



Centre de Soins Spécialisé  
pour Toxicomanes

## **PROJET D'ETABLISSEMENT JANVIER 2009**

I - La commande publique	1
Eclairage épidémiologique sur la réalité régionale du phénomène de l'addiction chez les jeunes	1
Introduction	2
Plan de la synthèse	2
Quelques concepts et éléments de définition	4
1. Vue d'ensemble	4
1.1 Généralités	4
1.2 Consommations à l'adolescence : tendances émergentes	5
2. Pratiques addictives des adolescents en Languedoc-Roussillon	7
2.1 A l'échelle régionale	7
2.2 A l'échelle des départements	8
3. La prévention en Languedoc-Roussillon	10
3.1 Contexte législatif et orientations des politiques publiques	10
3.2 Prévention : points faibles et points forts	12
II - Les cadres réglementaires de référence	14
1.1 Cadre général	14
1.2 Prescription, délivrance, approvisionnement et gestion des médicaments dans les CSAPA	15
III - Les missions du Centre Arc en Ciel	17
1. A partir des orientations nationales, ce que sont les missions du CSAPA « Arc en Ciel »	17
1.1 Missions obligatoires	17
1.2 Les prises en charges proposées au Centre Arc en Ciel	18
1.3 La réduction des risques et des dommages	34
IV - Les appartements thérapeutiques	35
1.1 Introduction	35
1.2 Le pré-accueil	36
1.3 L'accompagnement	38
1.4 Questions autour des transgressions et éventuelles rechutes	40
V - Les actions délocalisées	41
A - L'antenne située au sein du CHBT de Sète	42
B - La consultation « Jeunes consommateurs »	47
C - La permanence d'accessibilité aux soins Clermont-l'Hérault	54
D - La permanence d'accessibilité aux soins de Lunel	56
E - La permanence implantée à la Maison d'Arrêt de Villeneuve les Maguelone	58
VI - Synergie et partenariat	60
1 - La commission « justice-toxicomanie »	60
2 - Le partenariat	62

VII - Le secteur Prévention-Formation-Conseil en Addictologie	64
VIII - Supports d'information à l'adresse du public accueilli	66
IX - Perspectives de développement	70
X - Fiches de poste du personnel de l'établissement	72
XI - Tableau des effectifs	79
XII - Glossaire	80

## **I - LA COMMANDE PUBLIQUE**

## I - LA COMMANDE PUBLIQUE

**Eclairage épidémiologique sur la réalité régionale du phénomène de l'addiction chez les jeunes.**

*Jeunes et addictions en Languedoc-Roussillon*

### **1. Vue d'ensemble**

- 1.1 Généralités,
- 1.2 Consommations à l'adolescence : tendances émergentes.

### **2. Pratiques addictives des adolescents**

- 2.1 A l'échelle régionale,
- 2.2 A l'échelle des départements.

### **3. La prévention en Languedoc-Roussillon**

- 3.1 Contexte législatif et orientations des politiques publiques,
- 3.2 Prévention : Points forts/points faibles.

## Introduction

---

Les premiers travaux de l'Observatoire régional de la jeunesse ont pour objectifs de dresser un portrait de la jeunesse en Languedoc-Roussillon. La mise en perspective des conduites addictives des jeunes de la région s'inscrit dans ce cadre et, compte tenu des orientations définies par le dispositif régional, la tranche d'âge observée concerne les 15-25 ans.

Ce travail est porté par l'association AMT Arc en ciel, membre de l'observatoire, du fait de sa compétence spécifique dans le champ du soin et de la prévention des addictions.

Il est utile de préciser que si, au niveau national, les séries chiffrées, les enquêtes en population générale (de type déclaratives), les statistiques administratives, les données de vente et les études qualitatives constituent les grandes catégories de sources d'information fiables dans ce domaine, peu d'entre elles sont exploitables à une échelle régionale.

Les données locales potentiellement exploitables ne sont toutefois pas inexistantes (enquêtes territorialisées, productions institutionnelles, rapports d'activité, etc.). Mais celles-ci proviennent de sources très variées (opérateurs de l'insertion, de l'éducation, de la santé ou de la sécurité publique en lien avec le public cible) et leur traitement suppose une démarche de recueil systématisé que nous n'avons pas jugé opportun d'engager dans un premier temps.

Cette synthèse, de fait, n'a donc pour ambition que de proposer une photographie du phénomène et des tendances au plan local de façon aussi globale que possible.

- Ont ainsi été privilégiées les données issues de documents secondaires produits :
- au plan national mais permettant une exploitation régionale : enquête ESCAPAD / OFDT,
  - au plan régional et permettant des déclinaisons départementales : Observatoire Régional d'Epidémiologie Scolaire / ORES,
  - au plan départemental : diagnostics territoriaux, plans départementaux de prévention

## Plan de la synthèse

Le document comprend trois parties. La première présente une vue d'ensemble au regard des différents produits concernés et des évolutions des consommations des adolescents en France tant il est clair que les comportements propres aux jeunes Languedociens font globalement écho aux tendances émergentes observées auprès des jeunes Français.

Quelques particularités régionales existent néanmoins. Celles-ci sont mises en perspective dans la seconde partie consacrée à la présentation des pratiques de consommations des adolescents et jeunes adultes en Languedoc-Roussillon. En fonction des données collectées, une déclinaison pour les départements de l'Hérault, du Gard et des Pyrénées Orientales est également proposée.

La troisième partie s'attache à éclairer le contexte légal, institutionnel et opérationnel dans lequel se développe la prévention des conduites addictives sur le territoire. Elle expose notamment certains besoins identifiés ainsi que les orientations prioritaires et les dispositifs mobilisés à l'échelle régionale ou départementale.

## Quelques concepts et éléments de définition

« Par convention, le terme « drogues » couvre l'ensemble des substances psychoactives naturelles ou synthétiques comprenant les substances illicites, les médicaments détournés, l'alcool, le tabac »<sup>1</sup>. Cette définition ne s'appuie pas exclusivement sur la toxicité intrinsèque des produits mais tient compte également des conséquences des consommations sur la santé et la vie en société.

La consommation se caractérise par deux aspects fondamentaux : la quantité consommée et la fréquence de consommation. C'est pour quoi l'approche par les « modes de consommation » est venue compléter l'approche « produits » introduisant une gradation dans les comportements des usagers. La communauté scientifique internationale<sup>2</sup> en distingue trois catégories : l'usage expérimental ou occasionnel n'entraînant pas de dommages, l'usage nocif (ou abusif ou problématique) et la dépendance impliquant des dommages sanitaires, sociaux et/ou judiciaires. C'est dans cette dernière acception que s'entend le terme de toxicomanie, lorsque l'addiction concerne les drogues illicites. Mais on parle de conduites addictives quelles que soient les substances consommées seules ou en association (polyconsommation/polyaddiction).

La mise en perspective de l'ampleur des consommations des différentes drogues oblige à préciser les « niveaux de consommation » à partir d'indicateurs couramment utilisés au niveau international. L'expérimentation, l'usage dans l'année, l'usage régulier sont ici les principales catégories retenues.

Catégories d'usage	Fréquences de consommation	Spécificités
Expérimentation	Au moins une fois au cours de la vie	englobe les consommateurs actuels mais aussi ceux ayant essayé et/ou abandonné leur consommation
Usage dans l'année	Au moins un usage dans l'année	<b>Pour le tabac</b> , il s'agit de personnes déclarant fumer ne serait-ce que de temps en temps
Usage régulier		<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Alcool</b> : au moins 3 consommations /semaine,</li><li>- <b>Ivresse régulière</b> : au moins 10 épisodes au cours de l'année,</li><li>- <b>Tabagisme quotidien</b>,</li><li>- <b>Cannabis</b> : 10 consommations / mois,</li><li>- <b>Somnifères ou tranquillisants</b> : usage dans la semaine.</li></ul>

Certains indicateurs présentés dans ce document sont issus d'enquêtes produites selon des protocoles méthodologiques incluant d'autres catégories d'usage.

<sup>1</sup> Définition de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)

<sup>2</sup> OMS (CIM 10-1992) et l'Association américaine de psychiatrie (DMS IV-1994)

C'est le cas notamment de l'enquête menée par l'Observatoire Régional d'Epidémiologie Scolaire auprès des classes de 3<sup>ème</sup> qui distingue, quels que soient les produits cités, les niveaux de consommation suivants : Jamais / Une fois / Plusieurs fois / Souvent. Par ailleurs, la question des substances illicites est couverte sous l'appellation générique de « drogues » laissant supposer qu'il s'agit de consommations de cannabis sans le préciser.

## 1. Vue d'ensemble

### 1.1 Généralités :

En France, toutes générations et catégories d'usage confondus, l'alcool et le tabac sont les substances psychoactives les plus consommées. Les médicaments psychotropes<sup>3</sup> se classent en 3<sup>ème</sup> position bien qu'il soit difficile de distinguer ce qui relève des usages thérapeutiques et non thérapeutiques. Le cannabis est de loin le produit illicite le plus consommé.

Concernant les usages réguliers, les hommes sont plus consommateurs que les femmes à l'exception des médicaments psychotropes. Avec l'âge, le tabagisme tend à diminuer alors que l'usage d'alcool a tendance à augmenter. Du point de vue des différences entre générations, les produits illicites sont principalement consommés par les plus jeunes. Mais en dehors du cannabis (expérimenté par un Français sur cinq et un adolescent sur deux), les autres substances illicites ne concernent qu'une faible part de la population.

**Tableau 1 - Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans**

	<b>Expérimentateurs</b>	<b>dont usagers dans l'année</b>	<b>dont réguliers</b>	<b>dont quotidiens</b>
<b>Alcool</b>	42,5 M	39,4 M	9,7 M	6,4 M
<b>Tabac</b>	34,8 M	14,9 M	11,8 M	11,8 M
<b>Médicaments psychotropes*</b>	15,1 M	8,7 M	//	//
<b>Cannabis</b>	12,4 M	3,9 M	1,2 M	550 000
<b>Cocaïne</b>	1,1 M	250 000	//	//
<b>Ecstasy</b>	900 000	200 000	//	//
<b>Héroïne</b>	360 000	//	//	//

<sup>3</sup> Sont inscrits dans cette catégorie les hypnotiques (ou somnifères), les anxiolytiques (ou tranquillisants), les antidépresseurs et les neuroleptiques (ou antipsychotiques)

**Sources : ESCAPAD 2003, OFDT ; ESPAD 2003, INSERM/OFDT/MJENR ; Baromètre santé 2005, INPES, exploit. OFDT**

// : non disponible

\* : la question exacte est :

« Au cours de votre vie, avez-vous pris des médicaments pour les nerfs, pour dormir, comme des tranquillisants, des somnifères ou des antidépresseurs ? », qui porte sur la nature des produits et la destination de l'usage.

NB : le nombre d'individus de 12-75 ans en 2005 est d'environ 46 millions.

### 1.2 Consommations à l'adolescence : tendances émergentes :

A titre indicatif, rappelons que l'expérimentation de substances psychoactives et les consommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis entre 18 et 25 ans en France concernent, en 2005 :

**Tableau 2 - Expérimentation de substances psychoactives et consommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis parmi les personnes de 18 à 25 ans (en %) (extrait)**

	<b>Expérimentation à 18-25 ans</b>	<b>Consommation régulière à 18-25 ans</b>
<b>Alcool</b>	85,3 (1)	7,6
<b>Tabac</b>	75,4	36,2
<b>Médicaments psychotropes</b>	21,8	//
<b>Cannabis</b>	47,6	8,7
<b>Poppers</b>	5,6	//
<b>Cocaïne</b>	3,4	//
<b>Ch. hallucinogènes</b>	3,4	//
<b>Ecstasy</b>	4,0	//
<b>Colles et solvants</b>	2,2	//
<b>LSD</b>	1,4	//
<b>Amphétamines</b>	1,0	//
<b>Héroïne</b>	0,9	//

**Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploit. OFDT**

(1) Lecture : 85,3 % des 18-25 ans déclarent avoir déjà bu de l'alcool au cours de leur vie

// : non disponible

Pour la cinquième fois depuis 2000, l'enquête ESCAPAD menée par l'OFDT renseigne sur les évolutions et tendances émergentes des consommations de substances psychoactives des adolescents de 17 ans.<sup>4</sup>

Dans le cadre de cette enquête, des indicateurs spécifiques ont été exploités permettant de se référer aux consommations des jeunes interrogés dans les 30 derniers jours précédents l'enquête.

Indicateur spécifiques	Fréquences de consommation
Usage régulier d'alcool ou de cannabis	Plus de 10 épisodes dans les 30 derniers jours
Usage récent	Au moins un épisode dans les 30 derniers jours
Ivresse régulière	Au moins 10 épisodes dans l'année

Par rapport à l'année 2003, les résultats 2005 font apparaître<sup>5</sup>:

**Une tendance à la baisse pour :**

- ⇒ **L'expérimentation** (72% vs. 77%) et la **consommation quotidienne** (34% vs. 39% des garçons et 32% vs 37% des filles) **de tabac**, confirmant le recul amorcé chez les adolescents depuis 2000. Face aux dernières hausses du prix des cigarettes : 1/3 des fumeurs quotidiens ont réduit leur consommation journalière, 1/3 déclare avoir échoué dans sa tentative d'arrêt et une majorité a modifié son mode d'approvisionnement (cigarettes moins chères, tabac à rouler, achat à l'étranger).
- ⇒ **L'expérimentation et l'usage régulier d'alcool** (18% vs 21% des garçons et 6% vs 7% des filles). La diminution de l'usage régulier concerne surtout les garçons. 30 % des jeunes ayant bu au cours du mois écoulé déclarent l'avoir fait la dernière fois en compagnie de leurs parents. Les usages solitaires sont quasi inexistantes et les consommations ont lieu principalement le week-end.
- ⇒ **L'expérimentation des médicaments psychotropes** parmi les garçons (14,3% vs 11,3%) et les filles (35,5% vs 28,8%). **L'usage régulier** est en diminution parmi les filles (3,3% vs 4,5%).

<sup>4</sup> Enquête déclarative annuelle menée auprès de près de 30 000 jeunes Français présents lors de la Journée d'appel de préparation à la défense (JAPD)

<sup>5</sup> OFDT, Les drogues à 17 ans : évolutions, contextes d'usages et prises de risque, résultats de l'enquête nationale ESCAPAD 2005, *Tendances*, n°49, 2005.

### Une stabilisation pour :

- ⇒ **Le cannabis** que ce soit du point de vue **des expérimentations** (50 % des adolescents) ou des **usages réguliers** (15% des garçons et 6 % des filles). Cette stabilisation semble marquer un pallier après une décennie de forte hausse. Par comparaison avec l'alcool, le cannabis est plus souvent consommé en semaine (32,9 %), entre amis (92,1%) et l'usage solitaire concerne 17,4 % des jeunes interrogés. A noter que 18,3 % des jeunes de 17 ans déclarent en avoir consommé au sein de leur établissement scolaire.
- ⇒ **L'ecstasy**, (3,2 % vs 3,5 % des adolescents) après une hausse observée entre 2000 et 2002.

### Une hausse pour :

- ⇒ **Les ivresses régulières** passant de 6,6% à 9,6% des adolescents entre 2003 et 2005. A titre indicatif, en 2005, plus de la moitié des jeunes de 17 ans (56,6 %) déclarent avoir déjà été ivres au cours de leur vie et près de la moitié (49,2%) au cours des 12 derniers mois. Les bières (57,1%) et les prémix (boissons alcoolisées et sucrées) (48,1%) sont les boissons les plus populaires.
- ⇒ **L'expérimentation** de poppers (5,5% vs 3,3 %), de cocaïne (1,6 % vs 2,5%) et dans une moindre mesure d'amphétamines (1,8% vs 2,2%).

## 2. Pratiques addictives des adolescents en Languedoc-Roussillon

### 2.1 A l'échelle régionale :

A l'échelle régionale, deux productions, fondées sur des enquêtes déclaratives, ont été utilisées dans cette partie. Il s'agit, pour la première, de l'enquête menée par l'Observatoire d'Epidémiologie Scolaire auprès d'un échantillon représentatif d'élèves de 3<sup>ème</sup>. La problématique des pratiques addictives s'intègre à un questionnaire plus global sur l'état de santé des adolescents et les tendances en termes de comportements à risque<sup>6</sup>. Les données disponibles par territoire ou pour des populations spécifiques (étudiants, mineurs délinquants pris en charge par la Protection Judiciaire de la Jeunesse) sont déclinées dans la sous-partie consacrée aux départements.

La seconde est une exploitation régionale de l'édition 2002/2003 de l'enquête ESCAPAD qui permet de repérer les caractéristiques distinctives des usages de substances psychoactives licites et illicites des Languedociens de 17 ans<sup>7</sup>.

- Expérimentations et pratiques addictives des élèves de 3<sup>ème</sup> (à 15 ans)
- ⇒ 78,5 % des élèves ont déjà bu au moins une fois de **l'alcool** et pour 56,7% l'expérience a été répétée. Parmi ceux qui ont déjà bu, 33% déclarent une ivresse au cours des 12 derniers mois. L'impression d'avoir trop bu est signalée par 17,7 % d'entre eux (contre 9,6 % en 1999-2000)

<sup>6</sup> Observatoire Régional d'Epidémiologie Scolaire, *enquête en classes de 3<sup>ème</sup> : résultats 2001-2002. 2005*

<sup>7</sup> OFDT, extrait du rapport, *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français*  
Exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003, Languedoc-Roussillon, 2005

- ⇒ 56,7% des élèves ont déjà expérimenté **le tabac** mais l'expérience est unique pour 19,3% d'entre eux. Les élèves ayant une consommation de tabac indiquent fumer environ 22 cigarettes par semaine.
- ⇒ 19% des élèves ont déjà **expérimenté** la prise de **drogues** et ils sont 12,4% à signaler une **expérience répétée**. A noter une **hausse significative des usages** entre les résultats de l'enquête 1999-2000 et ceux de 2001-2002 (19 % vs 14,3%).
  - Expérimentations et pratiques addictives à 17 ans  
Comparativement aux données nationales, les usages en région sont :
- ⇒ **Dans la moyenne pour les usages** (quelle que soit la fréquence d'usage considérée) de **tabac, de médicaments psychotropes, de boissons alcoolisées**.
- ⇒ **Supérieurs à très supérieurs** pour l'**usage quotidien de cannabis** (7% vs 5,5% au niveau national), **l'ivresse alcoolique répétée** (au moins 3 fois dans les 12 derniers mois) (22% vs 18,9%) et **l'expérimentation d'inhalants** (7% vs 5%), **l'ecstasy** (6,2% vs 4,1%), **de LSD** (2,3% vs 1,3%) et **de cocaïne** (3,1% vs 1,9%).

**Tableau 3 - Caractéristiques distinctives (%)**

	Languedoc-Roussillon	Classement métropole	Reste de la France
Ivresse répétée	22	8	18,9
Cannabis quotidien	7	1	5,5
Expérimentation d'inhalants	7,0	3	5,0
Expérimentation d'ecstasy	6,2	1	4,1
Expérimentation de LSD	2,3	1	1,3
Expérimentation de cocaïne	3,1	1	1,9

**Source : OFDT, ESCAPAD 2002-2003, exploitation Languedoc-Roussillon**

Il est intéressant de souligner que les écarts constatés avec les autres régions françaises sont drainés par **les filles plus consommatrices** que leurs homologues du reste de la France. Ce constat se vérifie en particulier pour **l'ivresse alcoolique, le tabagisme, l'usage quotidien de cannabis et l'expérimentation** de certains produits stimulants ou hallucinogènes (**poppers, produits à inhaler**).

2.2 A l'échelle des départements :

- Expérimentations et pratiques addictives des élèves de 3<sup>ème</sup> (à 15 ans)

Comparativement aux moyennes régionales et au regard des différences observées entre les départements, sont statistiquement significatifs :

- ⇒ **La fréquence des usages d'alcool** (« a bu plusieurs fois » et « souvent ») dans **l'Hérault** (60,6%) et **l'Aude** (57,2%) pour une moyenne régionale de 56,7%.

- ⇒ **L'état d'ivresse** dans les douze derniers mois dans les **Pyrénées Orientales** (42,6% contre 30,3% dans le Gard) pour une moyenne régionale de 33,0%.
- ⇒ **La consommation de tabac** (« a fumé une fois », « plusieurs fois » et « souvent ») dans **l'Aude** avec 63,3% des élèves concernés contre 51,7% dans le Gard et 56,7% au niveau régional. A noter que pour les seuls indicateurs « a fumé plusieurs fois » et « souvent », les **Pyrénées Orientales** rejoignent **l'Aude** (40,2%) avec 40,7% des élèves concernés.
- ⇒ **L'usage** (« une fois », « plusieurs fois » et « souvent ») **de drogues dans l'Hérault** (23,1%) pour une moyenne régionale de 19% d'élèves concernés.

- Spécificités départementales : autres données disponibles

- ⇒ **Dans l'Hérault**, une enquête menée à **Lunel auprès de 399 jeunes de 15 à 22 ans** en 2000 fait apparaître que 49% des jeunes ont déclaré fumer du tabac, principalement des filles et 10% déclarent une consommation d'au moins 15 cigarettes par jour. 18% des jeunes ont déclaré fumer du cannabis dont la moitié signale en consommer plusieurs fois par jour. Concernant l'alcool, 83% ont déclaré boire dont 9% régulièrement et les autres occasionnellement<sup>8</sup>.
- ⇒ En appui à la mise en place du « Programme Santé des jeunes  **dans les Pyrénées Orientales** », un état des lieux a été réalisé<sup>9</sup> sur la base d'un recueil systématisé de données exploitables au niveau du département. Les statistiques des bilans du Service de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) de **l'Université** renseignent sur les **conduites addictives des jeunes de 18 à 25 ans**.

La réalisation de 1310 bilans (576 garçons et 734 filles) en 2003 par le SUMPPS fait apparaître que : 22% des garçons et 20% des filles fument entre 5 et 20 cigarettes par jour. 60% des filles et des garçons boivent de l'alcool de manière occasionnelle. 7% de garçons et 1% des filles déclarent une consommation régulière. 11% des garçons et 1,7% des filles déclarent consommer régulièrement du haschich.

- ⇒ Selon le rapport d'activité 2004, la **Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) du Gard** prend en charge 1611 jeunes toutes mesures confondues (en milieu ouvert et hébergement).

Dès la prise en charge de ces jeunes, le constat est fait qu'au moins 60% d'entre eux consomment régulièrement des produits illicites et plus de 80 % du tabac et de l'alcool de façon excessive. Des évaluations plus précises sont disponibles sur le secteur hébergement où l'on constate que sur 79 jeunes pris en charge dans l'année, la grande majorité a déjà utilisé occasionnellement des produits illicites et 60% de façon régulière. Certains jeunes associent ces produits à des prises de médicaments<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Source : DDASS de **l'Hérault**, GRES Médiation Santé, *La santé des Jeunes dans l'Hérault* : diagnostic départemental réactualisé, septembre 2003

<sup>9</sup> CODES 66, *La santé des jeunes de 12 à 25 ans* : Département des Pyrénées Orientales, dans le cadre de l'élaboration du « Programme Santé des jeunes Pyrénées Orientales Fondation de France DDASS », 2002-2003

<sup>10</sup> Préfecture du Gard, *Plan départemental de lutte contre les drogues et la toxicomanie 2006* (Extrait)

Ces observations sont à mettre en regard d'une enquête INSERM de 2004 portant sur les jeunes placés sous la protection judiciaire de la jeunesse qui met en exergue la surconsommation problématique de ces publics plus exposés que le reste de la population jeune.

### 3. La prévention en Languedoc-Roussillon

#### 3.1 Contexte législatif et orientations des politiques publiques :

Si le contexte législatif et le plan national de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (MILDT) fixent, en France, le cadre de la prévention et la lutte contre les consommations de substances psychoactives, les orientations des politiques publiques dans ce domaine s'articulent également, de façon spécifique ou transversale, au travers de la loi de santé publique et de plans programmes nationaux, régionaux et départementaux.

- Au niveau national
  - ⇒ Cadre législatif :
    - Loi de 1970 sur la prise en charge des personnes toxicomanes qui garantit l'anonymat et la gratuité des soins,
    - Le décret de mai 1987 autorisant la vente libre de seringues hors prescription,
    - L'ouverture des centres méthadone et mise sur le marché du Subutex®,
    - Le décret 2003 sur les CSST,
    - Inclut la réduction des risques (PES) : art. L3121 du CSP.
  - ⇒ La Loi de santé publique développe 6 objectifs quantitatifs et qualitatifs relatifs à la problématique « drogues » pour l'alcool, le tabac, la prise en charge des toxicomanes aux opiacés et des objectifs généraux pour les infections VIH et VHC.
  - ⇒ Le Plan national de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 de la MILDT définit 9 objectifs :
    - La prévention : en particulier pour le cannabis, l'alcool, le tabac, les drogues de synthèse, la sécurité routière et les accidents du travail,
    - La responsabilisation de l'école, les parents, le monde du travail, le milieu pénitentiaire,
    - L'information,
    - L'amélioration du système de soins,
    - Le rétablissement de la portée de la loi,
    - La mobilisation de la recherche,
    - Le renforcement de la coordination au niveau central et territorial.
  - ⇒ Le Plan national contre le cancer (PNS Cancer) 2003-2007 inscrit parmi ses axes prioritaires :
    - la lutte contre le tabagisme avec un effort amplifié en direction des jeunes,
    - le développement de la prévention et de la promotion de la santé notamment concernant l'alcool.

- ⇒ Le Plan national d'éducation pour la santé 2003-2007 s'attache notamment à prévenir les comportements et consommations à risques (accidents, suicide, alcool, tabac ).
- ⇒ La Loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance prévoit de renforcer la pénalisation de l'usage de drogues en direction des mineurs de 13 à 18 ans.
- ⇒ Le Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risques et des conduites addictives (en cours de rédaction).

- Au niveau régional

- ⇒ Le Plan régional de santé publique (PRSP) 2006-2008, intègre :
  - la prévention des usages répétés, excessifs et nocifs de substances psychoactives (Axe 1/objectif 5),
  - le repérage précoce des usages nocifs de substances psychoactives et l'amélioration de la prise en charge des personnes à risques (Axe 3/objectif 14).
- ⇒ Le Programme santé des jeunes (15-25 ans) engagé par le Conseil Régional Languedoc-Roussillon, qui cible en particulier les jeunes les plus en difficulté, inclut parmi ses axes prioritaires, la diminution du recours aux produits psychoactifs.
- ⇒ Le programme régional de santé périnatalité où l'alcool, le tabac ainsi que les substances illicites font l'objet d'un programme spécifique.
- ⇒ Le Schéma régional d'organisation des soins MCO et le plan santé mentale mentionnent l'un et l'autre la question des addictions dans les priorités du volet sanitaire.
- ⇒ L'appel à projet ARH/URCAM de dotation de développement des réseaux de santé mentionne également les conduites addictives parmi les thématiques prioritaires.

- Au niveau départemental

Chaque département se dote de plans départementaux de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, déclinaison adaptée aux besoins locaux du plan national de la MILDT.

- ⇒ Objectifs prioritaires du plan départemental de l'Hérault :
  - Le développement de l'information et de la formation,
  - L'augmentation de la capacité d'hébergement spécialisé,
  - Le développement de la prévention primaire,
  - L'optimisation du soin et de la réduction des risques,
  - Le développement de l'approche tous produits (concept d'addiction).

Le volet prévention primaire inclut :

- la mise en place de nouvelles méthodes d'intervention,
- la professionnalisation des intervenants non spécialisés,
- le développement des interfaces avec l'éducation nationale,
- le développement des actions avec les communes et l'amélioration des réponses aux préoccupations des élus,
- la pérennisation de la semaine départementale de prévention.

⇒ Objectifs prioritaires du plan départemental des Pyrénées Orientales :

- Responsabiliser l'école, les parents, les jeunes par l'augmentation du nombre de CESC dans les établissements scolaires et la mise en place d'actions de prévention en milieu universitaire.
- Agir dans la cité par le développement de lieux d'accueil parents enfants, le développement des compétences des animateurs des dispositifs jeunesse et l'amélioration du dépistage et de l'accès aux soins des jeunes en situation de précarité.
- La mise en place d'un programme de prévention en milieu pénitentiaire notamment en direction des mineurs.

Par ailleurs, une convention Santé/justice développe l'articulation de la prise en charge entre la prison et le dispositif de soin spécialisé et l'amélioration de la mise en substitution des détenus.

Une convention cannabis permet la mise en place d'une cellule d'orientation vers les dispositifs spécialisés.

⇒ Objectifs prioritaires du plan départemental du Gard :

- Améliorer et pérenniser la coordination pour les actions de prévention des comportements de consommation, pour développer les interfaces entre le volet répression/justice/prévention et pour améliorer les collaborations santé/justice sous forme de convention,
- Développer des outils de formation partagée entre les professionnels de l'éducation nationale, de la santé, de la justice et du milieu associatif,
- Mettre en place des lieux d'accueil des jeunes et de leur famille et les implanter selon les besoins du territoire.

### 3.2 Prévention : Points faibles et points forts :

En répondant aux nécessités locales en termes de publics cibles et axes d'intervention prioritaires, les programmes ou plans régionaux et départementaux permettent, de fait, de dégager les évolutions régionales dans le domaine de la prévention des conduites addictives en direction des jeunes sur le territoire.

D'autres études et documents de travail viennent corroborer ou compléter cet état des lieux des points forts ou faibles en prévention en Languedoc-Roussillon.

Il s'agit ici des travaux menés dans le cadre du Schéma régional d'éducation pour la santé<sup>11</sup>, de l'élaboration du schéma régional de l'organisation des soins auprès des maires du Languedoc-Roussillon<sup>12</sup>, les comptes-rendus de groupes de travail thématiques (prévention<sup>13</sup>, soins/santé/justice<sup>14</sup>, í ) ou de bilans d'évaluation d'actions de formation organisées en direction d'élus locaux<sup>15</sup>.

---

<sup>11</sup> Préfecture de la région Languedoc-Roussillon, DRASS, *Schéma régional d'éducation pour la santé Languedoc-Roussillon 2003* : extrait de données en vue des conférences de territoires, 2005

<sup>12</sup> ORS Languedoc-Roussillon, *Consultation des maires du Languedoc-Roussillon* : contribution aux travaux préparatoires à l'élaboration du Schéma régional de l'organisation des soins 3<sup>ème</sup> génération, Rapport d'étude, 2004

<sup>13</sup> CODES Gard, Groupe de travail « prévention » : *plan départemental MILDT 2004-2008*, document de travail, 2006

<sup>14</sup> Coll, Compte rendu du groupe de travail Soins-Santé et Justice : *Plan départemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies du Gard*, 2005

<sup>15</sup> CIRDD Languedoc-Roussillon, *Les élus locaux face aux toxicomanies : comment développer une politique locale*, Programme de formation, Rapport d'évaluation, 2005

<sup>16</sup> Résultats obtenus en utilisant une pondération proportionnelle au nombre d'habitants représentés par chaque maire

## **II - LES CADRES REGLEMENTAIRES DE REFERENCE**

## II - LES CADRES REGLEMENTAIRES DE REFERENCE

### 1.1 Cadre général

L'AMT. gère le Centre de soins conventionné spécialisé pour toxicomanes ARC EN CIEL en référence au cadre réglementaire du secteur. Le texte de référence était jusqu'à ce jour: le décret **92-590 du 29/6/1992** commenté par la circulaire DGS/2D, N°56 du 6 Octobre 1992.

Dans le cadre de la transformation des Centres de Soins Spécialisé pour Toxicomanes (CSST) en Centres de Soins , d'Accompagnement et de prévention en Addictologie (CSAPA), **la circulaire n° DGS/6B/DHOS/02/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie et le décret n° 2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en addictologie** sont les textes de référence.

Ils visent à préciser les rôles et articulations de chaque volet du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

L'ensemble des textes de référence sont :

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que les procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Article L.312-1 9° du Code de l'action sociale et des familles (CSAPA).

Articles D.3411 6 1 à 3411-9 du Code de la santé publique (CSST).

Articles R.3311-1 à R. 3311-8 du Code de la santé publique (CCAA).

Articles R.3121 -33 -1 à R.3121- 33-4 du code de la santé publique (CAARUD).

Décret du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux de santé.

Décret du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L.6321-1 du CSP .

Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.

Circulaire DHOS.02-DGS.SD6B.2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant une conduite addictive.

Circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS/2002/610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé.

Circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAMS ;

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

Plan 2007-2011 pour la prise en charge et la prévention des addictions.

Programme national hépatites virales B et C 2006-2009.

*«La gratuité des soins aux toxicomanes doit rester la règle dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, en vertu de l'article 3 de la loi 70-1320 du 31 Décembre 1970, aucune participation financière ou autre ne pouvant être exigée des personnes toxicomanes accueillies (...).*

*«Agissant des appartements relais, une participation financière pour le logement peut être sollicitée par l'organisme gestionnaire auprès des populations accueillies».*

*«L'anonymat des personnes toxicomanes qui demandent à en bénéficier doit toujours être respecté, et ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants»*

## **1.2 Prescription, délivrance, approvisionnement et gestion des médicaments dans les CSAPA**

### *Principaux textes de référence*

Code de la santé publique, notamment les articles L.3411-5, D3411-1, D3411-9 et R.5124-45, R.5132-10, R5132-26, R.5132-76.

Décret n° 2007-157 du 5 février 2007 relatif aux substances vénéneuses et modifiant le code de la santé publique.

Décret n°2007-1428 du 3 octobre 2007 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique.

Note d'information DGS du 25 novembre 2004 relative aux relevés nominatifs et relevés récapitulatifs méthadone concernant les centres de soins spécialisés aux toxicomanes.

Les règles relatives à l'approvisionnement, la détention, le contrôle, la gestion et la dispensation de médicaments de la présente annexe sont celle du décret du 14 mai 2007 qui devrait être prochainement modifié pour prendre en compte la possibilité de s'approvisionner dans le cadre des groupements de coopération sanitaire.

### ***Nature des médicaments que peuvent délivrer les CSAPA***

L'article L.3411-5 du code de la santé publique précise que «les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie peuvent délivrer les médicaments correspondant strictement à leurs missions, dans les conditions fixées par décret ».

Parmi les missions des CSAPA précisées à l'article D3411-1 du CSP figurent notamment la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Les centres assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont le traitement de substitution aux opiacés.

Dans la mesure où les missions des CSAPA prévoient une prise en charge globale, les CSAPA peuvent désormais délivrer tous les médicaments concourant à cette prise en charge à savoir : les traitements de substitution aux opiacés, les substituts nicotiques, les psychotropes.

Par ailleurs, l'équipe médicale des CSAPA, sous la responsabilité de la structure, peut gérer, pour le compte du patient, de façon exceptionnelle et à des fins de meilleure observance des traitements somatiques et psychiatriques, des médicaments qui lui ont été délivrés hors du centre.

### ***Modalités de délivrance des médicaments dans les CSAPA***

L'article D3411-9 du CSP précise les conditions de délivrance des médicaments dans les CSAPA, distinguant le cas où le centre est géré par un établissement de santé (avec ou sans pharmacie à usage intérieur) ou par une association.

Dans le cas de l'association AMT qui gère le centre ARC en CIEL la dispensation des médicaments est assurée par le médecin psychiatre du centre qui a été nommément désigné, autorisé par le préfet après avis du pharmacien inspecteur régional de santé publique.

Conformément à l'article R5132-9 du CSP, la délivrance des spécialités inscrites sur la liste I, II et stupéfiants doit faire l'objet d'un enregistrement. Toutefois afin de permettre la préservation de l'anonymat du patient tout au long de sa prise en charge, les CSAPA peuvent déroger aux obligations prévues à l'article R5132-10 du code de la santé publique, qui s'appliquent notamment aux traitements de substitution aux opiacés. Ainsi, s'agissant de l'usage de stupéfiants, la mention du nom et de l'adresse du patient ne devra pas être inscrite sur les registres à l'occasion de la délivrance de médicaments, si le patient a demandé expressément l'anonymat conformément à l'article L.3411-1 du code de la santé publique.

### ***Approvisionnement des médicaments dans les CSAPA***

*Pour les CSAPA à gestion associative (comme pour notre centre)*

En application du 6° de l'article R5124-45 du CSP, l'approvisionnement doit se faire directement auprès de fabricants, de distributeurs, ou de grossistes répartiteurs.

### ***Gestion des médicaments dans les CSAPA***

#### Sur les conditions de stockage des médicaments

L'article D.3411-9 alinéa 3 du CSP précise que les médicaments sont détenus conformément à l'article R.5132-26 et dans les conditions de l'autorisation de mise sur le marché, sous la responsabilité du médecin autorisé par le préfet.

Les médicaments doivent être stockés dans un lieu fermé à clef et accessible uniquement du personnel autorisé. Par ailleurs, les médicaments gardés pour le compte des patients devront également être stockés dans les mêmes conditions de sécurité mais de manière individualisée.

#### Sur le suivi des entrées et sorties des médicaments de substitution aux opiacés

L'article D.3411-9 alinéa 4 du CSP prévoit qu'un état annuel des entrées et sorties des médicaments est adressé au pharmacien inspecteur régional de santé publique. Celui-ci porte sur l'ensemble des médicaments.

Les CSAPA ont pour obligation de déclarer les vols de stupéfiants et de psychotropes conformément aux articles R.5132-80 et R.5132-95 du CSP, aux autorités de police, à l'inspection générale de la pharmacie et à l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps).

### **III - LES MISSIONS DU CENTRE « ARC en CIEL »**

### III LES MISSIONS DU CENTRE « ARC en CIEL »

#### 1 - A PARTIR DES ORIENTATIONS NATIONALES, CE QUE SONT LES MISSIONS DU CSAPA « ARC EN CIEL »

Le CSAPA « ARC en CIEL » s'adresse aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et les médicaments détournés de leur usage). Sa mission s'étend également aux personnes souffrant d'addictions sans substances.

Nos missions sont réalisées dans le respect de l'anonymat, s'agissant de l'usage de stupéfiants, si la personne le demande conformément à l'article L.3414-1 alinéa 2 du CSP.

##### 1.1 Missions obligatoires

Quatre missions obligatoires relatives à la réforme du système de soins sont proposées au centre ARC en CIEL à tous les publics qui se présentent.

##### ***L'accueil***

Cette mission consiste à accueillir toute personne se présentant au centre ARC en CIEL (ou le contactant par téléphone) qu'il s'agisse de l'intéressé ou de son entourage. Il s'agit d'écouter, d'établir un premier lien en vue de créer des bases d'une relation mais aussi d'apporter les premiers éléments de réponse aux demandes et besoins des personnes.

Au centre ARC en CIEL un accès facile est garanti puisqu'il est situé au cœur de ville où les transports sont parfaitement desservis (lignes de bus, tramway et train).

Notre centre offre un espace de 350 m<sup>2</sup> où sont répartis une quinzaine de bureaux garantissant la confidentialité.

Les horaires d'ouverture permettent aux usagers de pouvoir se rendre au centre entre midi et deux et en soirée.

##### ***L'information***

Notre centre s'adresse au patient ou à son entourage dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité (information sur ses droits et sur les modalités de prise en charge), l'information est présentée sous forme de brochures et tout support à visée préventive.

##### ***L'évaluation médicale, psychologique et sociale***

A chaque rencontre avec un patient et/ou son entourage, une évaluation précise est faite sur la demande et les besoins.

Pour le patient, il s'agit de déterminer le niveau de sa consommation, sa situation sociale et les difficultés associées pour lui proposer la prise en charge la plus adaptée à ses besoins.

Concernant la famille, ou l'entourage le plus proche, il s'agit d'évaluer les conséquences notamment sociales et psychologiques des pratiques addictives de la personne au sujet de laquelle ils consultent ainsi que leur besoin d'aide et d'accompagnement.

### ***L'orientation***

Toute personne accueillie au centre ARC en CIEL bénéficie d'une proposition d'organisation de prise en charge ou d'une orientation vers une structure plus adaptée à ses besoins. Compte tenu de notre implication dans le réseau montpelliérain les réponses appropriées sont apportées (structures médico-sociales, secteur de médecine de ville et/ou de psychiatrie et dispositif de droit commun).

#### 1.2 Les prises en charge proposées au centre ARC en CIEL

La prise en charge au centre ARC en CIEL est multidisciplinaire et plus précisément :

- Médicale
- Psychologique
- Educative
- Sociale

##### *a) La prise en charge médicale*

Elle comprend :

- l'évaluation et la dimension médicale de la dépendance,
- la recherche des comorbidités somatiques et psychiatriques,
- la proposition de différents protocoles de prise en charge, incluant notamment le traitement des états inhérents à la dépendance et des comorbidités,
- la proposition d'un sevrage thérapeutique ou l'inscription dans le dispositif de substitution ou d'autres prescriptions médicamenteuses (comme le prévoient les articles L3411-5 et D3411-1 du CSP),
- la prise en compte de la santé du patient dans une acceptation large et pas seulement en tant qu'absence de maladie.

### **Action médicale**

En premier lieu, il s'agit d'une action qui s'inclut dans le travail d'une équipe pluridisciplinaire. L'action du pôle médical s'inscrit en complémentarité du travail des autres pôles professionnels (éducatif, social, psychologique).

- les professionnels :
  - 1 médecin psychiatre,
  - 1 médecin généraliste,
  - 2 infirmières DE (Diplômées d'État) travaillent sur le dispositif de traitement méthadone qui est ouvert 5 jours sur 7 et avec une dispensation du traitement sur la journée.
- les consultations :
  - consultations psychiatriques,
  - consultation médecin généraliste,
  - consultation Infirmières DE,

Selon le décret du 29 juillet 2004 relatif à l'exercice de la profession d'infirmière.

### Rôle propre :

- entretiens et élaboration du dossier infirmier,
- écoute et accompagnement,
- fait le lien avec les référents,
- accompagnement physique des patients vers des structures hospitalières, médecins, etc.,
- prise de contact avec les pharmaciens et médecins des patients.

### Rôle sur prescription médicale :

- délivrance (après une évaluation clinique indispensable) des traitements de substitution aux opiacés et annexes (traitements psychotropes). Une augmentation de patients qui présentent des comorbidités psychiatriques qui nécessite une délivrance de traitements sur place est constatée. Pour les accompagner au mieux dans la prise de leurs traitements, les piluliers sont préparés par les infirmières DE, pour la gestion des jours où ils ne viennent pas au centre. Le manque de structures en milieu psychiatrique pour accueillir ces patients présentant des troubles psychiatriques nous amène à les traiter au centre.
- analyse d'urine avec recherche en priorité :
  - opiacés (nécessaire à l'instauration des traitements de substitution),
  - benzodiazépines,
  - cocaïne,
  - amphétamines,
  - méthadone,
  - buprénorphine (pas systématique mais en fonction des dires du patients).

Ces analyses d'urines seront par la suite prescrites au cours de la prise en charge au centre.

### Soins :

- traitement hépatite C (injection interféron),
  - vaccinations (hépatite B, DTP ),
  - somatiques d'urgence (pour les autres ils sont réorientés sur les dispositifs existants),
  - gestion du stock méthadone sous l'autorité du médecin pro pharmacien du centre.
- Action de prévention et réductions des risques
    - dépistage VHB VHC VIH,
    - prévention des OD et des infections liés à un mésusage de produits,
    - hygiène de vie (alimentation, sommeil, rythme de vie),
    - veille sanitaire :
      - CEIP (centre d'étude et d'information sur les pharmacodépendances),

- SEINT.  
Faire remonter à ces deux instances des usages ou pratiques méconnues impliquant des produits inhabituels.
- Les partenaires :
  - dispositif de droit commun
    - médecins de ville,
    - médecins hospitaliers,
    - pharmaciens.
  - dispositif spécifique :
    - unité kangourou (au sein de la maternité qui accompagne les femmes enceintes toxicodépendantes),
    - unité de consultation et soins ambulatoire de la maison d'arrêt,
    - CDAG (centre de dépistage anonyme et gratuit),
    - Autres CSAPA,
    - CMP Centre médico-psychologique,
    - CPAM caisse primaire d'assurance maladie,
    - Réseau 34 incluant une partie des dispositifs de droit commun.
- La formation
  - la formation continue personnelle des professionnels du centre,
  - la formation à l'attention des partenaires,
  - la formation d'étudiants (encadrements des stages et interventions dans les écoles).

### **Les traitements de substitutions aux opiacés**

Ils s'inscrivent dans un processus de soins : on substitue la dépendance aux produits par le traitement et par notre disponibilité. Une alliance thérapeutique peut s'instaurer par des rencontres régulières au centre. Les traitements de substitutions sont une étape dans la prise en charge du patient et ont pour objectif son mieux être. De la même façon nous ne considérons pas la fin des traitements de substitution comme la fin du soin et ni comme une fin en soi.

- Descriptifs des outils :
  - buprénorphine haut dosage (sur prescription médicale et délivrance en pharmacie) ; primo prescription au centre ou poursuite de la prescription en ville (avec une analyse d'urine préalable),
  - méthadone :
    - méthadone sirop :
      - initialisation au centre avec délivrance et prise sur place pluri hebdomadaire en début de traitement,
      - par la suite autonomisation progressive du patient dans sa prise du traitement en fonction de son évolution clinique,

- relais de prescription vers son médecin traitant après stabilisation (psychologique et physique) et ceci en accord avec le patient, le médecin, l'infirmière et l'éducateur référent et éventuellement le psychologue si le patient a entamé un suivi psychologique.
- reprise de prescription de traitements initialisés dans d'autres CSAPA (pour des personnes encore fragiles) et orientation sur des médecins du réseau pouvant reprendre la prescription.
- o méthadone gélule :
  - Cf. décret initialisation au centre réservé aux personnes ayant bénéficié d'un traitement méthadone d'au moins 1 an et étant stabilisé par le traitement.

## **De la demande du traitement de substitution à l'initialisation**

### **Protocole**

Nous avons fait le choix de la délivrance uniquement de méthadone de part le cadre législatif restreignant cette prescription et de la capacité d'accueil du dispositif.

La demande est recueillie en premier lieu par un éducateur spécialisé qui évalue cette demande au cours d'un ou plusieurs entretiens et devient référent de la prise en charge, que celle-ci aboutisse ou non vers une substitution.

Le patient est ensuite orienté vers le médecin.

Lors de l'entretien médical le médecin s'assure qu'il y a une indication médicale pour lui permettre d'aller mieux. Le médecin va évaluer sa ou ses dépendances. Il pourra lui être proposé une initialisation du traitement méthadone à l'hôpital si la co-dépendance (alcool, benzodiazépines) est trop lourde pour la gérer en ambulatoire.

Le patient est ensuite orienté vers l'infirmière.

Celle-ci relève pour son dossier quelques étapes de l'histoire du patient et lui donne des informations concernant le traitement méthadone (lecture du livret intitulé « Votre traitement par la Méthadone en 14 points » fait avec le concours de la MILDT et expliquant les indications, les risques, etc. ; et remise en mains propres de celui-ci à l'intéressé). Les règles de fonctionnement spécifique relatif à ce dispositif sont lues et signées par le patient.

Au décours de cet entretien, un prélèvement urinaire initial (et obligatoire selon les directives du Ministère) est réalisé. Il est principalement destiné à confirmer la dépendance aux opiacées pour initialiser le traitement de substitution en toute sécurité.

Les patients sont reçus sur rendez-vous pour la délivrance du traitement méthadone et disposent d'une demi-heure avec l'infirmière (c'est un moment d'échange et d'écoute). Les rendez-vous s'échelonnent sur la journée. Les horaires sont aménagés en fonction du quotidien du patient. Ces horaires aident à structurer le soin. Les différentes problématiques du patient font que nous travaillons en lien l'éducateur référent.

b) La prise en charge psychologique

**REFERENCES ET CONCEPTS**

La démarche des psychologues participe du projet soignant de l'ensemble de l'équipe. Soigner le sujet toxicomane vise à lui permettre de transformer ce rapport singulier qu'il entretient avec un produit stupéfiant. Il va de soi que le toxicomane n'existe pas en tant qu'entité clinique. La toxicomanie par contre si, ou, pour être plus précis, les toxicomanies.

Au-delà de l'impact réel du produit sur le corps, nous portons particulièrement notre attention à la relation subjective au produit. Notre écoute se porte donc sur le discours du patient, sur l'articulation qu'il pourra faire de sa toxicomanie à d'autres éléments de sa vie, sur les moyens qu'il trouvera pour s'en dégager ou l'aménager.

La toxicomanie n'est pas le toxicomane. Elle est symptôme ou signe d'un malaise.

**FREUD**, dans son «*Malaise dans la civilisation*», (1929), nous indiquait que l'usage de produits stupéfiants était un des moyens de supporter la condition de l'homme, de compenser la perte de satisfaction pulsionnelle nécessaire à tout lien social.

*" Telle qu'elle nous est imposée, notre vie est trop lourde, elle nous inflige trop de peine, de déception et de tâches insolubles. Pour la supporter, nous ne pouvons nous passer de sédatifs. Ils sont peut être de trois espèces : d'abord de fortes diversions qui nous permettent de considérer notre misère comme peu de chose, puis des satisfactions substitutives qui l'amointrissent, enfin des stupéfiants qui nous y rendent insensibles. L'un ou l'autre de ses moyens nous est indispensable. On sait qu'à l'aide du " briseur de soucis" (sorgen brecher), on peut à chaque instant se soustraire du fardeau de la réalité".*

**LACAN**, dans l'un de ses séminaires, nous ouvre une piste sur la toxicomanie: "*un des moyens de rompre le mariage avec le petit pipi*". La direction donnée est celle de la rupture du contrat symbolique qui organise notre rapport à la jouissance. Dans notre approche de la toxicomanie, nous entendons qu'elle est un moyen d'accéder à une autre jouissance qui ne serait plus conduite par le sexuel, encore moins par toute sublimation, ce qui l'aurait située dans le champ du plaisir. La toxicomanie est une effraction au corps et à la psyché, balayant désir et manque, reléguant le manque à être à la question d'avoir ou pas du produit, rabaisant la dimension du symbolique à celle du réel. La toxicomanie est un nouvel appareillage de la jouissance, hors sexe, elle est vouée à la répétition hors temps, répétition du même, pulsion de mort.

Elle est un montage qui peut durer, mais qui au fil du temps, à l'épreuve de la réalité sociale, sanitaire, psychique, s'use. Il y a perte de satisfaction et apparition d'une plainte ou d'une demande au cœur de laquelle réémerge ce qui a été masqué. Demande toujours singulière qu'il nous faut entendre au cas par cas. Le montage est commun, pas la position singulière.

Le nombre important de personnes enlisées dans une conduite d'addiction révèle une possible évolution du lien social dans ce qu'il permet de réguler le rapport à la jouissance. L'évolution des produits de la science, l'augmentation incessante d'une offre de nouvelles molécules, favorise le flou des repères. Il est devenu possible d'accompagner tout comportement par un ordonnancement chimique. L'offre de substitution rejoint l'encadrement médical de l'ensemble de la population. A toute expression du manque à être, correspond un remède.

Nous sommes à l'écoute d'un patient qui énonce une demande. Demande d'aide, de soins, de parole, de médicaments, de moins souffrir, de bonheur. L'objet de cette demande évoluera,

mais nous partons, et c'est un préalable éthique, à partir de cette situation singulière. Il y a demande ou plainte car il y a perte. Cette perte peut conduire à une rechute immédiate ou ouvrir un espace de parole dans lequel les mots vont maintenir un rapport aux objets, un rapport symbolique. La relation d'objet qu'entretient le patient à sa drogue est déterminée par sa structure de personnalité (psychose, névrose ou perversion).

N'est pas dépendant qui veut. La dépendance est bien un accrochage entêté à un objet perdu. Le patient reconvoque d'une manière répétitive le substitut de cet objet. Les perspectives thérapeutiques ne seront pas identiques selon les données de structure. La capacité à se séparer, à perdre cet objet de substitution qu'est la drogue est relative à la structure de personnalité. Du rapport passionné à l'objet drogue au rapport mélancolique, de la transgression d'une loi à la recherche d'un étayage identitaire, toutes les combinaisons sont possibles et illustrent une position subjective, toujours particulière. C'est à cette singularité que nous nous adressons.

Le travail du psychologue participe au travail soignant de l'institution; il n'engage pas tout patient vers un travail psychothérapique, mais participe au repérage des données qui permettent d'affiner une démarche thérapeutique institutionnelle. L'institution offre différents temps, espaces et rencontres. Elle est contenant, support de celui qui chute ou encore tiers organisateur d'un temps de parole, d'une rencontre intersubjective.

## **DISPOSITIF**

Le dispositif du centre de soins prévoit un premier accueil des patients par l'équipe éducative. Néanmoins le psychologue peut recevoir lui aussi en premier accueil un patient qui en fait directement la demande.

### **Travail clinique**

- Consultation unique,
- Suivi et soutien / Psychothérapie,
- Consultation auprès des proches,
- La Consultation « Jeunes Consommateurs » délocalisée au sein de la Polyclinique du CHRU (La Colombière).

Sans qu'il soit possible de l'anticiper, nous nous dirigerons vers une rencontre unique ou un travail à moyen, voire long terme, cela dépendra en fait de la demande qui nous est adressée, et du moment que traverse le patient dans son rapport à la toxicomanie. Nous ne proposons pas au préalable un type de suivi. Nous ne fonctionnons pas dans un programme, mais à la demande d'un patient ou à la suggestion d'un collègue, nous mettons en place une première rencontre. En après coup, il nous sera possible de lire le travail effectué allant d'une rencontre unique à un travail thérapeutique.

**La rencontre unique ou une série de deux trois entretiens** est le plus souvent un moment au cours duquel le psychologue est rendu témoin d'une errance, d'une chute, d'une déchéance. C'est un moment de parole qui se différencie d'une demande de travail personnel dans lequel un patient désirerait s'engager. Cette rencontre est parfois l'ébauche d'un retour à la parole qui viendra s'inscrire ultérieurement, lorsque la situation sanitaire et sociale du patient le lui permettra, cette parole pourtant fera trace.

Ce qu'entend le psychologue de ces quelques premières consultations sera repris en réunion d'équipe et fournira certains éclairages supplémentaires au référent de la prise en charge. Eclairage nosographique mais aussi du moment que traverse le patient. Ce type de consultation constitue souvent de fait, un moment de triangulation entre un membre de l'équipe et son patient.

**Le suivi psychologique** est en général un travail sur plusieurs mois qui accompagne et soutient une prise en charge institutionnelle engagée par ailleurs. Ce type d'accompagnement vient consolider une prise en charge éducative sociale ou sanitaire. Il y a donc mise en place d'une prise en charge en duo. Au travers des supports tel que l'hébergement, l'insertion sociale, les suivis de cure et de substitution, le patient peut accéder à un travail plus personnel. Nos échanges avec les autres professionnels permettent à chacun de resituer ce qui se joue dans la relation et ainsi de mieux réguler et orienter la prise en charge. Ce travail d'accompagnement est quantitativement important dans les prises en charge mises en place en Centre de Soins. Il permet de soutenir le patient dans le projet thérapeutique qu'il s'est donné, projet plus centré sur sa toxicomanie que sur lui-même.

**Le travail psychothérapeutique** est différent. Il concerne un patient qui en fait la demande, patient confronté à l'énigme de sa toxicomanie. La plupart du temps, ce type de travail s'engage lorsque le patient connaît une trêve dans son symptôme, lorsque le patient a été toxicomane et redoute de rechuter, lorsque le patient émet le désir d'entendre, de comprendre ce que cette toxicomanie est venue signifier dans sa vie. C'est une demande parole sur soi, sur ces années de la tourmente de la toxicomanie. Lâcher la toxicomanie engage à un travail de deuil.

Ce travail laisse apparaître des objets plus anciens et les relations singulières que le sujet a entretenu avec eux. La régularité des séances, la place du psychothérapeute, ses modalités d'écoute favorisent l'émergence d'éléments transférentiels qui permettront par leur analyse d'appréhender certaines représentations inconscientes. La relation du patient au thérapeute et au tiers institutionnel sera au cœur du travail.

**La consultation auprès des proches** est ouverte aux membres de la famille d'un patient, ou toute personne proche de lui, désirant consulter. Lors des premières rencontres, il n'est pas rare de recevoir un groupe familial. L'objet de ces consultations, le plus souvent adressées au psychologue, est d'écouter les différents membres d'une famille liés par une même souffrance. Cet accueil sur une ou plusieurs consultations favorise l'émergence de demandes individuelles, et permet ainsi de les traiter séparément. La demande parentale ou d'un membre de la famille est à entendre comme la demande d'un sujet qui souffre. Cette demande ne signifie pas que l'autre, toxicomane, désire mettre un terme à sa toxicomanie. Cette demande témoigne d'une souffrance individuelle à traiter comme telle. C'est en tant que patients que nous accueillons les membres de la famille, parfois pour un travail à long terme, nous écartant des pratiques de conseils psychologiques ou autres.

### **Le travail institutionnel**

La prise en charge des patients se fait en institution. L'institution traite de la toxicomanie et du patient sous des aspects très différenciés. Du sanitaire au social, de l'éducatif au psychologique, les champs d'intervention sont multiples. Ils participent en synergie à une prise en charge globale. Le psychologue s'inscrit dans cette synergie. Les réunions sont les lieux de cette mise au travail en commun, et de l'articulation des différentes pratiques.

## **La réunion clinique**

Hebdomadaire, elle permet de mener une analyse de situation à partir des différentes modalités de la prise en charge. Le psychologue, du fait de son expérience clinique contribue à cette analyse. Il porte l'accent sur le sujet et son symptôme, tentant de restituer la dimension de l'inconscient dans les pratiques d'addiction. Il favorise l'analyse d'éléments contre-transférentiels dans lesquels ses collègues ou lui-même peuvent être pris. Cette analyse oriente l'évolution de la prise en charge et régule les différentes articulations à opérer entre professionnels.

## **La supervision**

Une fois par mois, la supervision nous conduit à repérer les butées et difficultés que nous pouvons rencontrer dans nos prises en charge. Elle nous permet par ailleurs d'élaborer un discours institutionnel plus cohérent. Ce travail est mené en présence d'un psychanalyste.

## **Les orientations intra-institutionnelles**

De la même façon que le psychologue reçoit un patient orienté par un de ses collègues suite à un travail préalable, il peut être conduit lui-même dans le cadre de son propre suivi, à utiliser d'autres espaces et outils de l'institution : mise en place d'une cure de sevrage, travail d'insertion, etc.

Il sera conduit donc à mener une orientation vers l'un de ses collègues. Le travail de soin sera étayé par une démarche sanitaire, éducative ou sociale.

## **Les orientations extra-institutionnelles**

Il s'agira là pour le psychologue d'orientations vers des institutions spécialisées en toxicomanie ou en psychiatrie. Certains accompagnements psychothérapeutiques en institution se verront prolongés par une orientation vers un travail psychothérapeutique en dehors de l'Institution. Le travail de formation personnelle des psychologues et leur inscription en réseau favorise ces différentes orientations.

## **PROSPECTIVES**

Dans le champ de la psychologie, outre ce qui est réalisé au Centre de soins, et toujours dans l'orientation éthique qui vient d'être exposée, un nouvel axe de travail peut être développé, afin que nous puissions encore mieux accueillir certains de nos consultants.

Plus l'éventail de nos outils thérapeutiques se déploie, plus nous devenons compétents pour accompagner les personnes qui viennent nous rencontrer en demandant de l'aide lors qu'ils n'arrivent plus à contenir leur mal de vivre, occasionné par la pharmaco-dépendance.

Nous connaissons l'importance de l'écoute des phénomènes non verbalisés, eux aussi porteurs de signification, voire même de signifiants, et qui peuvent être entendus comme l'expression d'une demande, ne serait ce que la plus primordiale de toutes, celle d'entrer en relation avec autrui.

Travailler avec ce «non verbalisé» en le supposant à priori comme étant du «difficilement verbalisable» à tel ou tel moment de l'existence d'une personne, ne peut que venir enrichir notre pratique actuelle.

Cette position clinique est une invite au dire, visant une ouverture ou ré-ouverture de chemin vers la mise en mots du vécu.

Il n'est pas toujours aisé de parler de soi, de formuler une demande. Parfois ce sont les postures, les regards, les silences, les mouvements, comportements ou conduites, rendez-vous manqués ou déplacés, qui seront porteurs de l'expression de soi.

C'est au cours de la relation avec le ou les soignants et avec leur aide que ces faits pourront être parlés et progressivement s'expliciter comme demande.

Il serait intéressant qu'à partir de ce point de vue nous venions à développer ici à l'Arc en Ciel dans les années à venir une méthode d'approche thérapeutique qui englobe dans son développement théorique et dans sa pratique ces observations. C'est entre autres le fait de la thérapie systémique qui prendrait ainsi place à côté d'autres orientations théoriques.

Parmi les consultants que nous recevons à l'heure actuelle certains sont pris dans un système familial d'allure étouffante. Il en est de même pour quelques couples, qui sont d'ailleurs de plus en plus nombreux à venir nous rencontrer.

Certaines situations sont donc trop chaotiques et les personnes qui y sont impliquées ne sont pas en mesure de poser clairement une demande individuelle.

Ce désordre relationnel est souvent accompagné d'une forte angoisse. Or, quand que l'angoisse est trop envahissante, le travail psychique est trop difficile ou même impossible.

Dans ces contextes, l'accueil du groupe familial ou du couple par les thérapeutes vise le décodage progressif des enjeux paradoxaux et destructeurs actualisés dans les interrelations.

Ce travail psychothérapique aurait donc pour but d'accompagner chaque membre du groupe vers la différenciation lorsque celle-ci fait défaut ou n'est plus envisageable. Le symptôme de la toxicomanie vient souvent dans ces cas masquer cette entrave.

Lorsque cela devient possible, une demande individuelle peut émerger.

### *c) La prise en charge éducative*

## ***PREAMBULE***

*Notre action auprès des toxicomanes se situe à partir de ce postulat que l'individu toxicomane est actif dans sa recherche de plaisir avec le produit, et qu'il pourra donc être acteur dans la prise en charge de ses soins. La toxicomanie n'est pas une maladie, mais bien le symptôme d'un mal à être et à vivre que le toxicomane découvre et affronte tout au long d'un parcours de soins plus ou moins difficile. Chaque personne qui franchit le seuil du Centre d'Accueil est porteuse d'une demande qu'elle va exposer et affiner, et qui évoluera petit à petit avec notre soutien. C'est bien parce qu'elle vient de façon volontaire que nous pouvons amorcer un travail ensemble.*

*Les soins sont à entendre de manière élargie. Il est question de soins médicaux, mais aussi sociaux, de soutien psychologique...*

*Il s'agit de «prendre soin de soi», et il faut du temps pour cela.*

*Notre outil principal est l'entretien. Ce sont des entretiens libres, et/ou semi-directifs au cours desquels la personne peut parler ouvertement de sa toxicomanie, de ses difficultés et d'elle-même, sans jugement ni a priori.*

## **ACCUEIL PATIENT**

Les secrétaires sont les professionnels assurant le tout premier accueil du public et ce travail est extrêmement important, difficile et primordial. Ce sont elles qui dirigent vers l'éducateur la personne s'adressant au centre pour s'inscrire dans une démarche de soins.

Ce choix a été fait de par la polyvalence des éducateurs et donc de leur compétence dans les domaines sociaux, administratifs, psychologiques, sanitaires, etc. L'éducateur deviendra ensuite le référent de la personne tout au long de la prise en charge.

Le premier entretien est un moment clef dans la relation qui pourra s'établir avec nous. Cette notion d'accueil couvre différents champs. Tout y est de l'ordre du possible. Nous nous engageons selon les cas dans plusieurs directions. Ces premières rencontres d'accueil ont diverses fonctions.

## **L'analyse de la demande**

Plusieurs entretiens sont parfois nécessaires pour «démêler l'histoire» qui nous est confié. Durant cette période d'accueil nous avons à comprendre la multitude de difficultés dans lesquelles certains se sentent submergés, et qu'ils nous livrent en «vrac». Ces difficultés peuvent être d'ordre administratif, (papiers d'identité, R.M.I,...), social (nourriture, hébergement,...), spécialisé (sevrage, postcure, substitution,...), familial et psychologique. C'est une période d'évaluation réciproque pendant laquelle nous aidons les patients à se réorganiser.

Il s'agit parfois de donner des réponses concrètes à des situations d'urgence, ou de les différer du fait de la réalité, (obtenir une place en foyer,...) ou de la nécessité d'une élaboration, (mise en place d'un sevrage ou d'une substitution,...).

## **L'orientation**

Certaines personnes se présentent parce qu'elles ont entendu parler du centre ARC en CIEL et viennent «pour voir». Il nous arrive de constater parfois qu'il est plutôt question d'un problème d'alcool ou de troubles psychiatriques, par exemple ; nous sommes alors confrontés à une situation de réorientation. Il est quelquefois nécessaire d'apaiser les appréhensions pendant un ou deux entretiens, et de faciliter les contacts avec les structures adéquates.

Nous recevons aussi certaines personnes qui cherchent à s'installer dans la ville : souvent toxicomanes ou ex-toxicomanes elles sont orientées vers ARC-EN-CIEL par d'autres Centres d'accueil ou par des post-cures. Ces personnes veulent s'implanter loin de leur ville d'origine, et nous sommes pour elles un appui de départ ; c'est notre carnet d'adresses qui très concrètement leur sera utile ; notre connaissance de la ville pouvant simplifier leurs recherches (hôtels à petit prix, liste des agences intérimaires, etc...).

Nous orientons aussi certaines personnes vers un autre membre de l'équipe avec sa spécificité, (psychologues, assistantes sociales, médecins), orientation qui peut être ponctuelle ou sur la durée ; c'est une partie du travail de l'équipe.

## **Les prises de rendez-vous**

Ce sont les premières balises du temps pour lesquelles nous avons une certaine exigence. En effet, ce temps de rencontre est un temps qui leur est consacré et pendant lequel nous sommes disponibles. Bien sûr nous essayons aussi de nous adapter à leurs arrivées imprévues et tentons au mieux de les recevoir, car nous savons bien que pour eux la notion de temps n'est pas la même que la nôtre. En effet, le toxicomane a l'habitude de vivre dans l'instantané ; notre premier travail sera donc de les amener à respecter les heures de rendez-vous fixés.

Cette gestion du temps sera en questionnement tout au long du suivi ; reconstituer une chronologie de leur vie passée, gérer l'ennui sans le produit, etc..., sont souvent des difficultés auxquelles les personnes se heurtent et nous confrontent.

Nous travaillons toujours avec le temps : l'heure et la durée. Les étapes décrites ci-après servent aussi à scander et réorganiser ce temps.

## **L'accompagnement**

Le passage entre l'accueil et l'accompagnement se fait donc au fil du temps ; à partir de ces premières rencontres une relation de plus en plus solide peut se tisser entre les personnes et nous. Celle-ci nous permet, ensemble, d'aborder les différents moments de leur vie, les aspects de leur situation du moment. Cette relation sert de soutien ; c'est dans la durée que les entretiens et la demande évoluent. Mieux nous connaissons la personne, ses émotions, son histoire et ses difficultés propres, mieux nous pouvons adapter nos réponses. C'est progressivement qu'ils nous donneront leur confiance et qu'ils retrouveront confiance en eux. L'accompagnement s'inscrit donc dans la durée. C'est un temps plus ou moins long et chaotique, parsemé d'interruptions, de rechutes, de découragements. Cette relation avec nous est un premier lien, nous allons tâcher d'en établir d'autres.

Le temps d'accompagnement est ponctué par des moments concrets, définis comme des projets, des objectifs à atteindre, qui soutiennent une demande en perpétuels éclaircissement et évolution, qui viennent renforcer cette relation de confiance. Ces temps concrets sont pour les éducateurs des outils qui correspondent aux différents besoins des usagers. Ces outils servent de médiation pour construire les projets.

## **Modalités du sevrage**

Le sevrage est une étape décisive. Il doit permettre l'arrêt physique de toute prise de substances licites ou illicites, ainsi que l'arrêt d'un traitement de substitution.

### ***Le sevrage ambulatoire***

C'est le sevrage utilisé le plus rarement ; il convient cependant à des personnes pour lesquelles l'idée d'aller à l'hôpital est insupportable. Nous vérifions que l'environnement soit soutenant, soutien qui sera renforcé par notre intervention :

- ⇒ Prescription médicale du traitement par le médecin du Centre.
- ⇒ Délivrance quotidienne du traitement par des infirmiers libéraux au domicile de la personne.

⇒ Visites régulières par l'éducateur référent.

### ***Le sevrage hospitalier***

C'est la formule la plus utilisée. Deux lits sont mis à notre disposition à l'Hôpital Lapeyronie de Montpellier et au centre hospitalier de Sète, dans les services de médecine interne avec lesquels nous travaillons en très étroite collaboration ; nous utilisons aussi les services de médecine interne de l'Hôpital Saint-Eloi, et plus occasionnellement l'hôpital et les cliniques du secteur psychiatrique.

Ce sevrage permet une rupture concrète physique avec le produit par un soutien médical renforcé. C'est aussi un temps de prise de distance avec le milieu de vie. En effet, pour certains, le contrat de sevrage prévoit une interdiction des visites, hormis celles des éducateurs. Et pour tous, les visites et les contacts téléphoniques restent très limités et négociés avec nous et le service hospitalier.

Tout un travail de préparation a lieu en amont du projet d'un sevrage. Nous essayons d'organiser avec la personne ses prévisions à la sortie de l'Hôpital, organisation qui n'est pas souvent bien comprise par les toxicomanes, pour lesquels le sevrage peut paraître comme une solution magique, comme si tous leurs problèmes pouvaient être résolus par le seul arrêt de la prise du produit.

Notre rôle est donc de les sensibiliser, tant à la réalité quotidienne et pratique, qu'à la réalité de la fragilité psychique qui s'ensuit.

Durant l'hospitalisation émergent leur passé, leur histoire et leurs doutes quant à l'avenir. C'est un moment charnière où tout afflue, se mélange ou se réorganise. Nos visites sont des soupapes où nous partageons un temps de leur intimité.

### ***Les autres types d'hospitalisation***

Mais le temps d'hospitalisation peut prendre un autre sens que celui d'un sevrage tel qu'il est défini ci-dessus, (comme arrêt total d'une prise de produit).

#### ***Nous le proposons pour :***

⇒ Marquer un temps de pause chez des personnes totalement perdues dans une prise de produits anarchique. Ce temps hospitalier leur permet de «souffler», de s'occuper d'eux, de leur corps, et de pouvoir se poser ainsi de nouveaux questionnements. Il vient interrompre une course sans fin, et notre rôle est là pour les aider à faire émerger ces nouvelles questions tout en apaisant leurs angoisses.

C'est durant cette période que la personne peut éventuellement s'apercevoir qu'un avenir sera possible sans produit, même si le moment n'est pas encore celui-là.

⇒ Marquer symboliquement le passage d'un produit à un autre, mais qui prendra une toute autre signification (passage d'un produit illicite à un traitement de substitution par exemple). Il vient là donner un repère pour une nouvelle organisation de leur dépendance.

## **Accompagnement des traitements de substitution**

Le traitement de substitution est un outil utilisé dans le Centre d'accueil.

La délivrance de subutex est faite par les médecins de ville avec lesquels nous travaillons de façon très proche.

La méthadone est, elle, délivrée dans les locaux mêmes du Centre d'accueil et géré spécifiquement par le pôle médical.

Néanmoins l'éducateur du centre est habilité à gérer les traitements méthadone dans le cadre des actes quotidiens qui incombent à sa fonction.

Quel que soit le produit utilisé, le traitement de substitution peut permettre à certaines personnes qui ne se sentent pas prêtes à affronter une vie sans produit, d'apaiser dans un premier temps des situations sociales ou familiales complexes.

Dans «traitement de substitution», c'est le mot traitement qui est primordial pour nous, car c'est dans cette régularité de prise de produit per os, que la personne consciente de sa dépendance, va arriver peu à peu à le banaliser.

Les premiers temps sont souvent pour eux une recherche d'un état proche de celui qu'ils connaissaient dans la «défonce», mais grâce au travail d'accompagnement et de relation engagé auparavant, certains vont pouvoir dans un deuxième temps le vivre uniquement comme un moyen de fonctionner. Tout notre travail consiste à les soutenir et les accompagner dans ces différentes étapes, pour que, ayant assez construit autour d'eux et en eux, ils se sentent enfin prêts à lâcher aussi ce traitement dont ils ne saisissent plus bien le sens.

## **L'ORIENTATION SPECIFIQUE TOXICOMANIE**

### ***La postcure***

Certains usagers ressentent la nécessité de rompre avec leur lieu de vie pour une période plus longue que l'hospitalisation (qui ne dure qu'une quinzaine de jours), et de poursuivre de façon plus approfondie et dans un milieu protégé le travail entrepris avant et pendant le sevrage.

C'est dans ce lieu que la personne pourra se confronter à toutes les questions qui ont émergé auparavant. C'est aussi durant ce temps qu'elle pourra retrouver confiance en elle et vérifier qu'elle peut vivre sans produit. Le soutien de l'équipe de la postcure lui permettra de mener à bien cette réflexion, et l'aidera à préciser certaines pistes pour sa sortie.

Ainsi les postcures restent un outil essentiel pour accomplir ces démarches au long cours.

Nous proposons, expliquons ce qu'est une postcure, nous insistons quelquefois, mais c'est la personne elle-même qui devra faire les démarches d'approche, (courrier, contacts téléphoniques) même si notre échange avec la structure peut les aider à obtenir une place plus rapidement.

Ce travail déjà bien entamé avant le sevrage, sera poursuivi pendant, pour que le temps entre la sortie de l'hôpital et le départ en postcure soit réduit au minimum.

Certaines postures accueillent aussi des personnes avec un traitement de substitution. Nous utilisons donc ponctuellement ce type d'accueil qui permet à certains de se distancier d'un milieu de vie trop complexe et trop perturbant. La personne peut là commencer un travail sur elle-même dans une plus grande tranquillité

## **L'INSERTION SOCIALE**

L'accompagnement social est mis en place parallèlement à la prise en charge spécifique de soins à la toxicomanie.

Les problèmes de logement, de loisirs, de travail se posent en continu. Ils font partie intégrante de l'accompagnement dans la réalité de la vie quotidienne et proposent des tentatives de réponses à leurs questions : «Qu'est-ce que je vais faire de ma vie ?», «Qu'est-ce qui me plaît ?...» autant qu'à leurs difficultés à faire face à ce grand vide auquel beaucoup se confrontent.

Leurs désirs sont émoussés, leur confiance en eux est à retrouver, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes est dévalorisée ; notre travail de soutien et d'accompagnement s'appuie là sur cette relation privilégiée que nous avons établie au fil des entretiens. Ainsi pouvons-nous orienter vers des services extérieurs à Arc en Ciel.

Il est donc primordial pour tout éducateur de bien connaître les différents partenaires locaux afin de faire des propositions adaptées.

Nous pouvons alors, selon les personnes, entreprendre certaines démarches avec elles en les accompagnant dans les différents lieux, ou être simplement un intermédiaire facilitant les rendez-vous avec les services.

### *d) LA PRISE EN CHARGE SOCIALE*

La personne est orientée sur le service social du centre ARC en CIEL dans le cadre du suivi mis en place au préalable avec la structure, et principalement avec le référent éducatif.

L'orientation peut s'effectuer pour divers motifs : informations multiples, orientations plus précises vers des structures, administrations et partenaires extérieurs, problèmes administratifs et financiers, accès aux droits, aux soins, questions liées au logement, à l'insertion professionnelle, accompagnement et soutien dans des démarches spécifiques.

Le travail mis en place est défini avec la personne lors du premier ou du second entretien, si la problématique de l'usager nécessite plusieurs rencontres.

Suite à l'évaluation de la situation et à l'identification des problèmes rencontrés, sont décidés ensemble les objectifs à atteindre, les moyens utilisés pour ce faire, le rythme des rencontres.

Dans le cadre de cette aide apportée à la résolution des difficultés, notre établissement s'est doté d'outils spécifiques : instruction des dossiers d'A.M.E. et de R.M.I. avec élection de domicile si nécessaire, constitution des dossiers F.S.L., accès et maintien, demandes auprès d'autres dispositifs de manière plus exceptionnelle, (ex : fonds d'aide aux jeunes, A.E.P.I.D.R., Secours catholique ...).

Dans le cadre du R.M.I., l'assistante sociale participe à l'activité d'un lieu ressources : Ateliers collectifs santé à destination des usagers, Commission Santé de la structure, réunions de régulation, et par délégation, siège au conseil d'administration.

Le service social est également membre d'une C.L.I. (Commission locale d'insertion).

En effet, le service social a un rôle de mise en réseau avec des partenaires, par exemple participation au groupe de travail de la D.D.A.S.S. : insertion des personnes atteintes par le VIH et le VHC, dans l'objectif de toujours améliorer la prise en charge des usagers par une utilisation pertinente et adéquate des dispositifs, une meilleure connaissance des structures et des partenaires.

Lorsqu'un suivi régulier est mis en place avec la personne, l'intervention de l'assistante sociale peut prendre différentes formes selon les demandes et les besoins de l'individu : entretiens sur rendez-vous, parfois aussi sans rendez-vous, actions auprès d'administrations, (CPAM, CAF), accompagnement sur l'extérieur, courriers, contacts téléphoniques. Tout ceci va évoluer, se modifier, se redéfinir, bref, s'adapter, tout au long de la relation, puis s'achever.

En effet, l'objectif principal du service social est de ré-accompagner la personne vers l'utilisation autonome du dispositif de droit commun, et non pas d'enfermer la personne dans une prise en charge très spécialisée, étiquetée et pouvant être stigmatisant.

Il est primordial de rester vigilant sur cette notion, tant pour l'assistante sociale dans la préparation de l'arrêt de son intervention, et/ou du passage de relais à l'extérieur de la structure, que pour les autres professionnels de l'Arc en Ciel, afin d'éviter une systématisation de cette orientation, ou une superposition avec d'autres services sociaux extérieurs.

### **Cette orientation se fait souvent dans quatre types de contextes**

L'urgence de la situation nécessite une intervention rapide et rassurante, notamment par rapport à des besoins vitaux et à l'accès aux soins.

Dans le cadre de sa propre relation avec l'usager toxicomane, le référent éducatif va utiliser l'action sociale comme une concrétisation symbolique de l'aide et du soin, (dans le sens de prendre soin de).

La personne a besoin d'un temps, d'un lieu de protection qui lui permettent de se réassurer, de reprendre des forces.

La personne est très dispersée, éparpillée, un recentrage apparaît nécessaire pour clarifier sa situation.

L'intervention de l'assistante sociale fait partie intégrante du projet de soins élaboré par la structure et son équipe.

Pendant un temps donné, elle va venir compléter ce soin aux toxicomanes, en mettant en place une relation supplémentaire avec la personne.

Comme pour les autres membres de l'équipe, la relation reste centrée sur la parole et l'échange, au-delà des objectifs et outils concrets.

## **L'aide à l'insertion**

Il a été choisi de développer ici uniquement le travail effectué dans le cadre du suivi des bénéficiaires R.M.I.

### ***Préambule***

Arc en Ciel est service instructeur R.M.I. depuis plusieurs années.

Il est à préciser que ce n'est pas un organisme conventionné du P.D.I.

Il s'agit là d'un choix volontaire de la structure, car Arc en Ciel n'intervient qu'à partir d'une demande de l'usager lui-même.

Dans tous les cas, l'objectif demeure à plus ou moins long terme de réorienter les personnes vers les dispositifs de droit commun, et leur utilisation autonome.

De plus, si la proposition de cette orientation est faite par les intervenants et il n'en demeure pas moins que c'est la personne elle-même qui prend la décision, en connaissance de cause.

### ***En conclusion***

Il est important de relever que les contrats d'insertion, dans leur grande majorité, ne se limitent pas à une seule action ou à un seul domaine.

Les champs de l'insertion professionnelle et de la formation sont très sollicités par les bénéficiaires.

Néanmoins, il est certain que ce paramètre est à mettre en parallèle avec la situation au regard de la dépendance.

La substitution, notamment, a permis une stabilisation des personnes toxicomanes et a réouvert à bien des niveaux le champ des possibles.

Cependant, ces contrats d'insertion restent parfois aussi des essais, des tentatives.

Les personnes ont quelquefois besoin de se confronter à certaines réalités, voire d'échouer, pour mieux se connaître et mieux se réorienter.

Après des années marquées par des ruptures sociales, des besoins et envies se réveillent : finir cette scolarité interrompue soudainement, apprendre et avoir un métier, se remettre à niveau dans sa profession... Il s'agit dans tous les cas d'un processus long et parfois irrégulier.

En dernier point, il est à constater que les personnes qui sont inscrites dans des démarches d'insertion sont également bien engagées dans les soins.

L'instruction et le suivi R.M.I. sont effectivement imbriqués dans la prise en charge globale du patient.

Le R.M.I. ne serait-il pour l'équipe qu'un outil supplémentaire pour aider, soutenir, soigner (prendre soin de) la personne toxicomane ?

Il est en tous cas utilisé dans ce sens, et non pas comme une finalité en soi.  
Pour conduire au mieux nos missions sociales et éducatives, nous nous appuyons sur la gestion de 6 appartements thérapeutiques situés dans la ville de Montpellier.

### 1.3 La réduction des risques et des dommages

Le centre ARC en CIEL met en œuvre des mesures de réduction des risques et des dommages à destination du public qu'il prend en charge. La réduction des risques concerne les usagers de drogues illicites et les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool et de tabac. Un certain nombre de supports sont à la disposition du public afin qu'il soit le plus précisément informé sur des pratiques de consommation à risques et sur les dommages qu'elles sont susceptibles de générer.

Cette mission de réduction des risques au centre ARC en CIEL a pour but non seulement de limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives, mais aussi de contribuer au processus de soin, au maintien et à la restauration du lien social. Notre activité de réduction des risques s'articule parfaitement avec les autres missions qui sont développées au centre ARC en CIEL.

Une consultation d'accessibilité au dépistage des hépatites B et C est en cours de mise en place par convention avec le CHRU St ELOI de Montpellier.

Un effort tout particulier est mis sur l'information visant à réduire les contaminations par les virus hépatotropes. Tout patient le désirant est accompagné tout au long de son parcours de prise en charge pour élaborer et mettre en œuvre sa propre stratégie de réduction des risques. Toujours avec son accord, il pourra être orienté et/ou accompagné pour des examens complémentaires, vers des consultations spécialisées en concertation avec les médecins du centre ARC en CIEL.

#### **IV - LES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES**

## IV - LES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES

### 1.1 INTRODUCTION

Les appartements thérapeutiques de l'AMT Arc-en-ciel représentent 6 unités d'hébergement individuel, correspondant à des modes de prise en charge spécifique, prévus par la loi du 29 juin 1992, issus de l'élaboration d'un projet thérapeutique.

Le projet propre aux appartements thérapeutiques-relais fixe ses objectifs socio-éducatifs et thérapeutiques, ainsi que leurs modalités de réalisation, avec le soutien de l'équipe pluridisciplinaire de l'Arc en ciel.

C'est ainsi que l'appartement permet aux personnes d'acquiescer une certaine liberté (liberté toute relative car elle est liée au logement et à l'indépendance où la personne peut aménager et ceci, dans un cadre de responsabilisation) ; de mesurer leur responsabilités mais aussi de les confronter de manière très abrupte à la solitude, celle-ci étant souvent liée à l'authenticité des relations, à l'image de soi, à tout ce qui caractérise leur difficultés à être.

Néanmoins, nous ne perdons pas de vue que lorsque le toxicomane séjourne en post-cure, le produit est dans sa tête, lorsqu'il est en appartement, le produit est à portée de main, parfois au pied de l'immeuble.

Ainsi, la prise en charge en appartement nécessite un accompagnement psychosocial tout particulier dans le but d'aider la personne à reconstruire d'autres liens. C'est en ce sens que nous accompagnons la confrontation à la réalité du projet d'insertion souvent désiré et redouté.

L'appartement thérapeutique-relais est une étape vers une autonomie réelle permettant de consolider la réinsertion sous ses divers aspects, où nous tentons de répondre aux différents besoins qui nous sont renvoyés.

Ces besoins sont la nécessité de reconstruire des liens familiaux, de dialoguer et d'être écouté, de trouver un emploi, une formation ou plus simplement une occupation, mais surtout, de consolider la continuité dans son processus de soin, au delà de l'hébergement dans l'appartement.

La spécificité des appartements thérapeutiques de l'AMT Arc en ciel est dans le fait qu'ils s'adressent à des patients toxicomanes, sevrés (sortant de postcure, ou adressés par des médecins ou intervenants sociaux) souhaitant consolider le processus de rupture d'avec le produit et de la majorité des comportements y étant liée.

Mais, entre l'usage de la drogue et la toxicomanie, il existe une palette de conduite ou de modalité d'usage. Dans le même sens, l'évolution de notre travail, du regard stigmatisant porté sur nos patients, et notre pratique professionnelle, élargissent considérablement nos champs de compétences et ouvrent de nouvelles modalités et donc de nouveaux modes d'accueil que nous développerons dans ce chapitre. Nous allons préciser la procédure liée à la demande d'un accueil en appartement pour un patient toxicomane.

## Modalités d'admission

1. Le patient doit nous envoyer un courrier explicite de sa demande, en précisant ses projets d'insertion sur Montpellier, ainsi que les démarches entamées à cet effet.  
La demande doit nous être formulée au minimum 1 mois et demi avant la date de sortie de la structure d'accueil, ceci dans un souci de confirmation et de consolidation du projet initial.
2. Nous souhaitons, dans la même optique expliquée précédemment, un rapport écrit de la part du référent du patient faisant la demande d'un appartement thérapeutique, résumant le travail effectué dans la structure d'accueil et l'opportunité de l'orientation sur notre structure.  
Il va de soi que ce rapport écrit soit soumis au respect des limites imposées par le secret professionnel et la déontologie.

### 1.2 LE PRE-ACCUEIL

L'évaluation est primordiale dans un contexte d'accueil quel qu'il soit.

En ce sens, nous avons élaboré un outil spécifique visant en un pré-accueil de deux jours pour les patients faisant la demande d'un appartement thérapeutique relais. C'est un outil aussi utile au patient qu'à l'équipe pluridisciplinaire investie dans le travail sur les appartements.

Il a pour but d'évaluer les capacités du patient à investir un appartement en y respectant les règles et les contraintes qui y sont liées, dans un objectif d'une part de rupture avec le produit et d'autre part d'accéder à une autonomie sociale à laquelle il ne pourrait prétendre sans l'appui d'une équipe pluridisciplinaire et sans le travail spécifique effectué sur un appartement thérapeutique relais.

Nous nous devons donc, avant tout de lui préciser que nous ne prétendons pas pallier uniquement, à une carence d'hébergement, mais à l'aider dans les démarches de soins dont il est demandeur.

Ainsi, dès réception du courrier du patient, et en fonction de son contenu et de la disponibilité d'accueil de notre réseau, nous prenons contact par téléphone avec le patient et son référent. Lors de cet entretien téléphonique, nous évaluons le travail effectué en centre de post-cure ou de famille d'accueil et les démarches entamées sur Montpellier en vue de sa future réinsertion, dans un souci de clarté et de cohérence par rapport à sa demande.

La nécessité de ressources financières est quasi obligatoire dans une optique d'autonomie. Néanmoins, il nous est possible d'accueillir un patient sans ressources si celui-ci est en mesure d'assurer un revenu minimum dans un délai relativement court tel que le RMI, les ASSEDIC et ce par l'intermédiaire du service social de l'Arc en Ciel.

Durant ces deux jours, il rencontre l'équipe médicale, sociale, psychologique, ainsi que les différents organismes sociaux censés intervenir en complémentarité avec l'Arc en Ciel, dans un but d'évaluation qui a pour mission de concrétiser les démarches effectuées en post-cure dans l'optique d'une installation sur Montpellier.

A la fin de ce temps d'évaluation, nous pouvons avec le patient soit évaluer que ce type d'hébergement n'est pas adapté à sa situation, soit qu'il serait plus judicieux de l'orienter vers une autre structure plus adaptée pour répondre à sa problématique, soit nous officialisons son accueil en appartement ( ex impossibilité de vivre seul).

L'entrée en appartement n'est pas effective immédiatement. Nous présentons d'abord le dossier lié au fonctionnement de l'appartement au patient dans lequel est discuté, inscrit et signé contrairement les objectifs d'insertion du patient, son projet individuel, son contrat de séjour, le règlement intérieur, la participation au loyer.

Les objectifs d'insertion tendent à définir les grandes lignes de travail qui seront effectuées par le patient avec l'aide de l'équipe d'Arc en ciel. Cela peut être l'épure d'une dette ; une remise à niveau suivie d'une formation professionnelle dans un domaine défini, un éloignement familial, l'accès à un logement autonome...

Le projet individuel d'insertion est élaboré avec l'ensemble de l'équipe d'Arc en ciel, le patient, et effectué par le responsable de l'appartement.

Il est proposé au patient d'effectuer un travail d'organisation et de gestion du quotidien (accompagnement courses + étude du budget), de l'aider à favoriser son insertion sociale, (orientation ou accompagnement dans différentes structures tant sociales qu'à visée professionnelles, médicales ou culturelles), de lui permettre de remettre à jour ses dossiers administratifs (en étant vigilant sur les priorités administratives à mettre en place), et d'engager la perspective d'accéder à un logement autonome.

Le suivi thérapeutique consiste à permettre au patient de gérer au mieux sa situation avec la structure Arc en ciel. Il est donc dans l'obligation de poursuivre le suivi thérapeutique initialement instauré avec son référent Arc en ciel qu'il a rencontré soit lors du pré-accueil, soit lors de consultations régulières à Arc en ciel qui ont abouti à l'entrée en appartement.

Ce projet thérapeutique tend à prendre en compte les aspects psychologiques, sociaux, médicaux, familiaux et culturels, plus souvent basés sur l'entretien que sur l'accompagnement géographique.

Ce travail est effectué en partenariat avec, et en complémentarité avec le responsable des appartements thérapeutiques-relais, investi dans la prise en charge. A ce titre, et de façon bimestrielle un bilan a lieu avec le résident, le responsable des appartements, le référent Arc en ciel. Ces bilans sont validés par le Directeur d'Arc en ciel et retransmis à l'équipe lors de réunions institutionnelles. Ces bilans sont nécessaires car ils s'inscrivent dans un souci d'évaluation et de progression de la situation passée, actuelle et à venir du patient. Ils permettent de consolider le travail effectué avec le psychologue, le médecin ou l'infirmière, dans le cas où ceux-ci sont investis dans le suivi.

Le contrat de séjour est conclu entre le patient et l'AMT Arc en ciel, il y figure la date de sortie prévue, ainsi que l'adresse de l'appartement. 5 points précis sont évoqués dans le contrat de séjour, points qui vont rythmer les droits et obligations du résident durant son séjour.

Le règlement intérieur de l'appartement stipule que le locataire s'engage à le respecter, ainsi que celui de l'immeuble. Chaque article est discuté et expliqué au patient, ils ne sont pas négociables et le manquement à l'un de ces articles entraîne immédiatement la fin du contrat du séjour.

La participation au loyer est nécessaire dans un objectif de réinsertion cohérente avec le mode de vie de la société et pour marquer le fait que le patient est locataire de l'appartement Arc en ciel et non hébergé par l'Arc en ciel, la participation financière est calculée comme suit :

- 10 % des ressources mensuelles pour la participation au loyer représentant la contribution personnelle aux frais d'hébergement.
- La consommation personnelle téléphonique et électrique sera à la charge du locataire sauf pour la première et la dernière période qui seront calculées au prorata du temps de présence.
- L'abonnement EDF-GDF ainsi qu'à France Télécom (ou autres prestations de service pouvant intervenir durant le séjour) sont à la charge de l'A.M.T. Arc en ciel.

### 1.3 L'ACCOMPAGNEMENT

#### *L'entrée*

En règle générale c'est le responsable des appartements qui ouvre la porte et fait entrer le patient en premier et effectue le tour de l'appartement. Celui-ci convenant au patient, nous effectuons alors l'état des lieux de manière très minutieuse. Il permet au locataire de donner son avis sur l'état du logement au moment de son entrée dans les lieux.

Etabli contradictoirement par les deux parties, il doit signaler toutes les imperfections constatées. Plus l'état des lieux d'entrée sera précis et complet, moins les contestations seront recevables à la sortie lors de l'état des lieux final.

L'état des lieux ne doit jamais être négligé. Il est essentiel de le remplir pour deux raisons :

- Le patient est supposé avoir reçu le logement en bon état de réparation locative si l'état des lieux n'est pas là pour prouver le contraire.

- Son absence (ou le fait qu'il n'est pas été soigneusement rempli) permet souvent au propriétaire d'affirmer que vous êtes responsable des dégradations et donc de conserver «légalement» la caution d'entrée.

#### *Le suivi*

L'accueil en appartement thérapeutique-relais s'inscrit dans le temps, par rapport au travail que doit effectuer le patient.

La prise en charge en appartement thérapeutique est comprise entre un mois et un an (renouvelable une fois).

La vie du patient sera alors rythmée par les moyens qu'il se sera donné pour réaliser les projets initiaux comme expliqués précédemment.

Toutefois, les visites à domicile sont régulières et jouent un rôle essentiel dans le déroulement de la prise en charge. Chaque patient résidant en appartement se voit remettre un dossier d'aide à la gestion de son budget.

Ce dossier nous permet un travail en profondeur impliquant les accompagnements matériels tendant vers l'autonomie (aller faire ses courses seul), les habitudes alimentaires (l'hygiène en général, en effet nous demandons aux patients bénéficiant d'un appartement de le garder en bon état. Cela signifie qu'il doit entretenir les parties de l'appartement ainsi que le mobilier qui reste la propriété d'Arc en Ciel, (table, chaises, lit, T.V., table de chevet, commode, machine à laver).

Dans le même ordre d'idée, nous insistons sur l'importance de l'hygiène corporelle et vestimentaire du patient), la gestion et l'équilibre du budget (nécessaire à une réelle autonomie financière). Nous lui remettons également un dossier d'aide à la recherche d'emploi et à la construction d'un projet professionnel (le C.V., la lettre de motivation). Ce dossier représente un support éducatif important dans le champ de la réinsertion professionnelle et sociale : trouver un emploi et un logement autonome.

Très souvent, les démarches liées à ce dossier aboutissent à l'orientation sur un conseil en insertion professionnelle ou à une remise à niveau dans le but d'entamer une formation professionnelle et de capitaliser quelques chances supplémentaires.

Nous accordons à titre exceptionnel des aides financières ponctuelles remboursables, pour la réalisation d'un projet précis, ou pour combler une fin de mois difficile.

Afin de toujours mieux affiner nos réponses, nous organisons une réunion par semaine avec le Directeur, le responsable des appartements ainsi que les membres de l'équipe impliqués dans le suivi de ces patients.

Régulièrement une présentation globale du fonctionnement des appartements et du suivi des résidents est faite en réunion institutionnelle ce qui nous a permis de développer un axe de travail en particulier lié directement à l'urgence d'un hébergement en attendant le départ pour une post-cure ou pour permettre un séjour de rupture à certains patients suivis régulièrement par Arc en Ciel et hors hébergement «thérapeutique».

Ces séjours ne sont possibles que si la configuration des appartements le permet et sont généralement très courts, entre une et trois semaines. Néanmoins, la vigilance reste la même que pour un résident faisant l'objet d'un suivi en appartement sur un long terme, et nous lui offrons les mêmes prestations.

### ***La sortie***

Nous ouvrons au maximum nos champs de compétence sur l'extérieur en développant le partenariat nécessaire pour préparer une sortie cohérente du patient, et dans les meilleures conditions possibles.

Nous évaluons avec le patient le bien fondé d'un départ de l'appartement à la date prévue ou au contraire la nécessité de prolonger son hébergement. Ainsi nous travaillons tout au long des prises en charge avec l'association Regain Espace Logement qui propose un suivi personnalisé à la recherche de logement.

Le partenariat avec cette association est nécessaire, car c'est par son intermédiaire qu'un accompagnement progressif vers le dispositif de droit commun est possible, en faisant l'économie d'une orientation directe sur ce même dispositif pouvant être vécue comme violente pour le patient, mal gérée et pouvant être vécue comme un abandon de la part de l'équipe éducative dans le suivi instauré avec le patient quotidiennement pendant plus de 6 mois.

Nous pouvons accompagner le patient lors d'une visite de logement et nous lui assurons l'aide nécessaire à son déménagement. Une fois le résident installé dans son appartement, nous procédons à l'état des lieux de sortie de l'appartement et récupérons les clefs.

Le devenir du patient à l'égard d'Arc en Ciel dépendra alors de lui. Nous lui proposons toujours un rendez-vous et un suivi «post-appartement».

#### **1.4 QUESTIONS AUTOUR DES TRANSGRESSIONS ET EVENTUELLES RECHUTES**

Comment prévenir la rechute dans la structure des appartements thérapeutiques-relais et comment la gérer ? Nous avons décidé de ne pas répondre de façon catégorique et intransigeante, même si l'interdit de consommation a été accepté et signé par le patient dans le contrat d'appartement avant son entrée.

Tout l'intérêt de notre travail et de celui du patient est de parler de sa consommation, des conditions dans lesquelles s'est produite cette rechute, et de sa signification. De la sorte nous allons évoluer vers une démarche de soins sans pour autant que le patient ne perde le bénéfice de son suivi. La palette de ces démarches est multiple.

Cela peut être une hospitalisation pour un sevrage, entamer les démarches pour un départ en post-cure, déposer une demande de substitution avec suivi médical. L'accompagnement peut mener à une demande de soins, voire une substitution par la méthadone.

Dans ce cas, l'appartement est un contenant très important pour l'équipe et le patient, où la parole existe, où les projets sont renégociés, réorientés, pour atteindre les objectifs fixés à l'entrée, ou pour en définir de nouveaux, prenant en compte la substitution (prolonger le temps d'hébergement pour que le patient «apprenne» à vivre avec la substitution, trouver ses marques, ... Certains emplois sont déconseillés en début de traitement, ce qui va impliquer une réorganisation des projets initiaux).

Ainsi, nous ne sommes pas à l'abri de nous positionner paradoxalement en autorisant un interdit (la consommation autorisée sur l'appartement) sur un temps relativement court, géré par le patient et l'équipe, dans un but de mise en place d'un programme de substitution.

Renforcer la logique pédagogique de l'apprentissage permettant la construction d'un projet global, doit sans cesse être remis en question, évoluer et s'adapter dans le souci d'apporter les réponses adaptées aux demandes et aux besoins des patients, en tenant compte de l'évolution de la Société et des décisions prises par leurs représentants légaux.

L'appartement thérapeutique tend à rendre sa dignité citoyenne au patient, et à lui confirmer que s'il a des droits, il a aussi des devoirs.

**V - LES ACTIONS DELOCALISEES**

## V - LES ACTIONS DELOCALISEES

- A - L'ANTENNE SITUEE AU SEIN DU CHBT DE SETE
- B - LA CONSULTATION « JEUNES CONSOMMATEURS »
- C - LA PERMANENCE D'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE CLERMONT-L'HERAULT
- D - LA PERMANENCE D'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE LUNEL
- E - LA PERMANENCE IMPLANTEE A LA MAISON D'ARRET DE VILLENEUVE-LES-MAGUELONE

**A - L'ANTENNE SITUEE AU SEIN DU CHBT DE SETE**

## A - L'ANTENNE SITUEE AU SEIN DU CHBT DE SETE

*La consultation est assurée par Jean-François MAZERAN, éducateur spécialisé*

### 1. HISTORIQUE

L'Arc en Ciel intervient à Sète depuis 1985. Cette présence irrégulière au fil des ans a d'abord pris la forme d'une permanence en ville, puis à l'île de Thau.

Mais ce type d'accueil n'a jamais vraiment été satisfaisant et en mars 1996, après une année d'expérimentation, une convention entre l'Arc en Ciel et l'hôpital est signée, fixant les conditions de création et de fonctionnement d'un pôle d'accueil et de consultations pour toxicomanes sur le site même de l'hôpital.

#### 1.1 Les missions de cette Unité sont alors

- Accueillir, recevoir, et prendre en charge les personnes toxicomanes et leur famille.
- Etre une cellule d'appui pour l'ensemble des services hospitaliers.
- Mettre en synergie les ressources d'un dispositif spécialisé et son environnement.

Le 27 août 1996, une nouvelle convention vient compléter la précédente, permettant la prescription et la délivrance de méthadone à l'hôpital de Sète sous la responsabilité de l'Arc en Ciel.

### 2. LA SITUATION ACTUELLE

#### 2.1 Présentation générale

On peut considérer qu'il existe aujourd'hui une véritable unité antenne délocalisée pour toxicomanes à l'hôpital de Sète.

A l'île singulière qu'est Sète, ne pouvait correspondre qu'une structure d'accueil tout aussi particulière.

Ainsi cette unité Arc en Ciel au sein du centre hospitalier allie les compétences de professionnels, issus pour certains du public, pour d'autres du privé.

Certains sont salariés de l'hôpital et interviennent dans le cadre de leur prestation globale (médecin, psychiatre), d'autres sont présents grâce à une budgétisation spécifique de la DDASS (infirmière, psychologue), un autre encore (l'éducateur) est mis à disposition par l'Arc en Ciel. Aucun panneau ne vient signaler son existence à l'hôpital. Les personnes sont orientées soit par les hôtesse d'accueil si elles viennent directement, soit par les secrétaires des «consultations externes» si elles prennent rendez-vous par téléphone.

Les bureaux du médecin, de la psychologue (du moins celui qu'elle emprunte au médecin) et de l'éducateur sont situés au service des consultations externes parmi d'autres bureaux d'autres médecins.

Le local «méthadone» tout aussi anonyme est dans un autre couloir de l'hôpital. Quant à la psychiatre, celle-ci est joignable au centre médico-psychologique dans un autre bâtiment du centre hospitalier.

Cette organisation pourrait paraître bien «désorientante», il n'en est pourtant rien. Les personnes s'adressant à nous semblent s'y retrouver. Ce fonctionnement permet aussi de garantir aux personnes consultant, une certaine discrétion.

## 2.2 L'Équipe et le rôle de chacun

L'équipe est composée d'une infirmière, d'une psychologue, d'un médecin, d'une psychiatre et d'un éducateur. Tous se retrouvent pour une réunion à la fois clinique de fonctionnement une fois par semaine, le vendredi de 14 h à 15 h 30.

En dehors de leur attribution propre, tous les cinq peuvent être appelés à l'un ou l'autre des services de l'hôpital à la demande d'un patient toxicomane, du service lui-même, lequel estimant une rencontre avec un membre de l'unité opportune.

Nous n'allons pas à présent détailler le travail de chaque intervenant de l'unité. Celui-ci est en bien des points semblable à celui décrit précédemment. Nous nous attacherons plutôt à décrire ce en quoi il est particulier pour chacun d'eux et tout particulièrement pour l'éducateur puisque celui-ci est membre de l'Arc en Ciel.

### **L'infirmière :**

Elle est en poste à raison d'un mi-temps. Son action consiste essentiellement à assurer l'accueil, l'écoute et la délivrance de méthadone aux personnes bénéficiant de ce traitement. L'accompagnement des personnes ainsi suivies n'est pas toujours évident pour les autres membres de l'équipe. L'infirmière devient dans les faits leur principale interlocutrice. Mais elle pourra lorsqu'elle en ressent le besoin, impulser une démarche vers l'un ou l'autre de ses collègues.

Si elle n'intervient officiellement qu'à mi-temps l'infirmière est toutefois présente à plein, temps sur l'hôpital puisqu'elle travaille pour l'autre mi-temps dans un service de médecine générale (médecine A) où ont d'ailleurs lieu des cures de sevrage (2 lits peuvent être réservés à cet usage).

Si elle n'est pas chargée particulièrement du suivi de ces cures, sa présence auprès de ses collègues infirmières facilite très certainement l'accompagnement de ces patients particuliers.

### **La psychologue :**

Elle intervient à raison de deux demi-journées par semaine. Elle reçoit essentiellement sur orientation des autres membres de l'équipe mais aussi d'autres intervenants médico-sociaux en ville. Certaines personnes prennent encore directement rendez-vous avec elle.

Si elle participe avec toute l'équipe aux décisions concernant l'admission en traitement méthadone, elle ne reçoit pas au préalable (tout comme l'infirmière) les personnes y prétendant.

Par ailleurs, elle reçoit également à l'hôpital des personnes confrontées au virus du sida.

### **Le médecin :**

Il s'agit d'un médecin venant d'être enfin nommé responsable du service. Son intervention auprès des personnes toxicomanes se fait dans le cadre de sa prestation hospitalière.

Avec l'éducateur et le psychiatre, il reçoit les personnes exprimant une demande de traitement méthadone.

Il gère les prescriptions des patients sous méthadone et en assure le suivi médical.

C'est également lui qui s'occupe tout particulièrement de la prise en charge médicale des personnes toxicomanes bénéficiant d'une cure de sevrage.

En certaines circonstances très particulières (absence de couverture sociale, préparation d'un relais en ville, préparation d'une cure de sevrage), il pourra être amené à prescrire temporairement pour des toxicomanes aux opiacés, un traitement Subutex. Enfin, il est pour l'hôpital le référent de l'unité de soin pour toxicomanes.

Son implication pour cette activité ne peut être chiffrée car non dissociée du reste.

Mais on peut estimer à quatre à cinq heures par semaine le temps consacré à la prise en charge de ce type de patients.

### **Le Psychiatre :**

Celle-ci comme le médecin, intervient dans le cadre de son activité globale à l'hôpital.

Si les autres acteurs reçoivent à l'hôpital général elle le fera pour sa part au centre médico-psychiatrique, lequel se trouve sur le site hospitalier mais dans un autre bâtiment.

Avec le médecin et l'éducateur elle reçoit tout postulant à la méthadone pour évaluation de la demande. Si la personne est admise, lui sera proposé par ses soins un suivi régulier.

En dehors de ces patients, elle reçoit les personnes orientées par l'un ou l'autre de ses collègues (de l'unité toxicomanie) mais est aussi en contact avec ceux s'adressant directement au centre médico-psychologique.

Comme pour le médecin son activité n'est pas chiffrable mais peut être estimée en temps à 4 à 5 heures par semaine.

### **L'Educateur Spécialisé :**

Il est le seul membre du groupe salarié par le centre ARC en CIEL .

Sa présence est passée à 5 demi-journées par semaine.

Comme à Montpellier, c'est l'éducateur qui reçoit le plus souvent en premier accueil la personne toxicomane, la plupart du temps sur rendez-vous.

Après évaluation de la demande soit il assure seul l'accompagnement, soit il oriente vers l'un de ses collègues ou sur l'extérieur, soit un suivi collectif se met en place.

La place de l'éducateur à l'unité de soin à Sète est quelque peu différente de celle de ses collègues Montpelliérains par certains points.

a) Un accueil à l'hôpital privilégie très certainement un type de demande d'ordre plus médical. Mais à contrario, il n'incite pas à la venue de personnes recherchant davantage un accompagnement social ou psychologique.

L'un des signes de ce constat en est le nombre de cure de sevrage mises en place (34 cures).

Cet état de fait a forcément une incidence sur l'investissement éducatif où une grande part du temps est consacrée à la préparation et l'encadrement de ces cures.

Il est évident qu'être présent à l'hôpital favorise le suivi de ces patients particuliers et qu'une meilleure collaboration avec le service hospitalier les recevant est rendue possible.

Par ailleurs, cette présence à l'hôpital permet dans certains cas une prise (ou reprise) de contact avec des personnes toxicomanes hospitalisées pour diverses raisons.

Cette rencontre peut être à l'initiative de la personne ou à celle du service où elle se trouve.

Il n'y a souvent d'autre objectif à ces rencontres que de prendre un temps pour faire mutuellement connaissance. Mais il est intéressant de constater que bien souvent ces démarches ont donné lieu à des prises de rendez-vous, et de réels suivis ont ainsi pu se mettre en place.

b) Contrairement à Montpellier, aucune instruction de dossier RMI, FSL, aide-médicale ou aide financière n'est instruit à partir de l'unité de soin.

Lorsqu'une demande de ce type se présente, une orientation ou un accompagnement est proposé pour la déposer auprès de l'instance concernée, comme pour tout un chacun.

Mais sans doute ce fonctionnement est-il rendu plus aisé par la dimension plus réduite de la ville de Sète et par la connaissance de l'ensemble des acteurs sociaux qui y agissent.

L'orientation vers les associations ou institutions compétentes pour la recherche de logement, d'emploi, de formation ou pour toute démarche administrative ou juridique est aussi la règle.

### c) Le partenariat :

Si une grande partie du travail d'insertion sociale et professionnelle se fait par orientation, cela nécessite pour l'éducateur une bonne connaissance de la vie associative, politique, médicale et sociale de la ville.

Cela veut dire une démarche de sa part pour aller à la rencontre des partenaires, de participer à différentes instances pour connaître les autres et leur travail.

C'est aussi une façon de se faire connaître soi-même car les partenaires, eux aussi, ont besoin de savoir comment travailler avec un centre d'accueil pour toxicomanes.

Depuis 1995, l'éducateur a ainsi participé, de façon régulière aux instances suivantes :

- Groupe de pilotage RMI.

Il s'agit d'un regroupement une fois tous les

2 mois environ des différents acteurs intervenant auprès des bénéficiaires du RMI (associations et services instructeurs).

Y être présent permet de les rencontrer et de se tenir au courant des différentes actions mise en place, qu'il s'agisse de santé, de logement, d'emploi ou de formation.

C'est donc une source de contact et d'information très riche et profitable dans bien des cas.

- Commission de réflexion du F.A.J. (fond d'aide aux jeunes).

Cette commission est aux jeunes de moins de 26 ans ce que le groupe de pilotage est aux bénéficiaires du R.M.I.. L'intérêt de participer est donc le même que celui décrit précédemment.

A Sète, 24 % des personnes reçues ont moins de 25 ans et la plupart rencontrent de grosses difficultés d'insertion sociale et professionnelle.

- Conseil communal de prévention de la délinquance.

Participer à cette instance est intéressant pour avoir une vue globale de la situation Sétoise.

Y rencontrer des policiers, des acteurs politiques, des enseignants, d'autres travailleurs sociaux (justice notamment) permet de confronter des points de vue émanant d'horizons très différents, et donc de compléter la vision forcément partielle que l'on peut avoir seul dans son coin.

Le C.C.P.D. est aussi un lieu où s'élaborent des politiques de prévention de la délinquance, et une structure telle que Arc en Ciel de par son expérience peut aider à la réflexion en la matière.

- Commission Santé-Jeunes

Cette commission qui a lieu au Centre social réunit des enseignants, infirmiers scolaires, travailleurs sociaux et un représentant du Centre Héraultais d'éducation à la santé (C.H.E.S.).

Elle a pour objet de réfléchir à des projets de prévention envers les jeunes sur un plan santé.

De façon plus ponctuelle l'éducateur est aussi intervenu pour des formations (adultes relais, infirmières) ou pour des rencontres de fonctionnement inter-institutionnelles (C.C.A.S, Centre social) ou pour des informations grand public (journée Santé C.H.E.S.).

Evolution de l'activité sur ces cinq dernières années :

	2003	2004	2005	2006	2007
Nbre de personnes reçues (hors parents)	102	127	114	130	146
Nbre de parents reçus	4	4	3	10	3
Nbre cures de sevrage mises en place à Sète	38	39	32	30	29
Nbre d'actes éducatifs	365	410	413	396	455
Nbre patients en traitement méthadone	37	42	49	51	48
Nbre personnes pour qui un traitement méthadone a été initialisé	12	23	16	26	24

Depuis janvier 2009, cette Antenne a été déplacée dans un bâtiment neuf situé juste à l'entrée de l'hôpital.

**B - LA CONSULTATION « JEUNES CONSOMMATEURS »**

## B - LA CONSULTATION « JEUNES CONSOMMATEURS »

*Les consultations sont assurées par Claude SIBONY et Anne-Marie SANCHEZ, psychologues cliniciens*

De nombreux patients concernés par l'usage de produits (Alcool et drogues) consultent en psychiatrie et en particulier pour les plus jeunes à la polyclinique de psychiatrie : Unité de soins pour adolescents, Unité de soins jeunes adultes et Unité de traitements des troubles anxieux et dépressifs.

Il nous a semblé important de développer une meilleure collaboration entre les deux dispositifs soignants par la création d'une consultation spécialisée sur les questions d'addictions à l'adolescence.

Cette collaboration a fait l'objet d'une convention entre l'hôpital et le centre Arc en ciel. Deux consultations sont ainsi conduites par des psychologues cliniciens du centre Arc en Ciel à l'adresse de « jeunes consommateurs de substances psychoactives ».

Depuis sept ans, le centre Arc en ciel développe son activité de soins du côté des adolescents. A ce titre a été mise en place, depuis 2001, une consultation adressée à des adolescents et jeunes adultes se reconnaissant dans une difficulté quant à l'usage qu'ils font de drogues, d'alcool, ou tout autre objet. Comme autre objet, nous trouvons le monde ludique et virtuel d'internet.

Cette consultation se tient à la polyclinique de psychiatrie de l'hôpital de la Colombière de Montpellier, lieu vers lequel s'adressent de nombreux jeunes en souffrance ainsi que leurs parents.

Nous travaillons dans une perspective de prévention orientée par la clinique de l'adolescence. Cette perspective se démarque des politiques de prévention qui dépistent, repèrent, évaluent et prédisent l'avenir du jeune.

Notre pratique clinique auprès des adolescents se veut à l'écoute d'une souffrance individuelle, parfois familiale dont l'un des symptômes est la prise de drogue, la dépendance et ses conséquences.

L'adolescence peut, pour certains, constituer un terrain fécond à la mise en place d'une addiction à un quelconque produit. Il nous paraît important de réfléchir aux modalités de travail qui nous permettent de traiter des difficultés de l'adolescent aux prises avec l'usage de drogues, lorsqu'il en fait la demande.

Nous pensons qu'un travail auprès d'adolescents est aussi et surtout un travail permettant de dénouer ce qui un moment donné fait répétition et engage vers une dépendance à l'usage d'un produit. C'est ce nouage singulier entre un sujet adolescent et un produit quelconque qui est mis au travail, suite à l'énoncé par le jeune d'une demande qu'il nous adresse.

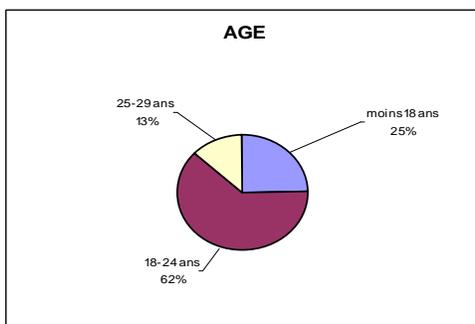
Les objectifs de la consultation sont les suivants :

- le traitement par une prise en charge psychothérapeutique des difficultés liées à l'usage et l'abus de substances psycho-actives ou autres produits. La notion de dépendance peut être élargie à d'autres objets que les drogues (conduites alimentaires, conduites à risque, etc.). Les parents de ces jeunes et travailleurs sociaux, concernés par ces situations, sont également reçus.
- l'élaboration d'un projet de soins et l'orientation si cela est nécessaire vers des dispositifs plus spécialisés grâce à un travail de collaboration entre équipe hospitalière et consultants du centre Arc en Ciel.
- l'accueil de jeunes suivis au centre Arc en Ciel et orientés vers l'unité de soins en raison de leur âge et de leur profil psychologique relevant d'une prise en charge psychiatrique.

### Le public accueilli

Il se décompose comme suit :

- adolescents et jeunes adultes usagers de produits psychotropes,
- parents, entourage familial,
- professionnels de la santé, éducation, animation et justice.



25 % des jeunes accueillis ont moins de 18 ans et 62 % entre 18 et 24 ans et un rapport garçon/fille de 65 % et 35 %. L'âge de la population reçue correspond aux années lycée, années de fin de scolarisation, années d'adolescence et de « négociation » des choix d'adultes. Majoritairement célibataires, ils sont scolarisés et vivent dans leur famille. Le public est quasiment dans sa totalité de l'agglomération montpelliéraine.

La majorité des demandes adressées vers cette consultation provient de jeunes non hospitalisés s'adressant à un service pour adolescents du fait de

difficultés dans l'usage de produits.

Ces adolescents et jeunes adultes sont orientés vers la consultation du centre Arc en Ciel suite à une première évaluation de la demande. Notre dispositif se faisant mieux connaître, de nombreuses demandes s'adressent actuellement en direct.

Le public étant très jeune, les pratiques addictives ne concernent que très rarement l'usage de produits injectant. L'aspect médical de la prise en charge de ces patients en est de ce fait le plus souvent écarté. A la différence de nombreux patients du centre Arc En Ciel, les consultants ne sont pas des personnes subissant une désinsertion sociale, par contre la déscolarisation est un aspect important des tableaux cliniques rencontrés.

Notre intervention se situe en amont des difficultés de désinsertion sociales, d'exclusion, telles qu'elles sont repérées chez les usagers de drogues adultes. La permanence des cadres familiaux, scolaires et sociaux plus généralement, est un facteur facilitateur du travail thérapeutique. Le travail clinique que nous exerçons à cet endroit est moins « parasité » par des variables sociales et sanitaires. Place est donnée à la parole et l'écoute

Du côté des soins, les situations cliniques ont trait à un usage qui tend à devenir régulier et posent la question de la mise en place d'une toxicomanie ou d'un alcoolisme. Notre intervention se situe alors au moment de bascule entre usage et dépendance.

La consultation peut, pour ceux qui le demandent, devenir un lieu où s'élabore une psychothérapie ou être le moment privilégié d'une parole sur cette relation toujours singulière à une drogue.

Quelques patients s'engagent dans un travail régulier de psychothérapie (un cinquième environ), les autres sont reçus sur quelques semaines ou bien reviennent ponctuellement traiter une difficulté précise.

Plusieurs consultations émanent d'équipes de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et de l'Education Nationale, équipes confrontées à l'usage régulier de cannabis et d'alcool chez certains jeunes mais aussi à l'usage de solvants et de ecstasy donnant lieu à des manifestations spectaculaires et inquiétantes. Nous voyons arriver des demandes portées par des parents quant à l'usage addictif d'Internet, notamment des jeux de rôles.

Les situations cliniques rencontrées sont évidemment diverses.

La prise de produits est le prétexte annoncé dans 80 % des cas, mais en aucune façon cela ne détermine une quelconque typologie des patients. Les 20 % restants concernent des demandes portant sur l'usage d'Internet et jeux sur réseaux, des tentatives de suicide avec prise de médicaments. L'aspect répétitif du symptôme et la jouissance lui étant affectée, conduisent des professionnels à adresser ces personnes vers notre consultation.

La demande quant à l'usage de produits ne fait pas du tout l'essentiel de ce qui est abordé lors des premières rencontres ; le malaise adolescent est abordé sous différents aspects : l'angoisse, les choix sexuels, les conflits familiaux, les tentatives de suicide, les troubles alimentaires, la violence, les scarifications etc. etc. La consultation est une des façons, lors des situations présentées en urgence, de « calmer » une situation et de reprendre du temps pour traiter la problématique installée qui ne peut disparaître de façon magique.

Un temps d'écoute et d'évaluation est consacré au jeune et selon les cas à son entourage. Ce temps permet au psychologue d'évaluer la nature de la dépendance dont il est question et son inscription dans un contexte psychologique singulier. Des situations d'allure banale masquent parfois des tableaux pathologiques graves : plusieurs situations cliniques se sont révélées participer de processus psychotiques à l'œuvre plutôt que de simples effets de l'usage de drogues. L'usage venant alors protéger le patient d'un envahissement psychotique.

Dans de nombreuses situations, l'usage semble massif et pourtant il cède dès que l'adolescent se saisit de la consultation et trouve d'autres voies d'expression à son mal-être ; ce qui confirme les capacités de remaniement à cet âge.

Suite à une évaluation diagnostique lors de la consultation, corroborée par l'évaluation des psychiatres travaillant dans l'une des unités de la polyclinique, nous avons rapidement orienté des patients présentant des troubles graves de la personnalité : schizophrénie, bouffée délirante, anorexie, dépression, tentative de suicide. Plusieurs de ces jeunes ont ensuite été suivis conjointement par le psychologue du centre et le psychiatre hospitalier. Nous avons effectué quelques hospitalisations d'adolescents dans le cadre d'une cure de sevrage ou d'une consolidation d'une démarche de soins.

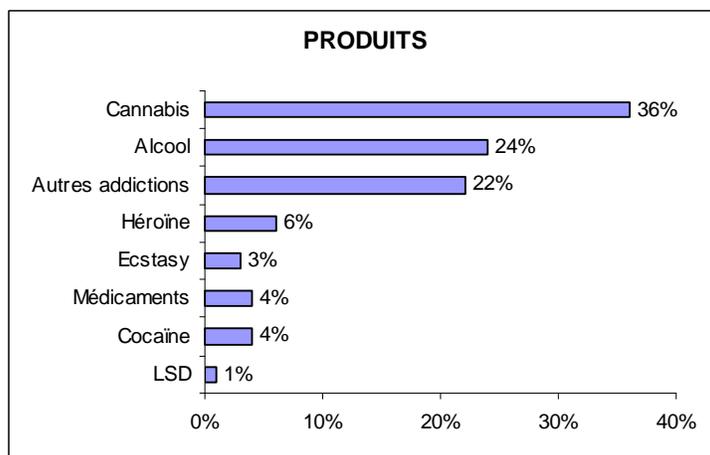
Dans le même temps plusieurs jeunes hospitalisés ont été orientés vers cette consultation afin de traiter de difficultés spécifiques quant à l'usage de produits psychotropes.

Chaque consultation a été suivie d'une prise de contact entre l'équipe qui oriente et le psychologue qui reçoit afin d'élaborer conjointement une démarche de soins.

Les équipes avec lesquelles nous avons collaboré autour de situations cliniques sont :

- Les trois équipes qui composent la polyclinique de psychiatrie,
- Les services d'urgence de l'hôpital Lapeyronie,
- Les consultations psychologiques universitaires,
- La pédopsychiatrie.

### Des jeunes et des produits



Nous travaillons auprès de jeunes usagers de cannabis 36% et d'alcool 24%, mais relevons comme d'autres praticiens sur Montpellier la montée des usagers d'ecstasy et de cocaïne, dans le cadre de soirées en discothèques et rave-party.

Cette consultation nous a permis entre autre de faire apparaître une consommation de cannabis qui pour certains prend des formes d'addiction,

en particulier plusieurs lycéens consommant de 10 à 30 joints quotidiennement.

Nous devons préciser le fait que l'ensemble des patients utilise plusieurs produits, le tableau ne rend compte que des produits dits les plus significatifs. L'usage d'Ecstasy, mais aussi de LSD et parfois de cocaïne est présenté comme très banal. Les accidents sont nombreux, hormis les accidents de la route à la sortie d'une discothèque, nous observons de réels épisodes délirants de type paranoïde suite à l'usage intensif de certains de ces produits.

L'usage de ces produits dans le cadre de « rave party », soirées techno et autres lieux festifs est un phénomène qui tend à se banaliser et constitue une cause de consultation qui n'est pas marginale.

Ces produits, nous semble-t-il, occupent la place de l'ancienne frontière entre drogues dites douces et drogues dures, l'espace ainsi comblé, les passages sont de fait facilités.

De nombreux témoignages attestent de l'usage d'héroïne lors de ces soirées festives et en discothèques, produit utilisé comme régulateur des « montées et descentes » « pharmacologiquement assistées ».

Pour les 22 % de consultants « autres addictions », il s'agit de jeunes présentant des troubles psychiatriques, ou de violence en institution ou dans leur famille ou encore de troubles alimentaires (anorexie et boulimie).

Cette orientation est le fait de pratiques de réseaux, en particulier le Lieu Commun, qui nous identifie comme relevant de la prise en charge d'adolescents. La plus part du temps, après évaluation ces adolescents sont réorientés.

Notons l'augmentation des demandes concernant la dépendance à des jeux sur réseau Internet, provoquant une déscolarisation et une vie dans un monde virtuel. Nous prenons en charge ces demandes, tenant compte des différences entre ces symptômes et la toxicomanie.

Les familles, entendons les parents, sont pour 35 % des cas à l'origine de la demande de soins, ce chiffre devrait être modéré car bien souvent les coordonnées de la consultation sont données par le milieu scolaire qui mène un important travail de préparation en amont.

35 % des consultants prennent l'initiative de leur démarche de soins ce qui à l'adolescence nous semble important, ce chiffre peut aussi se référer au travail des équipes sanitaires et sociales des établissements scolaires. Si ces chiffres étaient davantage affinés, les orientations effectuées par le milieu scolaire seraient en pourcentage certainement bien supérieures.

### **L'accueil des parents**

Plusieurs de ces premières consultations se sont déroulées en présence de parents qui s'étaient déplacés, les parents sont à l'initiative de la consultation dans 50 % des cas.

Il ne s'agit pas pour nous d'effectuer un travail familial (car le temps clinique nous manque) mais d'accueillir, d'orienter, et d'évaluer les possibilités de prise en charge du jeune. De nombreux parents initient une démarche de soins pour leur enfant, qui souvent lors du premier entretien a refusé de venir.

Cette première consultation favorise la venue du jeune quelques jours ou semaines plus tard. Quand la demande de l'un est trop intriquée à celle de l'autre, quand la souffrance de l'un alimente celle de l'autre, nous recevons sur quelques séances parents et enfants ensemble.

## **La consultation dite « cannabis »**

Cette consultation est désormais intégrée dans la consultation jeune consommateur. Le cannabis, au cours des dernières années, est devenu un produit d'usage banalisé et de véritables dépendances se sont installées, alertant les institutions, les parents et parfois même les adolescents.

Les objectifs liés à cette consultation sont : l'évaluation de la nature de la consommation, le niveau de dépendance ainsi que la problématique du jeune consultant, et l'orientation soit y a indication vers une structure adaptée à sa problématique (le Point Ecoute Parents Adolescents, l'Ecole des parents, l'UTTD, le service du Dr Robert Brès, et le libéral).

## **Le public**

Les publics accueillis sont des jeunes concernés par l'usage de produits, et majoritairement du cannabis, et leurs parents. 84 % des personnes accueillies ont moins de 20 ans. Alors que le pourcentage des jeunes consommateurs de 15 ans est de 9 %, chiffre qui vient confirmer que les jeunes consommateurs réguliers le sont de plus en plus tôt. Soit que le produit est de plus en plus accessible et banalisé, soit qu'une dépendance surgit beaucoup plus tôt et beaucoup plus intensément.

Lors des premiers entretiens : les inquiétudes, les incertitudes sur l'avenir et l'angoisse du passage dans le monde des adultes restent prépondérants. La prise de cannabis est particulièrement banalisée, parfois même chez certains parents. Alors que chez d'autres parents on peut observer une position tout à fait opposée, qui va jusqu'à la diabolisation du produit provoquant des demandes de solutions radicales et immédiates empêchant parfois le travail avec leur enfant.

Quant à la répartition par sexe, 62 % sont des consultants de sexe masculin contre 38 % de consultants de sexe féminin. Par contre, les jeunes filles qui consultent ont des consommations très importantes de cannabis bien souvent associées à d'autres produits consommés surtout pendant le week-end. Et toujours le même discours : « pour se défoncer », « obligée de faire comme les autres », « sinon je reste dans mon coin » .

## **La demande**

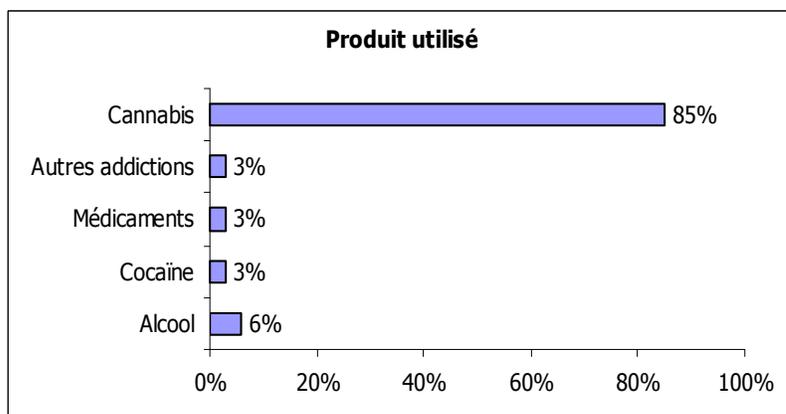
L'origine géographique des demandes est toujours identique et la majorité des consultants, viennent de Montpellier et son agglomération. Avec tout de même des demandes provenant du département, voire la région, pour diverses raisons : personnes de passage, le bouche à oreille, la représentation liée au lieu, à Arc en Ciel, à une personne, parfois le souhait de s'éloigner de son lieu d'habitation pour consulter .

Quant aux chiffres relatifs au demandeur, une légère transformation s'est opérée et les demandes qui émanent de la famille sont en légère baisse, soit 53 % contre 60 % en 2005 et 2006. En revanche, on observe une légère augmentation des jeunes consommateurs demandeurs, soit 30 % en 2007 alors qu'il était de 27 % en 2006. Désinvestissement de la famille ou implication et motivation plus forte chez certains jeunes ?

Rappelons toutefois que les demandes des parents ont souvent pour origine le milieu scolaire sur le conseil d'une infirmière, d'un C.P.E., d'un médecin scolaire .

## Les produits

Le produit le plus utilisé reste le cannabis, ce qui n'est point surprenant compte tenu du « marquage » cannabis de la consultation.



On note comme premier produit 85% de consommateurs de cannabis. Alors est-ce que la consommation de cannabis a augmenté ? Ou est-ce que le marquage cannabis oriente particulièrement la demande ? Enfin, l'héroïne est citée comme produit diabolique et la grande

majorité de jeunes consultants disent ne pas vouloir en consommer et ceux qui y ont goûté affirment ne plus vouloir y toucher. Par contre la consommation de cocaïne et l'alcool sont en hausse constante.

Quels que soient les chiffres, quel que soit le marquage de cette consultation, les personnes qui la sollicitent, que ce soient des sujets adultes ou des sujets adolescents, ce sont des sujets en demande. Et même si « *toute demande est demande d'amour*<sup>16</sup> », comme l'a écrit Lacan, celle que nous adresse l'adolescent est une demande subjective, unique, souvent muette. Elle ne peut pas être réduite à une évaluation suivie d'une orientation.

Elle peut s'élaborer, se modifier, évoluer et s'affiner, d'autant qu'elle est soumise à de multiples aléas, et qu'elle vient rarement de l'adolescent. Elle est bien souvent portée par la famille, et a pour origine le milieu scolaire. Donc non seulement il faut travailler par demandes interposées, mais encore faut-il arriver à provoquer un soupçon de demande chez l'adolescent.

<sup>16</sup> LACAN Jacques, 1956-1957.S.IV. La relation d'objet, Paris, Seuil, 1994

**C - LA PERMANENCE D'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE  
CLERMONT-L'HERAULT**

## C - LA PERMANENCE D'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE CLERMONT-L'HERAULT

*La consultation est assurée par Mireille GILLES-NIALET, éducatrice spécialisée, depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2007.*

Le but du projet est d'organiser toutes actions pouvant répondre aux problèmes liés aux usages des drogues, par la mise en acte de trois objectifs :

- Mise en place d'une permanence d'accompagnement pour les personnes usagères de drogues et d'écoute pour les proches.
- Travail en réseau et construction d'actions partenariales avec les acteurs locaux (social, médical, éducatif, insertion, formation, etc.)
- Interventions de prévention auprès du public jeune (15-25 ans)

La consultation s'adresse à l'attention du public suivant :

- Personnes toxico-dépendantes,
- Adolescents usagers de Cannabis et polyconsommateurs,
- Familles et proches de toxicomane ou d'usager de cannabis,
- Tout professionnel (par extension toute personne) en demande d'information.

La permanence se déroule sur deux journées hebdomadaires dans les locaux du Point Information Jeunesse.

Cette deuxième année d'exercice a permis de pérenniser dans le paysage local la présence de l'association, aussi bien pour la tenue des permanences avec l'accueil du public, que dans le travail partenarial et de réseau, que sur le volet prévention avec une adaptation aux demandes des partenaires locaux.

Les problématiques sont toujours diversifiées : jeunes consommateurs (cannabis ou/et alcool), toxicomanes, ex-toxicomanes, parents (mères). En majorité, c'est le soutien socio-éducatif qui est la demande la plus formulée par les personnes qui viennent consulter.

La tranche d'âge des 15-25 ans représente plus de la moitié de la file active, pour une moyenne d'âge d'environ **28** ans. Le public vient majoritairement de la ville de Clermont et du canton, mais aussi des bourgs plus éloignés tel Gignac, Pézénas, Paulhan... montrant s'il en est besoin la place pivot de Clermont dans le cœur d'Hérault.

Nombre de partenaires se sont saisis de l'outil et citons plus particulièrement le CCAS, la MLI, le SPIP, le lycée Gosse, le PIJ et l'EPE, mais aussi le lycée Vallot de Lodève et le CMP de Gignac.

Sur un mode ponctuel, les partenaires ont été le collège de Gignac, l'A.I. APIJE et des médecins généralistes. Le partenariat s'effectue aussi par le travail en réseau qui, au delà du rôle de l'éducateur par les contacts réguliers entretenus avec les partenaires, passe par la participation à des rencontres de réseau formalisées :

- le réseau SAJE (santé-jeune 16-25 ans) Pays Cò ur d'Hérault (participation à 8 réunions pour la mise en forme),
- les groupes thématiques du CISP (conduits par la municipalité),
- le réseau Cò ur d'Hérault sur les violences conjugales (participation formation menée par le CIDF).

Des interventions sur les problèmes liés aux usages de drogues auprès d'élèves de classes de Terminale et de Première du lycée René Gosse ont été réalisées suite à la demande de l'établissement. Après cette série d'interventions, il a été demandé à l'association de mettre en place une formation de jeunes relais sur l'établissement

L'action clermontaise est en place depuis deux ans, le travail de réseau a été effectué auprès des organismes les plus divers et il est permis de penser à présent que la permanence est repérée par les partenaires (l'action est désormais connue sur tout le cò ur de l'Hérault). Le nombre d'actes évolue, le travail de partenariat est consolidé.

Il apparaît important, en termes de perspective, de continuer le travail de régularité tenu par les permanences et de continuer de développer les contacts partenariaux

**D - LA PERMANENCE D'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE LUNEL**

## D - LA PERMANENCE D'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE LUNEL

*La consultation est assurée par Mireille GILLES-NIALET, éducatrice spécialisée, depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2007.*

Le but du projet, comme la permanence de Clermont l'Hérault, est d'organiser toute action pouvant répondre aux problèmes liés aux usages des drogues, par :

- la mise en place d'une permanence d'accompagnement pour les personnes usagères de drogues et d'écoute pour les proches,
- un travail en réseau et construction d'actions partenariales avec les acteurs locaux (social, médical, éducatif, insertion, formation, etc.),
- des interventions de prévention auprès du public jeune (15-25 ans).

La consultation s'adresse aux :

- personnes toxico-dépendantes ;
- adolescents usagers de Cannabis et polyconsommateurs ;
- familles et proches de toxicomane ou d'usager de cannabis ;
- professionnels (par extension toute personne) en demande d'information.

Afin d'optimiser le service rendu aux personnes et les attentes des professionnels, la permanence qui se tient au sein de l'Espace Santé (service de l'hôpital local) se déroule à raison d'une journée hebdomadaire.

Le partenariat sur le territoire ne tient pas compte seulement de l'antériorité de l'éducateur sur la ville, un certain nombre de nouveaux acteurs et organismes oriente vers l'Espace Santé sachant que de nombreux services (dont la permanence AMT-AEC) y sont pourvus. Mais ce partenariat reste donc mouvant et si être inclus dans le paysage local prend du temps, en être exclu peut-être très rapide.

Les contacts permettent par la suite d'échanger des informations, co-construire une alliance et une stratégie d'intervention, et ainsi être mieux aidant envers les usagers, surtout quand des usagers bénéficiaient de suivis par plusieurs partenaires.

Les différents partenaires orienteurs sont : le SPIP, la Direction de la Solidarité Départementale, le Centre Communal d'Action Sociale, l'APAJH, le Mouvement Français du Planning Familial, le Lycée Louis Feuillade, la Gendarmerie, le Collège de Marsillargues et des médecins généralistes.

Il est important de signaler que les actions de prévention mises en place par la Mission Locale d'insertion ont abouti à une formation auprès des différents formateurs des organismes accueillant des jeunes. Cela a également permis de renforcer le partenariat de terrain.

Diverses interventions sont régulièrement réalisées sur les problèmes liés aux usages de drogues auprès de jeunes en organismes de formation.

**Cette action a été mise en place par la Mission Locale Petite Camargue. L'éducateur intervenait dans le cadre d'une action de santé globale, des interventions du MFPPF et de l'EPE permettaient une information générale.**

**Cela a permis de travailler avec de nouveaux partenaires qui ont fortement apprécié ces interventions. En effet, un partenaire satisfait viendra plus facilement orienter un jeune (ou moins jeune) et demander conseil. Egalement, les jeunes qui connaissent l'existence de la structure, peuvent s'y rendre plus facilement. A la demande de l'infirmière du collège Ambrussum ont eu lieu une série d'interventions face aux jeunes des 8 classes de quatrième sur deux années scolaires.**

L'action lunelloise est bien engagée, le travail de réseau est opérant et la reconnaissance de l'action est à conserver. Les actions de réseau étant désormais bien installées, il convient d'intensifier les efforts sur la permanence, tant en direction des usagers que des familles.

**E - LA PERMANENCE DE SOINS DANS LA MAISON D'ARRÊT DE  
VILLENEUVE LES MAGUELONE**

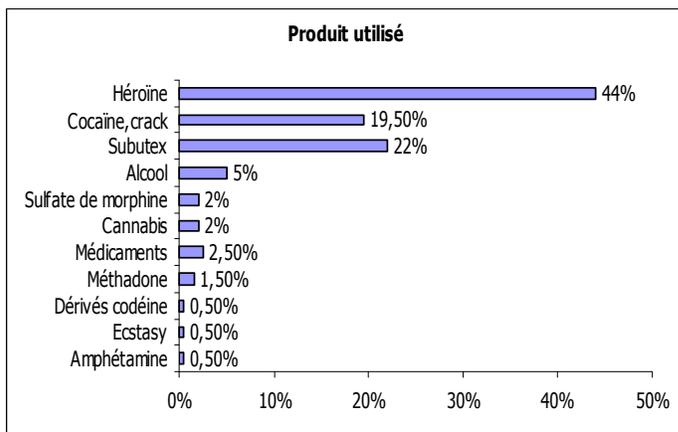
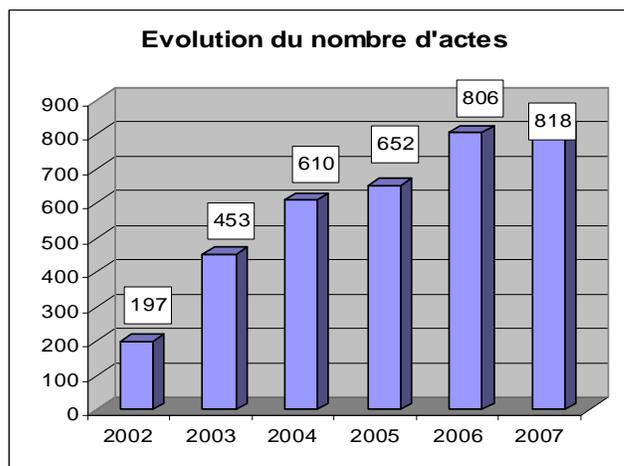
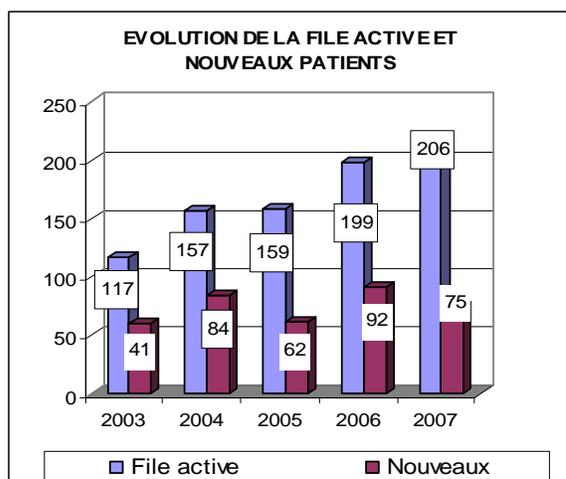
## E - LA PERMANENCE DE SOINS DANS LA MAISON D'ARRÊT DE VILLENUEVE LES MAGUELONE

### La permanence de soins en milieu carcéral

La permanence de soins en milieu carcéral est assurée par Christine BARTOLI, éducatrice spécialisée.

La permanence fonctionne depuis 2002 dans les locaux de l'Unité de Consultation et de Soin Ambulatoire (UCSA) de la Maison d'arrêt de Villeneuve les Maguelonne.

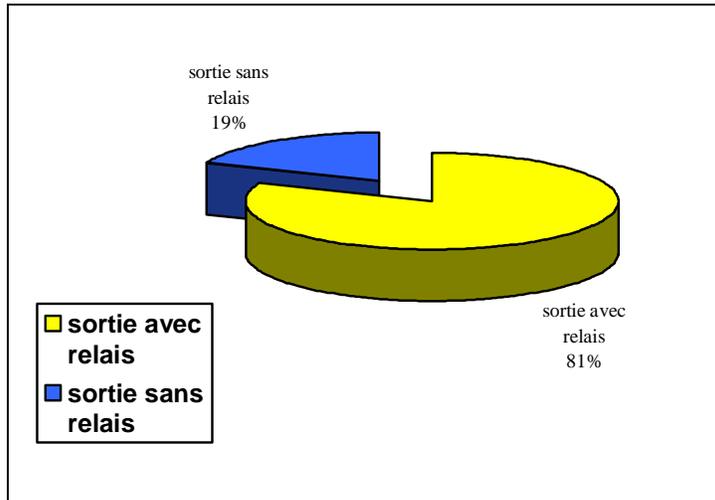
L'objectif de cette permanence est de permettre l'accès aux soins des personnes toxicomanes incarcérées et de préparer leur sortie.



L'héroïne est toujours le produit le plus utilisé ainsi que le Subutex® détourné de son usage médical et l'alcool. La consommation de cocaïne ne cesse d'augmenter régulièrement au fil des ans.

En produit secondaire, si la cocaïne se maintient parmi les produits les plus consommés, nous constatons une augmentation de la consommation d'héroïne, à mettre, peut-être en lien avec

l'augmentation de la cocaïne, les personnes cocaïnomanes utilisant l'héroïne pour la descente.



Si la majorité des sorties s'effectuent avec relais (81%), pour les sortants de prison, les difficultés relatives à la mise en place de la CMU ou du RMI et à l'hébergement restent identiques aux années précédentes.

Il est à noter que nous avons mis en place une collaboration très étroite avec l'établissement « L'ATRE » situé à Lille dans le cadre d'une continuité dans la des soins que nous avons initié au sein de la Maison d'arrêt.

Nous réfléchissons actuellement sur la création d'une structure similaire dans notre Région puisque « L'ATRE » est le seul établissement existant en France pour accueillir les personnes toxicomanes sortantes de Prison.

## **VI - SYNERGIE ET PARTENARIAT**

## VI - SYNERGIE ET PARTENARIAT

### 1 - LA COMMISSION « JUSTICE & TOXICOMANIE »

*La Commission Justice-Toxicomanie est animée par Benoît JOLY, éducateur spécialisé*

Considérer le toxicomane comme sujet de droit, c'est-à-dire, comme une personne autonome, apte à assimiler et assumer les droits et obligations lui étant inhérents, visant à protéger les éléments primordiaux qui créent son individualité, lui renvoyer sans cesse son statut de citoyen à part entière, lui permettre de revendiquer ses droits mais aussi de faire face à ses devoirs, créer une instance de réflexion autour des questions faisant point d'achoppement entre le domaine médico-social et judiciaire, telles sont les missions de la Commission Justice et Toxicomanies, créée en 1999.

Cette Commission s'intègre dans les missions de l'association Arc en Ciel pour faciliter l'accès au droit des personnes toxicodépendantes, la dimension « justice » ayant été longtemps occultée dans la prise en charge des personnes toxicomanes.

En premier lieu, la commission s'attache à considérer et à faire apprécier le toxicomane comme un sujet de droit, sujet de droit tant vis-à-vis de lui-même, qu'à l'extérieur de l'institution, et, plus spécifiquement, lors d'audiences correctionnelles auxquelles il comparait, ou doit comparaître.

C'est ainsi, qu'il apparaît nécessaire de travailler très concrètement avec lui sur son parcours judiciaire et plus particulièrement sur les audiences à venir, suite aux infractions commises sur la législation des stupéfiants ainsi qu'à des délits variés (vols, violences), mais aussi aux conflits ordinaires (d'ordre familial, social) comme en rencontrent bien d'autres citoyens.

La commission a donc été amenée à prendre contact avec des avocats du Barreau de Montpellier, qui ont accepté de prendre en charge la défense des patients que nous recevons à Arc en Ciel, et ceci dans un contexte très original et spécifique.

Il était, dans un premier temps, indispensable de leur donner les moyens de mieux connaître les patients que nous suivons et de dissiper les projections inexactes et, dans un second temps de les former aux problématiques liées à la toxicomanie. De fait, lorsque qu'un patient a besoin d'une défense, l'un des trente avocats de la commission est contacté. Il devient alors un « conseil » et le statut de « patient » fait place à celui de « client ».

En accord avec l'avocat, le référent de la commission Justice et Toxicomanies prépare le patient à l'audience. Peu à peu, le patient devient acteur de sa défense, il s'approprie sa parole et assume ses actes. Le jour de la comparution, il bénéficie d'un accompagnement au Palais de Justice.

C'est pour lui un jour extrêmement important et angoissant : il est seul, seul face à lui-même, seul face à ses juges, avec son sac contenant ses effets personnels, au cas où ! Mais l'avocat est là, tout près de lui, rassurant, lui garantissant une présence protectrice, et qui, grâce à sa compréhension sur la toxicomanie, plaidera avec plus d'exactitude.

Ces moments partagés créent un lien particulier, qui permet de repositionner le patient comme acteur, non seulement de sa propre défense, mais également de porter un regard critique sur sa responsabilité.

L'avocat, dont le patient a vu l'intérêt de son action, devient pour lui un allié, voire un partenaire, qui sera consulté par la suite pour toutes questions d'ordre administrative ou juridique, sans avoir systématiquement recours à la violence.

La Commission comprend surtout de jeunes avocats et le turn-over est important : lorsqu'ils ont prêté serment, les avocats s'investissent beaucoup, puis, étant de plus en plus sollicités par l'évolution de leur travail, ils laissent la place à leurs nouveaux confrères. Le partenariat avec les avocats dure environ 3 ans.

C'est ainsi que la Commission Justice et Toxicomanies s'est développée et enrichie de nouveaux membres, toutes spécialités confondues car, je le répète : le toxicomane n'est pas uniquement un délinquant. C'est aussi un citoyen, un père de famille, un travailleur, un locataire qui peut avoir recours au droit civil et social, et non uniquement pénal.

Le rôle et le but de la Commission sont donc de replacer celui qui est exclu au centre de la citoyenneté. Pour ce faire, la commission se compose de juristes, d'universitaires, de notaires, d'huissiers, d'auditeurs de justice, de magistrats, d'avocats, de fonctionnaires des impôts.

Une autre ambition de la Commission Justice et Toxicomanies est de construire des passerelles entre les acteurs médico-sociaux et judiciaires, chacun pouvant offrir à l'autre des éclairages utiles à l'exercice de sa profession.

A ce titre, chaque année les avocats de la commission viennent nous rencontrer pour débattre des sujets toujours sensibles et aggravés par la loi de 2002 :

- La notion de secret professionnel, le secret médical et le secret partagé
- Les lois Perben et Sarkozy.
- Le document individuel de prise en charge (DIPEC)

### **Les temps forts pour la commission depuis sa création**

Deux temps forts sont à énoncer :

1) La parution d'un article dans les Actualités Sociales Hebdomadaires en mars 2007 intitulé : « Accès au droit : un réseau d'avocats formés à la défense des personnes toxicomanes » dans lequel il est fait état du fonctionnement de la Commission Justice et Toxicomanies<sup>17</sup>.

2) La participation de la Commission Justice et Toxicomanies à la journée de rencontres initiée par la fondation Abbé Pierre, à Marseille, ayant pour thème : « De l'accès au droit au recours à la justice pour les plus démunis ».

---

<sup>17</sup> Cf. Annexe 3, article de Florence Raynal, ASH N° 2496 du 2 mars 2007

## 2 6 LE PARTENARIAT

Pour conduire les missions obligatoires et facultatives s'inscrivant dans le nouveau cahier des charges que se doit de respecter le Centre de Soins Arc en Ciel en passant de CSST à CSAPA, nous nous appuyerons comme nous le faisons depuis 3 décennies sur notre collaboration avec les partenaires suivants :

- CHRS : Issue, Regain, Faré, Chauliac-Rauzy, Henri Wallon, l'Oustal, Regain, La Clairière.
- POST-CURES : Mas Saint-Gilles, Blannaves (Alès), Atre (Lille).
- CAARUD : La Boutik, Axess.
- HOPITAUX : CHU montpellier et Sète, UMIPP, CHS La Colombière, Service Addictologie Centre Hospitalier du Grau du Roi, Unité de Soins Grands Adolescents de la Polyclinique de Psychiatrie, Secteur psychiatrie infanto-juvénile n°2, service de médecin psychologique pour enfants et adolescents Peyre Plantade.
- CLINIQUES PRIVEES : La Lironde, Stella, Rech.
- CSST : UTTD (Montpellier), Entracte (Castelnau-le-Lez), Episode (Béziers), Logos (Nîmes), AID 11 (Narbonne).
- CAT : Les Ateliers Kennedy.
- Associations : Aides, Déclic-familles, Culture du Cœur, ANIT, CCAA, Via Voltaire, Médecin du Monde, ERKA, Secours Populaire, Secours Catholique, CLICCOSSH, APAJH, Mouvement Français pour le Planning Familial (34), Fondation Abbé Pierre, Psychasoc, Amicale du Nid, RAIH, AERS, CIRDD, Compagnie des Nuits Partagées, Sida Info Service, CDMR 34, PORTIA, Epidaure, CRES L-R, Point Ecoute Parents Enfants, APAJH Lunel, Ecole des Parents et des Educateurs.
- RESEAUX : Commission Santé, Réseau Hépatites, Réseau Ville-Hôpital-Adolescent, Réseau Addictions 34, Naître en Languedoc Roussillon (périnatalité), Réseau Ville-Hôpital, Collectif Santé Précarité, SAJE, Service de Médecine Préventive Université Perpignan, GRANIT L-R, Réseau Pays Cœur d'Hérault.
- ADMINISTRATIONS, COLLECTIVITES : DASS, DRASS, CPAM, CAF, MDPH, PASS, ANPE, Conseil Général de l'Hérault, Conseil Régional Languedoc Roussillon, CCAS, DSD, Service médical et social de l'Inspection Académique, Education Nationale, DRDJS services sport et jeunesse, MILDT, MLJAM Agglomération de Montpellier, MLI Petite Camargue (Lunel), CISPD de Clermont l'Hérault, Direction Départementale de la PJJ (34), Villes de : Montpellier, Sète, Lunel, Clermont l'Hérault, CLSP Villeneuve les Maguelone, BPDJ de Lunel, CLI Montpellier, PIJ Sète.

- JUSTICE : PJJ, SPIP, Avocats de la Commission Justice et Toxicomanies.
- FORMATION : IRTS L-R, IFME Nîmes, AFPA, Centre de Formation Olympe, Formaide, Nouas UFCV, Femmes en Languedoc Roussillon, CFA Municipal de Sète, CFA des métiers de la Chambre des Métiers et de l'Artisanat du Gard, Centre Régional d'Education Populaire et Sportive (CREPS), IFSI Montpellier.
- LABORATOIRES : Schering-Plough, Bouchara.
- COLLEGES : Collège des Garrigues, Collèges des Escholiers, Arthur Rimbaud, Fontcarrade, Collège de Gignac, Frédéric Mistral (Lunel et Pérols).
- LYCEES : Jean Monnet, Léonard de Vinci, Jean Mermoz, La Colline, Mendès France, Agropolis (Montpellier), Clémenceau (Montpellier), Joseph Vallot (Lodève), Jean-Jaurès (Saint-Clément de Rivière), René Gosse (Clermont l'Hérault), Lycée Joliot Curie (Sète), LEP Fernand Léger (Bédarieux), Lycée Jacques Brel (Saint-Pons de Thomières).
- ET AUSSI : Maison de la Prévention de Montpellier, bailleurs HLM, médecins et pharmacies de ville, FRAD Gendarmerie, GEPSA Maison d'arrêt Villeneuve les Maguelone.

**VII - LE SECTEUR PREVENTION-FORMATION- CONSEIL  
EN ADDICTOLOGIE**

## VII - LE SECTEUR PREVENTION-FORMATION- CONSEIL EN ADDICTOLOGIE

### **Le secteur Formation Prévention Conseil**

En lien avec le dispositif de soins, un secteur Prévention ó Formation - Conseil en addictologie a été créé en 2002. Il intervient sur toutes les questions liées aux substances psychoactives licites et illicites : usagers et produits, prévention et prise en charge, dispositifs et réseaux, législations et politiques publiques.

**Le pôle prévention** a pour mission de renforcer l'offre de programmes, de dispositifs et d'actions de prévention du territoire régional. Cadre d'intervention privilégié en matière de promotion de la santé et de prévention à de nombreux titres, « l'école » est un des partenaires clés de ce secteur.

**Le pôle formations** conduit des sessions de formations visant à actualiser et renforcer les savoirs et savoir-faire dans le domaine des consommations de substances psychoactives licites (alcool, tabac, médicaments, produits dopants) ou illicites et des conduites à risques à l'adolescence. Un catalogue propose des modules conçus au plus près des préoccupations des équipes confrontées aux problématiques d'addiction.

Les activités du **pôle Conseil** s'adressent aux acteurs techniques et politiques en Languedoc Roussillon. A partir de l'analyse concertée de situations problématiques et de besoins territorialisés en termes de programmes, dispositifs ou réseaux de prévention et d'accès au soin, l'offre se traduit par un soutien méthodologique au diagnostic, accompagnement institutionnel, mises en synergies, études et recherches-actions.

### **Prévention : stratégies d'intervention**

Les programmes prévoient de s'adresser à la fois et en complémentarité aux jeunes, aux parents, aux membres de la communauté éducative et tout acteur de première ligne, pour l'inscription d'une politique programmée, cohérente et à long terme.

Les principes d'intervention se traduisent par la mise en œuvre d'actions :

- inscrites dans le temps (plusieurs séances (6) par groupe cible),
- en direction de jeunes si possible non désignés (non captifs) mais volontaires,
- fondées sur des approches participatives,
- incluant des opportunités de participation des parents,
- nécessitant l'implication effective des équipes des établissements bénéficiaires.

En termes de stratégies d'intervention, deux conditions nous apparaissent comme déterminantes :

1) Favoriser, au fil des séances, les postures d'accessibilité qui permettent de créer des liens de proximité avec les publics ciblés et cette proximité a besoin de temps pour s'établir. Il s'agit de tabler sur la relation, de rendre possible la rencontre, de diminuer pour l'intervenant les distances sociales et subjectives en établissant des rapports de réciprocité et de confiance de façon à :

- donner aux jeunes l'occasion d'exprimer leurs tensions, inquiétudes, questionnements et d'être entendus,
- offrir une aide plus précoce, réduire le temps d'accès aux ressources et soutiens quand ceux-ci s'avèrent nécessaires.

2) Utiliser des supports d'expression et des dynamiques participatives. Cette approche, ludique, est attractive pour les jeunes qui adhèrent plus volontiers au projet tout en se voyant offrir une occasion de valoriser un potentiel créatif et critique.

Il s'agit donc d'inventer des opportunités de participation des jeunes qui leur permettent de simplifier, de faire évoluer leurs représentations sociales et culturelles des drogues et des conduites à risques, de participer à la compréhension des problèmes et contribuer à l'élaboration des solutions.

Certaines actions sont plus précisément mises en œuvre dans une optique de travail cherchant à se rapprocher des publics issus, pour la plupart, d'environnements marqués par des difficultés économiques et sociales.

**VIII - SUPPORTS D'INFORMATION A L'ADRESSE DU PUBLIC ACCUEILLI**

## VIII - SUPPORTS D'INFORMATION A L'ADRESSE DU PUBLIC ACCUEILLI

### POSTERS AFFICHES DANS LES LOCAUX DU CENTRE

Ces différents posters sont affichés dans les différentes pièces du Centre « ARC en CIEL » afin de permettre à l'ensemble du public accueilli de connaître les différents services et missions qu'il propose.

#### ETHIQUE

Tout ce qui est institué se déploie dans un discours - et toute Institution est soutenue par le discours qu'elle établit et confirme dans son actualisation par les missions qu'elle s'est dévolue ou qui lui sont confiées. L'Institution qui se veut durable se doit d'avoir des références et repères Éthiques stables.

L'Éthique qui nous intéresse ici est celle qui permet aux hommes, aux êtres humains, de co-habiter, de co-vivre, reliés par un respect mutuel et inconditionnel. C'est l'Éthique qui était le lien social.

L'association Accueil Marginalité Toxicomanie (A.M.T.) - et ses différents secteurs d'actions -, dont l'engagement est d'« aider les adolescents, les toxicomanes et leur famille », valide cette Éthique dans une pratique soucieuse de l'autre, portée dans son exercice par le discours clinique, sa pensée et les actes conséquents.

Clinique est un mot emprunté au vocabulaire médical et signifie « acte qui s'opère au chevet du malade ».

Dans notre travail de soignants, quelque soit notre profession, opérer au chevet du malade signifie accueillir et recevoir le patient souffrant et en demande, tel qu'il se présente. Nous allons prendre le pas avec lui en partant de là où il en est dans sa vie, voire dans son existence.

Dans notre travail de formation, prévention et conseil cette idée de cheminer ensemble est toujours active et nous veillons à ce que le savoir et la connaissance que nous voulons transmettre soient à la bonne mesure de ceux auxquels nous nous adressons, et des quels aussi nous apprenons.

# LE SOIN

**AU**

*Centre situé au 10 bd Victor Hugo à Montpellier et dans ses antennes délocalisées de Sète , Clermont l'Hérault, Lunel , Polyclinique du CHRU, Maison d'arrêt de Villeneuve -les Maguelone*

**POUR**

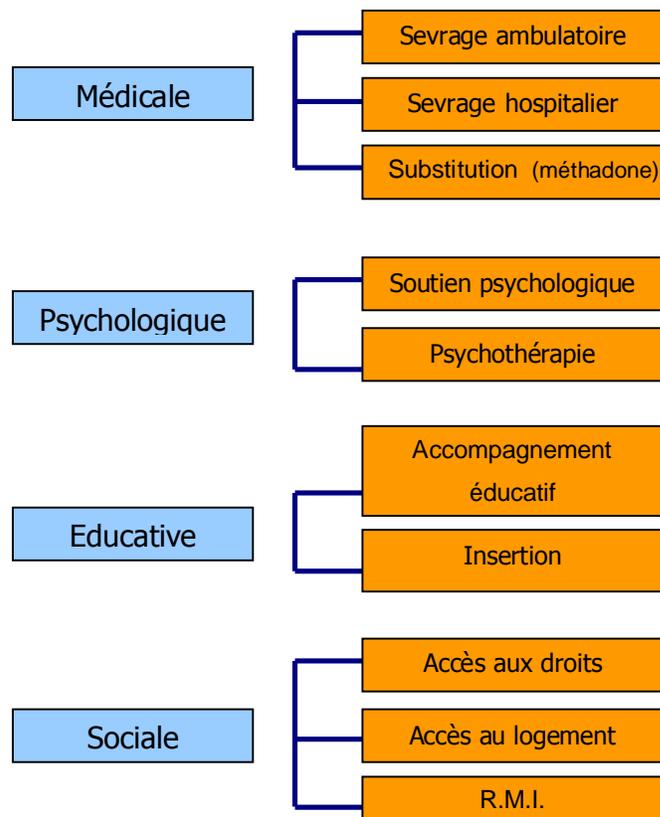
*TOUT PUBLIC CONCERNE PAR DES PROBLEMES D'ADDICTION QU'IL SOIT  
JEUNE OU ADULTE*

*Accueil anonyme et gratuité des soins*

*Avec ou sans rendez-vous du lundi au vendredi*

# CENTRE DE SOINS D'ACCOMPAGNEMENT DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE

## PRISE EN CHARGE



## PREVENTION- FORMATION-CONSEIL

En lien avec le dispositif de soin la formation et la prévention des conduites à risques et des conduites addictives à Arc en ciel

Cøestí

Développer des compétences bénéfiques chez les publics ciblés

Cøestí

Sensibiliser et informer les parents et les jeunes

Cøestí

Rendre accessible le soin aux personnes concernées

Cøestí

Former, soutenir et accompagner les professionnels

*Des principes et des valeurs í une démarche de prévention quií*

- ☞ part de la personne telle quøelle est,
- ☞ s'appuie sur la connaissance des phénomènes,
- ☞ inscrit dans la durée,
- ☞ se construit avec les personnes ressources.

**IX - PROSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT**

## IX - PROSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT

### **Projet de création d'un établissement accueillant des personnes toxicomanes sortantes de prison**

#### **L'établissement**

Le centre « Accueil Temporaire pour la Réinsertion » sera un Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes, avec hébergement temporaire, pour personnes sortantes de prison ou sous main de justice, pour lequel nous solliciterons le statut de CSAPA.

Il aura une capacité d'hébergement de 10 places.

#### **Le contexte de la demande**

Les enquêtes nationales sur les caractéristiques des publics incarcérés révèlent que la toxicomanie, et de façon générale l'usage de substances psycho-actives touche entre 40% et 50% des personnes incarcérées.

Les structures ou associations intervenant en milieu carcéral, les Dispositifs de Soins Psychiatriques, et plus particulièrement les « Antennes-Toxicomanies » des centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes en milieu carcéral- assurent un suivi thérapeutique et socio-éducatif auprès des personnes toxicomanes écrouées, dans l'objectif d'un projet de soin ou d'insertion à la sortie de prison.

Cependant, les dispositifs de soins ou d'insertion extérieur, destinataires des demandes d'accueil et de prise en charge post-carcéral, montrent une certaine frilosité envers ce public, souhaitant vérifier le maintien et l'authenticité de la demande une fois l'écrou levé, et sont souvent réticents pour un accueil rapide, notamment à cause des incertitudes quant aux dates de sorties.

Ainsi, le travail effectué intra-muros trouve une limitation dommageable dans l'existence voire la prolongation des délais, souvent nécessaires mais à haut risque, entre les projets préparés avec les toxicomanes détenus, et leur mise en réalisation concrète :

- Délais entre la sortie de prison et l'entrée dans une famille d'accueil ou dans un centre de soin à long terme ou de postcure, ou dans un logement autonome ou encore dans un lieu d'hébergement collectif ;
- Retour brutal dans le contexte familial souvent peu préparé à l'accueil post-carcéral, même si la sortie était prévisible.

Ce retour brutal dans leur environnement naturel survient à un moment où les toxicomanes, hier encore privés de liberté, de responsabilité et de gratifications, sont particulièrement sensibles à la pression de ce milieu, alors qu'ils sont dans l'attente anxieuse d'une évolution rapide de leur mode de vie sur laquelle ils n'ont que peu de prise.

Le retour vers le monde de vie antérieur, vers la satisfaction immédiate et la résorption facile des tensions, tendance amplifiée voire provoquée par la sollicitation toujours présente au produit, par les anciennes connaissances, conduit trop souvent à l'abandon des projets. La rechute, et à terme le risque de récurrence, sont souvent la conclusion de cette situation.

### **Les besoins de la population concernée**

110 000 personnes font, en France chaque année, l'expérience du milieu pénitentiaire. Les tendances, montrant une population instable, en difficulté sociale, matérielle, mais aussi psychique et comportementale, se sont de toute évidence accrues depuis les dernières années. Le constat est identique dans tous les établissements carcéraux de France.

Parmi cette population, un certain nombre de personnes toxicomanes font appel aux services sanitaires et sociaux pour chercher à préparer leur sortie et éviter le retour dans les environnements et la situation rencontrée avant l'incarcération.

Ceux d'entre eux, les plus démunis, souvent en rupture familiale, dont les conduites d'addiction sont anciennes et étaient avant l'écrou d'une gravité notable, souvent multirécidivistes, ont besoin d'une prise en charge totale immédiate dès la sortie de prison.

Cet établissement pourra répondre à un besoin d'hébergement, de prise en charge et d'accompagnement du projet de la personne concernée, de sa sortie jusqu'à sa mise en œuvre effective. Le temps du séjour proposé est d'un mois renouvelable une fois.

Le taux de récurrence est particulièrement élevé dans notre région et force est de constater qu'il est surtout lié à l'impossibilité d'être hébergé pour un grand nombre de personnes toxicodépendantes « sortantes de prison ». Les CHRS ne proposent pas à ce type de public des places d'hébergement.

Une réunion s'est tenue le 26 janvier avec :

- Monsieur le Directeur de la DDASS,
- Monsieur le Médecin Inspecteur Départemental de Santé Publique,
- Madame le Juge d'Application des Peines,
- Monsieur le Directeur du SPIP,
- Monsieur le Responsable de l'UCSA de la Maison d'Arrêt de Villeneuve les Maguelone,
- Madame la Directrice-Adjointe de la Maison d'Arrêt de Villeneuve les Maguelone,
- Monsieur le Directeur du Centre de Soins « ARC en CIEL ».

A travers cet échange, il est apparu que la création d'un établissement de ce type dans notre région serait indispensable, et c'est pour quoi il a été demandé à notre association de proposer un projet d'ouverture.

**X - FICHES DE POSTE DU PERSONNEL DE L'ETABLISSEMENT**

## X - FICHES DE POSTE DU PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT

### LE DIRECTEUR

#### *MISSION PRINCIPALE*

Responsable de l'ensemble de la gestion administrative et financière de l'Établissement.

Chargé de la gestion du personnel.

Responsable des relations publiques, avec les services de contrôle, les milieux socioprofessionnels, des usagers.

Promotion de l'Établissement dans les différentes instances.

Assurer la liaison entre l'association représentée par le Conseil d'Administration et les membres du personnel.

#### *MISSION SECONDAIRE*

Garant du développement de l'ensemble des outils en place dans une logique de qualité et d'égalité pour les usagers.

Soutien les initiatives de création de services ou de renforcement d'action.

#### *MISSION TERTIAIRE*

Développe le partenariat et les actions de recherche.

### CHEF DE SERVICE EDUCATIF

#### *MISSION PRINCIPALE*

Gestion des ressources humaines (planning, coordination du travail d'équipe, etc.).

Organisation des réunions institutionnelles, suivi du fonctionnement des réunions cliniques.

Mise en œuvre du Projet d'Établissement (mise en conformité des outils liés à la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002).

#### *MISSION SECONDAIRE*

Mise en place d'espaces de réflexion/action avec l'ensemble des partenaires du centre de soins.

#### *MISSION TERTIAIRE*

Développer le partenariat.

Représente par délégation l'association lors de réunions extérieures.

## **MEDECIN PSYCHIATRE**

### ***MISSION PRINCIPALE***

Responsable de la consultation médicale de la structure.  
Entretien d'évaluation, élaboration diagnostic.  
Suivi psychiatrique.  
Initialisation et suivi des prescriptions de méthadone.

### ***MISSION SECONDAIRE***

Soutien d'expertise à l'ensemble des acteurs de l'Etablissement.  
Assure la responsabilité de la gestion de la méthadone (prescription, commande, gestion des stocks) selon les modalités décrites dans l'article D 3411-10 du Code de Santé Publique, et qui attribue la fonction de Pro pharmacien.

### ***MISSION TERTIAIRE***

Participe au développement des actions de recherche et de l'ouverture de l'organisation sur son environnement.

## **LE MEDECIN GENERALISTE**

### ***MISSION PRINCIPALE***

Assure une consultation de Médecine Généraliste (traitement des maladies somatiques)  
Développe l'accessibilité au dépistage des maladies infectieuses.  
Suivi des patients atteints d'hépatites, VIH, 1  
Entretien d'évaluation, élaboration diagnostic.  
Initialisation et suivi des prescriptions de méthadone.

### ***MISSION SECONDAIRE***

Développe le partenariat auprès de la médecine de ville.

### ***MISSION TERTIAIRE***

Participe au développement des actions de recherche et de l'ouverture de l'organisation sur son environnement.

## **INFIRMIERE**

### ***MISSION PRINCIPALE***

Dans le cadre d'un accompagnement global du patient, elle organise la délivrance de Méthadone dans le respect des textes en vigueur et de la culture de l'Etablissement.

Suivi quotidien médical des patients  
Vaccination  
Analyse d'urine

### ***MISSION SECONDAIRE***

Suivi des lits de sevrage en milieu hospitalier public ou privé.  
Suivi et traitement du dossier médical patient.  
Chargée de faire évoluer les modalités de contrat, fiche de liaison, ...  
Concertation sur des situations avec les partenaires.

### ***MISSION TERTIAIRE***

Suivi du réseau VIH, VHC et Réseau 34.

## **PSYCHOLOGUE CLINICIEN**

### ***MISSION PRINCIPALE***

Consultation individuelle  
Suivi et soutien psychothérapeutique  
Consultation auprès des proches et des familles  
Consultation au sein de la Polyclinique du CHU dans le cadre de la consultation « Jeunes Consommateurs »  
Animation hebdomadaire de la réunion clinique institutionnelle

### ***MISSION SECONDAIRE***

Animation de groupe de paroles.  
Développe les prestations à l'attention des familles d'adolescents.  
Participation au réseau Ville/ Hôpital/ Adolescents.  
Concertation sur des situations avec les partenaires.

### ***MISSION TERTIAIRE***

Inscrit l'établissement dans les lieux où s'élabore la recherche clinique.  
Est chargé d'un travail d'accessibilité aux soins pour le public jeune des collèges et lycées.  
Rend compte de son travail de "Recherche clinique" personnel mensuellement.

## **EDUCATEUR SPECIALISE**

### ***MISSION PRINCIPALE***

Chargé de l'accueil et du suivi global des patients reçus au centre de Montpellier, et/ou sur les antennes (CHBT de Sète, UCSA Maison d'Arrêt de Villeneuve les Maguelone) et/ou des permanences délocalisées (Lunel, Clermont-l'Hérault).

S'attache à faire cohabiter différentes modalités de prise en charge regroupées et évaluées dans le projet individuel.

Chargé de l'ensemble des procédures d'admission de suivi et de sortie des usagers dans le cadre des actions du réseau Appartement Thérapeutique.

- Admission : Présente les orientations du dispositif et évalue les objectifs d'autonomie du résident
- Suivi : Développe tout type d'action interne et externe nécessaire à la réalisation des objectifs de soins et d'insertion.
- Prépare : Les sorties dans un objectif d'autonomie (logement, insertion professionnelle, ...)

### ***MISSION SECONDAIRE***

Renforce la politique de réseau sur la ville de Montpellier (et/ou sur le lieu de permanences, antenne).

Développer la concertation avec les acteurs du monde «judiciaire» en vue :

- ⇒ d'améliorer les savoirs des deux parties par des séances de formation,
- ⇒ de faciliter l'information juridique pour les usagers.

Responsable de l'actualisation de l'information relative au dispositif spécialisé de prise en charge des toxicomanes et tout particulièrement sur les réseaux de postcure et de familles d'accueil

- ⇒ Suivi de l'évolution des projets thérapeutiques, des modalités d'admission, durées de séjour...
- ⇒ Elaboration de protocole d'accord avec un ou plusieurs établissements.

Chargée de l'étude avec l'ensemble des partenaires des problèmes spécifiques à l'adolescence.

Concertation sur des situations avec les partenaires.

### ***MISSION TERTIAIRE***

Développement d'actions de prévention des conduites addictives plus particulièrement sur la ville de Montpellier (et/ou sur le lieu de permanence).

## **MONITEUR EDUCATEUR**

### ***MISSION PRINCIPALE***

Chargé de l'accueil et du suivi global des patients reçus au centre de Montpellier. S'attache à faire cohabiter différentes modalités de prise en charge regroupées et évaluées dans le projet individuel.

### ***MISSION SECONDAIRE***

Développer les actions de concertation avec l'ensemble des opérateurs agissant dans le champ de la réduction des risques et de l'urgence sociale.

Faciliter l'accessibilité à nos services aux personnes en situation de précarité.

## **ASSISTANTE SOCIALE**

### ***MISSION PRINCIPALE***

Evaluation expertise sociale de la situation des patients et mise en place d'un travail d'accompagnement et de soutien visant à la résolution de leurs difficultés et à la réalisation de leur projet de vie. Ces actions de politique sociale devant être élaborées dans le cadre d'un projet individuel partagé avec les autres acteurs de la prise en charge.

Chargée de traiter l'ensemble des problèmes d'accès aux droits sociaux des usagers: CMU, AME, ...

Chargée d'instruire les dossiers RMI dans le cadre de notre mandat de Référent Unique de Parcours d'Insertion (RUPI) et les dossiers FSL.

Chargée d'instruire les domiciliations des usagers et les demandes d'aide diverses.

### ***MISSION SECONDAIRE***

Concertation sur des situations avec les partenaires.

Renforcer les outils d'insertion professionnelle pour les usagers de l'établissement par une connaissance des différents dispositifs d'insertion et de formation.

Développer le travail avec les partenaires sociaux de la ville de Montpellier et de l'Agglomération Montpelliéraine.

### ***MISSION TERTIAIRE***

Rechercher, centraliser et diffuser les éléments de ressources documentaires nécessaires à l'évolution des connaissances pour l'ensemble de l'établissement.

## **TECHNICIEN SUPERIEUR - SECRETAIRE**

### ***MISSION PRINCIPALE***

Accueil des usagers, réception des appels téléphoniques, secrétariat (courrier, classement, conception de dossiers) et toute tâche administrative demandée par le Directeur.

Gestion des dossiers patients (préparation, archivage, ...).

Suivi informatisé de l'ensemble de la file active.

### ***MISSION SECONDAIRE***

Synthèse de l'activité mensuelle et annuelle.

### ***MISSION TERTIAIRE***

Développe les outils informatiques et prépare les rencontres avec les partenaires associatifs de la ville et son agglomération.

## **TECHNICIEN QUALIFIE**

### ***MISSION PRINCIPALE***

Elaboration, coordination, mise en œuvre opérationnelle et évaluation des programmes et actions de prévention portés par l'Établissement.

Apport en ingénierie de projet en direction des professionnels et de tout opérateur concerné par la prévention.

### ***MISSION SECONDAIRE***

Participation et organisation à des journées de réflexion, colloques, séminaires, ...

Surveillance et suivi des appels d'offre et à projet.

Synthèse de l'activité mensuelle et annuelle.

### ***MISSION TERTIAIRE***

Développe les outils télématiques et prépare les rencontres avec les partenaires associatifs de la ville et son agglomération.

## **COMPTABLE**

### ***MISSION PRINCIPALE***

Gestion comptable (générale et analytique).

Gestion financière.

Préparation, analyse et élaboration du budget prévisionnel (sous l'autorité de la Direction et sous la responsabilité du Cabinet d'Expertise Comptable extérieur).

Contrôle du suivi budgétaire.

Préparation et élaboration du compte administratif et des comptes consolidés (sous l'autorité de la Direction et sous la responsabilité du Cabinet d'Expertise Comptable extérieur).

Elaboration de la paye et des charges sociales.

Gestion des dossiers administratifs de l'établissement et du personnel.

### ***MISSION SECONDAIRE***

Développe les outils nécessaires à l'analyse des différents comptes.

Elabore la partie financière des projets en partenariat avec la direction.

**XI - TABLEAU DES EFFECTIFS**

**XI - TABLEAU DES EFFECTIFS**

<b>Poste</b>	<b>Nbre d'Agents 23</b>	<b>ETP en place 17,80</b>	<b>ETP sollicités 2</b>
Direction	1	1	-
Chef de Service	1	1	-
Secrétaire	1	0,75	<b>1</b>
Agent de Service	1	0,50	-
Comptable	1	0,80	-
Technicien Qualifié	1	1	-
Psychologue Clinicien	4	2	-
Assistant Sociaux	2	1,40	-
Moniteur Educateur	1	0,90	-
Educateur Spécialisé	6	5,60	<b>0,50</b>
Médecin Psychiatre	1	0,75	-
Médecin Généraliste	1	0,60	<b>0,50</b>
Infirmière	2	1,50	-

**XII ó GLOSSAIRE**

## XII - GLOSSAIRE

- A.A.H.** Allocation Adulte Handicapé
- A.E.R.S.** Association d'Entraide et de réadaptation Sociale
- A.F.S.S.A.P.S** Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de santé
- A.F.P.A.** Association pour la Formation Professionnelle des Adultes
- A.I.D. 11** Accueil Info Drogues Aude (Carcassonne & Narbonne)
- A.M.E.** Aide Médicale Etat
- A.N.I.T.e.A.** Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie
- A.P.A.J.H** Association pour Adultes et Jeunes handicapés
- A.N.P.A.A** Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
- A.P.I.** Allocation Parent Isolé
- A.S.E.** Aide Sociale à l'Enfance
- A.S.L.L.** Accompagnement Social Lié au Logement
- ASSEDIC** Association pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce
- C.A.F.** Caisse d'Allocations Familiales
- C.C.A.A.** Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
- C.C.A.S.** Centre Communal d'Action Sociale
- C.E.I.P** Centre d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances
- C.E.M.E.A** Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Education Actives
- C.H.B.T.** Centre Hospitalier du Bassin de Thau
- C.H.R.S.** Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- C.H.U. Montpellier** Centre Hospitalier Universitaire (Arnaud de Villeneuve, Lapeyronie, Saint Eloi, Guy de Chauliac)
- C.I.R.D.D.** Centre d'Informations Ressources sur les Drogues et les Dépendances
- C.I.S.P.D** Conseil Intercommunal de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
- C.L.S.P.D** Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
- C.L.A.M.** Comité de Liaison Addictologie Montpellier
- C.L.I.** Commission Locale d'Insertion
- C.LI.CO.S.S.H.** Comité de Liaison et de Coordination des Services Sociaux de l'Hérault
- C.M.P.** Centre Médico-Psychologique
- C.O.T.O.R.E.P.** Commission Technique d'OrientatIon de Reclassement Professionnel
- C.P.A.M.** Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- C.P.E.** Conseiller Principal d'Education
- C.P.I.** Centre Placement Immédiat
- C.S.A.P.A.** Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**C.S.S.T.** Centre Spécialisé de Soins en Toxicomanie  
**C.T.R.** Centre Thérapeutique Résidentiel  
**D.D.A.S.S.** Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale  
**D.R.A.S.S.** Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale  
**D.D.T.E.F.P.** Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle  
**D.H.U.** Dispositif d'Hébergement d'Urgence  
**D.R.J.S.** Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports  
**D.S.D.** Direction de la Solidarité Départementale  
**D.S.I.** Dispositif Scolaire d'intégration  
**E.T.P.** Equivalent Temps Plein  
**F.A.J.** Fonds d'Aide aux Jeunes  
**F.O.L.H.** Fédération des Œuvres Laïques de l'Hérault  
**F.S.E.** Fonds Social Européen  
**F.S.L.** Fonds Solidarité Logement  
**G.R.A.N.I.T.e.A.** Groupe Régional de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie  
**H.L.M.** Habitation à Loyer Modéré  
**I.D.E.** Infirmière Diplômée d'Etat  
**I.R.T.S.** Institut Régional du Travail Social  
**M.F.P.F.** Mouvement Français pour le Planning Familial  
**M.J.C.** Maison des Jeunes et de la Culture  
**M.L.I.** Mission Locale d'insertion  
**O.F.D.T.** Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies  
**P.E.P.A.** Point Ecoute Parents Adolescents  
**P.J.J.** Protection Judiciaire de la Jeunesse  
**R.M.A.** Revenu Minimum d'Activité  
**R.M.I.** Revenu Minimum d'insertion  
**SOS D.I.** SOS Drogues International  
**S.P.I.P.** Service Pénitentiaire d'insertion et de Probation  
**T.G.I.** Tribunal de Grande Instance  
**U.C.S.A.** Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires  
**U.T.T.D.** Unité de Traitement des Toxicodépendances