trois cinquièmes des recours au système sanitaire et social par les toxicomanes se font dans le dispositif spécialisé.

L'OCRTIS (Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants) constitue une autre source d'informations. Portant sur les infractions à la législation des stupéfiants

⁴³ LAURENT E. *Evaluer l'évaluation*, Mental N° 4, Bruxelles, décembre 1997, 4° de couverture.

⁴⁴ BELLO P-Y. *La toxicomanie en Midi-Pyrénées, le point en 1997*, in le bulletin, N°41, ORSMIP, 1997, p. 2.

constatées en France par l'ensemble des services de la police nationale, de la gendarmerie et de la douane, elle permet avant tout une étude quantitative sur le nombre de personnes interpellées et sur les produits concernés.

Actuellement, on constate d'importantes mutations concernant les consommations : moins d'héroïne depuis la mise en place des traitements de substitutions, plus de polytoxicomanies, augmentation des drogues de synthèses (ecstasy, stimulants, hallucinogènes) et de la cocaïne.

Les recours au système de soins augmentent régulièrement. En 1997, 60 000 toxicomanes sont allés dans les centres spécialisés en toxicomanie, soit le double qu'en 1990. Cette progression provient notamment des traitements de substitutions.

La mortalité liée directement à la toxicomanie diminue fortement, d'une part grâce à la réduction des overdoses qui résultent de la moins forte consommation d'héroïne, d'autre part du fait des grands progrès obtenus dans les traitements du sida. Si les contaminations au VIH ont fortement baissé (16% des toxicomanes en 1997) grâce aux dispositifs de préventions concernant l'usage des seringues, les usagers de drogues sont une population fortement touchée par le virus de l'hépatite C (55 à 70% selon les études).

Conclusion partielle

« Certaines personnes en difficultés échappent à « la logique de la pile », et sont inadéquats partout en raison de leur instabilité ou d'un profil clinique mal défini.⁴⁶ »

Les toxicomanes ont leurs institutions, les malades mentaux ont aussi les leurs. Elles figurent dans le même chapitre du code de la santé publique intitulé « lutte contre les fléaux sociaux » et depuis longtemps se renvoient les personnes qui ont ces doubles difficultés de toxicomanie et de troubles psychiatriques. Le plus souvent celles-ci sont effectivement inadaptées aux différents dispositifs.

⁴⁵ BELLO P-Y. , *Estimations locales de la prévalence de la toxicomanie : rapport final*, Toulouse, ORSMIP, 1997

⁴⁶ JAEGER M., *L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie* , DUNOD, Paris, 2000, p.71-72.

Pourtant la mise en place des traitements de substitution a accentué la perception de ces comorbidités. L'aggravation de la « fracture sociale » et des processus de désaffiliation a fortement frappé les personnes psychologiquement fragiles. Nombre d'entre elles ont trouvé dans les drogues si ce n'est un secours, au moins un apaisement de leur malaise. La toxicomanie offre en effet une solution d'oubli de leurs difficultés tout en créant de nouveaux problèmes.

Désormais, les CSST rencontrent ces personnes aux troubles psychiatriques mais se heurtent aux débordements et à l'instabilité de celles-ci. Pour autant les orientations vers les services psychiatriques continuent à se faire sur le registre des urgences sans articulations ni projets à la sortie.

Qu'en est-il de cette situation en Haute Corse et comment améliorer la prise en compte de ces troubles associés ? C'est ce que je me propose d'étudier dans la suite de ce mémoire.

DEUXIEME PARTIE

SOIGNER LES TOXICOMANES (EN) CORSE

II SOIGNER LES TOXICOMANES (EN) CORSE

II.1 Contexte local : la Corse et la toxicomanie

L'insularité, l'évolution démographique et sociale de la Corse, le contexte politique sont autant de facteurs qui s'ajoutent aux caractéristiques de la toxicomanie énoncées dans la première partie. Longtemps nié par la majorité de la société insulaire, le « phénomène toxicomanie » a pourtant connu une progression dans la région Corse qui, comme pour l'ensemble du pays, a été qualifiée dans les années 1980 d'épidémie. Dans les années 1990, différentes études ont permis de mieux apprécier l'ampleur et les spécificités de la toxicomanie en Corse. Il n'est toutefois pas possible de prétendre à une connaissance complète de ce phénomène complexe et dissimulé (cf. I.3.3).

II.1.1 Eléments d'appréciation épidémiologiques

II.1.1.1 Enquête relative à la toxicomanie dans la région Corse (février 1994).

Cette étude⁴⁷ réalisée par l'ADPS. à la demande du Procureur Général, a croisé les données de plusieurs champs (sanitaire, judiciaire, presse) afin d'élargir l'observation par l'apport de plusieurs sources et, au-delà du simple comptage de la population ciblée, amener des éléments qualitatifs sur la situation de ces personnes.

Réalisée à partir d'un recueil des données qui concernent les années de 1986 à 1993, cette enquête a permis de rendre compte de ce phénomène peu après son développement.

L'évaluation effectuée du nombre d'usagers de drogue en Corse aboutit à environ 800 soit une prévalence d'environ 3 pour 1000 habitants (la Corse compte 250 000 habitants).

Cette population est aux trois quarts masculine, d'une moyenne d'âge de 30 ans (60% entre 25 et 35 ans). 86% de ces personnes sont d'origine française, 57% sont des corses vivant en Corse et 6% des corses du continent, dans le tiers restant, il y a beaucoup de personnes repérées à leur arrivée en Corse par une interpellation par les douanes (avec des quantités de drogues destinées à leur usage personnel). 40% des toxicomanes de cette étude vivent dans la région de Bastia et 20% dans celle d'Ajaccio. 38% ont un

logement autonome, 44% sont dans leurs familles et 18% sont en hébergement précaire ou sans hébergement. Près des deux tiers des toxicomanes recensés dans cette étude sont des célibataires, et la moitié de ceux-ci vivent chez leurs parents. Enfin, une personne sur deux a une activité salariée.

Pour ce qui est de la toxicomanie, dans 65% des cas ils consomment de l'héroïne en injections intraveineuses ainsi que des médicaments.

Sur le plan médical, il faut noter que 50% de ces personnes sont séropositives au VIH. L'observation des 125 cas de sida déclarés en Corse de 1986 à 1993 montre que 3 sur 5 ont été contaminés par leur pratique toxicomaniaque.

II1.1.2 Les toxicomanes pris en charges par le système sanitaire et social de la région Corse en novembre 1999.

Il s'agit des résultats régionaux de l'enquête réalisée en novembre par le ministère de la santé. Elle porte sur les passages de toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales au cours du mois de novembre. Les établissements enquêtés sont de trois types :

- les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (deux pour la région)
- les établissements sanitaires publics ou psychiatriques privés (sept)
- les centres sociaux (cinq)

En novembre 1999, 219 passages ont été enregistrés, répartis de façon égale entre les deux départements. Si la majorité (68%) des prises en charges s'effectue dans les établissements spécialisés, on constate de fortes différences entre la Haute-Corse (84%) et la Corse du Sud (53%).

Cette étude permet d'établir différentes caractéristiques de cette population (sans pouvoir prétendre à représenter l'ensemble de ce phénomène sur l'île) :

- 70% sont des hommes
- 50% ont entre 30 et 40 ans
- 57% sont inactifs
- 59% de ceux pris en charge par un CSST suivent un traitement de substitution
- 80% ont effectué un test de séropositivité au VIH et au VHC. Chez ceux dont le résultat est connu, 40% sont positifs au VIH et 73% sont positifs au VHC.

⁴⁷ CANARELLI P. et Coll. *Enquête relative à la toxicomanie dans la région Corse*, ADPS., Bastia, 1994.

- Sur les 219 personnes prises en charge en Corse, seules 3 ne sont pas originaires de l'île.

II1.1.3 Enquête diagnostic sur le phénomène toxicomanie dans le district de Bastia – 1996

Il ne s'agit pas à proprement parler d'une étude épidémiologique, mais cette recherche permet d'apprécier la perception de la toxicomanie par différents acteurs locaux. Contrairement aux deux autres elle est centrée sur Bastia et les communes voisines.

« Cette enquête diagnostic s'est déroulée sur une période de trois mois : de novembre 1995 à février 1996. Elle s'est déclinée selon deux modes complémentaires :

- Une enquête de besoins menée en direction des partenaires existants ou potentiels, de la prévention des toxicomanies. Elle interroge la dialectique « aspiration – satisfaction », « besoins individuels ou collectifs », « réponses individuelles ou institutionnelles ».
- Une enquête de milieu menée en direction des usagers de produits stupéfiants et de leurs proches. Démarche qui permettra de mieux saisir, mieux comprendre les pratiques qui conditionnent leur existence. »⁴⁸

Les pharmaciens constatent que même si le phénomène toxicomanie est moins spectaculaire qu'au milieu des années 1980, il reste conséquent et bien installé. Ils se plaignent de l'absence de coordination avec les médecins et les centres spécialisés. L'enquête note que les pharmaciens sont « des traits d'union d'importance entre les toxico-dépendants et les services spécialisés » et qu'ils ont « un questionnement permanent sur la pertinence de leur attitude et leur rôle exact en tant qu'acteurs de santé publique. L'observation des ventes de produits pharmaceutiques utilisés par les toxicomanes (seringues, médicaments détournés) montre une consommation deux à trois fois plus forte en Haute-Corse qu'en Corse du Sud.

⁴⁸ G. GHIO, *une enquête diagnostic sur le phénomène toxicomanie dans le territoire du district de Bastia*, ADPS., Bastia, 1996.

Les médecins remarquent une évolution de la population toxicomane. Il y a dix ans, la population était plus identifiée par les différents services. Néanmoins, le médecin généraliste apparaît comme un lieu d'adresse important pour les toxicomanes, mais nombre de praticiens éprouvent des difficultés de positionnement. Des réunions des différents intervenants (médecins, pharmaciens, spécialistes) sont souhaitées pour créer les conditions d'un dispositif de soins ou chacun trouverait sa place et établir les potentialités et les limites de chacun.

Les témoignages des toxicomanes démontrent qu'ils utilisent régulièrement un (ou plusieurs) médecin et pharmacien, parfois avec plusieurs prescriptions « cumulées » et aussi avec des achats à des « revendeurs ». La plupart consomme de l'héroïne occasionnellement et prioritairement des produits de substitutions (prescrits ou non). Les consommateurs exclusifs d'héroïne sont rares et méconnus des médecins, des pharmaciens et de l'ADPS.. Peu ou prou, ces toxicomanes semblent tous se connaîtrent. Pour la plupart, ces liens existants ne s'inscrivent pas dans le temps de manière durable.

II.1.2 Les dispositifs existants

II.1.2.1. Juridiques

La toxicomanie étant fréquemment associée à la délinquance (infractions à la législation sur les stupéfiants, délits destinés au financements des achats de drogues), l'ADPS. a des relations importantes avec différents dispositifs du secteur juridique et pénal.

- Maison d'arrêt

Depuis 1997 une convention (annexe 3) organise les contacts existants depuis plusieurs années entre la maison d'arrêt de Borgo (agglomération de Bastia) et l'ADPS.. Il s'agit pour l'essentiel de consultations psychologiques en lien avec l'U.C.S.A.⁴⁹ et d'aide à la préparation à la sortie à la demande de l'équipe socio-éducative.

⁴⁹ U.C.S.A. Unité de Consultation et de Soins en Ambulatoire.

Le centre d'hébergement peut recevoir des détenus à leur libération ou lors de permissions préparant celle-ci.

- Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

Regroupant le comité de probation et les services socio-éducatifs de l'administration pénitentiaire, ce service s'occupe de la réinsertion sociale des détenus pendant leur incarcération et pendant la période de suivi judiciaire de leurs peines (sursis, libération conditionnelle...). Cette équipe oriente vers l'ADPS. les personnes ayant des problèmes de toxicomanie.

- Dispositif d'injonction judiciaire

Lorsqu'une mesure d'injonction judiciaire est signifiée, l'ADPS. est avertie au préalable. L'éducateur chargé des interventions de proximité se rend au tribunal pour voir la personne à l'issue de son audience auprès du substitut du procureur. Il accompagne ensuite cette personne à l'ADPS. pour lui présenter le dispositif et fixer un rendez-vous avec le médecin psychiatre.

C'est ce médecin qui assure le suivi des injonctions judiciaires. Il en rend compte régulièrement au substitut du procureur et au médecin inspecteur de la santé sans aborder les éléments cliniques des entretiens mais en précisant la régularité ou l'arrêt de ceux-ci.

II 1.2.2 Sociaux

Toute prise en charge sociale implique un important travail de partenariat afin d'essayer de trouver des réponses le plus proche possible du projet de la personne. La diversité des situations reçues, la nécessité d'adapter notre travail aux besoins et aux possibilités de la personne « là où elle en est de son parcours » amplifie cette nécessité d'ouverture vers d'autres dispositifs.

Les demandes d'aides financières ou matérielles s'étudient avec les associations caritatives ou selon la spécificité de la situation, les administrations sanitaires et sociales

(C.P.A.M., CAF, Services Sociaux du département (DISS)). Nos relations avec les personnes de ces institutions facilitent l'accès aux droits sociaux pour les personnes que nous accompagnons.

Les projets professionnels s'élaborent avec la Mission Locale lorsqu'il s'agit de personnes de moins de 25 ans et amènent à des orientations vers des organismes de formation (GRETA, AFPA, Chambre des Métiers, Associations) ou vers des entreprises d'insertion pour une reprise de travail dans un cadre adapté. Certaines personnes ayant une reconnaissance de leur handicap sont reçues dans des C.A.T dans le cadre de projets où nous sommes associés.

La recherche d'un logement autonome se fait aussi avec de nombreux relais (Office Public d'H.L.M., Sociétés privées de logements sociaux, Services Municipaux chargés des logements rénovés par la Mairie, Service de relogement prioritaire de la Préfecture, Associations d'aide à l'accès au logement).

L'ADPS. travaille aussi avec les deux C.H.R.S. de Bastia bien que ceux-ci n'accueillent qu'exceptionnellement des personnes toxicomanes. L'un d'eux est situé à coté du Centre d'Hébergement de l'ADPS., il a une fonction d'Hôtel Maternel et peut accueillir « femmes avec ou sans enfant ». Il dispose également de deux appartements et peut payer des nuitées d'hôtel pour les situations d'urgence.

Le second se trouve dans la banlieue sud de Bastia. Il dispose de 17 places pour l'accueil d'hommes sans hébergement ainsi que de 10 places d'accueil de nuit pour homme ou femme et couples.

Pour nos actions de prévention des toxicomanies et du sida, nous travaillons avec plusieurs partenaires d'institutions sociales et sanitaires et notamment le CRIJ et l'Association de Prévention Spécialisée LEIA.

II 1.2.3. Sanitaire

Très impliquée dans l'accompagnement des toxicomanes infectés par le V.I.H., l'ADPS. a tissé des relations fortes avec l'hôpital de jour de Bastia, les différents services hospitaliers et les médecins spécialisés (notamment les endocrinologues pour les complications

métaboliques induites par les anti-rétro-viraux). Une consultation avancée du CISIH de Marseille a lieu une fois par mois dans les locaux de l'ADPS.. La prise en compte de l'hépatite C a amené plus de contacts avec les gastro-entérologues et le C.H.U. de la région PACA.

Enfin, un travail important est fait avec les médecins généralistes pour toutes ces questions et celles spécifiques à la toxicomanie comme les traitements de substitutions ou les sevrages ambulatoires.

Pour le moment, ces relations ne font pas l'objet de réseaux plus formalisés officiellement.

Comme je le développerai par la suite, les services psychiatriques sont très importants dans notre partenariat.

En Corse, pendant longtemps, il n'y avait pas d'hôpital psychiatrique. Les malades mentaux étaient hospitalisés dans les quelques lits qui leur étaient réservés à l'hôpital de Bastia. Il y avait un seul psychiatre pour couvrir l'ensemble des besoins de l'île. Si l'hospitalisation devait se prolonger, les malades chroniques étaient envoyés à Marseille ou à Avignon et ne revenaient jamais. S'il s'agissait d'hospitalisation pour des moyens séjours, ils étaient reçus dans les cliniques de Marseille. Des suivis ambulatoires étaient assurés par le médecin psychiatrique dans les différents dispensaires d'hygiène mentale et sociale de Corse.

Dans les années 1950, un projet de Centre Hospitalier Spécialisé est envisagé à Ajaccio avec 300 lits pour couvrir l'ensemble de la Corse. Il sera réalisé en 1974 et tous les malades psychiatriques chroniques transférés sur le continent, parfois depuis plus de 30 ans, seront rapatriés à Ajaccio. Il est à noter que dans la même période les politiques sanitaires françaises prônaient le développement de la sectorisation et réduisaient l'importance des services fermés.

En 1976, l'île devient une région avec deux départements. Il n'y a pas pour autant redéploiement d'une partie des moyens du C.H.S. d'Ajaccio vers la Haute Corse. En 1977, un intersecteur psychiatrique infanto-juvénile est créé à Bastia.

En 1979, un bâtiment supplémentaire est construit dans le nouveau centre hospitalier de Bastia et on y crée 35 places de psychiatrie. En 1982, un deuxième secteur est créé. Les lits d'hospitalisations ne sont pas augmentés mais 5 centres médico-psychothérapeutiques

sont déployés sur différentes communes du département. Les moyens de la sectorisation restent restreint en ce qui concerne les alternatives à l'hospitalisation et l'accompagnement de la réhabilitation des malades (pas d'appartement thérapeutique, d'hôpital de jour, de centre accueil thérapeutique à temps partiel) alors que le travail en ambulatoire reste très important dans la prise en charge des patients. Le service public n'a pas eu de moyens supplémentaires depuis cette époque.

En 1986, une clinique psychiatrique, San Ornello, est ouverte à 15 km au sud de Bastia. Elle est dotée de 65 lits et il lui est confié la mission de recevoir les internements sous contraintes qui jusque là continuaient à se faire sur Ajaccio. En 2000, cet établissement a obtenu la possibilité de créer :

- 5 lits pour adolescents (il n'y a pas d'hospitalisation psychiatrique pour mineurs sur le département),
- 5 lits d'urgence,
- 5 lits de gérontologie.

En 1995, un foyer de post-cure associatif qui fonctionnait comme un lieu de vie pour vieux psychotiques chroniques installé dans le Cap Corse à Luri (30 km de Bastia), a été transformé en clinique psychiatrique associative avec une capacité d'accueil de 40 lits. En 1997, les difficultés financières de l'association ont amené la reprise de ce dispositif par la société gérant la clinique de San Ornello.

II1.3 La toxicomanie face à la société civile

II1.3.1 Place de la famille

En Corse la place de la famille est particulière, marquée par les influences latines et méditerranéennes et accentuée par les attitudes de solidarité ou de rejets résultants de l'insularité. « La parenté qui lie les Corses est fortement investie (on est cousin « proche », même au quatrième degré). L'individu fait partie d'un large groupe familial dont il est dépendant. Les Corses fonctionnent comme s'ils appartenaient tous à une seule et même famille. Cette grande famille est alors responsable et solidaire de tout événement qui concerne un de ses membres. En fait cette solidarité a été érigée en mythe qui témoigne

davantage d'une reconstruction romantique que d'une réalité, et cela entraîne des comportements caricaturaux.

Chaque fois qu'il survient un drame (notamment lorsqu'il s'agit de la mort) cet événement est partagé par un grand nombre. [...] En raison de la faible densité de la population (240 000 habitants et deux villes de 40 000 habitants) un nom est mis sur chaque visage. Ainsi la société corse est enserrée dans une sorte de « filet familial » qui met chaque individu sous dépendance du regard de l'autre.⁵⁰ »

Plus qu'ailleurs, les toxicomanes sont pris dans la complexité des relations familiales. La pression de la famille, les difficultés de liens, la peur de la perte de l'anonymat sont régulièrement exprimées.

II1.3.2 les actions menées contre la drogue et les toxicomanes.

Dans le contexte particulier des revendications identitaires corses, qui depuis les années 1970 se sont concentrées autour des aspirations autonomistes et des revendications indépendantistes, certains mouvements clandestins se sont directement intéressés au problème de la drogue en Corse, notamment au début des années 1990. Cette faction dite « dure » s'est érigée en gardien de la jeunesse corse et a créé un mouvement clandestin : « A Droga Basta » (la drogue ça suffit). Son but était de protéger la jeunesse corse (pure) des dangers de la drogue et de ses pourvoyeurs (impurs). Ce mouvement clandestin était relayé par un mouvement nationaliste public qui a lancé une campagne médiatique contre la drogue tenant un discours caricatural avec d'un côté les jeunes corses en danger et de l'autre les « dealers » qu'il fallait empêcher de nuire. Parallèlement, la faction clandestine « A Droga Basta » a commis des actions punitives en direction des personnes repérées comme pourvoyeuses de drogue : plastiquage de biens, menaces de mort puis exécutions physiques de plusieurs personnes . Il est important de dire que même si la population n'adhérait pas dans son ensemble à cette violence politique, elle soutenait le discours anti-drogue.

Ce contexte politique de violence et de peur a entraîné un repli sur soi des toxicomanes. Par la suite les positions radicales de ces groupes se sont estompées pour des raisons autres que celles concernant la toxicomanie, mais cinq années après, cette période marque encore la population.

II1.3.3 Résistances et rejets.

L'enquête diagnostic sur le phénomène toxicomanie dans le district de Bastia de 1996 (cf. II1.1.3) constate l'inquiétude de la société civile face à cette question qui paraît proche quoique peu visible et insaisissable. « Parce que ce phénomène renvoie à la dégradation de l'image du quartier, parce qu'il cristallise les angoisses et les peurs que suscite le contexte social économique et politique, parce qu'il malmène les mythes d'une Corse idéalisée, parce qu'il n'est pas solutionné de manière satisfaisante par les services de la police et de la justice il suscite des demandes plus ou moins formelles de « contrôle » illicite. »

La mise en place des traitements de substitution en 1996 a, comme dans le reste de la France, pacifié les relations des toxicomanes avec les médecins, les pharmaciens et plus généralement, les intervenants sanitaires et sociaux et l'ensemble de la société civile. La toxicomanie conserve pourtant une image négative suscitant l'apitoiement ou le rejet selon l'esprit des personnes concernées, mais aussi selon l'implication personnelle. Ainsi, il est difficile pour l'ADPS. de trouver des propriétaires ou des agences acceptant de nous louer des logements pour les appartements thérapeutiques. En mars 2000, lorsque le centre de soins a déménagé ses bureaux il s'est heurté à l'opposition forte de l'ensemble des colocataires du nouvel immeuble (barrage, détérioration de la serrure, procédures judiciaires). Pourtant ils étaient informés qu'il n'y aurait dans ces lieux que des consultations en journée. De plus, ces copropriétaires étaient des intervenants sociaux dont certains partenaires de travail de l'ADPS..

⁵⁰ BELLONE M. *politique de réduction des risques et évolution de la prise en charge des usagers de*

II.2 L'Association Départementale de Promotion de la Santé (ADPS.)

II.2.1 Historique

Créée le 1 mars 1985, l'ADPS. devait servir de support pour les activités du Comité Consultatif Départemental de Promotion de la Santé afin de « promouvoir toutes actions dont le bénéfice pour la santé de la population est démontré et de mettre en œuvre des actions ponctuelles dans le domaine sanitaire ».

En 1986, la D.D.A.S.S. de la Haute-Corse a souhaité mettre en place un centre de consultation et de prévention des toxicomanies pour répondre au développement de ce phénomène qui devenait apparent (cf. II.1.1) L'ADPS. s'est vu confier cette mission qui depuis est devenue l'essentiel de son activité. Durant les quatorze années d'existence jusqu'à aujourd'hui, ce dispositif s'est régulièrement développé pour répondre aux problèmes de la population pour laquelle il est missionné :

- L'association s'est fortement impliquée dans les actions de préventions concernant la toxicomanie et le sida.
- Les soins aux toxicomanes se sont accompagnés de possibilités d'hébergements régulièrement étoffés par la mise en place de nouvelles propositions (appartement communautaire puis centre d'hébergement collectif, appartements thérapeutiques individuels) dont certaines dans le cadre de conventions spécifiques (sortants de prisons, personnes sous substitution) ;
- A partir de 1995, le CSST, suivant les nouvelles orientations nationales a créé un centre de traitement de la dépendance par substitution médicamenteuse. La file active des patients traités par la Méthadone est passée de 56 en 1996 à 77 en 1999.
- La prise en compte de la pandémie du sida, qui en Corse a touché prioritairement les toxicomanes (cf. II.1.1), a amené l'ADPS. à faire face à l'insuffisance des réponses médicales pour ce public (vacation d'un médecin pneumologue qui devint par la suite directeur médical à mi-temps, convention pour des consultations avancées d'un médecin du CISIH de Marseille à l'ADPS.).

Ce soucis de s'adapter aux besoins et aux demandes, d'apporter une prise en charge efficace sur les plans médicaux, sociaux et psychologiques caractérise réellement

l'association. C'est sa qualité et aussi son travers. En effet, certains partenaires et certaines administrations reprochent à l'ADPS. de « vouloir tout faire », ce qui rend difficile le travail de réseau. L'autre conséquence est le développement d'actions parfois au-delà des financements accordés, surcoûts qui ont créé un déséquilibre financier dangereux pour le devenir de l'institution (cf. II.2.4).

II.2.2 Projet thérapeutique

Je présente là les éléments essentiels du projet thérapeutique élaboré en 1993 pour le conventionnement du CSST⁵¹. La rénovation de ce projet effectuée en 2000 sera présentée dans la troisième partie.

L'ADPS. est chargée de participer aux actions de prévention et de soins aux toxicomanes dans le département de la Haute-Corse. En 1993, cette institution fonctionne avec deux dispositifs placés sous la direction d'un médecin psychiatre :

-le centre de consultation

Ces activités sont centrées sur : l'accueil, l'écoute, l'orientation, le suivi médico-psychologique et socio-éducatif des personnes pharmacodépendantes, le suivi social, le soutien à l'environnement familial des toxicomanes. Les indications sont hétérogènes et différents paramètres orientent la nature de la prise en charge : le degré de l'urgence véritable, la nature de la démarche, le moment de la rencontre, le lieu de la rencontre (centre de consultation, domicile, foyer d'hébergement, service hospitalier, maison d'arrêt), la nature du symptôme de pharmacodépendance, la problématique psychopathologique sous-jacente, la problématique sociale, la problématique infectieuse associée.

C'est essentiellement sous la forme d'entretiens, d'accompagnements ou de démarches que le suivi va s'élaborer à partir d'une première rencontre. Le travail thérapeutique fixe comme condition première et essentielle de ne pas réduire la problématique à une symptomatologie toxicomaniaque.

Compte tenu de la prégnance de ce problème dans la population toxicomaniaque, le dispositif est très impliqué dans le réseau de soins du V.I.H.

⁵¹ Décret 92.590 du 29 juin 1992

L'équipe est constituée de deux psychologues, d'une assistante sociale, d'une secrétaire comptable, d'une rédactrice et d'une employée aux écritures.

- l'appartement thérapeutique :

Une équipe pluridisciplinaire (un infirmier, un aide soignant, deux moniteurs éducateurs) y assure la prise en charge socio-éducative et médico-psychologique des toxicomanes en prenant en compte l'ensemble des problèmes liés à la dépendance en vue de leur réinsertion. Un suivi en ambulatoire est prévu au centre de consultation. La durée du séjour est fixée en fonction du projet élaboré avec la personne accueillie et ne peut excéder un an sauf dérogation.

Les indications prévoient : la prise en compte de l'urgence, des problèmes infectieux liés à la toxicomanie, l'aide à la construction d'un projet individuel à visée d'autonomie sociale.

L'ADPS. développe aussi un travail inter institutionnel :

- Avec les établissements sanitaires (clinique psychiatrique, hôpital général) où des suivis psychologiques et sociaux sont assurés dans les différents services pour les patients hospitalisés ; ces actions ont fait l'objet de conventions.
- Avec la maison d'arrêt où deux consultations hebdomadaires ont lieu auprès des personnes incarcérées.
- Avec les deux CHRS du département et les différents services administratifs et sociaux.

II.2.3 Dispositif

II .2.3.1 Présentation

Lorsque j'ai pris mes fonctions à la direction de l'ADPS., la forme actuelle du dispositif était la suivante :

- Centre de consultation :

Il assure les consultations pour les usagers de drogues dépendants, anciens usagers et leurs familles et proches. Il développe une politique de prévention (informations, prévention de proximité) et met à la disposition une documentation informatique ou littérale sur les problèmes de toxicomanies et du sida.

Il dispose :

- d'un directeur administratif
- d'une directrice médicale (à mi-temps)
- d'une secrétaire
- d'une documentaliste
- d'une comptable
- d'une assistante sociale ⁵²
- de deux psychologues
- de 0,17 E.T.P de psychiatre

Pour l'ensemble du dispositif

Un médecin du CISIH de Marseille assure une fois par mois une consultation avancée pour les traitements des personnes atteintes de sida⁵³.

- Centre Méthadone :

Il s'adresse aux usagers de drogues dépendants aux opiacés auxquels il est prescrit un traitement de substitution. La prescription et le suivi médical sont effectués par un médecin psychiatre (0.28 ETP). Deux infirmières (1.5 ETP) assurent la délivrance quotidienne de la Méthadone et l'accompagnement régulier des patients. Ce centre est installé dans les mêmes locaux que le centre de consultation, les patients bénéficient ainsi de l'accompagnement médico-psycho-social du dispositif.

⁵² Prestation financée par le conseil général dans le cadre du Programme Départemental d'Insertion (PDI)

⁵³ idem

- Centre d'hébergement :
 - collectif : Il s'adresse à des usagers de drogues volontaires, âgés de plus de dix-huit ans sevrés ou non sevrés. Il permet l'accueil de l'urgence, la durée des séjours est de six mois renouvelables. La prise en charge inclue un bilan, des soins médicaux, un soutien psychologique et s'inscrit dans le cadre d'une demande de réinsertion sociale et professionnelle. La capacité d'accueil est de huit places en chambres doubles ou individuelles.
 - appartements thérapeutiques : ils permettent d'accueillir des personnes stabilisées sur le plan de la consommation de produits, avec des revenus suffisants et des perspectives de réinsertion socio-professionnelle. Le séjour, d'une durée de trois mois renouvelable, inclut un soutien psychologique et social, des visites à domicile, et des entretiens réguliers. Quatre appartements sont conventionnés dont un pour deux personnes.

L'équipe est constituée de six éducateurs (un éducateur spécialisé, deux moniteurs éducateurs, un aide soignant et deux éducateurs non diplômés) et d'une psychologue. La directrice médicale et le médecin psychiatre du centre Méthadone se partagent des astreintes permettant un contact médical 24h/24 et 365 jours par an. Ce temps est incluse dans l'ensemble de leur attribution (ce qui réduit leur disponibilité pour les autres services).

Les infirmières du centre Méthadone assurent la préparation des différents traitements des résidents (pour le V.I.H, le V.H.C, les troubles psychiatriques et les autres problèmes somatiques) et la délivrance des traitements de substitution aux opiacés pour les résidents inclus dans un tel protocole.

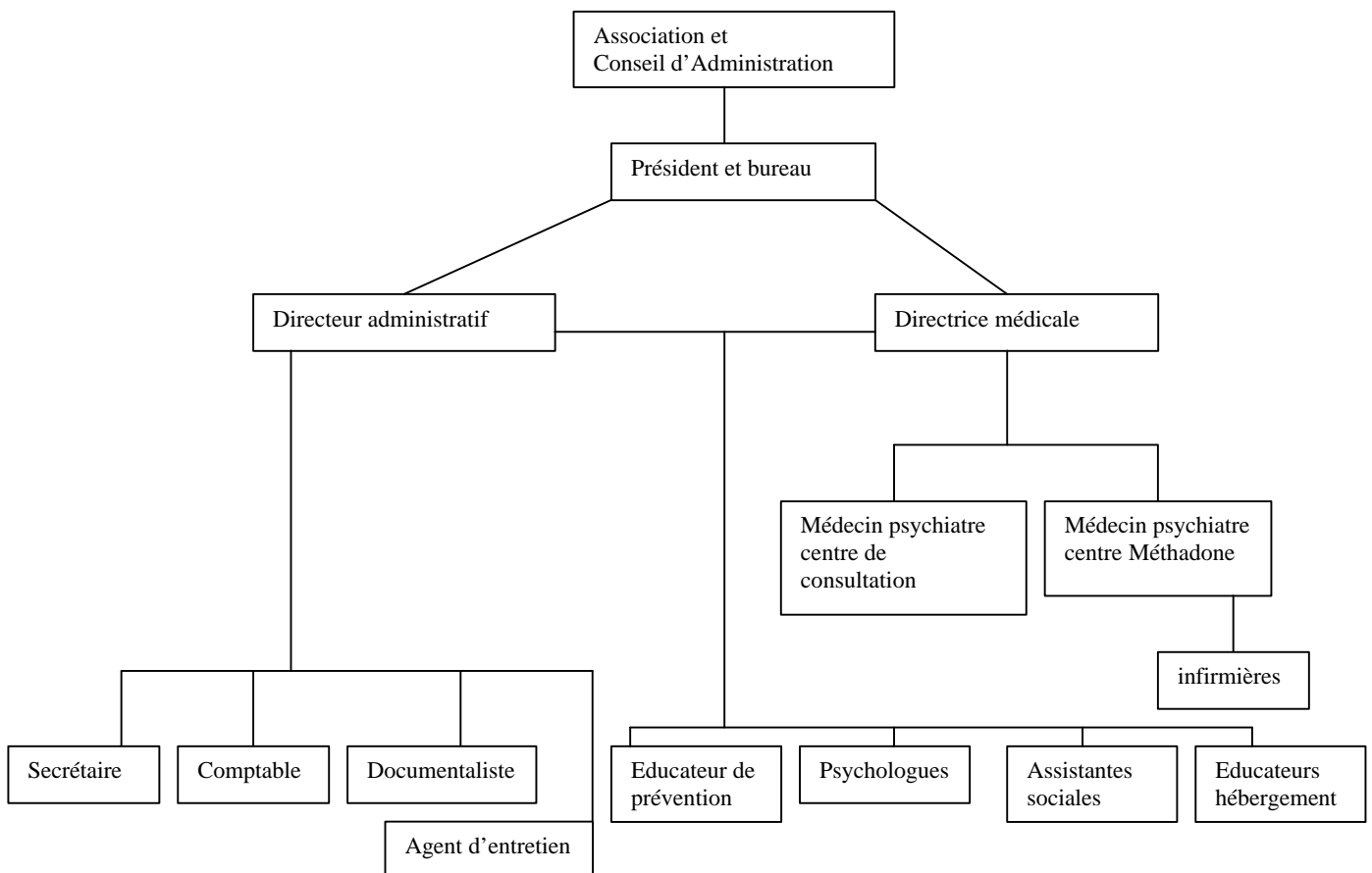
Les résidents sont reçus en consultations au centre de consultation pour leurs problèmes médicaux et pour l'éventuelle poursuite de leur psychothérapie lorsqu'elle est déjà engagée avec un clinicien du centre avant leur admission à l'hébergement (sinon ils sont suivis par le psychologue de l'hébergement).

En articulation avec ces dispositifs de consultations et d'hébergement, un éducateur de prévention effectue des interventions de proximités⁵⁴ basées sur deux axes :

⁵⁴ Prestation financée par le conseil général dans le cadre du Programme Départemental d'Insertion (PDI)

- des campagnes généralistes (toxicomanies, sida) dans différents lieux publics du département (en collaboration avec le CRIJ) et l'été sur les plages et dans les évènements festifs.
- Des actions visant la prise de contact avec un public identifié comme potentiellement toxicomane dans les lieux habituels de rencontres de ces personnes (quartiers, bars...). Ce travail s'articule à celui des différents intervenants sociaux (assistantes sociales de secteur, équipes de prévention spécialisée) qui peuvent nous solliciter pour aborder les problèmes liés à la toxicomanie. Le but de ces actions est de permettre une prise en charge plus précoce des toxicomanies et de faciliter l'accès aux dispositifs de l'ADPS.. Ce travail de proximité permet aussi de maintenir (ou de reprendre) les relations avec d'anciens usagers du CSST ne venant plus consulter.

II.2.3.2 Organigramme



II.2.4 Difficultés administratives et financières

Depuis sa création, la gestion de l'ADPS. a fait l'objet de plusieurs contrôles :

- en 1994, où sont constatés quelques erreurs d'imputation comptable, un défaut d'assurance et des écarts importants entre les prévisions et les réalisations,
- en 1996 pour une étude des comptes et des projets d'investissements ; il est noté une amélioration de la gestion mais aussi des améliorations à faire pour respecter la convention collective et la nécessité d'avoir une vision prospective du développement de l'activité,
- en juillet 1999, le préfet de la Haute-Corse a missionné la DDASS, la Trésorerie Générale et la Direction Départementale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes, afin :
 - « de faire le point sur la situation budgétaire et financière des trois établissements gérés par cette association ;
 - de s'assurer d'une prise en charge et d'un suivi médical des toxicomanes conforme au conventionnement des structures ; lequel conventionnement devra être actualisé en conséquence ;
 - de vérifier les conditions d'hébergement des personnes prises en charges au regard de la réglementation sanitaire ; en matière d'hygiène et au regard du Code de la Consommation et ordonnance 86-1243 du 1 décembre 1986 relative à la liberté des prix et à la concurrence ;
 - de contrôler les procédures administratives suivies par le gestionnaire. »

En dehors du non-respect de certaines règles comptables et administratives (n'entraînant pas de malversation) l'essentiel des observations portent sur :

- l'absence de diplômes pour certains emplois qualifiés
- une confusion entre les différentes structures
- le non respect de l'équilibre budgétaire avec un déficit cumulé important concernant un risque de rupture dans les équilibres financiers fondamentaux

Les plans de formations des années futures intégreront les formations des deux personnes concernées (pour une formation de moniteur-éducateur en Congé Individuel de Formation)

Le nouveau projet thérapeutique intégrera les modalités de relations entre le centre de consultation, le centre d'hébergement et le centre Méthadone.

L'analyse du bilan de l'association précise la partie financière de ce constat :

Fond de Roulement d'Investissement : il est positif (+1 000 KF), les investissements effectués sont largement couverts par les subventions et réserves destinées à l'investissement. 40% de ces investissements ont été amortis, il n'a pas été nécessaire d'avoir recours à l'emprunt. Il faut cependant noter qu'environ 1 500 KF d'investissements ont été consacrés à des aménagements dans les locaux n'appartenant pas à l'association.

Fond de roulement d'Exploitation : Les reports à nouveaux des années précédentes laissent un solde négatif d'environ 700 KF sans reprises ni affectations.

L'exercice 1999 présente un résultat déficitaire d'environ 700 KF.

Le fond de roulement d'exploitation présente donc un déficit de presque 1 400 KF, qui ne peut pas être couvert par les réserves de l'investissement.

Le Fond de Roulement Net Global est déficitaire de 300 KF.

Cycle d'exploitation : Au 31 décembre 1999, l'association avait comme ressource liée à l'activité 1240 KF provenant pour l'essentiel des provisions pour congés payés (400 KF avec les charges) et d'autres dettes fiscales et sociales.

Ces ressources étaient utilisées en partie pour compenser la subvention du Conseil Général en attente (312 KF) ainsi que d'autres produits à recevoir, pour un total de l'actif de 400 KF.

Ce cycle laissait donc à la fin de l'année un Excédent en Fond d'Exploitation de 840 KF compensant le déficit du Fond de Roulement Net Global et laissant une trésorerie de 530 KF.

Si la situation paraît équilibrée par le cycle d'exploitation, il faut se méfier de la fragilité de ce fonctionnement :

- L'activité est financée par les dettes à régler à différents organismes (environ 800 KF) à certains moments, la trésorerie est réduite par l'arrivée à échéance de ces dettes.
- Les paiements des financeurs se font parfois avec plus de retard, ce qui accroît à certains moments les besoins financiers.
- La provision pour congés payés représente des sommes qu'il faudrait réellement payer aux salariés si l'activité s'arrêtait.

L'analyse du compte résultat précise les causes du déficit de l'exercice.

Le fonctionnement de l'association a généré en 1999 un déficit de 700 KF.

Cette situation provient essentiellement :

- d'une diminution des ressources provenant pour l'essentiel d'une baisse des subventions « ponctuelles » obtenues, comparativement à d'autres années (financement de formations, d'achat des distributeurs de préservatifs...).
- D'un accroissement des charges d'exploitation (+269 KF) résultant de l'augmentation :
 - des achats et charges externes (+13% soit 138 KF)
 - des salaires et charges (+84 KF)
 - des amortissements (+39 KF).

A l'aggravation de l'année 1999 il faut ajouter un déficit structurel résultant pour l'essentiel de l'indemnité compensatoire de transport, agréée mais non financée par l'Etat (176 KF en 1999), et du déficit du centre Méthadone (198 KF), ce qui en 1998, malgré quelques économies, avait engendré un déficit de 260 KF.

Une comparaison entre les postes salariés budgétés par l'association et le budget accordé par la DDASS (qui ne détaille pas les comptes des différents chapitres) montre un surcoût en personnel de 340 KF. Cette situation est partiellement compensée par le non-remplacement de congés maladie mais cela crée aussi des difficultés de fonctionnement.

Pour le budget 2001 :

- La D.G.S. a été à nouveau sollicitée pour augmenter notre dotation du paiement de la prime qu'elle avait agréée. Dans l'attente de la réponse, et au cas où celle-ci serait négative, la procédure de dénonciation de l'accord d'entreprise concernant cette

indemnité a été enclenchée (trois mois de préavis puis négociation avec les représentants des salariés pendant au maximum un an).

- Un accord défensif de réduction du temps de travail est en cours d'élaboration. Les aides permettant de préserver des emplois devraient s'élever à 119KF la première année.
- Un financement complémentaire correspondant au surcoût du temps infirmier du centre Méthadone a été demandé. Ce centre a accru régulièrement son activité depuis sa création et les financements initiaux ne couvraient pas les postes officiellement attribués.
- La réorganisation des plannings du centre d'hébergement permet de réduire les effectifs éducatifs de 0,5 ETP
- Une participation aux frais de séjours (10% des revenus) est désormais demandée aux résidents ayant des ressources . Un « loyer » équivalent aux allocations logements pour lesquelles des droits leurs sont ouverts est versé par la CAF. Ces recettes (estimées à 18KF de participations et 96KF d'allocations logements) s'inscriront au budget en complément des dotations de la DDASS (recettes en atténuation).

II.3 Une forte prévalence des troubles psychiatriques

II.3.1 Perception à travers les différents services

Les comorbidités psychiatriques (troubles de la personnalité, dépression, états psychotiques, troubles anxieux) sont présents chez plus de la moitié des personnes suivies au centre de consultations et chez 90% des résidents du centre d'hébergement.

En 1999, sur les 244 personnes vues en consultations 52 ont nécessité un relais vers des dispositifs psychiatriques extérieurs à l'ADPS. Pour le centre d'hébergement, ces relais concernent 21 des 32 résidents de l'année.

Au centre de consultation, l'équipe repère surtout la stagnation de certaines de ces prises en charges. Néanmoins, pour certains patients ayant aboutit à une certaine insertion sociale après un parcours chaotique (crises, hospitalisation) le constat est l'utilité d'un étayage social (travail, activités) et affectif. Il est cependant noté que ces évolutions reposent souvent sur des ressources fragiles (emplois précaires, relations amicales ou

amoureuses avec des personnes elles-mêmes en difficultés). L'effondrement d'un élément de ce nouvel équilibre amène souvent des décompensations où l'on a l'impression que tous les acquis précédents sont annihilés.

Au centre d'hébergement, l'accompagnement de ces résidents se manifeste par la multiplicité des périodes d'inclusion dans le dispositif.

Depuis 1996, 41 personnes ont été suivies pour plusieurs séjours :

5 avec des séjours sur les quatre années

4 avec des séjours sur les quatre années mais avec des interruptions supérieures à un an

6 avec des séjours sur trois années

9 avec des séjours sur deux années

17 avec plusieurs séjours la même année

16 résidents totalisent plus de cinq séjours la même année (jusqu'à onze). Ces passages se terminent :

- soit par une exclusion à la suite de transgressions graves des règles du centre (consommation répétées de drogues ou d'alcool, violences envers d'autres résidents ou des membres de l'équipe, refus manifeste du cadre de vie collectif)
- soit par une hospitalisation à la suite d'une mise en danger (prise massive de produits, tentative de suicide, décompensation)

Les personnes revenant dans le dispositif après plus d'un an de logement personnel sont caractéristiques de la fragilité de leur stabilisation.

Si, en 2000, on observe la situation des 41 personnes ayant fait des séjours multiples :

9 ont accédé à un logement autonome

1 est en appartement thérapeutique

10 sont encore très instables avec des séjours au centre d'hébergement

8 sont retournés sur le continent

15 ne nous ont plus donnés de nouvelles

5 sont décédés.

(certaines personnes correspondent à plusieurs items d'où un total supérieur à 41)

Même si ces résultats sont insatisfaisants, ils montrent tout de même pour certains la possibilité d'une évolution vers plus de stabilité.

Les éducateurs ont également constaté que les anciens résidents viennent nous contacter le plus souvent lors de moments difficiles. Un accompagnement plus important de la personne et de ses projets après l'hébergement par notre dispositif serait nécessaire mais l'organisation actuelle ne permet pas sa mise en œuvre.

II.3.2 Eléments actuels de prise en compte :

Dotée de deux médecins psychiatres intervenant l'un pour 0,17 ETP (centre de consultation), l'autre pour 0,28 (centre Méthadone et la moitié des astreintes du centre d'hébergement), l'ADPS. (qui de sa création à 1995 était dirigée par un médecin psychiatre) a toujours pris en compte les troubles psychiatriques de certains toxicomanes suivis par l'institution. En témoignent l'ancienneté des conventions passées avec les différents services psychiatriques du département (clinique de San Ornello 1991, centre hospitalier 1993, clinique de Luri 1995 cf. Annexes 2). Mon objectif est donc l'optimisation de ces réponses face aux difficultés rencontrées, par la mise en synergie de l'ensemble du dispositif et le développement de certaines modalités de travail.

Actuellement, la présence de ces deux praticiens permet le diagnostic de ces troubles, la mise en place éventuelle d'un traitement médicamenteux et, pour certains patients d'une psychothérapie (avec un psychiatre ou une psychologue).

Il est à noter que les consultations au centre Méthadone (liée à la délivrance du produit) oblige le patient à des entretiens plus réguliers.

La présence au centre d'hébergement s'accompagne également d'une fréquence d'entretiens et de suivi médical au centre de consultation déterminés en fonction de la situation de la personne.

La réunion hebdomadaire des salariés des trois services traite des différentes personnes suivies par le dispositif. Elle permet un éclairage pluri-professionnel (médical,

psychiatrique, infirmier, psychologique, social, éducatif) sur ces situations et d'orienter les projets en fonction des diagnostics énoncés.

L'évolution de l'état de la personne amène parfois les médecins de l'ADPS. à procéder à des hospitalisations pour des décompensations psychiques, des « crises », des prises massives de produits ou pour différents problèmes de santé, en liaison avec les médecins des services concernés. Des hospitalisations sont également effectuées par d'autres médecins de la ville ou interviennent dans le cadre d'urgences. La prise en charge par l'équipe de l'ADPS. se poursuit dans le cadre des conventions passées avec les cliniques et l'hôpital. L'intérêt et la fréquence de ces visites sont évalués pour chaque situation, elles sont effectuées par les psychologues ou l'assistante sociale selon le travail engagé avec la personne.

Les infirmières du centre Méthadone organisent dans ces situations des relais afin de permettre la poursuite du traitement de substitution.

II.3.3 Problèmes rencontrés

Les troubles psychiatriques des personnes amènent des comportements, des modes de vie dont certains sont similaires à ceux de nombreux toxicomanes (inconstances, ruptures des projets, accompagnements discontinus avec parfois des absences de plusieurs mois), ce qui facilite l'acceptation par notre dispositif.

Par contre ces pathologies psychiques comportent des caractéristiques spécifiques rendant plus difficile les prises en charge notamment socio-éducatrices (incohérences des propos et des projets, impossibilité à percevoir ce qui est « raisonnable », sentiments de persécution face à des interventions éducatives, confusions, délires) même si la prise en charge d'équipe (médico-psycho-socio-éducative) aide à définir les orientations de travail et les conduites à tenir.

C'est au centre d'hébergement que se manifeste le plus la complexité de ces prises en charge. Les refus d'accepter les règles du centre (ouvertement ou par des successions de transgressions) amènent à des exclusions. Celles-ci ont plus un effet de sanctions et de maintien de notre cadre de travail par l'affirmation de ses limites qu'un effet nettement thérapeutique pour la personne.

A l'inverse, la prise en compte de la situation individuelle avec notamment ses éléments sanitaires (somatiques et psychiques) poussent à tolérer des comportements difficilement acceptés par les autres résidents (sentiments d'injustice face à l'absence de règles identiques pour tous).

Les éducateurs sont très accaparés par la gestion de la vie collective et des problèmes immédiats des personnes et manquent de disponibilité dans l'accompagnement des projets individuels.

Ils ont aussi à des moments l'impression de perdre le fil conducteur de l'orientation de la prise en charge de certains résidents. Les hospitalisations successives, la prégnance des troubles de la personne rendent illusoire l'ébauche même d'un projet. L'objectif à court terme (quelques semaines, parfois quelques mois) se limite à chercher un certain apaisement. Cela peut permettre d'espacer, de modérer les crises avec tout de même l'obligation de prendre en compte la relation aux autres et certaines règles de vie collective et de respect du cadre.

Ces prises en charges nécessitent une unité de l'équipe concernant les conduites à tenir (autorisations, interdictions, stimulations, tolérances...). A certains moments, l'adaptation au cas individuel se fait au détriment d'une règle identique pour tous. Les éducateurs n'ayant plus une référence unique ont parfois des positions contradictoires.

L'accompagnement d'anciens résidents (ayant intégré un logement personnel ou familial) qui présentent d'importants troubles de la personnalité amène aussi à des interventions difficiles alors que la personne n'adhère plus à un projet de soins (décision d'hospitalisation sous contrainte ou de mises sous tutelle).

A d'autres moments, l'interrogation porte sur l'utilité du maintien de notre prise en charge face à la nécessité d'un relais par les services psychiatriques (lorsque la personne résiste à la mise en place de ce relais).

L'évolution de la population reçue au centre d'hébergement a nécessité une certaine médicalisation du dispositif, adaptation indispensable pour éviter les écarts observés dans certains C.H.R.S. « Comme il n'existe pas de personnel paramédical dans ce type

d'établissement, la distribution des médicaments psychotropes se fait de manière empirique, intuitive, quitte à ce que le rythme irrégulier des distributions ou les interruptions de traitement prématurées entrent en contradiction avec les préoccupations de sécurité.⁵⁵ ». N'ayant pas eu d'enveloppe financière supplémentaire pour le personnel nécessaire à cette adaptation, celle-ci s'est effectuée aux détriments des autres dispositifs (tiers temps infirmiers pris sur le centre Méthadone, vacances d'astreintes des médecins prises sur le centre de consultation et le centre Méthadone).

L'autre problème qu'amène la médicalisation du centre est la mise en place d'un fonctionnement qui pourrait se rapprocher de celui d'une clinique avec ses règles d'hygiène strictes et les distributions régulières de médicaments. Il importe, tout en apportant les soins nécessaires et en respectant les différentes normes, de différencier les périodes d'hébergement des périodes d'hospitalisation. Ici ils ne sont pas là pour se *faire* soigner mais pour mettre en place *leur projet* de soins et de vie. De ce fait ils ont à prendre en charge certaines tâches (ménage, cuisine, courses...) ; malheureusement, leur état de santé les empêche parfois d'accomplir ces travaux ce qui pèse sur la dynamique de groupe. L'autre élément de différenciation est l'accent mis dans nos services sur le projet individuel.

Conclusion partielle

En Corse, la toxicomanie présente une prévalence importante (estimation en 1994 de 3 pour mille sur l'ensemble de la population, alors que sur l'agglomération toulousaine elle était évaluée entre 4,3 et 6,5 pour mille uniquement pour la tranche d'âge 15-54 ans). En 1999, plus de la moitié des 244 personnes suivies par l'ADPS. présentent des troubles psychiatriques, pour le centre d'hébergement c'est le cas de 90% des résidents. Pour traiter ces situations, l'ADPS. dispose de vacations de médecins psychiatres et a passé des conventions avec les institutions psychiatriques.

Ces prises en charge restent tout de même problématiques, les parcours de ces personnes consistant souvent en stagnations et hospitalisations. Si, à moyen terme, certaines personnes ont des débuts d'insertion sociale ceux-ci présentent un équilibre fragile que de petits incidents peuvent faire basculer.

⁵⁵JAEGER M., *L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie*, DUNOD, Paris, 2000, p.100.

Au centre d'hébergement, ces situations se caractérisent par l'importance des séjours multiples répétés sur plusieurs années.

La complexité de ces situations décourage parfois l'équipe éducative qui ne perçoit plus le sens de ces prises en charges. Les « rechutes » (tant sur le plan de l'instabilité psychique que de la toxicomanie) des anciens résidents interrogent sur la validité des éléments d'insertion mis en place. Un accompagnement plus progressif de la personne avec des modalités de soutien à plus long terme permettrait d'éviter la stagnation de certains au centre d'hébergement et les retours cycliques de quelques patients.

L'équipe est à mobiliser sur une nouvelle organisation de son travail avec plus de soutien face aux lourdeurs de certaines situations.

Pour améliorer nos réponses face à ces situations, j'ai entrepris d'adapter le dispositif de l'ADPS. Basé sur le nouveau projet thérapeutique, le dispositif s'ouvrira sur notre environnement de travail pour renforcer l'articulation des prises en charge.

TROISIEME PARTIE

ADAPTER LE DISPOSITIF AUX BESOINS DES USAGERS

III ADAPTER LE DISPOSITIF AUX BESOINS DES USAGERS

III.1 Des modalités de soins intervenant à différentes étapes

III.1.1 Refonte du projet thérapeutique

Si la révision régulière des projets thérapeutiques est une nécessité pour toute institution, celle effectuée en 2000 pour les CSST de l'ADPS. est triplement nécessaire :

- Sur le plan administratif :
 - Le décret 92-590 du 29 juin 1992 prévoit que les projets thérapeutiques doivent être revus tous les cinq ans. La convention signée entre la DDASS et l'ADPS. en 1993 reprend cette disposition. Nous avons donc pratiquement deux ans de retard.
 - Les dispositifs ont fortement évolués depuis 1993 (création du centre Méthadone, développement du centre d'hébergement) il faut donc mettre à jour la convention et, pour ce, faire présenter un nouveau projet thérapeutique.
- Sur le plan technique : au-delà de la reconnaissance des évolutions du dispositif, le travail d'élaboration du projet thérapeutique permet une formalisation des pratiques et une réflexion projective.

III.1.1.1. Une élaboration concertée

« Le projet, bien que placé sous l'autorité du directeur d'établissement, doit pouvoir devenir un projet partagé qui recherche l'adhésion et la plus grande participation. Parce qu'il relève d'une démarche de communication, il permet à tous les acteurs de prendre part à son élaboration et à son évaluation.⁵⁶ » C'est en me situant dans cette orientation, que j'ai impulsé une dynamique collective pour l'élaboration de ce projet. Les objectifs premiers sont, bien sûr, l'adaptation aux besoins repérés et l'amélioration des prestations effectuées. Pour les atteindre nous voulons optimiser la cohérence du dispositif et développer le champ de nos interventions.

⁵⁶ LEFEVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*, Dunod, Paris, 1999, p.163.

Pour tenir compte des spécificités des professions et des services, plusieurs modalités de travail ont été utilisées :

- Une réflexion collective sur les grandes lignes d'orientation et sur les modalités d'articulation des services.
- Des réunions par catégories professionnelles permettant de réfléchir sur les spécificités de la fonction (psychologues, infirmières, éducateurs) et sur les particularités des postes et missions différents.
- Des réunions par services (accueil, Méthadone, hébergement) élaborant le projet de chaque centre.
- Des groupes de travail transversaux sur les thèmes des activités de prévention et de l'évaluation des projets (individuels et d'établissement).

Cette méthodologie de travail présente une lourdeur évidente : elle multiplie les réunions et donc ralentit l'aboutissement de la démarche. Pourtant cette démarche m'a paru la plus opportune car elle permet :

- De prendre en compte des éléments d'histoire de l'institution qui échappent au directeur nouvellement arrivé que je suis.
- De tenir compte des actions et des réflexions déjà entreprise par les équipes.
- D'exprimer les contraintes et les difficultés qu'amène l'ouverture déjà entreprise à un public « lourd » (cumuls de problèmes médico-psycho-sociaux)
- D'associer l'équipe à l'élaboration et la mise en œuvre des évolutions nécessaires.

« Changer une entreprise revient donc à casser ou à modifier cet équilibre, et à redistribuer entre les partenaires les atouts et les moyens de marchandage qu'ils avaient mobilisés pour y parvenir. Ils feront tout pour se prémunir et se protéger au mieux des risques qu'une telle redistribution représente pour eux. C'est l'origine des résistances aux changements. Faire participer les acteurs à l'élaboration des décisions qui les concernent permet de vaincre ces résistances.⁵⁷ »

⁵⁷ MIRAMON J.M. *Manager le changement*, Editions ENSP, 1996, p.86

III.1.1.2 Premiers éléments de restructuration et objectifs d'évolution

« Une structure est l'ensemble des fonctions et des relations déterminant formellement les missions que chaque unité de l'organisation doit accomplir et les modes de collaboration entre ces unités.⁵⁸ »

Pour l'ADPS., ces évolutions répondent à trois objectifs :

- Renforcer la cohésion d'ensemble du dispositif en clarifiant les modalités de relations et de prises de décisions.
- Développer certaines modalités de prise en charge.
- Effectuer des économies par une meilleure utilisation de l'existant.

Une évolution répondant à ces objectifs a été effectuée quelques semaines avant ma prise de poste. Il s'agit du regroupement du centre de consultation et du centre Méthadone dans un même lieu. Outre les économies matérielles (loyer, chauffage, téléphone...) cela permet d'éviter l'isolement de l'infirmière pendant les heures de délivrance des traitements de substitution. Le centre est ouvert sur un planning plus large permettant des prises de rendez-vous ou des contacts avec d'autres personnes de l'équipe technique si nécessaire. Ces personnels techniques n'ont plus à se rendre dans un autre lieu pour tenir des permanences. Ils assurent les consultations dans leurs bureaux habituels et peuvent mieux utiliser leur temps en cas d'absence ou de retard à un rendez-vous.

Enfin, les différents intervenants disposent de plus de moments de contacts informels pour reparler d'une situation sans forcément attendre la prochaine réunion d'équipe. Le risque que ces échanges se substituent à des temps de travail collectif sur le projet individuel devrait être limité par l'organisation de l'évaluation que je veux mettre en place (cf. III.2.1). A l'issue de cette phase, nous aboutirons au nouveau dispositif que je vais vous présenter.

III 1.2. Nouveau dispositif

Le projet thérapeutique 2001-2005 ne constitue pas une « révolution », une transformation complète du dispositif. Au contraire, il s'appuie sur l'expérience et l'évolution régulière des CSST de l'ADPS. De ce fait certains éléments existants depuis l'origine comme les

consultations ne seront pas modifiés tout en intégrant quand même les évolutions de notre environnement. Les autres éléments ne sont pas pour autant « nouveaux ». Certains ont été réorganisés pour mieux répondre aux besoins repérés d'autres n'avaient jusque là pas fait l'objet d'une formalisation.

- Consultations

Sans pour autant modifier la forme des consultations médicales, psychologiques et sociales, les techniciens ont déjà été amenés ces dernières années à prendre en compte les évolutions des toxicomanies et des politiques sanitaires.

Sur le plan somatique, l'ADPS, qui est toujours fortement impliquée dans l'accompagnement et les soins des personnes atteintes du sida, s'investit maintenant dans la prise en compte de l'hépatite C avec un nouveau réseau de soins.

Depuis la mise en place des traitements de substitution, les projets de soins et de vie des toxicomanes, leurs consommations, leurs produits de prédilection ont souvent changé. Désormais, l'abstinence est souvent présentée comme un projet lointain, certains revendiquent d'ailleurs la consommation à vie de substances (encore) illicites. Les polytoxicomanies sont de plus en plus fréquentes, l'alcool occupant une place croissante au milieu des autres produits.

La clinique, la réflexion individuelle et collective, les participations aux colloques et aux formations continues ont permis aux techniciens d'adapter leurs pratiques à ces évolutions. Pour les années à venir, nos nouvelles préoccupations s'orientent vers les autres formes d'addictions qui s'associent aux toxicomanies.

Une attention, particulière sera portée au travail auprès des familles.

En effet, au-delà des demandes ponctuelles d'informations ou de solutions concernant leur enfant, il peut être intéressant d'accompagner certains parents dans l'évolution de leur relation avec leur enfant. Cela passe par un repérage de la place qu'ils occupent dans les difficultés de celui-ci (aide ou culpabilisation, responsabilisation ou dévalorisation, autonomie ou assistance...) et de leur propres difficultés à tenir une fonction parentale. C'est un travail d'écoute et d'aide à l'élaboration qui s'oppose à tout jugement sur la responsabilité des parents dans ces problèmes. Un des objectifs est de permettre une évolution positive des relations parents-enfants au-delà des crises d'une adolescence parfois durable (35-40 ans voire plus).

⁵⁸ STRATEGOR, cité par FOGLIERINI I. dans : *Organisation et gestion des entreprises*, DUNOD,

Pour les parents dont les enfants ont d'autres troubles associés à la toxicomanie (notamment psychiatrique) ce travail permet de mieux comprendre (parfois de découvrir) les caractéristiques et les conséquences de ces difficultés. Dans bien des situations il y a un déni parental de la gravité de ces pathologies, malgré l'évidence de certains problèmes qu'ils ont gardés en mémoire. La toxicomanie est venue comme une explication à ces problèmes (pourtant antérieurs). Notre travail est d'aider à accepter la réalité de la situation de leur enfant afin qu'ils puissent soutenir auprès d'eux des projets réalistes.

- Visites aux personnes hospitalisées

C'est une pratique régulière de l'équipe qui s'effectue en prenant en compte les spécificités de chaque situation et l'intérêt de maintenir le lien pendant cette période. La mise en application des protocoles définis dans les nouvelles conventions (cf. III.3.2.2. et annexe 3) permettra un meilleur repérage de notre action par les équipes hospitalières et une plus grande préparation de la suite de l'hospitalisation.

- Prescription, délivrance et suivi des traitements de substitution

Le dispositif maintenant en place devra s'ouvrir vers le réseau (cf. III.3.2.). Le relais par les médecins généralistes et les pharmaciens des prises en charges des patients stabilisés se fera dans cette dynamique.

- Visites à domicile

L'équipe pratique depuis longtemps ce type d'intervention mais avec un caractère exceptionnel, guidée par des nécessités médicales ou par le besoin ponctuel d'un soutien important pour des personnes en souffrances psychiques graves.

Nous voulons renforcer cet axe de travail pour accompagner des personnes ayant leur propre hébergement par un dispositif proche de celui des appartements thérapeutiques. Il s'agit de personnes connues depuis longtemps par l'équipe et qui, le plus souvent, ont bénéficié de plusieurs séjours au centre d'hébergement. L'accès au logement autonome, facilité par notre accompagnement social, ne signifie pas pour autant la fin de leurs difficultés. Mais les contacts avec l'équipe socio-éducative se font souvent quand les problèmes prennent le dessus, et les consultations médicales ou psychologiques sont souvent irrégulières ou inexistantes.

En contractualisant un accompagnement hors d'une demande d'hébergement, la personne reconnaît l'existence en elle de difficultés d'un autre registre (insertion sociale, addictions, troubles psychiques) et l'utilité d'une aide pour y faire face.

Ces accompagnements se feront dans le cadre d'un projet individuel identifiant les prestations proposées, leurs fréquences et leurs buts. Les intervenants prévus seront les éducateurs du centre d'hébergement, les assistantes sociales et les infirmières. Le choix des intervenants sera fait en fonction du contenu des demandes et des relations déjà établies entre la personne et l'équipe.

Ces projets seront évalués en équipe (cf. III.2.1.) et la coordination des interventions sera étudiée en réunions hebdomadaires.

Compte tenu de la complexité de ce type d'intervention qui s'effectue dans un lieu intime et qui peut amener une transformation des attentes et des demandes de la personne, l'équipe bénéficiera d'un temps spécifique de supervision.

Ce projet ne pouvant pas actuellement faire l'objet d'un financement complémentaire, nous proposons de le faire fonctionner en réduisant le nombre de places prévues au centre d'hébergement (-2) et aux appartements thérapeutiques (-1) estimant qu'un tel accompagnement pourrait réduire les hébergements d'urgences de ces personnes. Onze personnes ont déjà été repérées dans l'ancienne file active du centre d'hébergement comme pouvant bénéficier d'un tel accompagnement. Nos moyens actuels ne permettraient pas un nombre de suivis aussi importants. La conversion des trois places d'hébergements pourrait permettre la prise en charge de six personnes.

- Interventions éducatives de proximité :

Les actions visant à aller à la rencontre des personnes consommatrices de produits addictifs (drogues, alcools, médicament) sont à redynamiser, l'éducateur étant en parti isolé du reste du dispositif, et ses contacts avec l'institution se faisant de manière informelle. J'ai revu son emploi du temps pour inclure sa participation aux réunions hebdomadaires du centre de consultation et à une commission préparant les actions de prévention (avec l'assistante sociale et les psychologues). Le renforcement de sa présence dans ces instances d'élaboration et d'évaluation permettra de travailler les modalités d'accès aux soins et la suite données aux accompagnements.

Je le verrai trimestriellement pour évaluer avec lui les actions qu'il mène sur le terrain.

- Accueil de jour :

Le Centre d'hébergement reçoit ponctuellement d'anciens résidents qui viennent soit visiter les personnes actuellement hébergées, soit rencontrer les membres de l'équipe éducative ou la psychologue sans pour autant formuler une intervention précise. Bien souvent des demandes apparaissent, facilitées par l'écoute des intervenants au cours de ces rencontres. Elles se formalisent autour des difficultés sociales ou relationnelles et des demandes administratives, mais elles révèlent aussi la solitude, l'ennui et les souffrances affectives de ces personnes. Leur offrir la possibilité de passer un moment plus long, de partager un repas avec d'autres personnes, de participer à des activités ou à des sorties avec les autres résidents peut, dans certaines situations, éviter une accentuation de leurs troubles qui généralement entraîne une plus grande médicalisation voire une hospitalisation.

Selon l'évaluation de la situation de la personne, il pourra lui être proposé de venir régulièrement au Centre d'Hébergement en journée pendant une période déterminée. Ces propositions feront l'objet d'évaluations régulières par l'équipe pour ne pas installer la personne dans ce dispositif protecteur et pour remettre en place un accompagnement à l'insertion sociale (utilisation des structures sociales de leur quartier, mise en place d'activités de loisirs...)

- Appartements thérapeutiques.

Ils doivent permettre aux résidents une certaine forme d'autonomie comprenant la prise en charge par eux-mêmes d'un logement individuel et l'organisation de leur vie quotidienne ; les appartements thérapeutiques doivent pouvoir prendre en compte certaines difficultés de la personne. Ce dispositif ne s'adresse pas spécialement à des gens autonomes, mais sans logement, mêmes si certaines personnes, ayant déjà des revenus réguliers (même minimaux) et une vie suffisamment stable, peuvent bénéficier d'un court séjour (3 mois) ou constituer des économies et accéder à un logement personnel avec un soutien socio-éducatif.

Pour les autres, l'accompagnement de l'équipe du Centre d'Hébergement s'adaptera aux situations en incluant :

- des visites à domicile concernant l'hygiène de vie (propreté, alimentation) et l'aménagement du lieu (appropriation de l'espace, décoration personnelle)

- des accompagnements éducatifs pouvant concerner des courses, des démarches administratives, la mise en place de loisirs et les différents éléments du projet de la personne. des visites à domicile concernant l'hygiène de vie (propreté, alimentation) et l'aménagement du lieu (appropriation de l'espace, décoration personnelle)

Si nécessaire la personne pourra utiliser le dispositif d'accueil de jour, et, en cas de passages difficiles, il sera possible de revenir dormir en centre d'hébergement pendant quelques nuits (crises, angoisses, risques majeurs de décompensation psychique...).

L'objectif à terme reste la mise en place d'une vie stabilisée et d'un logement autonome.

L'ADPS. dispose de quatre appartements dont un de deux places.

- Hébergement collectif

Fonctionnant 24h/24, 7jrs/7, le centre d'hébergement constitue la base du dispositif d'accueil et d'hébergement. Ses articulations avec le centre de consultations renforcent son efficacité thérapeutique (évaluation des demandes d'hébergement, des projets individuels et de leur évolution, possibilités de suivi médical, psychologique et social pour les résidents ainsi que suivi des éventuels traitements de substitution).

D'une capacité de 8 places (dont 2 chambres doubles et 4 individuelles), le centre reçoit des personnes dans différentes situations :

- des situations « d'urgence » soit d'un point de vue social (personnes à la rue, en danger relationnel, dans des conflits familiaux ou sociaux...), soit d'un point de vue médical (personnes ne pouvant rester isolées du fait de problèmes somatiques et dont le traitement ne nécessite pas une hospitalisation, personnes souffrant d'angoisses ou de risques de décompensation psychiatrique et pouvant être contenues par le cadre du centre). Ce sont le plus souvent des personnes déjà connues du dispositif général qui viennent « se mettre à l'abri ».
- des demandes de moyens séjours pour faire face à différentes difficultés (médico-psychosociale) et mettre en place un projet de resocialisation et d'hébergement autonome. Cela peut-être un accompagnement de type post-cure pour des personnes ayant arrêté la consommation d'une (ou de plusieurs) drogue.
- Des séjours alternés de périodes d'hospitalisations pour des personnes ayant des troubles psychiatriques importants qui essaient de mettre en place une vie sociale à partir de l'hébergement collectif. L'instabilité de ces personnes s'accompagne de moments de crises intenses, parfois avec prises massives de produits psychotropes

(drogues, médicaments, alcool) et/ou passages à l'acte suicidaire, imposant une hospitalisation.

La prise en charge au centre d'hébergement permet de réduire ces hospitalisations à leur stricte nécessité médicale et de maintenir un projet social autour duquel la personne peut construire une nouvelle stabilité. A terme le but est de réduire (voir de supprimer) ces périodes d'hospitalisation et d'accéder à un logement autonome tout en conservant l'accompagnement de notre dispositif (consultations, visites à domicile).

III 2 Une réorganisation orientée vers la qualité

III 2.1 Renforcer la cohérence des différentes interventions

III 2.1.1 Elaboration et évaluation des projets thérapeutiques individuels

- Au centre de consultation

Lorsqu'une personne est vue pour un premier entretien, elle est reçue par la secrétaire du service (avec qui elle a eu en principe un premier contact téléphonique pour la prise de rendez-vous). Celle-ci lui remet un questionnaire destiné à fournir les différents renseignements qui nous sont demandés pour des études statistiques. Auparavant elle réaffirme le respect de l'anonymat de la structure et explique la finalité de ce document. Si la personne est récalcitrante à cette démarche, il n'y a pas d'insistance à lui faire remplir l'enquête. Cette étape administrative dégage les techniciens qui reçoivent par la suite la personne de la nécessité de recueillir ces éléments. Ils sont ainsi entièrement disponibles à leur pratique professionnelle.

A l'issue du premier entretien, l'intervenant propose généralement un rendez-vous avec d'autres techniciens de l'équipe (médecin, psychiatre, psychologue, assistant social) pour répondre à d'autres préoccupations de la personne et pour avoir une évaluation plus globale de la situation. Après ses premiers rendez-vous la situation de la personne et ses demandes sont étudiées en réunion d'équipe.

Un premier projet définit les objectifs des interventions des différents techniciens (ou du technicien si la demande est centrée sur une modalité d'intervention). Celui-ci ne fait pas

l'objet d'un contrat écrit car ce formalisme risquerait de rebuter certains patients pour qui la souplesse de l'accueil est primordiale. Par contre ces objectifs sont repris avec la personne lors de l'entretien suivant en précisant les durées prévues pour les atteindre. Ils sont revus en réunion au bout d'un mois puis tous les trois mois.

- Au centre Méthadone

La demande particulière d'un traitement de substitution aux opiacés relève du médecin psychiatre qui a la responsabilité de la prescription. L'inclusion dans ce dispositif amène bien sûr l'intervention quotidienne des infirmières qui assurent la délivrance de la Méthadone mais aussi celles des autres techniciens du centre de consultation. Le projet global de prise en charge est défini au centre de consultation.

- Au centre d'hébergement

L'admission des résidents se fait généralement au centre de consultation sous la forme suivante :

- recueil de la demande par un technicien du centre,
- évaluation de celle-ci lors de la réunion institutionnelle du lundi après-midi, ou s'il y a urgence concertation entre l'assistante sociale, la personne ayant reçu la demande et la directrice médicale.

Après l'admission, la personne est reçue au centre d'hébergement par l'éducateur présent qui lui remet un livret de présentation du centre avec le règlement intérieur et lui fait signer un contrat de séjour d'observation.

Cette période de 10 à 15 jours permet d'élaborer avec le résident et l'équipe pluridisciplinaire du centre de consultation un projet pour une période de 1 à 6 mois.

Ces projets sont présentés en réunion institutionnelle au centre de consultation par l'éducateur référent, puis évalués au rythme de 1 mois, 3 mois, 5 mois et 6 mois. Ils font l'objet d'un contrat entre le résident, le directeur et l'éducateur référent, avec une évaluation «directe » entre eux trois avant les présentations en réunion institutionnelles.

III 2.1.2 Articulation des différents services

La pluralité des intervenants auprès d'une même personne impose une articulation régulière de ces prises en charge.

La première condition de ces articulations est la bonne connaissance pour chaque intervenant des modalités de travail de ses collègues. Aussi chaque nouveau membre de l'équipe rencontre à son arrivée, collectivement et individuellement, les différents techniciens afin d'être informé sur leurs pratiques.

La réunion institutionnelle hebdomadaire est un temps clé de l'articulation des dispositifs. Elle se tient au centre de consultations, les techniciens de ce service et du centre Méthadone y sont présents, le centre d'hébergement est représenté par un des éducateurs, la psychologue, l'assistante sociale et l'infirmière.

Il y est traité :

- des différentes informations générales sur le dispositif local mais aussi national avec l'évolution des politiques sanitaires et sociales,
- des questions internes (évolution du dispositif, plan de formation ...),
- de l'évaluation des prises en charge,
- de l'évaluation du dispositif.

III 2.1.3 Evaluation des dispositifs

« Il est essentiel que les professionnels de l'action sociale et médico-sociale soient eux-mêmes des acteurs dans l'élaboration même des outils qui leur seront nécessaires, qu'ils pourront non seulement mieux se les approprier mais surtout qu'ils seront acteurs de cette démarche plutôt que de se sentir agis -voire persécutés ou ne se sentent comme tels- par des pressions extérieures qui s'imposeraient comme des exigences⁵⁹ .»

L'évaluation menée à l'ADPS. se situe dans cette orientation et dans l'optique définie en première partie (I.3.3.2) c'est à dire en prenant en compte la diversité des situations individuelles. Basée sur l'évaluation des projets individuels, notre démarche ne peut pas se limiter à un comptage des résultats en matière d'insertion ou de santé. Ce qui doit apparaître, c'est quelle a été l'utilité de notre travail vis à vis de la personne.

⁵⁹ Extrait du guide pour des interventions de qualité -ANCREAI juin 1999-

Le premier repérage sera fait à partir des objectifs déterminés dans le projet individuel devant être à priori réalisables même si parfois apparemment modestes (à titre d'exemple voici le projet mentionné dans le contrat d'hébergement d'un des résidents : respecter les règles de vie collectives, ne pas faire de « deal » à l'intérieur du centre d'hébergement, ne pas receler d'objets volés, ne pas consommer de produits psychoactifs licites ou illicites).

Le deuxième repérage sera celui des éléments ayant aidé à atteindre ces objectifs (actions menées) et des éventuelles causes « d'échecs » (objectifs surévalués, prestations insuffisantes, problèmes extérieurs). Si l'insuffisance des prestations est repérée, elle doit s'accompagner des raisons de celle-ci (moyens insuffisants, mobilisation trop faible...).

Après ces repérages nous regrouperons ces éléments en différents items mettant en évidence :

- les objectifs qui pouvaient être atteints en fonction des difficultés des personnes,
- notre rôle dans l'évaluation des projets,
- les problèmes rencontrés dans la mise en œuvre des projets :
 - . difficultés liées à la personne,
 - . insuffisance de notre dispositif (en qualité et en moyen)
 - . absences de relais possibles dans notre environnement (liés aux politiques sanitaires et sociales, locales et nationales).

L'utilité de cette démarche d'évaluation est quadruple :

- permettre à l'équipe de percevoir les résultats de son action alors que la stagnation apparente de certaines prises en charge provoque par moment un sentiment d'inutilité,
- repérer les éléments qui peuvent être améliorés dans nos prestations,
- rendre compte de nos actions auprès des administrateurs de l'association et des autorités de contrôle et de financement,
- faire apparaître des besoins non couverts.

III 2.2 Renforcer les compétences de l'équipe éducative

L'équipe éducative est confrontée à des prises en charge difficiles tant dans l'accompagnement du projet individuel que dans les relations à l'intérieur du centre d'hébergement. Je veux de ce fait renforcer :

- son unité d'action,
- ses connaissances sur les autres troubles des personnes toxicomanes hébergées (notamment les comorbidités psychiatriques),
- son professionnalisme dans la mise en œuvre de différents modes d'accompagnement.

Certaines modifications que j'ai déjà mises en œuvre ont permis de donner à l'équipe de meilleurs moyens d'actions. La programmation des autres propositions établit la progression de ce renforcement.

III 2.2.1 Aménagement des plannings de travail

Le travail de réflexion que j'ai conduit autour du projet thérapeutique a mis en avant les moments où des temps de présences de deux éducateurs étaient nécessaires :

- soit pour renforcer la dynamique collective au centre d'hébergement,
- soit pour permettre des suivis individuels pendant que l'autre éducateur intervient avec le groupe.

Il a été noté qu'à d'autres périodes de la journée la présence éducative pouvait être remplacée par d'autres intervenants.

Après concertation j'ai établi le planning suivant :

- l'éducateur « du matin » est présent de 8h à 14h et de 17h à 19h,
 - l'éducateur « d'après-midi » est présent de 11h 30 à 21h 30,
 - l'éducateur « de nuit » est présent de 20h à 8h 00.
-
- Les temps de doublures couvrent :
 - le repas du soir, temps fort de la vie collective, souvent plus difficile après le vécu des résidents dans la journée (problèmes personnels, consommations de drogues, d'alcool ou de médicaments ...),

- le début de soirée pour les visites des appartements thérapeutiques ou aux domiciles d'anciens résidents.
- La matinée est consacrée à la vie collective (se laver, le ménage, la cuisine...).
- L'après-midi les résidents sont en général à l'extérieur du centre pour des démarches personnelles. L'assistante sociale et la psychologue effectueront des permanences administratives (consacrées entre autre à la tenue des dossiers et à la documentation). Elles assurent une présence au centre pour les résidents dont l'état de santé ne permet pas de sortir et pour d'éventuels passages d'anciens résidents. L'éducateur sera ainsi disponible l'après-midi pour l'accompagnement des projets individuels.

III 2.2.2 Réunions de service – supervision

Les réunions de l'équipe éducative étaient tombées en désuétude pendant un période. Fixées l'après-midi elles ne permettaient pas la présence du personnel intervenant la nuit. Je les ait décalées au lundi matin de 8h à 10h (l'horaire de travail de l'éducateur de nuit, devenant ce jour-là de 22h à 10h).

Elles comportent obligatoirement :

- un temps de travail sur des questions générales (vie collective, organisation matérielle, projets),
- une étude rapide des situations de chaque résident (qu'ils vivent dans le cadre collectif ou en appartement) et des personnes accompagnées à domicile, avec précision des conduites à tenir avec chacun et planification des accompagnements à effectuer,
- une préparation collective des évaluations des projets individuels.

J'ai programmé un temps de supervision à raison d'une séance par mois. Le travail collectif de réflexion préalable à la rédaction du projet thérapeutique a fait apparaître le besoin de parler avec un intervenant extérieur qualifié des difficultés rencontrées dans la prise en charge des résidents. Ce travail doit permettre :

- de prendre de la distance par rapport à certains vécus émotionnels (agressions verbales ou physiques, interventions auprès de personnes qui ont fait des tentatives de suicides graves...),

- d'analyser les relations établies avec certains résidents et de faire évoluer celles-ci vers un meilleur accompagnement,
- de mieux comprendre les pathologies des personnes et les conséquences sur leur comportement et les conduites à tenir.

Cette supervision sera financée par le plan de formation.

III 2.2.3 Programme de formation

Les besoins de formation de l'équipe éducative correspondent à différentes situations :

- absence de formation initiale pour deux personnes,
- faible expérience dans le travail auprès des toxicomanes pour deux autres personnes,
- méconnaissance générale de la nosographie psychiatrique, de l'évolution de ces pathologies et des possibilités d'étayages socio-éducatifs,
- pratiques autodidactes et manque de formalisation des contenus des visites à domicile et en appartements thérapeutiques.

Pour répondre à ces besoins, je vais utiliser plusieurs modalités d'organisation :

- Des Congés Individuels de Formations (CIF) pour deux salariés préparant la qualification de moniteur-éducateur. Les salariés demandeurs de cette formation sont d'accord pour utiliser cette procédure.

L'intérêt de ce dispositif est de financer, en plus de la prise en charge de la partie pédagogique de la formation, les montants des salaires pendant les temps de stages et de cours ce qui permet de remplacer les salariés pendant ces périodes.

L'OPACIF⁶⁰ auquel nous versons nos cotisations est relativement peu sollicité et m'a garanti un faible délais d'attente avant l'acceptation du dossier de financement du CIF.

- Des stages auprès de partenaires :
 - Dans le registre des soins psychiatriques, ceux-ci sont prévus dans la nouvelle convention en cours d'étude avec l'hôpital (cf. annexe 1). Il s'agira de stages dans les

⁶⁰ OPACIF : Organisme Paritaire Agréé pour la gestion du Congé Individuel de Formation

services psychiatriques permettant de mieux comprendre les périodes d'hospitalisation des patients, et de stages auprès des équipes de secteur afin d'observer le travail effectué dans le cadre des visites à domicile.

- Dans le registre de la toxicomanie, différents CSST d'autres régions sont d'accord pour recevoir des salariés de notre centre (parfois dans le cadre d'échanges) afin d'observer des pratiques et des projets thérapeutiques différents mais établis avec le même cadre administratif que le notre.

Les seuls frais de ces stages seront les dépenses de déplacement et d'hébergement. La nécessité de les intégrer dans le planning de travail limitera tout de même leurs fréquences.

- Des « auto-formations » :

La diversité des formations et des pratiques de l'équipe pluridisciplinaire permet des apports d'informations spécifiques auprès des collègues. Celles-ci se font sous forme d'interventions ponctuelles en réunion de service et de formations courtes plus structurées sur des thèmes précis (par exemple : l'hépatite C, l'éthique, la Couverture Maladie Universelle...). Les médecins psychiatres de l'équipe ont été sollicités pour une vulgarisation concernant les troubles psychiatriques et leurs traitements.

- Le plan de formation :

Financé par 1,5% de la masse salariale soit 42 708F (en plus des 0,4% pour la formation en alternance et des 0,2% pour les Congés individuels de formation, comme le prévoit la Convention Collective Nationale du Travail de 1951 à laquelle adhère notre association) celui-ci sera utilisé pour :

- Des formations spécifiques concernant les addictions (notamment celles organisées par l'ANIT⁶¹) pour le personnel récemment embauché.
- Des congrès et colloques spécifiques à notre secteur (colloque sur les appartements thérapeutiques de l'ANIT, journées d'études sur la clinique des toxicomanes du CAST⁶² de Reims, congrès de l'ANIT).

⁶¹ ANIT : Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie

⁶² CAST : Centre d'Accueil et de Soins pour les Toxicomanes

- Le paiement des supervisions (cf. III.2.2.2)
- Des formations collectives organisées en interne sur des thèmes spécifiques (toxicomanie et psychiatrie, insertion et réhabilitation des personnes très marginalisées...).

III.3 Un dispositif ouvert articulé avec les autres institutions

III.3.1 Utiliser les dispositifs de droit commun

Toutes les personnes que nous recevons ne sont pas dans des situations identiques. Certaines ont un travail, un logement personnel, une vie de famille stable. Toutefois, la majorité du public qui s'adresse à nous, et tout particulièrement ceux ayant des troubles psychiatriques, pâtissent de différents processus de désaffiliations sociales⁶³ et se sont inscrits en marge de la société.

Bien souvent, cette marginalisation constitue un mode d'insertion fait de relations particulières avec le reste de la société. La toxicomanie, pour certains, est une forme de représentation sociale (cf. I.1.2 et I.1.3), une nomination (être toxicomane comme d'autres sont assistants sociaux ou directeur d'établissement social) avec différents aspects d'un « métier » :

- activité, même si elle est délinquante (deal, vol, prostitution),
- rythme de vie (marqué par les prises de produits),
- réseau relationnel : fournisseurs, clients, autres toxicomanes avec lesquels ils ont des prises communes de produit.

Entre toxicomanes il existe une culture commune avec un langage particulier et un savoir sur les drogues.

⁶³ CASTEL.R *Les Métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Fayard, Paris, 1995
 Christian AUREJAC – Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2001

Sur son versant rupture sociale, cette marginalisation s'accompagne d'une méconnaissance des droits sociaux et d'une faible utilisation des dispositifs publics qu'ils considèrent comme rejetants et destinés « aux autres ».

Sans qu'ils aient mesuré cela au préalable, la démarche de soins dans laquelle ils s'engagent avec nous, les éloignent de leur place de toxicomanes. Nous devons donc les accompagner dans l'établissement d'autres modes de relations avec la société.

III.3.1.1 Ouvertures des droits et connaissances des administrations.

La première étape de réinscription sociale est l'ouverture des différents droits aux protections et prestations sociales.

Malgré l'affirmation répétée depuis des années d'une volonté de simplification des démarches administratives, celles-ci peuvent prendre parfois plusieurs semaines avant d'aboutir. Notre accompagnement porte à la fois sur la réalisation de ces démarches et sur la compréhension de celles-ci par les usagers. Ceci afin qu'ils puissent par la suite les renouveler seuls (dans les meilleurs des cas) ou savoir à qui ils peuvent selon les situations demander une aide pour ces démarches.

L'évolution de la situation de la personne amène aussi d'autres procédures. Pour les personnes ayant des troubles psychiatriques l'orientation vers la COTOREP pour la reconnaissance de leur handicap est une démarche complexe. Si les intérêts financiers sont vite perçus, le statut d'handicapé est difficile à accepter par certains car la personne se sent jugée. Pour quelques-uns, le passage devant la commission provoque un vécu humiliant avec des doutes sur le respect de l'anonymat compte tenu du nombre de personnes présentes et de l'absence d'une qualification professionnelle avec des règles de déontologie de certains membres.

Une autre étape difficile, vécue parfois par les personnes concernées comme réductrice de droits, est la mise sous tutelle. Celle-ci comporte une évaluation précise de la nécessité de cette procédure. Elle demande un long travail d'accompagnement de notre part pour faire comprendre et accepter à la personne la protection et le soutien que lui apportera cette mesure dans l'organisation de sa vie quotidienne.

Toutes ces démarches s'accomplissent en s'appuyant sur les relations que les travailleurs sociaux de l'ADPS. ont établi avec leurs interlocuteurs des différentes administrations. Cela permet parfois de lever des difficultés techniques concernant certains dossiers et surtout, l'accueil des personnes que nous accompagnons est personnalisé.

III.3.1.2 Découvrir les possibilités culturelles et de loisirs de la ville

De nos jours, l'inscription sociale ne se fait plus exclusivement dans le champ professionnel. L'augmentation de la place des loisirs dans notre civilisation offre aux personnes exclues du travail par le chômage ou leurs handicaps d'autres possibilités d'activités ainsi que d'autres modalités de réalisation de soi et de rencontre des autres.

Les projets thérapeutiques individuels portent donc aussi sur l'accès aux dispositifs culturels, sportifs et de loisirs. L'équipe socio-éducative se tient donc informée des différentes activités possibles localement et des modalités d'inscription. Lorsque cela apparaît nécessaire, la personne est accompagnée lors des premiers contacts pour la rassurer dans cette rencontre de personnes nouvelles et pour veiller à son acceptation par l'animateur. Nous ne pouvons pas négliger qu'il existe encore des réactions de gêne et de rejet face à des personnes qui apparaissent « différentes » de par leurs inhibitions ou leurs excès.

Là aussi, les relations que les professionnels de l'ADPS. entretiennent avec des intervenants de ce secteur créent un réseau informel qui facilite l'accueil réservé aux personnes que nous accompagnons.

III 3.1.3 Utilisation des généralistes et des spécialistes de la médecine de ville.

Si le personnel médical et paramédical de l'ADPS. assure le bilan et le suivi des problèmes de santé des patients qui viennent consulter, l'orientation vers d'autres praticiens de la ville s'effectue en fonction de plusieurs critères et objectifs :

- accéder à des consultations spécialisées afin de soigner des problèmes spécifiques,
- établir un relais médical pour la poursuite d'une prise en charge régulière de leur santé pour les personnes sortant de notre dispositif,

- avoir un relais de prescription en médecine pour des patients du centre Méthadone qui ne nécessitent plus de prise en charge régulière par le centre de soins.

Ces orientations s'appuient sur les relations que l'ADPS. entretient avec les différents praticiens de santé depuis des années et qui seront développées par la structuration du Réseau Ville Hôpital Toxicomanie.

Elles respectent le libre choix des praticiens par les usagers.

III 3.2 Les conventions avec le Centre Hospitalier et les Cliniques Psychiatriques

Si les relations de l'ADPS. avec les institutions psychiatriques sont anciennes (cf. conventions en annexe 2) et conservent une continuité de fonctionnement, les liens inter services pourraient être améliorés. En effet, les contacts directs ne se font qu'avec certains membres de l'équipe, nos places respectives dans le projet de soins de la personne ne sont pas toujours clairement exprimées, et les relations entre les personnels ne sont pas suffisamment formalisées.

III3.2.1 Mieux se connaître

Actuellement se sont essentiellement les médecins, les psychologues et l'assistante sociale de l'ADPS. qui rencontrent les médecins et certains infirmiers des services où sont hospitalisées les personnes que nous suivons.

De ce fait, une partie du personnel soignant n'a pas de connaissance directe de notre dispositif et ne perçoit pas toujours clairement le sens de nos interventions dans leurs services. A d'autres moments, leurs sollicitations nous font penser qu'ils méconnaissent les limites de nos disponibilités et assimilent notre centre à une clinique.

Des rencontres directes des équipes avec présentations des dispositifs respectifs aideront à la connaissance réciproque surtout pour les personnes embauchées ces dernières années. Les stages prévus dans le programme de formation (cf. III.2.2.3) renforceront ces relations.

III 3.2.2 Définir les complémentarités et les limites

Intervenant auprès des mêmes personnes nous n'avons ni les mêmes objectifs, ni les mêmes pratiques. Pourtant nos actions doivent avoir une complémentarité dans la cohérence d'un projet d'ensemble de soin et de réhabilitation de l'individu.

L'accompagnement par l'ADPS. porte sur la mise en œuvre d'un projet d'insertion sociale qui prend en compte le rythme de la personne dans un parcours où la progression peut être lente. Ce projet intègre l'arrêt de la prise de toxiques ou le suivi médical d'un traitement de substitution.

Les séjours dans les institutions psychiatriques, même s'ils peuvent en fonction des choix de la personne correspondre à des objectifs différents, se repèrent avec des finalités particulières selon les endroits.

- Centre Hospitalier :

Les patients y sont adressés par l'ADPS. à la suite d'abus graves de produits licites et illicites, lors de décompensation psychopathologique, et pour des sevrages de drogues ou d'alcool prenant en compte les polytoxicomanies (possibilités de sevrage partiel avec traitement de substitution).

- Clinique du Cap Corse :

Les orientations se font là aussi pour des sevrages mais surtout pour des périodes de repos hors de la pression d'un projet de soin et sans exigences de participation à une vie collective.

- Clinique de San Ornello :

C'est le lieu des hospitalisations sous contrainte (d'office ou à la demande d'un tiers). Il arrive que ce soit un des médecins de l'ADPS. qui signifie cette mesure lorsque nous percevons que l'aggravation des troubles de la personne la met réellement en danger et qu'elle n'accepte pas une hospitalisation volontaire. Certains choisissent aussi cette clinique plutôt que l'hôpital pour leurs séjours en service psychiatrique.

III 3.2.3 Protocole d'accompagnement, d'orientation et de sortie

Lors des hospitalisations, l'ADPS. prévient le service concerné (dès que l'orientation est décidée), de l'arrivée d'un patient suivi par le Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes. En cas d'admission dans le cadre d'une urgence, l'accompagnement par l'ADPS. est signalé à l'accueil.

Le personnel technique de l'ADPS. (médecins, psychologues, assistantes sociales, infirmiers et personnel éducatif) engagé dans le prise en charge de la personne assurera la continuité du suivi par des visites lors des hospitalisations. Le fréquence de ces visites sera établie en fonction de chaque situation. Ces intervenants participeront aux réunions de services concernant le patient et seront associés à la mise en place du projet de sortie. Le service prévient l'ADPS. dès qu'une décision de sortie est prise pour un des patients suivis.

A la demande d'un médecin du service, un technicien de l'ADPS. (psychologue le plus souvent) viendra rencontrer des patients hospitalisés ayant des problèmes d'addictions. Les protocoles définis au-dessus s'appliqueront pour ces situations.

L'ADPS. s'engage à poursuivre à la sortie de l'hospitalisation, à chaque fois que la nécessité aura été appréciée, un accompagnement ambulatoire avec éventuellement hébergement.

III 3.3 Le Réseau Ville Hôpital Toxicomanie

Prévus par les circulaires D.G.S.-D.H. n° 15 du 7 mars 1994 et D.G.S. n° 04 du 11 janvier 1995, les réseaux doivent « améliorer la prise en charge des toxicomanes, en favorisant l'échange et la communication entre les divers intervenants appelés à accueillir, à soigner ou à orienter ces patients à un moment donné de leur parcours ». Mais comme le fait remarquer Marcel JAEGGER : « Les textes législatifs et réglementaires, les conventions plus ou moins impulsées par l'Etat peuvent contribuer à dépasser les cloisonnements, ne serait-ce que pour réaliser des « économies d'échelle ». En aucun cas cela ne pourra suffire si les acteurs de terrain et les décideurs ne sont pas convaincus qu'il s'agit d'abord

de faire face à des personnes instables aux difficultés multiples, transitoires et pour lesquelles le passage de témoin s'impose et s'imposera de plus en plus.⁶⁴»

Le réseau se construit donc en formalisant et développant des relations qui visent à améliorer les articulations des différents intervenants dans les parcours de soins des toxicomanes. Les effets positifs de ce travail agissent sur la qualité des prestations des différents intervenants.

En Haute Corse, même s'il existe des conventions entre l'ADPS. et les cliniques et hôpitaux, même si des liens sont établis avec des médecins de ville, cela ne constitue pas encore un réseau. Je prévois de participer à la structuration de celui-ci avec les propositions suivantes.

III 3.3.1 Une dynamique collective

Le propre d'un réseau, la condition de son efficacité est de s'inscrire dans une dynamique collective.

Pour cette raison il ne peut pas se créer sur la volonté d'une seule institution mais le réseau se construit à partir des relations établies entre des partenaires.

C'est dans le respect des places et modalités de travail de chacun qu'une action commune peut se développer. Pour les intervenants en toxicomanie, il faut se méfier d'une place de spécialiste dont le « savoir » créerait un déséquilibre dans les relations avec les partenaires.

Si on veut permettre un éclairage transversal des différentes pratiques il faut proscrire tout ce qui pourrait apparaître comme leçons ou jugements. Il s'agit de la construction de rapports de confiance qui lorsqu'ils aboutissent lèvent de nombreuses barrières. Comme le constatent les réseaux ayant quelques années d'ancienneté : « Aujourd'hui, le réseau permet une meilleure connaissance mutuelle aboutissant à des orientations plus pertinentes et à des échanges autour du travail de chacun.⁶⁵»

⁶⁴JAEGER M., *L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie*, DUNOD, Paris, 2000, p.165-166.

III 3.3.2 Filière de soins ou articulations ?

Visant une prise en charge globale des toxicomanes, le réseau peut-être pensé comme un filet maillé de médecins, pharmaciens, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux. Entrer en contact avec des membres du réseau amènerait systématiquement une orientation vers les autres intervenants. Ainsi, les différents problèmes de la personne seraient pris en compte.

Cette présentation, qui peut sembler idéale oublie un paramètre essentiel, c'est avec la personne que se construit l'ensemble de la prise en charge. Or celle-ci ne circule pas de l'un à l'autre comme un wagon qu'on aiguille sur les rails adéquats. Il ne suffit pas de prescrire une psychothérapie (même sur une ordonnance comme je l'ai vu faire) pour que la personne s'engage dans un questionnement sur elle-même, ni de l'adresser au médecin pour un bilan ou des analyses pour que les soins nécessaires soient entrepris.

Chaque intervenant doit être attentif à la globalité de la problématique de la personne pour permettre à celle-ci d'exprimer, ou de repérer, des besoins qui nécessitent cette orientation vers un professionnel spécifique.

C'est en s'appuyant sur leurs connaissances mutuelles que les membres du réseau peuvent accompagner les personnes de l'un à l'autre. L'articulation se fait donc à partir du repérage d'un problème par un praticien hors de son champ d'intervention. Elle se poursuit en faisant percevoir à la personne la nécessité d'une aide sur ce problème et en l'accompagnant à la prise de rendez-vous. Elle se continue en reparlant avec elle des suites de cette orientation et des éventuelles difficultés ou résistances rencontrées.

Le réseau constitue la trame sur laquelle se dessine ces parcours.

III3.3.3 Faire circuler l'information et stimuler la réflexion

Le réseau se doit d'être un lieu d'enrichissement mutuel. Pour cela, je propose de le doter de deux outils d'information et de réflexion.

- Il est possible de rédiger régulièrement (3 à 4 fois par an) un « journal de réseau » qui permettra la circulation d'informations que tous n'ont pas habituellement, et engagera des débats et échanges de points de vue autour des pratiques. Il sera conçu en utilisant :

⁶⁵ Association PASSAGES, *Manuel pratiques pour la prise en charge de la toxicomanie aux opiacés en*

- le centre de documentation de l'ADPS. et les synthèses de dossiers et de livres qu'effectue la documentaliste,
- des comptes rendus au retour de formations et colloques des différents praticiens,
- des réflexions sur des thèmes spécifiques concernant l'ensemble du réseau.

Le travail de lecture et d'écriture d'un comité de rédaction pluridisciplinaire, dans lequel je m'investirai, contribuera à renforcer la connaissance réciproque de ces intervenants.

- Une fois que la confiance sera suffisamment établie entre les praticiens, des temps collectifs de travail clinique sur des situations rencontrées par les uns et les autres (en conservant l'anonymat de ces personnes) permettront à chacun de bénéficier d'un regard de professionnels de champs différents sur les divers aspects de cette situation. Ce type de pratique collective renforce également la compréhension des modes de travail des autres professionnels.

Conclusion partielle

J'ai entrepris l'adaptation de l'ADPS. pour améliorer la prise en compte pour certains toxicomanes de leurs troubles psychiatriques associés. Le dispositif actuel accueille ce public et traite en partie ces besoins. Je vais le renforcer pour permettre une plus grande continuité des prises en charge et un meilleur accompagnement socio-éducatif individuel.

Cette évolution s'effectue grâce à :

- la clarification des places et fonctions de chaque intervenant à partir des projets thérapeutiques individuels avec leurs modalités d'élaboration et d'évaluation.
- la mise en place d'un plan de formation renforçant les compétences de l'équipe face aux problèmes psychiatriques des personnes.
- Le développement et la structuration des accompagnements socio-éducatifs après l'accès à un logement autonome.
- Une plus grande ouverture sur le partenariat et la mise en place d'outils de réseau pour optimiser les articulations des prises en charges.

Axée sur l'amélioration de la qualité de nos actions, cette adaptation, au-delà de la prise en compte spécifique des comorbidités psychiatriques, renforce l'ensemble du dispositif de l'ADPS. et améliore la lisibilité de nos pratiques grâce aux nouvelles modalités d'évaluation.

CONCLUSION

Il est nécessaire de situer les CSST comme des institutions médico-sociales, ce qui, sur le plan administratif va être fait dans le cadre de la rénovation de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. D'un point de vue technique, cela impose de positionner notre fonctionnement à la charnière du sanitaire et du social en ayant une vision globale des problématiques des personnes. Cette double orientation médicale et sociale est à accomplir à partir de nos moyens internes et de nos articulations avec les autres dispositifs qui existent dans notre environnement.

Dans ce mémoire, j'ai étudié l'articulation d'une double problématique (toxicomanie, troubles psychiatriques) entre le sanitaire et le social, avec ses modalités de prise en compte médicale, psychologique et socio-éducative par le CSST de l'ADPS. et par nos relations avec les cliniques, l'hôpital, les médecins et pharmaciens de ville. Pour aller plus loin dans l'intégration sociale des personnes je vais rechercher dans les prochains mois comment améliorer leur accompagnement à d'autres modalités d'inscriptions dans la société. Une première étape visera à renforcer nos liens avec les dispositifs d'accès au logement et d'insertion par l'économique. Dans ce même temps, je demande à l'équipe socio-éducative de recenser les structures sportives, culturelles et de loisirs et de repérer ce qui freine ou facilite l'utilisation de ces dispositifs pour les personnes que nous suivons.

Accéder à la culture, s'affirmer et s'épanouir dans des activités de création, aller au contact d'un public à partir de différentes formes d'expression, prendre soin de ses capacités physiques et les développer pour faire du sport, ce sont là des formes d'insertion sociales. Elles sont d'autant plus à développer lorsque l'activité économique laisse de côté une part importante de la population et spécialement les plus fragiles. De plus les espaces créatifs et récréatifs se développent sur un marché commercial fermé à ceux dont les ressources financières sont minimales.

Par ailleurs, les différences, la marginalité, créent parfois une barrière entre les usagers de nos dispositifs et les utilisateurs des outils culturels et sportifs. Avec nos partenaires confrontés à ces problèmes, je travaillerai dans une deuxième étape à lever ces obstacles

soit en œuvrant à une plus grande ouverture des structures existantes, soit en mettant en place des ateliers créatifs et sportifs spécifiques permettant à nos usagers d'accéder à ces pratiques. Une fois que les personnes seront à l'aise dans leur activité culturelle ou sportive, nous pourrons plus facilement les faire accéder aux dispositifs « tout public » de ce domaine.

Parallèlement à ce projet d'accompagnement plus accès vers le social, je reste attentif aux résultats des évaluations que nous mettons en place afin de pouvoir entreprendre d'autres adaptations, si l'évolution des besoins de la population pour laquelle nous sommes missionnés les rendaient nécessaires.

Mais diriger un établissement, ce n'est pas seulement avoir de bons projets, c'est aussi se donner les moyens d'atteindre les objectifs qui en découlent et veiller à la maintenance du dispositif. Je serai particulièrement attentif à ces aspects importants de ma fonction.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- BERGERET Jean, *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, Paris, Dunod, 1981, p.2
- BERGERON Henri, *L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, 1999, collection «sociologies ».
- CASTEL Robert, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995.
- CASTEL Robert COPPEL Anne, Les contrôles de la toxicomanie, in EHRENBURG A. (dir) *Individus sous influences*, Paris, Edition Esprit, collection « société », 1991, pp 238-255.
- CHEVALLIER Emmanuelle, « Epidémiologie de la toxicomanie en Midi-Pyrénées », *Empan*, 1999, n° 33, pp 40-44.
- CHATEAU Alain, «cent ans de prohibition », in revue ASUD, N° 14, Paris, printemps/été 1998
- COPPEL Anne, « Histoire naturelle de la toxicomanie et politique de réduction des risques », *Neuro-psy*, 1996 janvier, n°1, volume II.
- EHRENBURG Alain, «un monde de funambules » in *individus sous influence*, Paris, Edition Esprit, collection «société », 1991, p.8
- ESCOHOTATO A., *Histoire élémentaire des drogues*, traduit de l'espagnol par Abel Gernschenfeld, Editions du Léopard, Paris, 1995.
- EY Henri, *Manuel de psychiatrie*
- FATELA João, « Drogues et ambivalences de la subjectivité », in EHRENBURG A. (dir) *Individus sous influences*, Paris, Edition Esprit, collection « société », 1991, pp 46-63.
- FARUCH Catherine, « Toxicomanie et psychiatrie », *Empan*, 1999, n° 33, pp ; 22-26.
- FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972, Collection « Tel » édition de 1977.
- FUSTIER C., « La fonction de suppléance des toxicomanes dans le champ des psychoses », *perspectives psychiatriques*, 1991, n°27/11 pp.104-110.
- FREUD Sigmund, *Le malaise dans la culture*, Paris, PUF, 1995, *Das Unbehagen in der Kultur*, Wien, Internationaler Psychoanalytischer verlag, 1930.
- FREDA Francisco-Hugo, «qui vous l'a dit ? », in *L'esprit des drogues*, Paris, Revue Autrement, n°106, avril 1989, p.163-165
- GALLIEN Catherine, « A l'hôpital psychiatrique, un mauvais malade », *Esprit*, 1980, n° 11-12 Drogue et société, pp.58-60.
- HENRION Pr. , *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, Documentation française, Paris, 1995.
- JAEGER M., *L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie* , DUNOD, Paris, 2000.
- JACOB Charles, « Prise en charge de la comorbidité psychiatrique et somatique », *Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés, 3^{ème} conférence de consensus*, Fédération Française de Psychiatrie, Paris, 23-24 avril 1998, pp 271-280.
- LAURENT Eric, *Evaluer l'évaluation*, Mental N° 4, Bruxelles, décembre 1997
- LEFEVRE Patrick, *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*, Dunod, Paris, 1999.

LEVI-STRAUSS Claude, «les champignons dans la culture », in *Anthropologie structurale*, vol.2, Paris, Plon, 1973.

LORANT B., «1960-1992 : la grande épidémie », in revue Histoire et Actualité, N°3, Paris, mai-juin 1994, p.69.

MIRAMON Jean-Marie, *Manager le changement*, Editions ENSP, 1996

NAHAS G., TROUVER R., *Toxicomanie et Pharmacodépendance*, Masson, Paris, 1988.

OLIEVENSTEIN Claude, « En désespoir de Cause », *l'esprit des drogues, Autrement*, 1989, n°106, pp.28-39

PERRIN, «anthropos », in *L'esprit des drogues*, Paris, Revue Autrement, n°106, avril 1989, p.45

PANUNZI Roger, «l'usage de drogues chez les adolescents : quelques aspects anthropologiques », revue *psychotropes*, 1996 -vol.2-N°1 p.82

TOURAINÉ Alain, «la drogue et le marché", in *Comment sortir de la toxicomanie ?* ,Passages, N°49, septembre 1992

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

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

DOCUMENTS

ANCREAI, guide pour des interventions de qualité, juin 1999.

Association PASSAGES, *Manuel pratiques pour la prise en charge de la toxicomanie aux opiacés en médecine de ville et à la pharmacie*, Toulouse, février 2000.

BELLO Pierre-Yves, *La toxicomanie en Midi-Pyrénées, le point en 1997*, in le bulletin, N°41, ORSMIP, 1997.

BELLO Pierre-Yves, *Estimations locales de la prévalence de la toxicomanie : rapport final*, Toulouse, ORSMIP, 1997

BELLONE Michèle, *politique de réduction des risques et évolution de la prise en charge des usagers de drogues*, ENSP, Mémoire CAFDES, Rennes, 1997.

CANARELLI P. et Coll. *Enquête relative à la toxicomanie dans la région Corse*, A.D.P.S., Bastia, 1994.

GHIO Ghislaine, *une enquête diagnostic sur le phénomène toxicomanie dans le territoire du district de Bastia*, A.D.P.S., Bastia, 1996.

GROUPE DE RECHERCHE DES JOURNEES DE REIMS, *Evaluer l'intervention en toxicomanie : significations et conditions. Note intermédiaire*. CAST, Reims, février 2000

STRATEGOR, cité par FOGLIERINI I. dans : *Organisation et gestion des entreprises* , DUNOD, Montrouge, fiches.

TOURAINÉ A. «la drogue et le marché", in *Comment sortir de la toxicomanie ?* ,Passages, N°49, septembre 1992

VINCENT G., «de la charité à l'accréditation, la longue marche de l'hôpital », in *Histoire et modernité*, Politique Santé N° 1, 1998, p.8.

RAPPORTS

Cour des comptes, le dispositif de lutte contre la toxicomanie, Paris, journal officiel, 1998.
LAZARUS Antoine, une souffrance qu'on ne peut plus cacher, 1995
MASSE, La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale, Rennes, ENSP éditeur, 1992.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi 70-1320 du 31 décembre 1970, relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie
Loi n° 90-527, du 27 juin 1990, relative à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
Décret 92-590 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes
Note d'orientation du 05.11.98 du Directeur Général de la Santé, relative à la révision des projets thérapeutiques des C.S.S.T.

ANNEXES (non fournies par l'auteur)

- I Convention avec la maison d'arrêt et le centre hospitalier

- II Conventions avec les cliniques et l'hôpital
 - Clinique de San Ornello
 - Centre Hospitalier
 - Clinique de Luri

- III Projet de nouvelle convention avec l'hôpital