



ASSOCIATION RIMBAUD
CENTRE DE SOINS SPECIALISE
POUR TOXICOMANES DE LA LOIRE

PROJET
D'ETABLISSEMENT
Novembre 2004

*« La toxicomanie est une maladie du lien social et non pas
uniquement un problème médical : elle ne saurait donc être
traitée uniquement avec des médicaments ».*

7, rue de la Résistance
42000 SAINT - ETIENNE
04 77 21 31 13

19, rue Augagneur
42300 ROANNE
04 77 70 11 25

SOMMAIRE

I- AVANT PROPOS ET BREF RAPPEL HISTORIQUE.....	3
II - PHILOSOPHIE DU PROJET.....	5
III- PRESENTATION DE L'ASSOCIATION.....	6
1-Volontés Associatives.....	6
2- Rôle du Conseil d'administration.....	7
3- Composition du Conseil d'Administration.....	7
IV - PRESENTATION DU SERVICE	8
V - REPERES SUR QUELQUES DEFINITIONS.....	9
VI - LES MISSIONS ET ACTIONS DU CCST.....	10
1-L'accueil initial.....	10
2-Le soin aux personnes toxicomanes.....	10
3. L'accompagnement social et thérapeutique	12
4. L'écoute-parents et entourage	13
5. La prévention des conduites addictives.....	14
VII - LES DIFFERENTS OUTILS AU SERVICE DE CES MISSIONS.....	18
1-Le dispositif d'hébergement thérapeutique	18
2. Le dispositif d'accompagnement des toxicomanes sous main de justice	20
VIII-OBJECTIFS DU SERVICE EN MATIERE DE COOPERATION ET COORDINATION.....	22
IX - L'EVALUATION : OBJECTIFS.....	23
1. La base de l'évaluation : un référentiel de « bonnes pratiques »	23
2. Les protocoles de contrôle qualité.....	23
X - PERSPECTIVES.....	26
XI - GLOSSAIRE DE SIGLES.....	27

I- AVANT PROPOS ET BREF RAPPEL HISTORIQUE

Depuis la création de l'association en juillet 1978, **le CSST Rimbaud, avec ses deux sites de Saint-Etienne et Roanne**, représente, dans la Loire, la seule structure spécialisée susceptible d'assurer un accompagnement global de patients toxicomanes au niveau du suivi social (avec ou sans hébergement) comme une prise en charge éducative et thérapeutique. Elle assure cette mission, avec de notables évolutions, depuis plus d'un quart de siècle.

Déclarée comme « Association pour l'accueil des toxicomanes et marginaux en difficulté », Rimbaud a endossé une double vocation :

- une vocation généraliste, à dominante sociale et humanitaire : « l'accueil des marginaux en difficulté »,
- une vocation beaucoup plus spécialisée, aux confins, déjà, du sanitaire et du social : « la prise en charge des toxicomanes ».

Il convient sans doute, de situer le contexte dans son époque :

- association fondée avec l'aide de la Sauvegarde de l'Enfance qui, avec sa culture sociale de base, en attendait sans doute un relais de prise en charge pour les jeunes adultes quittant ses services.
- un secteur social où n'existaient aucun des dispositifs d'accueil d'urgence que nous connaissons aujourd'hui (115, veille sociale, CHRS urgence, bistrot sociaux, etc...) et où l'action de Rimbaud était vitale.
- un champ de la toxicomanie sans rapport avec celui que nous connaissons aujourd'hui : centré sur l'héroïne et ses quelques centaines d'usagers dépendants (il faut vraisemblablement compter en centaines de milliers les usagers de dizaines de produits différents au jour d'aujourd'hui).

... sans compter le poids des idéologies de cette époque, qui ont pu influencer les pratiques.

Ce projet associatif a été amené à s'articuler avec l'action de l'UTDT dès sa création en 1986.

L'antenne roannaise s'est construite sur le socle d'une expérience antérieure. En 1988, l'association Rimbaud se lance dans la gestion d'un restaurant d'application baptisé « la Caravelle », située sur l'aérodrome de Roanne. Ce projet veut permettre à de jeunes adultes toxicomanes d'accéder à une formation puis à un emploi. Parallèlement, se crée une dynamique locale entre les élus locaux, les acteurs du soin et les associations autour de la prise en charge des toxicomanes. Le projet s'arrête un an plus tard faute d'une gestion adaptée mais il a permis de faire naître l'idée d'une structure d'accompagnement des toxicomanes.

En 1996 s'ouvre l'antenne Rimbaud à Roanne, dont la mission est présentée comme devant « *contribuer aux actions de prévention, à l'accueil des personnes toxicomanes et à leur éventuelle prise en charge* ». L'équipe se compose alors de deux travailleurs sociaux et l'identité principale de l'antenne est la Prévention. En 2003, face à une croissance importante de la demande, l'association privilégie la prise en charge des toxicomanes et en 2004 un poste d'infirmière vient compléter l'équipe de Roanne.

Deux autres événements sont venus précipiter l'évolution des pratiques au Centre Rimbaud.

- Le décret de 1992, renforcé récemment par celui de février 2003, qui a assigné aux CSST une mission centrale de soin, les obligeant à recruter au sein de leurs équipes des personnels médicaux et paramédicaux, quitte parfois à redéployer des moyens jusqu'alors affectés à leur vocation psychosociale.
- l'apparition des traitements de substitution (Méthadone et Subutex) qui ont profondément modifié les pratiques des soignants comme des travailleurs sociaux, avec l'évolution conjointe de la demande des patients.

Après 12 ans d'application de cette nouvelle donne réglementaire, la culture associative a incontestablement évolué et l'équipe ne saurait aujourd'hui se passer de la collaboration avec les personnels médicaux et paramédicaux....

Le projet de service qui va être proposé ci-après devra donc viser à :

- clarifier les logiques de travail en réseau (avec l'UTDT et autres...) que se fixe l'association,
- identifier les moyens qu'elle se donne pour mettre en action ce réseau et la place que l'association revendique d'y occuper,
- proposer des méthodes et critères d'évaluation dynamique et permanente de l'action entreprise.

En effet, la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, a reconnu les C.S.S.T. parmi les services relevant de son champ d'application. Il en découle notamment l'obligation qui nous est faite de mettre en place les différents outils permettant de garantir aux usagers l'accès et la défense de leurs droits.

Au premier rang de ces outils, le projet d'établissement ou de service devra :

« définir les objectifs, notamment en matière de :

- .coordination,**
- .coopération,**
- .évaluation des activités,**
- .évaluation de la qualité des prestations,**
- .modalités d'organisation et de fonctionnement ».**

Pour l'Association, le « Projet d'Etablissement » définit les orientations générales du CSST pour les 5 ans à venir.



II - PHILOSOPHIE DU PROJET

Ce Projet d'Etablissement vise à proposer une formule d'accueil social, un type de prise en charge thérapeutique, un mode d'accompagnement éducatif à l'usage des personnes en difficulté par rapport à la dépendance, et tout particulièrement des usagers de drogues.

On trouvera dans le présent chapitre les lignes de force de ce projet et les principes qui sous-tendent notre action.

Les objectifs, stratégies et moyens envisagés seront décrits dans les chapitres suivants.

Principes de notre action :

- Garantir à chaque personne, un accueil et un accompagnement respectueux de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité. Cet accueil devra respecter les principes de libre adhésion, de gratuité des soins et de confidentialité (respect de l'anonymat si celui-ci est demandé par l'utilisateur), principes définis par la loi de 1970.
- Mettre en œuvre des stratégies d'interventions adaptées à chaque situation et à chaque personne.
En effet si l'objectif doit bien rester à terme, l'engagement d'une démarche de soin, les modalités pour y parvenir sont variées. Elles consisteront : à accompagner, aider à la réflexion et à la prise de conscience, à l'identification des besoins, éventuellement à l'orientation vers des services mieux adaptés et/ou complémentaires. Ces stratégies pourront prendre en compte les autres formes de dépendance sans produits.
- Garantir un droit à une prise en charge et à un accompagnement individualisé, favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion. Cette prise en charge sera caractérisée par une approche de la personne dans sa globalité et incluant à ce titre :
 - la dimension sociale et éducative,
 - la dimension thérapeutique prenant en compte le somatique et le psychique
 Ceci suppose que l'intervenant soit pleinement conscient de la vulnérabilité sous-jacente à cette dépendance et que son attitude vise à restaurer la capacité de la personne à rétablir un lien.
- Prendre en compte l'entourage relationnel du toxicomane (parents, conjoints, famille, amis, etc...) qui nous appellent ou viennent nous confier leur désarroi et leur impuissance, en leur apportant une écoute et un soutien.
- Favoriser la coordination et la coopération, en intégrant le travail effectué en équipe pluridisciplinaire, dans l'ensemble du dispositif départemental de prise en charge des toxicomanes : l'UTDT, citée plus haut, mais également les autres intervenants en addictologie (ELA, ELSA, ANPA), la psychiatrie de secteur, médecins de ville, officines pharmaceutiques etc ...
- Instaurer l'obligation d'une démarche d'évaluation de notre action, de sa pertinence, de son efficacité (qualitative et quantitative) et de sa capacité d'adaptation, au regard des évolutions qui ont marqué le champ des toxicomanies durant les deux dernières décennies :
 - diversification des substances,
 - généralisation des polytoxicomanies,
 - pratiques de consommation.

III - PRESENTATION DE L'ASSOCIATION

L'association Rimbaud a fait l'objet d'une déclaration d'existence en Préfecture de la Loire en date du 25 juillet 1978 (publication au Journal Officiel du 8 août).

Depuis sa création, l'association a bénéficié d'une succession d'agrément délivrés par la DASS pour le financement de son centre d'accueil stéphanois. A la convention initiale, réactualisée périodiquement, sont venus s'ajouter des avenants, au fil des créations de nouveaux dispositifs (familles d'accueil, SAVA, appartements relais thérapeutiques, conventions départementales d'objectif, antenne délocalisée à Roanne...).

Conformément aux dispositions du décret de février 2002, le financement du Centre Rimbaud (comme tous les CSST de France) a été transféré de l'Etat à l'Assurance Maladie. A cette occasion, il a été soumis à une nouvelle procédure d'autorisation préfectorale délivrée en 2003, après avis favorable de la CROSMS, et a donné lieu à une visite de conformité effectuée par l'administration le 22 avril 2004.

1-Volontés Associatives

Selon le Conseil Economique et Social « *L'œuvre associative dépasse le service rendu. Ce qui fait sa valeur ajoutée, au-delà de son savoir faire et de son rôle de cohésion de sociale, c'est l'existence Associative même qui constitue en tant que phénomène collectif une valeur de société* »

Aujourd'hui, l'association Rimbaud entend que le CSST dont elle est gestionnaire, oriente son action et développe ses prestations en matière d'accueil, d'accompagnement, de Soins et de Prévention en faveur des personnes Toxicomanes et marginales.

Pour nous, la plus value associative se concrétise autour de trois fonctions :

- Fonction de veille sociale

C'est la capacité de l'association (bénévoles et professionnels) à repérer les nouveaux besoins des personnes accueillies. Cette fonction de « veille » suppose d'être attentif aux changements sociaux et à ne pas se laisser enfermer dans la simple gestion de prestations.

- Fonction de force de propositions

L'expérience acquise des professionnels, conjuguée avec l'apport des bénévoles militants, permet de transformer les observations en actions. Il s'agit de la mission **d'innovation sociale**, afin d'adapter les prestations aux attentes et besoins des personnes accueillies.

- Fonction de construction du lien social

Elle s'exprime d'une part, par un type d'accompagnement centré, non pas sur un public, **mais sur la personne** et d'autre part, par **une capacité de mise en relation**. Il s'agit pour notre Association de tisser des liens et de développer un réseau, afin de faciliter l'insertion des personnes accueillies dans la société

2- Rôle du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration définit la politique générale de l'association et les orientations stratégiques. Au directeur avec son équipe la responsabilité de la mise en œuvre.

Le CA délibère, notamment sur:

- le Projet de Service
- le règlement de fonctionnement
- le budget prévisionnel et le compte administratif
- les programmes d'investissement
- les décisions affectant l'organisation ou l'activité du CSST
- l'engagement de l'association dans des projets de coopérations ou de groupements etc...

3- Composition du Conseil d'Administration

Le Bureau est constitué de :

- Maurice Flachon, président
- Daniel Loupiac, trésorier
- Christiane Guigon, secrétaire
- Mmes, Mrs Machon Jean, Henckens Hélène, Hron Georges, Parisot M.-Paule, Rostagni Odile

Les autres membres du Conseil d'administration sont :

Michel Debout, Président d'honneur,
Mmes, Mrs Bayon Barthélémy, Bonneviale Marc, Cante Françoise, Chomérat Jean-Pierre,
Damon Nicole, Defayolle Jean-Michel, Dupuis Jacqueline, Etmerzoglau Gérard, Frachey Jo,
Matejkowski Gérald, Reverdy Gilles.



IV - PRESENTATION DU SERVICE

L'EQUIPE ADMINISTRATIVE

Un directeur : *Jo Marie Collard*
 Une secrétaire médico-sociale (temps partiel) : *Louisa Idir*
 Une comptable (temps partiel) : *Véronique Fournel*
 Une aide comptable (temps partiel) : *Agnès Tronel*
 Un agent d'entretien (temps partiel) : *Djamila Hamri*

L'EQUIPE MEDICO-PSYCHO-SOCIALE DE SAINT ETIENNE

Une assistante sociale : *Marie-Hélène Besson*
 Un animateur socio-éducatif : *Patrick Bergiron*
 Un éducateur : *Michel Villemagne*
 Une animatrice d'accueil (éducatrice en formation) : *Stérenn Bohélay*
 Une infirmière (temps partiel) : *Isabelle Hervouet*
 Un médecin psychiatre hospitalier (temps partiel) : *Pr. François Lang*
 Une psychologue (temps partiel) : *Stéphanie Requet*
 Un médecin généraliste (temps partiel) : *Dr René Besson*

L'EQUIPE MEDICO-SOCIALE DE ROANNE

Un chef de service éducatif : *Stéphane Riou*
 Une assistante sociale (temps partiel) : *Sandrine Auduc*
 Une infirmière (temps partiel) à compter de fin 2004
 Une accueillante/agent de médiation (temps partiel) *Celbina Barros*

LES PRINCIPAUX PARTENAIRES FINANCIERS ET INSTITUTIONNELS

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie
 La DASS de la Loire
 La DRASS
 Le Conseil Régional Rhône-Alpes
 Jeunesse et Sports
 Les services du Ministère de la justice (SPIP, PJJ)
 La Mutualité de la Loire
 Les villes Saint-Étienne et Saint Chamond, le « Grand Roanne » ...

LES LIEUX D'INTERVENTION

- **Deux centres d'accueil :**
 7 rue de la Résistance à Saint-Étienne,
 19 rue Augagneur à Roanne.
- **7 appartements relais thérapeutiques en centre ville :**
 6 à Saint-Étienne,
 1 à Roanne.
- **Les familles d'accueil :**
 5 familles d'accueil actives en 2003 (Loire, Haute Loire et Ardèche)
- **La Maison d'arrêt de la Talaudière :**
 1 à 3 permanences hebdomadaires au titre de St-Etienne,
 2 par mois au titre de Roanne.
- **Divers lieux de prévention :**
 établissements scolaires et médicaux-sociaux,
 équipements de quartiers,
 centres de formation, etc...

V - REPERES SUR QUELQUES DEFINITIONS

ADDICTION

Vient du latin « addicere », attribuer un individu à un autre, en esclavage.

Selon D. RICHARD et J. L. SENON (*dictionnaire des drogues, des toxicomanies, Larousse Bordas, 1999*), l'addiction désigne un attachement exclusif à quelque chose. C'est aussi une relation de dépendance plus ou moins aliénante pour l'individu, et plus ou moins acceptée voire totalement rejetée par l'environnement social de ce dernier, à l'égard d'un produit (drogue, tabac, alcool, médicament).

Selon Jean BERGERET le terme addiction (addictus) désigne « la contrainte par corps, » les conduites d'accoutumance de substances psychoactives.

Par extension, le terme d'addiction est utilisé pour signifier tous les comportements addictifs sans drogues (anorexie et boulimie, jeux pathologique, achats compulsifs, etc...)

TOXICOMANIE

La toxicomanie fait partie des addictions ; ce terme désigne un comportement qui consiste à consommer, d'une façon habituelle ou périodique, un ou plusieurs produits engendrant un état de dépendance, bien que la personne ait conscience que le produit, le comportement lui est nuisible.

DEPENDANCE *

Elle peut être *physique* et/ou *psychique*.

- **psychique**: la privation d'un produit entraîne une sensation d'angoisse, allant parfois jusqu'à la dépression. Une fois qu'elle a cessé de consommer, la personne peut mettre du temps à s'adapter à cette vie sans le produit. Cet arrêt bouleverse ses habitudes, laisse un vide et permet la réapparition d'un mal-être que la consommation visait à supprimer.
- **physique** : la privation de certains produits tel que l'héroïne, le tabac, l'alcool et certains médicaments engendre des malaises physiques qui varient selon le produit : douleur pour l'héroïne, tremblements majeurs pour l'alcool, convulsions pour les barbituriques (prescrits en cas d'insomnie) et benzodiazépines (anxiolytiques prescrits en cas d'angoisse).

Ces symptômes peuvent être accompagnés de troubles du comportement (anxiété, irascibilité, agitation...).

USAGE NOCIF*

Ou l'usage à problème est une consommation susceptible de provoquer de dommages physiques, affectifs, psychologiques ou sociaux pour le consommateur et pour son environnement proche ou lointain.

SUBSTANCE PSYCHOACTIVE*

Alcool, tabac, cannabis, héroïne, cocaïne... sont des substances qui agissent sur le cerveau... Elles modifient l'activité mentale, la sensation, le comportement. Leur usage expose à des risques et à des dangers pour la santé et peut entraîner des conséquences sociales dans la vie quotidienne. Leur usage peut en outre engendrer une dépendance.

* « Savoir plus Risquer moins », livre d'information coédité par la MILDT et le CFES, juillet 2000

VI - LES MISSIONS ET ACTIONS DU CCST

Les missions se regroupent autour de trois axes essentiels :

- Prévention
- Accueil
- Prise en charge des « *personnes ayant un comportement à risques, ou un usage nocif de substances* »

Elles se déclinent dans les actions suivantes :

1. Accueil initial
2. Soins
3. Accompagnement social
4. Ecoute-parents et entourage
5. Prévention.

1-L'accueil initial

Dans les locaux des deux sites de Saint-Etienne et Roanne est organisé un accueil largement ouvert au public (toxicomanes, SDF, routards et autres marginaux) et offrant une réponse à des besoins basiques : un abri, des sanitaires, un service de lingerie, des boissons chaudes ou froides, des biscuits mais aussi et surtout une écoute attentive et bienveillante.



Le cadre de cet accueil initial doit permettre une mise en confiance susceptible de faire accéder la personne accueillie à une prise de conscience de ses difficultés par rapport aux produits consommés. C'est à partir de cette prise de conscience (autour de laquelle s'organise l'entretien d'accueil) que pourra s'engager une démarche de soin.

Nota: Même si l'accueil est largement ouvert à tout public en difficulté, l'association est très bien identifiée comme s'adressant aux toxicomanes (de par son implantation ancienne). Les malentendus sont donc rarissimes, d'autant que la qualité de CSST est affichée sur tous nos supports de communication.

2-Le soin aux personnes toxicomanes

La dimension SOIN est désormais, du fait de notre habilitation en tant que CSST, au centre du Projet d'Etablissement. Elle est à entendre aussi bien au sens de « soin de santé » (en anglais « cure ») qu'au sens de « prendre soin » (en anglais « care »). **Ainsi, pour nous, c'est l'équipe pluridisciplinaire, avec ses différentes composantes, éducatives, sociales, médicales et psychologiques, qui est soignante.**

Au-delà des outils disponibles en interne décrits ci-dessus et ci-après, il est évident qu'un tel projet de soin n'est concevable qu'en maillage étroit avec tous les autres partenaires locaux concernés par le même public.

Le soin aux personnes toxicomanes est proposé sous forme de consultations ouvertes en même temps que la permanence d'accueil, avec ou sans rendez-vous.

L'infirmière : elle est à l'interface entre l'équipe sociale, les médecins consultants du centre et les autres dispositifs soignants du réseau. Inscrite dans les prises en charge et les suivis, elle apporte une sensibilité et une compétence spécifiques et complémentaires de celles des travailleurs sociaux référents.

Elle peut, au même titre que chacun des professionnels de l'équipe sociale, être référente pour certaines prises en charge à dominante « soin » (dans les limites de sa disponibilité, son poste étant seulement à mi-temps).

L'infirmière participe également, dans son champ de compétences, aux actions décentralisées mises en œuvre en partenariat avec des collectivités, sur contrat d'objectif (MILDT, Politique de la Ville, etc...) et aux actions de prévention.

Enfin, l'infirmière participe à la formation des jeunes professionnels au soin des toxicomanes, tant en intervenant dans les instituts de formation qu'en assurant le tutorat des stagiaires au sein de l'institution.

Le médecin psychiatre : assurant une demi-journée de consultation par semaine au Centre de Saint-Etienne, il participe également à toutes les réunions de synthèse de l'équipe stéphanoise. Il est sollicité pour recevoir en entretien toute personne candidate à un hébergement thérapeutique (en appartement comme en famille d'accueil) et formuler un avis sur son admission éventuelle.

Le médecin titulaire du poste étant, par ailleurs, chef de service de deux structures hospitalières, l'UTDT (Unité de Traitement des Dépendances et des Toxicomanies) et un service de psychiatrie de secteur, il veille à la bonne organisation des prises en charge en réseau, au sein de ces structures, des patients communs.

Le médecin généraliste : assurant également une demi-journée de consultation par semaine à Saint-Etienne, il participe à une réunion par mois avec l'équipe. Il assure le suivi médical des patients pris en charge, notamment en ce qui concerne les cures de substitution.

En fonction des situations, il reçoit les patients toxicomanes soit au sein de son cabinet en médecine de ville, soit dans le cadre de sa consultation, cette dernière étant accessible, le cas échéant, même sans rendez-vous. Il organise avec l'infirmière la prophylaxie des maladies infectieuses (dépistage sanguin VIH, VHC, etc...) et les protocoles de soin des patients contaminés.

La psychologue : elle est associée à toutes les procédures d'admission et participe à la réunion hebdomadaire de l'équipe médico-sociale. Quoique n'ayant pas vocation à être référente des prises en charge, son intervention s'inscrit en lien étroit et complémentaire avec celle des référents. Au cours du séjour, une rencontre sera proposée avec le psychologue, avec l'accord de la personne accueillie.

Sa consultation étant largement ouverte à tout usager du Centre, elle s'adresse néanmoins en priorité :

- aux patients bénéficiant d'un hébergement,
- à l'environnement familial des toxicomanes.

Compte tenu du faible horaire de son poste, la psychologue ne saurait engager de psychothérapies. Ses principes d'intervention sont :

- écoute,
- soutien,
- orientation.

De même que l'infirmière, elle peut être appelée à effectuer des heures complémentaires particulièrement au titre de la prévention des consommations chez les jeunes que ce soit dans le cadre des sollicitations des collectivités locales ou dans les actions auprès des publics sous main de justice (CDO, MILDT).

3. L'accompagnement social et thérapeutique

L'équipe :

Composée de 4 travailleurs sociaux à St Etienne et 2 travailleurs sociaux à Roanne, de formations différentes (éducateur spécialisé, assistante de service social, animateur socio-éducatif), elle assure le suivi socio-éducatif des patients désireux d'engager une démarche de soin.

A cette fin, chaque personne accueillie se voit désigner un référent au sein de cette équipe, à charge pour ce référent de solliciter les compétences d'autres professionnels, de rendre compte en réunion de synthèse du suivi effectué et d'assurer le relais de la prise en charge lorsqu'il est absent.

Ce suivi individuel s'exerce au fil d'entretiens réguliers qui jalonnent le parcours (ou le séjour si hébergement il y a) de la personne. Ces temps d'entretien, dont la fréquence et la durée sont variables et très personnalisés se fixent pour objectifs :

- de réajuster la demande initiale en la situant dans la réalité : parvenir à ce que la personne intègre les contraintes de temps et d'espace comme les règles de vie en société et fasse le deuil d'une solution « magique » à ses problèmes ;
- d'amener progressivement la personne à se positionner en sujet de sa propre destinée plutôt qu'en objet de la dépendance aux produits.
-

Dans un bon nombre de cas, ce travail relationnel de soutien suffira à restructurer le lien social. Pour certains, il sera une préparation à l'engagement dans une démarche de thérapie. Dans tous les cas, l'objectif est de faire percevoir qu'il existe, au-delà de la dépendance et de l'insécurité qui en résulte, une possibilité d'entrer en relation avec autrui sans se mettre (ou se sentir) en danger.

Les entretiens de suivi sont un cadre qui doit permettre une auto-évaluation des consommations de produits mais aussi et surtout des risques encourus à cette occasion.

L'insertion sociale :

Cet objectif nous impose de faire exister un réseau de partenaires dans lequel nous sommes fortement impliqués. En effet, il serait illusoire de vouloir construire des parcours de sevrage durables si les besoins fondamentaux (logement, nourriture) du patient ne sont pas pourvus et s'il n'a aucune perspective d'avenir.

L'accompagnement dans les démarches permettant d'obtenir un toit, un revenu minimal, pour régulariser une situation administrative, est au moins aussi important que l'accompagnement dans le soin. Cet aspect de la prise en charge nous amène à exercer des mandats de représentation des intérêts de l'association dans les instances de décision des associations partenaires dont les prestations concernent nos usagers.

Citons pour mémoire :

- dans le domaine de l'insertion professionnelle : Tremplin 42 (association intermédiaire), Jardin d'Oasis, Association ALPIES (emplois saisonniers) ;
- dans le domaine du logement : association ASL, implication dans la FNARS + participation aux commissions partenaires d'attribution ou d'orientation ;
- dans le domaine du RMI, participation à la CLI (Commission Locale d'Insertion) de Saint-Etienne Nord..

sans compter les engagements des uns et des autres (salariés comme bénévoles) dans les équipements de quartiers ou associations socio-culturelles.

Ce mode d'organisation nécessite une bonne coordination au sein de l'équipe, pour que ressources et contacts engrangés puissent être mobilisés autant que de besoin.

4. L'écoute-parents et entourage

Le premier accueil de l'entourage

Dès lors que l'on répond à la demande au moment où elle se présente, n'importe quel membre de l'équipe peut être amené à accueillir des personnes de l'entourage relationnel du toxicomane ; que ce dernier soit ou non usager de notre structure.

Cet entourage comporte bien sûr l'environnement familial (parents, conjoints, frères et sœurs, grands parents) mais aussi selon les cas, les camarades d'école, les collègues de travail.

Bien souvent ce premier accueil se fait au téléphone, le numéro vert (113) orientant vers Rimbaud les appels en provenance du département de la Loire. Mais parfois aussi, il arrive que les personnes se présentent directement au CSST pour demander une aide.

Généralement ce premier accueil donnera lieu ensuite à une orientation vers la psychologue de l'institution avec une prise de rendez-vous.

L'écoute parents

Sous ce terme un peu réducteur s'étend tout le travail de la psychologue dans l'accompagnement et le soutien de l'entourage relationnel du toxicomane. Cette appellation résulte du fait que ce sont surtout les parents qui nous sollicitent pour ce type de soutien.

En effet, les demandes de l'entourage se font la plupart du temps à l'initiative de parents qui ont un adolescent consommateur de produits psychoactifs, le plus souvent le cannabis et/ou l'alcool.

Il peut s'agir d'un jeune suivi et pris en charge par l'équipe du Centre Rimbaud ou alors d'une personne qui n'est pas connue de notre structure et qui ne bénéficie pas d'accompagnement spécifique en lien avec cette consommation.

Bien souvent, les parents viennent consulter dans l'urgence d'une crise, par exemple, ce qui peut donner lieu à une première démarche c'est la découverte d'une prise de produit. Les parents se sentent démunis face à cette découverte, ils ne savent pas comment aborder la question avec leur adolescent.

Ils sont en attente de conseils, de solutions. Il s'agit bien sûr d'informer les parents sur le produit, de ne pas dramatiser ni banaliser la consommation mais aussi de préciser que ce n'est pas un espace de réponses toutes faites.

L'écoute parents est un espace de rencontre entre deux sujets : l'un porteur d'une souffrance et l'autre porteur d'un potentiel de savoirs.

Le cadre de cette rencontre est une écoute clinique, c'est-à-dire une écoute de la souffrance parentale, de l'inquiétude, de l'angoisse. Il s'agit d'entendre la souffrance à être parent d'un adolescent consommateur de substances psychoactives, d'entendre ce sentiment d'échec dans le rôle de parent. Les parents ressentent une dépréciation narcissique, ils sont démunis et se retrouvent dans l'impasse de leur rôle parental.

Le travail de la psychologue sera de réduire le sentiment de culpabilité et d'impuissance, de les rassurer dans leurs capacités d'écoute et de soutien, leur redonner confiance et leur permettre de fixer des limites avec leur adolescent.

Face à la crise identitaire de leur adolescent faite de bouleversements physiques et psychiques, les parents ont parfois du mal à reconnaître leur enfant. L'adolescent devient alors un étranger inquiétant du fait de ces conduites à risques.

La mise en acte de l'adolescent à travers la prise de produits vient souvent révéler un mal être en lien avec une histoire individuelle ou familiale complexe.

La prise de produit peut aussi masquer des troubles psychopathologiques importants, d'où la nécessité de le signifier aux parents afin qu'ils puissent reconnaître ces troubles, de les soutenir et de les orienter vers une prise en charge psychiatrique.

Le nombre de consultations n'est pas fixé à l'avance. Parfois une ou deux consultations peuvent suffire, dans des situations plus complexes un suivi régulier sera nécessaire.

Cette démarche de la famille pourra ou non évoluer vers une prise en charge du jeune par notre équipe. Bien souvent, le jeune est dans le déni de ses difficultés avec le produit et ne souhaitera pas nous rencontrer. Mais c'est en soutenant les parents dans leur rôle de parent, en prenant en compte leurs difficultés que nous pouvons les aider à réamorcer le dialogue et ainsi mieux aider le jeune.

Actuellement il s'agit essentiellement d'entretiens parentaux, avec les deux parents ou comme c'est le cas le plus souvent, la mère se présente seule à l'entretien.

A l'avenir, nous souhaitons mettre en place de manière plus régulière des entretiens familiaux avec la présence du jeune. (A condition bien sûr que le jeune soit partie prenante de cette démarche.)

L'entretien familial est un espace clinique qui se construit à partir de la capacité de chacun de parler de son éprouvé personnel face à une situation conflictuelle.

Les entretiens familiaux permettent d'être attentifs à la compréhension de ce qui transforme la communication ou l'empêche, de ce qui se dit de la relation entre les personnes et de mieux comprendre les interactions familiales et les modalités d'expression des émotions.

Cet espace de rencontre devra être suffisamment contenant et sécurisant face aux événements complexes qui viennent déstabiliser le groupe familial et permettre de recréer du lien, de faire circuler la parole entre les membres de la famille.

Par ailleurs, dans le cadre de ce travail avec les familles nous souhaitons mettre en place **un groupe de parole** réunissant plusieurs parents vivant une expérience similaire avec leur enfant : la consommation de substances psychoactives.

L'objectif de ces rencontres est de permettre aux participants de trouver un soutien mutuel grâce au groupe de pairs.

En effet, cet étayage par le groupe de pairs est susceptible de redonner confiance aux parents dans leurs ressources, de leur permettre de sortir de leur isolement, en trouvant un espace contenant et sécurisant où ils pourront questionner leurs inquiétudes, mais aussi les conflits relationnels qu'ils rencontrent avec leur adolescent cela afin que chacun puisse mieux accepter les possibilités et les limites de son rôle de parent.

Il s'agira d'un groupe ouvert qui se réunira une fois par mois pendant deux heures

5. La prévention des conduites addictives

Dans le département, l'Association Rimbaud se positionne comme l'un des acteurs de la Prévention des conduites addictives.

Dans ce domaine, elle a pour objectif de faire reconnaître ses interventions par les villes et les différentes institutions (Education Nationale, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Université, écoles privées etc...) et de rechercher les financements nécessaires.

En lien étroit avec l'ADMILT qui assure la coordination des actions de prévention, une convention est établie entre l'utilisateur et l'Association Rimbaud, précisant la thématique de l'intervention et les conditions de sa réalisation, notamment financières.

a-Evolution de la notion de prévention

Au fil du temps, la démarche préventive a évolué dans ses objectifs, ses méthodes, et ses moyens. En référence à la nomenclature de l'OMS et dans le champ des toxicomanies, il était d'usage de distinguer trois niveaux de prévention :

- **la prévention primaire** s'adresse aux personnes n'ayant jamais consommé de substances psychoactives ;
- **la prévention secondaire**, où le jeune qui a dépassé le stade des premières consommations serait susceptible de s'installer dans un usage nocif et de s'inscrire durablement dans la dépendance ;

- **la prévention tertiaire** qui concerne les personnes déjà installées dans la dépendance aux produits et qu'il convient d'aider à atténuer cette dépendance par un dispositif de soins adaptés et en prévenir la récurrence. Une autre option de la prévention tertiaire recouvre le champ des actions de réduction des risques du fait des consommations.

Aussi, compte tenu des évolutions des consommations, de l'offre accrue de nouveaux produits, des usagers de plus en plus jeunes (dès 10 ans pour certains...) avec une appétence forte pour certaines drogues (alcool, tabac, cannabis, ecstasy), il devient, à l'heure actuelle, très difficile de cibler et d'évaluer lors des interventions de prévention les jeunes qui relèvent de la prévention primaire ou secondaire.

A l'heure actuelle, ces notions ne semblent plus adaptées. Il nous semble plus intéressant de se centrer sur la diversité des comportements de consommations.

Ce qui est important, ce n'est pas tellement le produit en tant que tel mais c'est le comportement vis à vis du produit, il faut donc amener la personne à réfléchir sur la relation qu'elle entretient avec le produit.

Cette démarche globale s'inscrivant dans le cadre de l'éducation à la santé, prend en compte l'ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives, les personnes et le contexte de consommation.

Trois types de comportements de consommation sont répertoriés :

- **l'usage**
- **le comportement d'abus**
- **la dépendance, nécessitant une prise en charge spécifique**

En fonction de ces comportements, différents objectifs vont être visés :

1. prévenir l'usage, avant l'initiation (prévention précoce à l'école primaire et début du collège)
2. empêcher la survenue de dommages d'ordre médico-psycho-social.

C'est ici que s'inscrit la réduction des risques comme par exemple le programme échanges de seringues. Dans un souci de cohérence du travail en réseau, les actions de réduction des risques par échange du matériel d'injection ont été confiées aux pharmacies d'officines dans le Sud de la Loire (St-Etienne et Montbrison). L'équipe roannaise, déjà engagée dans le PES continue de le pratiquer en coordination avec les officines adhérentes en « PEMIO » sur l'agglomération. L'association s'emploie à faire la promotion de cette prestation de nos partenaires pharmaciens

b-Notre démarche d'intervention

Notre démarche de prévention s'inscrit dans les premiers axes.

Ces conduites à risque pouvant entraîner la dépendance font l'objet d'une approche clinique où sont abordées avec le jeune les raisons de l'usage, du mal être éventuel plutôt que d'une description du produit et de leurs effets. Le contexte de vie du jeune et sa parole sont plus significatifs que le produit lui-même. L'approche clinique situe la substance dans son contexte de vie.

Notre pratique de la prévention rejoint la conceptualisation de Patrick DESSEZ :

*« L'éthique de la prévention clinique est l'affirmation, par le choix du cadre d'écoute et par l'attention au sujet, que la parole peut se réinscrire dans la recherche singulière d'une vie bonne avec les autres ».*¹

¹ DESSEZ Patrick : « Ethique en prévention des risques addictifs » février 2002

Objectifs :

Amener le jeune à réfléchir et à se responsabiliser au regard des produits consommés (méthodes interactives, supports vidéo, etc...).

Par une auto-évaluation de ses usages, l'aider à mesurer l'état d'une éventuelle dépendance et lui permettre de faire lui-même le choix de l'abstinence ou d'avoir recours à une démarche de soins librement consentie au Centre Rimbaud.

Trois axes d'actions préventives seront alors envisagées :

1er axe : la prévention précoce en milieu scolaire

La prévention précoce (classes de 6ème et 5ème, voire élèves de l'enseignement primaire) fait partie des mesures prioritairement annoncées par le Plan Quinquennal 2004/2008 de la MILD. A ce titre, nous ne pouvons laisser ce champ de pratiques se développer sans nous y associer, d'autant que nous sommes sollicités. Toutefois, les méthodes utilisées et validées pour des élèves plus âgés ne sont pas transposables avec les 8-12 ans. Ils conçoivent assez mal l'idée de « dépendance, de comportements à risques » et se représentent encore les situations sous l'angle du bon et du mauvais pour la santé. Des outils pédagogiques permettent de répondre de façon adaptée en renforçant l'estime de soi et en développant leurs compétences personnelles.

2ème axe : la prévention des conduites à risque liée à l'usage de substances psychoactives chez les adolescents et jeunes adultes

- *Les jeunes fragilisés représentant des risques potentiels à l'usage répété de drogues :*
 - émanant de structures spécialisées et de la protection de la Jeunesse Judiciaire,
 - des structures d'enseignements adaptés (EREA Etablissement Régional de l'Enseignement Adapté), etc...
- *Les jeunes terminant un cycle scolaire (2d degré et parvenant au baccalauréat :* ils sont pas spécialement en danger, ni repérés par les institutions mais restent très souvent attirés par les drogues, soit à titre festif ou culturel. Pour certains, cela leur permet de gérer le stress que représentent à titre d'exemple l'échéance du baccalauréat et la perspective des études universitaires.
- *Les stagiaires de l'insertion ou de l'orientation professionnelle :* GRETA, AFPA, stages MAPP en lien avec les Missions Locales. Cette population de jeunes adultes est souvent en échec scolaire et parfois installée dans des consommations régulières d'alcool, de cannabis, de tabac et parfois d'ecstasy...
- *Les élèves finalisant des formations de type CAP, BEP, BAC PRO, BTS... :* ils sont certains susceptibles de rentrer dans la vie active et ainsi de plus avoir l'occasion d'accéder à une information portant sur le risque lié à l'usage répété de drogues.
- *Le milieu universitaire (IUT, faculté, école d'enseignement supérieur)* où les étudiants, dans le cadre de soirées festives, sont amenés pour certains d'entre eux, à faire un usage immodéré de drogues dans le seul but de « décompresser », occultant ainsi les risques sur leur santé immédiate.
- *Le milieu rural* (qui concerne plutôt la partie nord de la Loire) notoirement sous-équipé en acteurs de prévention et en soin général ou spécialisé. Par conséquent, le développement des pratiques d'usages à risques y est sans doute sous-évalué chez les jeunes. Cet environnement spécifique demande des ajustements dans la pratique de prévention en y associant plus qu'en milieu urbain les acteurs locaux.

Cette présentation correspond à la réalité de nos interventions actuelles. Il sera nécessaire de la faire évoluer en fonction des besoins.

3ème axe : la formation des acteurs relais et animation de prévention : il ne s'agit pas ici de prévenir les risques mais plutôt d'informer, de renseigner et de faire le lien avec d'autres partenaires qui indirectement par le choix d'autres thèmes abordés, contribuent à la prévention des dépendances.

Evoquons :

- *la formation d'adultes relais*, qu'il s'agisse de la sensibilisation de groupes constitués (association familiale, équipements de quartier ...) ou de la formation professionnelle dans le secteur sanitaire et sociale (infirmiers, éducateurs, auxiliaires de vie...).
- *des animations réalisées en partenariat* avec les collectivités (politique de la ville) ou des administrations (CAF, services de prévention santé de la CPAM ou des mutuelles) visant à l'animation de supports interactifs autour des thématiques de la parentalité des facteurs de protection à l'adolescence, etc... (exposition du Centre Jean Bergeret, ex CNDT).

Pour conclure, **« le but de ces actions de prévention est de faciliter une réflexion et une meilleure représentation de son propre rapport aux substances psychoactives pour être capable de choix plus lucides et responsables ».**²



² DESSEZ Patrick, op. cit

VII - LES DIFFERENTS OUTILS AU SERVICE DE CES MISSIONS

Un protocole d'admission se met en place dès qu'une demande concrète est présentée au niveau de l'accueil. Il est alors systématiquement renseigné une fiche de premier accueil.

D'autres procédures se mettront en place selon les outils qu'il conviendra de mobiliser (diagnostics des médecins et psychologue, contrats de séjour, etc...).

1-Le dispositif d'hébergement thérapeutique

Il s'agit d'une palette de formules diversifiées d'hébergement temporaire, au service d'un projet de soin de l'usager.

Le but de cette prestation est généralement de permettre à une personne toxicomane de franchir une étape difficile de son parcours de soin et d'insertion. Il conviendra de repérer les conditions minimales qui permettront de proposer cette formule, à savoir que la personne ait commencé à prendre de la distance vis-à-vis du ou des produits ainsi que du milieu dans lequel elle vit sa toxicomanie.

Ces conditions concerneront également le type et le niveau de pathologie psychiatrique présenté : c'est la raison pour laquelle un avis du médecin psychiatre est systématiquement requis avant toute admission.

Parmi les cas de figure où nous la proposons, les plus fréquents sont les suivants :

- pour ceux qui vivent à la rue, il s'agira de créer les conditions à peu près sereines de se poser la question de la dépendance, sans avoir à chercher chaque soir un endroit où dormir,
- pour ceux qui sortent d'incarcération, l'hébergement temporaire permettra d'engager les premiers contacts permettant de restaurer les liens avec le milieu familial et d'effectuer les démarches de recherche d'emploi et de logement,
- pour ceux qui nous sont adressés par des collègues d'autres CSST (lorsqu'il y a, pour diverses raisons, nécessité d'éloignement de l'intéressé de sa région d'origine), la formule permet de pourvoir dans de bonnes conditions à l'accueil initial,
- pour ceux qui sortent d'une cure de sevrage en milieu hospitalier, le séjour permet de créer un « sas » évitant une confrontation trop brutale à la solitude ou aux habitudes antérieures,
- pour ceux qui sont en attente d'admission dans un Centre Thérapeutique Résidentiel (post-cures), l'hébergement proposé permet d'éviter une rechute brutale liée au découragement de l'attente.

Au-delà de ces quelques situations particulièrement « classiques », la prestation d'hébergement est surtout l'occasion de contractualiser la relation de soin, dans la contrepartie qu'elle constitue en regard de l'engagement dans le projet par la personne. Sorte de « chambre d'hôpital éclatée », le toit fourni par Rimbaud matérialise notre contribution au projet individualisé du patient pris en charge.

Le dispositif d'hébergement comporte trois formules distinctes et adaptées à la diversité des situations :

a - Appartements Relais

Loués par l'Association, ils sont mis à disposition, meublés et équipés. A chaque entrée dans les lieux, il est établi un contrat de séjour personnalisé indiquant les conditions d'occupation.

Ces conditions sont de natures diverses :

- interdiction d'héberger un tiers,
- état des lieux contradictoire à l'entrée et à la sortie,
- conditions financières : participation aux frais en fonction des revenus,
- etc...

...mais les conditions les plus importantes sont celles du suivi qui se mettra en place durant le séjour. Seront ainsi fixés précisément le type et la fréquence des entretiens qui jalonnent ce séjour, les professionnels concernés (psychiatre, psychologue, travailleurs sociaux, etc...) et la durée maximale du séjour.

Le non respect de ces engagements est de nature à provoquer un renvoi immédiat et sans préavis de l'appartement mis à disposition.

b- Conventions passées avec les foyers d'hébergement

Pour les plus jeunes et les moins autonomes de nos usagers, l'accession à un appartement relais classique, dans ce qu'elle représente de confrontation à la solitude, à se retrouver « livré à soi-même » est parfois trop ambitieuse. Il est alors préférable de recourir à une chambre en foyer d'hébergement. La solitude y est moins présente du fait d'une vie semi collective et de l'encadrement éducatif dont disposent ces foyers.

Nous avons ainsi passé convention avec le Foyer Clairvivre, le Foyer Pax à Saint Etienne et le foyer de l'Oudan (Sonacotra) à Roanne pour utiliser l'une de leurs chambres, en fonction de nos besoins et de leurs disponibilités. Le contrat de séjour est relativement comparable à celui qui régit l'admission en ART mais il devient tripartite, ces structures faisant valoir leurs propres exigences à notre égard comme à celui de l'hébergé.

c - Familles d'accueil

Cette formule très originale d'hébergement thérapeutique est particulièrement bien adaptée à des personnes très instables, temporairement incapables d'une vie autonome, qui trouvent là un cadre suffisamment contenant, chaleureux et sécurisant pour consolider un sevrage encore fragile. Nous avons ici recours à des familles qui font la démarche d'accueillir, à leur domicile, au sein de leur vie familiale, les personnes que nous leur confions de façon temporaire. C'est une solution intéressante pour toute indication du type « séjour de rupture », faisant suite à une hospitalisation ou préparant une admission en post-cure.



Le contrat de séjour est, là encore, tripartite, la famille ayant, bien entendu, son mot à dire sur les conditions du séjour. Les familles sont indemnisées en contrepartie des frais engagés pour l'accueil, sur une base de forfait journalier. Elles participent, une à deux fois par an, à des journées d'échange et de formation organisées par le Centre.

L'organisation du séjour suppose, la plupart du temps, une visite hebdomadaire de l'animatrice du réseau, dans la famille accueillante. Celle-ci peut, à tout moment et au même titre que l'équipe du Centre ou l'intéressé lui-même, décider de mettre fin au séjour s'il ne s'effectue pas dans des conditions satisfaisantes.

Le réseau de familles d'accueil de Rimbaud s'inscrit dans le cadre de la charte nationale qui régit le dispositif.

2. Le dispositif d'accompagnement des toxicomanes sous main de justice

Les actions en direction de ce public s'exercent dans le cadre de Conventions Départementales d'Objectifs (CDO) conclues annuellement entre l'Association et le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Elles concernent deux champs d'intervention distincts :

- L'accompagnement des personnes toxicomanes incarcérées pour infraction à la législation sur les stupéfiants et la préparation à leur sortie d'incarcération.
- La mise en œuvre des mesures d'aide et de Réparation prononcées par les tribunaux pour mineurs, en lien avec les services éducatifs de la Justice.

a- Le travail en milieu carcéral

Il repose sur l'organisation de permanences éducatives programmées au sein de la Maison d'Arrêt de La Talaudière, à raison de deux demi-journées par semaine pour les détenus du centre et du sud du département (assurées par un éducateur de l'équipe stéphanoise) et deux demi-journées par mois pour ceux du roannais (assurées par l'assistante sociale de l'équipe de Roanne).

Une information est diffusée aux détenus qui s'inscrivent, à leur demande ou sur prescription du service social, pour un ou plusieurs entretiens.

Les objectifs de ce suivi sont multiples :

- soutien relationnel pour affronter la vie carcérale ;
- maintien du lien social par la liaison avec le milieu familial ;
- coordination des acteurs de la procédure (avocat, SPIP, UCSA...) en charge chacun de l'un des aspects de la situation du détenu ;
- préparation à la sortie : réalisation des conditions optimales de sortie tant du point de vue logement et emploi que du point de vue des démarches administratives ;
- accès au soin durant et après l'incarcération ;
- domiciliation épistolaire, garde des effets personnels, entretien du logement (si logement il y a), etc...

La convention encadrant ce champ d'intervention détermine un objectif quantitatif et qualitatif en terme de nombre de bénéficiaires du suivi.

Elle fixe également un quota d'appartements thérapeutiques affectés aux détenus sortants sans solution de logement ou devant bénéficier d'un accompagnement renforcé après le « sevrage forcé » que peut parfois constituer le séjour carcéral.

b - Les mesures en direction des mineurs sous main de justice (mesures d'aide et de réparation)

Cet axe de travail est apparu récemment dans le champ d'intervention de l'Association. Il s'est avéré nécessaire de construire un dispositif d'accueil spécifique, devant la prolifération des poursuites judiciaires à l'encontre des mineurs arrêtés en possession de cannabis.

La particularité de ce travail, c'est qu'il s'effectue sur injonction du juge des mineurs et non sur demande spontanée de l'intéressé. Il a donc fallu imaginer un protocole susceptible d'entraîner l'adhésion des jeunes concernés.

Le protocole d'accueil des mineurs en MAR à Saint Etienne

Il s'établit aujourd'hui comme suit :

- après orientation par les services sociaux de la justice, il est programmé 4 rencontres :
- un premier entretien individuel avec un éducateur, consacrée à une première écoute des difficultés du jeune et à une présentation de la démarche qui lui est proposée. Il est procédé également à un rappel à la loi (qu'est-ce que la M.A.R. ?) et à une autoévaluation des consommations ;

- un deuxième temps en groupe, animé par le couple éducateur-psychologue avec 4 à 5 jeunes, le support utilisé pour lancer la discussion est le photolangage³. Nous avons été amenés à constituer ces groupes sur le constat que l'adolescent ressent le groupe de pairs comme un espace médiateur identificatoire plus crédible que le milieu familial ou l'adulte travailleur social. Cet étayage par les pairs s'avère un moyen efficace d'emporter l'adhésion du jeune à la démarche ;
- un troisième temps, toujours en groupe où le débat s'organise sur le trio de produit alcool/cannabis/tabac, la motivation à les consommer, les conséquences des ces consommations. Les supports utilisés au cours de ce temps de groupe sont les documents vidéo ;
- une quatrième rencontre, en individuel avec la psychologue : cette quatrième étape a été ajoutée récemment sur le constat du niveau de difficultés et de souffrance que présentaient certains jeunes. Il nous a paru délicat d'impliquer la psychologue dès le premier entretien, l'image du psy étant parfois perçue comme très négative. Le contact s'effectue en douceur durant les temps de groupe et le quatrième entretien fournit un espace de parole susceptibles de faire émerger une demande de soutien.

Il faut noter que le jeune, au fil des rencontres proposées, est appelé à fournir une production (texte ou dessin) qui matérialisera les comptes à rendre à la justice. En dehors de cette production, le contenu des échanges est garanti par la plus stricte confidentialité.

Le protocole d'accueil des mineurs en MAR à Roanne

A Roanne, le faible volume de jeunes concernés par cette mesure (4 à 5 par an selon le Juge des Enfants) nous contraint à modifier le mode d'action et à pratiquer une prise en charge individualisée. Les modalités décrites ci-dessous ont fait l'objet d'un protocole signé entre le Juge des Enfants, la PJJ et l'association Rimbaud.

Le principe de 3 rencontres doit nous permettre de mesurer la réalité de la consommation du jeune et de lui faire passer les messages de prévention limitant la récurrence. Les entretiens peuvent aussi déboucher sur une orientation vers une structure de soin spécialisée s'il s'avère que des problématiques médicales ou psychiatriques sont associées. Ces rencontres ont lieu hors des plages d'accueil réservées à notre public et de préférence le mercredi après-midi au rythme d'une fois tous les quinze jours.

- La première phase permet au jeune de faire connaissance avec notre structure et ses partenaires. L'équipe (2 salariés) recueille les éléments biographiques et l'histoire de sa consommation. Nous présentons les principes et nous définissons avec lui les objectifs de la MAR.
- L'équipe (2 salariés dont 1 présent au 1^{er} entretien) propose au jeune une réflexion portant sur : l'organisation de sa consommation (son but, ses circonstances, sa gestion), les messages de prévention. Nous lui demandons de produire un travail de réflexion en lien avec la MAR et qui doit approfondir les échanges. Le support peut être choisi par le jeune dans la mesure où cela facilite son expression.
- La troisième phase donne lieu à un bilan de l'évolution du jeune, de sa production et pour ceux que nous sentons en difficultés dans leur consommation, nous les invitons à poursuivre dans le cadre de Rimbaud.

³ Technique consistant à proposer une collection de photos dans laquelle chaque participant est invité à choisir celle qui évoque le mieux le thème choisi, en l'occurrence l'adolescence.

VIII - OBJECTIFS DU SERVICE EN MATIERE DE COOPERATION ET COORDINATION

La volonté de l'Association est de renforcer la coopération et la coordination avec ses différents partenaires :

- **partenaires du milieu sanitaire** : au premier rang desquels l'UTDT à Saint Etienne, le nouveau service d'addictologie de Roanne, mais aussi les pharmaciens d'officine associés à la délivrance des produits de substitution, les médecins de ville appelés à les prescrire,
- **partenaires du travail social** : instructeurs RMI, Centres d'hébergement (CHRS), équipes de prévention, PJJ, SPIP, CCAS.

Ce maillage existe déjà de façon un peu informelle, grâce à l'ADMITL (Association des médecins et intervenants en toxicomanie de la Loire) qui réunit le « noyau dur » de ces partenaires.

Nous nous proposons de le structurer sous forme de « Groupement de coopération sanitaire » apte à développer une réelle prise en charge globale des patients en se dotant d'outils de recueil et de mise en commun de l'information (dossier partagé) et en instituant des instances de concertation susceptibles d'optimiser :

- la gestion des prescriptions médicamenteuses, et tout particulièrement les traitements de substitution, pour mettre en cohérence projet de soin et projet d'insertion sociale et professionnelle. Ceci permettrait également de limiter le nomadisme médical et pharmaceutique, comportement récurrent dans le parcours d'un patient toxicomane ;
- les orientations de patients vers d'autres institutions, lorsque cela s'avère nécessaire (Hospitalisations, lieux de sevrage ou de post-cure) ;
- de réaliser enfin une réelle action de prévention et de dépistage précoces (*cf. projet en cours de réalisation de consultations décentralisées*).



IX - L'EVALUATION : OBJECTIFS

Il est désormais indispensable de se doter des moyens d'évaluer de façon continue la qualité et la pertinence des prestations proposées par l'association. Dans un domaine aussi complexe et évolutif que le monde de la toxicomanie, il faut s'attendre à ce qu'il existe des écarts importants entre les attentes (forcément diverses) des bénéficiaires, l'offre déclarée par l'association, les prestations réellement fournies et la commande de l'administration.

Il ne suffira plus de constater ces écarts et de les déplorer. Il convient de les mesurer et, autant que faire se peut, de les réduire. Là encore, cette démarche d'évaluation ne saurait se concevoir seulement en interne : elle devra concerner l'ensemble des partenaires associés au projet de prise en charge. Et bien entendu, elle devra associer étroitement les bénéficiaires.

1. La base de l'évaluation : un référentiel de « bonnes pratiques »

Les professionnels de l'équipe, justifiant, pour la plupart, de nombreuses années de pratique dans la prise en charge de la toxicomanie, ont élaboré, au fil du temps, des pratiques adaptées à cet objectif. On peut en repérer un certain nombre, par exemple :

- la contractualisation des séjours,
- l'organisation de l'accueil bas seuil,
- l'implication dans les réseaux de partenaires,
- la prise en compte du patient dans sa globalité.

On pourrait sans doute en citer bien d'autres... Il n'en reste pas moins que ces pratiques relèvent largement de la tradition orale. Faute d'être listées et organisées sous forme de référentiel, il est illusoire de les voir réellement instituées collectivement. Il faudra donc se mettre d'accord sur l'établissement d'un tel référentiel opposable à chacun en cas de différend. C'est même la condition préalable à un réel travail d'équipe.

2. Les protocoles de contrôle qualité

a) Vis-à-vis du bénéficiaire

Celui-ci souhaite une réponse à ses attentes et ses besoins. Cela suppose de multiples démarches qui permettent d'apporter à chacun une réponse idoine et personnalisée.

Ces protocoles concerneront les domaines d'intervention suivants :

1) L'information :

Un certain nombre d'outils et de supports existent déjà :

- plaquette de présentation
- livret d'accueil
- intervention extérieure de formation et d'information
- accueil téléphonique initial



D'autres sont en cours de réalisation :

- site web
- le présent projet d'établissement

2) Le dossier unique (en cours d'élaboration)

Ce dossier a une triple finalité ; il devra permettre :

- le suivi de l'évolution de la personne et l'évolution de son projet de soin
- le partage de données avec les partenaires associés à la prise en charge
- le recueil de données épidémiologiques

Il devra comporter :

- une fiche d'accueil incluant des informations d'ordre social et médical
- des éléments de suivi médical
- des éléments de suivi médico-psychologique
- des éléments de suivi social
- le projet individualisé de prise en charge de l'intéressé

C'est l'infirmière du centre qui est en charge de coordonner la constitution et le suivi de ce dossier qui doit être consultable et renseigné par chacun des professionnels concernés par la prise en charge.

3) Le projet individualisé de la personne accueillie

Le dossier unique comportera notamment un volet consacré au projet individuel du patient, conçu de telle façon que celui-ci puisse se l'approprier et s'en servir de référentiel pour mesurer sa propre évolution.

4) La contractualisation

Déjà au cœur des pratiques dès qu'il est proposé un hébergement thérapeutique (voir plus haut présentation des contrats de séjour), cette dimension devrait concerner également les prises en charge en ambulatoire. Il faudra trouver des modalités qui permettent de matérialiser dans la relation de soin, un réel engagement de la personne dans le projet qu'elle élabore avec nous.

b) Vis-à-vis de l'administration

Depuis de nombreuses années celle-ci nous sollicite pour répondre à de multiples enquêtes à finalité statistique, dont l'intérêt ne nous semble pas toujours évident. La fiche d'accueil citée plus haut, a été conçue et élaborée... pour permettre de répondre aussi bien aux divers questionnaires épidémiologiques dont nous sommes destinataires, qu'à l'élaboration des rapports d'activité annuels transmis à la DASS.

Il faut s'attendre à un renforcement de ces contrôles, dans un contexte où l'action sanitaire et sociale ne pourra pas indéfiniment coûter de plus en plus cher. L'administration souhaite, légitimement, interroger le rapport coût/qualité/quantité des prestations et il nous appartient d'ores et déjà de procéder nous-mêmes à cette évaluation en imaginant, à coût égal, les meilleures réponses possibles. A cet égard, il faudra raisonner les évolutions prévisibles du projet en termes de redéploiement de moyens, plutôt qu'en termes de croissance des moyens.

c) Vis-à-vis de la mise en œuvre du projet de service

Trois outils sont aujourd'hui en place pour permettre ce contrôle :

- des réunions d'analyse de la pratique professionnelle organisées toutes les trois semaines et réunissant les membres des deux équipes, animées par un psychosociologue. Ce travail ne prendra tout son sens que s'il s'exerce en référence au présent projet de service, voire s'il permet de le faire évoluer.

- Des rencontres approfondies entre la direction et chaque salarié, programmées annuellement. Elles permettent de re-questionner la pertinence de chacune des fiches de poste et, le cas échéant de les actualiser. Ces entretiens ont aussi pour but de mesurer l'indice de satisfaction du salarié quant à ses attentes vis-à-vis de son emploi. Là encore, il conviendrait peut-être, d'associer à cette concertation un représentant du Conseil d'Administration.
- Des journées d'études annuelles réunissant tous les salariés et une partie du Conseil d'Administration. Ces réunions ont clairement pour but de mettre en cohérence l'objet social porté par la politique associative et la philosophie du projet de service mis en œuvre par l'équipe.



X - PERSPECTIVES

Six axes de travail s'offrent à nous, à court ou moyen terme pour faire évoluer et enrichir le projet de l'association.

1. **Le premier concerne le centre d'accueil et de soin en ambulatoire qui doit s'intégrer dans le futur groupement de coopération sanitaire, proposé à la DASS et qui associera l'UTDT et des praticiens libéraux.** Cette nouvelle organisation nous amènera inmanquablement à adapter nos pratiques à un contexte de travail où les partenaires deviendront, à nos côtés, autour du même projet de prise en charge ;
2. **Le deuxième concerne le projet de consultation de dépistage précoce que la DASS nous a demandé de présenter.** (Il faut noter d'ailleurs, dans la perspective de constitution d'un groupement précité, que Rimbaud et UTDT ont répondu conjointement à l'appel d'offres) ;

Ce projet nous intéresse particulièrement pour trois raisons :

- il permet d'intervenir plus en amont du processus de dépendance,
 - il permettra d'abonder l'orientation des jeunes consommateurs vers les mesures qui leur sont proposées. (Le protocole de 4 entretiens -décret plus haut- ne concerne actuellement que les seules orientations de la justice),
 - il fournira des occasions d'interventions à l'extérieur favorables au développement du travail partenarial.
3. **Le troisième concerne l'écoute-parents, qui devrait évoluer, comme le travail auprès des adolescents, vers l'organisation de groupes de pairs, animés par un couple éducateur/psychologue.** Ce chantier est déjà lancé mais il s'avère beaucoup plus difficile à réaliser, compte-tenu des réticences des intéressés à échanger au sein d'un groupe, sans compter d'autres difficultés techniques liées à la disponibilité et aux horaires. Nous pensons que ce n'est malgré tout qu'un problème d'« amorçage » et que cette action se concrétisera en 2005.
 4. **Le quatrième vise à une meilleure couverture du territoire départemental par un travail d'évaluation du phénomène toxicomanie** dans les zones insuffisamment concernées par l'action de l'association (Montbrisonnais, plaine du Forez mais aussi Vallée du Gier et de l'Ondaine). Cette étude devra déboucher sur des préconisations d'interventions.
 5. **Le cinquième point concerne le développement global de l'antenne roannaise.**
 - Fin 2004, l'attribution d'un temps partiel d'infirmière va nous permettre de développer le secteur du soin (soins somatiques, prévention, réduction des risques et dépistage, partenariat accru avec le milieu médical) et de reprendre le terrain du social sur un mode plus dynamique.
 - Deux conventions sont en cours ayant pour objet l'amélioration du partenariat avec le milieu hospitalier en addictologie (ELSA) et en psychiatrie (PRAPS).
 - L'offre d'hébergement en foyer Sonacotra étant insatisfaisante, l'équipe souhaite faire évoluer ce projet en optant pour un appartement autonome, en ville, qui permette de travailler sur un modèle d'appartement thérapeutique.
 6. **Le sixième point implique une collaboration accrue dans le cadre des alternatives à l'incarcération et les aménagements de peine** (placement en famille d'accueil).

XI - GLOSSAIRE DES SIGLES

ADMITL	Association Départementale des Médecins et Intervenants en Toxicomanie
AFPA	Association de la Formation Professionnelle des Adultes
ALPIES	Association pour l'Insertion par l'Emploi Saisonnier
ANPA	Association Nationale Prévention Alcoolisme
ART	Appartements Relais Thérapeutiques
ASL	Association Service Logement
CAF	Caisse d'Allocation Familiales
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDO	Convention Départementale d'Objectifs
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale
CLI	Commission Locale d'Insertion
CNDT	Centre National de Documentation sur la Toxicomanie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CROSMS	Commission Régionale d'Organisation du Secteur Médico-Social
CSST	Centre Spécialisé de Soins en Toxicomanie
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ELA	Equipe de Liaison en Addictologie
ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EREA	Etablissement Régional de santé et d'Enseignement Adapté
FNARS	Fédération Nationale des Associations de Réadaptation Sociale
GRETA	Groupement d'Etablissements
IUT	Institut Universitaire de Technologie
MAPP	Mobilisation Autour d'un Projet Professionnel
MAR	Mesure d'Aide et de Réparation
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Dépendance et les Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEMIO	Programme d'Echanges de Matériel Injectable en Officine
PES	Programme d'Echange de Seringues
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SAVA	Service d'Adaptation à la Vie Active
SDF	Sans Domicile Fixe
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
UCSA	Unité de Consultation de Soins en Ambulatoire
UTDT	Unité de Traitement des Dépendances et des Toxicomanies
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHC	Virus de l'Hépatite C