

*Ce rapport est présenté en trois parties.  
Elles indiquent, chacune à leur façon, la vitalité institutionnelle. Elle concerne aussi bien son activité clinique que son activité réflexive.*

*La première partie intitulée **Topographie** adopte une focale générale pour aborder les projets en cours en 2010 et l'analyse de l'activité de prise en charge dont on trouvera le détail dans la partie suivante.*

*La deuxième partie intitulée **Cartographie** tend à présenter quelques facettes de l'activité soutenue de chaque pôle. Par ailleurs, des indicateurs quantitatifs imparfaits, indique directement ou par réfraction la disponibilité et l'engagement des équipes concernées.*

*La troisième partie intitulée **Photographies** propose quelques instantanés concernant des activités non directement cliniques mais qui les exprime ou les influence. Elle propose dans ce cadre des points d'actualisation d'actions en cours.*

# Sommaire



## ***Topographie***

Introduction .....	4
I. Les projets .....	5
II. L'activité d'accompagnement et de prise en charge .....	10

## ***Cartographie***

### **I. Sections ambulatoires**

A. Le Centre d'Accueil et de Soins –Reims- .....	25
B. L'unité méthadone.....	31
C. Le Centre d'Accueil et de Soins -Epernay-.....	35
D. L'Unité Justice et l'activité en maisons d'arrêt .....	43

### **II. Sections avec hébergement**

A. Le Centre Sanitaire et de Moyen Séjour .....	46
B. Les Appartements thérapeutiques .....	54

## ***Photographies***

Introduction .....	65
I. Aperçu des actions extérieures .....	66
II. Les XXVII <sup>e</sup> journées de Reims .....	68
III. L'évaluation du centre d'accueil .....	74
IV. La participation des usagers .....	79

## ***Topographie***

## Introduction

Dans un contexte d'activité toujours très important comme on le verra par ailleurs, beaucoup de projets ont été réalisés ou sont en cours de gestation ou de réalisation. On en donnera l'exemple de 14 d'entre eux. L'ensemble témoigne d'un fort dynamisme institutionnel. Le pendant en est une charge de travail accrue où la polyvalence, le soin porté à la communication interne, et disons le sans prétention le professionnalisme global de l'équipe pluridisciplinaire sont des atouts forts et nécessaires pour assumer l'ensemble.

Cette équipe chaque jour tente de prendre soin et de soigner ceux ou celles qui s'adressent à un lieu de soins à la recherche d'un lien social au sens large du terme; à une équipe qui malgré les aléas inhérents à toute organisation prend en compte les modifications de son environnement et celle de la présentation des personnes qui s'adressent à elles. En gardant un cap clinique, elle s'adapte aux nouvelles demandes sociales et institutionnelles.

La charge n'en est pas moins lourde pour autant, et les statistiques en rendent maladroitement compte. Les ratios rationalisent, les moyennes manquent de moyens, et « *si les chiffres parlent d'eux-mêmes* », ils ne disent pas grand-chose<sup>1</sup>. En effet, ils ne peuvent exprimer que dans ce contexte où prendre soin et soigner se conjuguent quotidiennement dans les différentes structures de l'association le traitement des demandes et des besoins implique des routines professionnelles explicites et bien rodées, un système de transmission des informations en interne comme vers l'extérieur performant, une cohérence globale en fonction des parcours des patients.

Qu'elle soit prise dans le sens clinique, professionnel ou légal, la responsabilité de l'équipe est donc très importante.

On note peu de changements en termes de rotation des emplois dans cette équipe engagée et motivée. Le peu de problèmes de gestion de ressources humaines est un bon indicateur de la santé de cette équipe pluridisciplinaire et atteste d'une ambiance de travail sécurisée et confiante propice à un exercice professionnel dont la spécialité est de gérer des situations problématiques.

---

<sup>1</sup> « *Ce qui compte ne peut pas toujours être compté, et ce qui peut être compté ne compte pas forcément.* »  
Albert Einstein

Les compétences des membres les plus récents évoluent grâce à la formation continue qui leur est plus spécialement dédiée et au soutien des cadres. Le fait de travailler sur plusieurs pôles, de participer à des actions « externes », de disposer de temps collectifs de réunions, permettent à beaucoup de prendre de la distance en disposant d'une palette d'interventions, de partager leurs pratiques ou bien encore de transmettre leur savoir et leur pratique avec des publics ou des partenaires variés.

La fonction de direction s'est aussi modifiée. La charge qu'elle comporte outre les missions et les tâches habituellement dévolues - qui concernent six pôles d'activités de prise en charge et d'accompagnement, un pôle administratif et de gestion des ressources humaines- s'amplifie encore avec le nouveau paysage institutionnel, administratif, législatif. La recherche femmes et toxicomanie, la plateforme addictologie, les nouvelles participations partenariales, l'animation des équipes en vue de l'actualisation des dispositifs loi 2002 et de l'évaluation interne n'en sont pas de moindres exemples.

## **I. LES PROJETS**

Tous ces projets sont centrés sur la population accueillie de façon directe ou indirecte. Ils visent l'amélioration du service rendu que ce soit par des actions directes auprès de la population reçue, auprès de la population non reçue, auprès de partenaires connus, auprès de professionnels connus et inconnus ou du tout public.

Leur spectre d'action peut concerner des échelles différentes : département, région, pays. La nouveauté voire l'innovation qu'ils recèlent est variable tout comme leur avancée.

On en trouvera quelques développements dans la partie III.

<i>Projets de départ</i>	<i>Objectifs</i>	<i>Faisabilité</i>	<i>Avancées</i>
1. Accueil des femmes au CAST	Suite à l'analyse produite dans le rapport de recherche « Femmes et mères toxicomanes », l'intégration d'une sage femme dans l'équipe peut permettre l'amélioration de la prise en charge des femmes dans des aspects spécifiques.	La faisabilité dépend de deux points : - un financement pour 0.10 ETP - une sage femme disponible et intéressée	Une sage femme intéressée par un travail d'accompagnement des femmes dans plusieurs types de situations mais aussi les hommes (contraception, sexualité, paternité etc.) a pu être embauchée en 2010 grâce à des mesures nouvelles non pérennes. Fin 2010, le financement, grâce à l'action de l'ARS, est dorénavant pérenne. Projet concrétisé.
2. Projet d'unité méthadone à Epernay	Permettre un accès plus facile et plus soutenu à ce traitement pour un certain nombre de patients. Améliorer l'initialisation au traitement.	Des moyens notamment en personnel infirmier seront nécessaires	Le projet a été rédigé et présenté en son temps à la tutelle qui a préféré attendre la concrétisation des CSAPA avant de soutenir le projet. On le représentera après l'avoir remanié dans le sens de la structuration CSAPA spécialisé toxicomanie. Ce sera une priorité dans le cadre de nos demandes de mesures nouvelles.
3. Atelier Arts Plastiques au CSMS	Offrir un temps d'atelier arts plastiques aux patients qui le souhaitent.	Engagement d'un artiste peintre professionnel. Subventions : Une subvention de la Mairie de Reims et de l'ARS permet l'action et sa suite.	L'atelier s'est déroulé en 2010 et pourra se poursuivre un temps en 2011. Une publication relatant l'expérience et contenant les œuvres produites sera réalisée. Une exposition à Reims est également un projet à l'étude.
4. Rénovation du parc des appartements thérapeutiques	Améliorer et développer les possibilités d'hébergement dans ce cadre et notamment concernant les patients qui sont parents afin de pouvoir	Négociations avec les offices publics Co-financement de travaux (agence de location et propriétaires et CAST),	5/6 appartements sont loués dans le privé, un dans le public. Deux appartements sur les 6 ont été ou vont être changés. Un appartement plus grand, un F3 sans augmentation des charges locatives

	<p>héberger les enfants (WE de visite, vacances, ou à demeure).</p> <p>Par ailleurs, la vétusté de certains appartements est constatée. Un plan d'améliorations progressives a été établi.</p>	<p>attribution de fournitures par les organismes logeurs ou l'agence.</p> <p>Financement plus conséquent pour la rénovation de l'ameublement et la réfection entière d'un appartement à trouver.</p>	<p>par rapport à l'appartement précédent précédentes est désormais loué à Reims Habitat. Un second est en cours.</p> <p>Pour les autres, des travaux ont été réalisés. L'achat de lave vaisselle ou de TV améliore leur confort. Tous n'en sont pas encore équipés, de l'ameublement est à changer, des travaux importants de « décoration » sont à faire dans le second grand appartement.</p>
5. Evaluation du centre d'accueil	<p>Modifier certains aspects du fonctionnement du centre d'accueil pour améliorer le travail de l'équipe dans un contexte chargé et l'accueil de la diversité du public.</p> <p>Modifier certains aspects pour concrétiser davantage les missions du CSAPA spécialisé toxicomanie.</p>	<p>Groupe de réflexion.</p> <p>Expérimentation des changements</p>	<p>Voir § partie III.</p>
6. La participation des usagers	<p>Traduire en la respectant l'obligation légale en fonction de notre mission et de ses particularités. Trouver des modalités de participation en fonction des types d'accompagnement (ambulatoire ou avec hébergement) voire des pôles</p>	<p>Groupe de réflexion</p>	<p>Les différentes modalités sont arrêtées.</p> <p>Un questionnaire à partir d'entretiens avec les patients a été construit, organisé la participation pour le CSMS et les AT sous forme de réunions attirées a été organisée.</p> <p>Prochaine étape : passation du questionnaire et analyse des résultats.</p> <p>Voir § partie III</p>
7. Le projet personnalisé	<p>Formalisation du projet personnalisé</p>	<p>Groupe de réflexion</p>	<p>Un canevas de base est produit. Il servira à tous les pôles. Une déclinaison plus fine se fera ensuite ne fonction du patient et de sa situation. Reste un problème difficile à</p>

			gérer : la coordination et le suivi du projet personnalisé dans les centres ambulatoires. Par exemple concernant les ...600 patients du centre d'accueil de Reims. Un protocole spécifique doit être élaboré par rapport à cet écueil.
8. Livret d'accueil	Le livret d'accueil existant du fait des nombreuses modifications de fonctionnement, d'un nouveau règlement de fonctionnement, et de notre nouvelle structuration administrative (CSAPA) entraîne de facto la réactualisation du livret.	Groupe de travail Financement (voir	L'idée serait plutôt de réaliser un Document d'Accueil global où livret d'accueil, règlement de fonctionnement, règlement intérieur des pôles, charte (au sens de la loi 2002) seraient insérés.
9. Evaluation interne	Comporte beaucoup d'étapes et de sous projets	Action importante et nécessitant des moyens exceptionnels en temps. Opérationnalité possible via plusieurs groupes de travail.	Première étape en cours constitution d'un référentiel d'auto évaluation en cours
10. Plateforme d'accueil ANPAA/CAST	Permettre l'accueil généraliste	Coordination et mise en place par le CAST et l'ANPAA 51 Moyens en personnel par détachements de personnel existant. Des mesures nouvelles seront nécessaires.	La plateforme est opérationnelle. Un comité de pilotage et quelques réunions avec les équipes attestent de son efficacité en termes d'accueil et d'orientation. La circulation des informations concernant les patients est à mieux organiser. Sa connaissance par le public est encore partielle (Cf. point suivant)
11. Communication externe des deux CSAPA rémois	La nouveauté introduite par les CSAPA n'est pas bien connue du public (professionnels de première ligne, tout public)	Groupe de travail CAST/ANPAA Reims	Cette communication pourrait être plus large (régionale) et concerner les 6 Csapa de la région. A suivre en 2011...



	tout comme la plateforme d'accueil ANPAA/CAST rémoise. Une campagne de communication sur le bassin rémois et sparnacien est envisagée.		
12. Information, Formation, Colloque	Poursuite des projets		Voir § partie III
13. Coordination régionale des CSAPA	Asseoir pour les 6 CSAPA régionaux une coordination visant la valorisation des actions et la mise en commun de réflexions.	Le porteur du projet est l'Anpaa régionale. Des réunions ont lieu, animées par un prestataire de service (IRTS) pour définir les contours de cette coordination.	Début de l'action fin 2010.
14. Brochure d'information à destination des femmes toxicomanes	Suite de la recherche « Femmes et mères toxicomanes » en concrétisant une de ses recommandations.	Groupe de professionnels régionaux motivés Financement GRSP/CAST	En cours 2010/2011

## **II. L'ACTIVITE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRISE EN CHARGE**

On reprend ici les observations de l'année dernière en les actualisant ou en les développant.

### **2.1 La population accueillie**

► Elle se caractérise par une forte précarité et une forte vulnérabilité :

- Une précarité psychologique et relationnelle: beaucoup de patients souffrent de pathologies du lien social en général, et de plus en plus psychiatriques sous couvert de toxicomanie<sup>2</sup>. Les relations familiales sont difficiles quand elles n'ont pas été le lieu de puissants traumatismes (particulièrement pour les femmes toxicomanes). Les relations de couple peuvent être vécues difficilement, donnant lieu à des violences symboliques et plus rarement physiques. La fonction parentale est quelquefois intermittente, parfois inhabitée<sup>3</sup>.
- Une précarité somatique : depuis que la substitution est largement utilisée, *a priori* moins de patients meurent d'overdoses<sup>4</sup>. Ce constat entraîne un autre, moins évident, le parcours somatique de certains patients est devenu plus visible : on déplore beaucoup de patients décédés de morts prématurées (cancers, problèmes cardio-vasculaires, etc.). Quand ils sont suivis, la surmortalité peut être enrayée avec succès ou retardée. Quid des autres ?<sup>5</sup>
- Une précarité sociale : quel que soit le domaine (insertion, logement, revenus ...), la précarisation sociale est forte et peut engendrer une cristallisation du recours aux drogues. Le parcours social est souvent émaillé d'échecs en tout genre. La rencontre avec l'institution judiciaire<sup>6</sup> est variable mais fréquente<sup>7</sup>. Notons que les compétences sociales et professionnelles ne sont pas absentes mais ont été délaissées ou sont dévalorisées.

---

<sup>2</sup> «Il n'est pas rare en effet que la consommation de drogues constitue pour le sujet un moyen de tenter de contrôler des symptômes psychopathologiques sous-jacents (l'angoisse par les opiacés, l'inhibition par l'alcool ou les psychostimulants, la dépression par les amphétamines...). La fréquence de la comorbidité psychiatrique chez les sujets toxicomanes est considérée par tous les auteurs comme particulièrement élevée (de 70 à 90 % parmi ceux qui sont demandeurs de soins) » in « Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie » Dr Alain MOREL, *Le Flyer* N°9, sept. 2002 & N°10, nov. 2002, 10p.

Par ailleurs, on note que 30% (dont la moitié plus de deux fois) des patients ont été hospitalisés en psychiatrie, que 23% ont fait une tentative de suicide (dont 50% plus de deux fois). In RECAP , tableaux statistiques 2008, OFDT

<sup>3</sup> Au CAST, en 2010, 34% des patients ont des enfants dont 64% sont avec eux (pour rappel : 18% de familles monoparentales en France, INSEE 2005)

<sup>4</sup> Nous disons *a priori* car la statistique en la matière semble assez limitée dans ses sources.

<sup>5</sup> A ce propos, les études de l'OFDT qui indiquent qu'à âge égal, les hommes interpellés pour ILS ont un risque de décéder 5 fois plus élevé que la moyenne masculine nationale ; pour les femmes interpellées le sur-risque est supérieur à 9. LOPEZ et alii, OFDT 2004.

<sup>6</sup> En interne, par exemple en renouvelant notre protocole de prise en charge en ambulatoire (Cf. *Evaluation du centre d'accueil*).

- Et, *in fine*, une précarité symbolique : la pauvreté des demandes que tous les professionnels recueillent renvoie assez classiquement à une pauvreté d'élaboration d'une demande de traitement ou d'intervention. Mais, outre celle-ci, ce que l'on observe de plus en plus c'est le peu de responsabilisation du sujet qui fait valoir uniquement ce qu'il estime ses droits et ses besoins<sup>8</sup>, en tout cas dans un premier temps<sup>9</sup>. Cela peut être assez démobilisateur pour les équipes mais derrière cette attitude, la souffrance est patente et l'on tente par différents moyens et dispositifs (en interne comme en externe), en jouant sur le temps (scansions, allers-retours, reprise d'accompagnement, etc.) de la prise en charge qui ne peut être qu'assez longue, de dénouer les enjeux de cette souffrance. L'essentiel est que nous soyons là, présents comme un repère toujours « sollicitable », de prendre en compte une reprise toujours possible<sup>10</sup> afin de poursuivre les changements engagés par les patients.

On peut relativiser notre description globale des patients en faisant valoir que la précarité générale et le type de précarité est variable d'un sujet à l'autre, tout comme les supports sociaux favorables, les effets de l'hétérocontrôle et de l'autocontrôle de la consommation des drogues. En tout état de cause, cela demande des réponses, des disponibilités, des savoir-faire et une mise en œuvre organisée au cas par cas de l'accompagnement ou de la prise en charge. L'objectif étant de construire une alliance thérapeutique suffisamment consistante pour réduire voire transformer cette précarité dans tous ses aspects.

Les ressources sociales, relationnelles, cognitives, psychologiques des patients sont variables mais de façon globale elles sont loin d'être négligeables, même si elles ont été souvent celées. Il n'est pas rare par exemple de rencontrer ou d'avoir des nouvelles d'anciens patients qui se portent bien et pour lesquels le choix d'une vie différente s'est poursuivi.

### ► Zoom sur quelques caractéristiques sociales des patients

#### Tab. 1 Caractéristiques des patients 2010

Nous disposons de 8 indicateurs. Celui concernant le pourcentage de nouveaux ressort à la fois d'une caractéristique des patients mais aussi de l'activité de l'Association (Cf. plus loin).

---

<sup>7</sup> 38% ont été incarcérés (dont 50% plus de deux fois) In RECAP, op.cit.

<sup>8</sup> On peut citer ici ceux qui « font leur marché » au moins coûtant pour obtenir un traitement de substitution au moins coûtant d'un point de vue pécuniaire (soins gratuits au CAST par exemple dont la méthadone) mais aussi en termes d'engagement subjectif...

<sup>9</sup> Ceci est un premier temps à partir duquel malgré tout une relation et un soin s'engagent souvent.

<sup>10</sup> Sauf exceptions très rares dues à des sanctions disciplinaires suite à des actes de violence, des détournements, etc.

Les 7 autres, quand on les rassemble décrivent une population globalement précaire, très intoxiquée. Ce qui corrobore la description qualitative précédente. La maturation de « l'expérience » toxicomaniaque fait que 63% des patients qui souhaitent modifier leur consommation, engager ou réengager des soins ont entre 25 et 40 ans. Les actions préventives bénéficient donc d'un espace important ...

L'âge : le sens commun exprime souvent le fait que la population toxicomane, notamment celle accueillie dans les centres spécialisés, vieillit. On s'aperçoit que la répartition des âges est au contraire très stable. Par ailleurs, pour ce qui concerne le CAST comparativement aux statistiques nationales<sup>11</sup>, on peut dire que la proportion des patients les plus âgés -entre 30 et 49 ans- est moindre (44% VS 58%).

Le sexe : La proportion de femmes est du point de vue de la statistique nationale concernant les centres spécialisés bien moindre que celle des hommes. Cette donnée doit être contextualisée : nous connaissons la difficulté de se rendre dans les lieux de soins spécialisés<sup>12</sup> pour de multiples raisons (sociétales, sociales, psychologiques). Sans en tirer de conclusions hâtives qui ressortiraient uniquement de l'effet de l'évolution de nos pratiques pour adapter davantage notre accueil aux femmes, nous constatons que la proportion de femmes évolue nettement : de 15% en 2003 et 2004, puis 20% de 2005 à 2008, elle est de 24% en 2010.

Le logement : Une légère amélioration dans la proportion logement stable/précaire depuis 2005 est observable. Ceci étant, cela reste très négatif. Par ailleurs, on compte dorénavant -étant donné la force de la précarité tous azimut actuelle- le logement stable en famille comme un logement stable ; or nous savons que celui-ci peut s'avérer dans bien des cas ...précaire.

Les revenus : Le % des revenus de l'emploi est bas. Quand on sait par ailleurs que, qualitativement, les revenus de l'emploi sont eux aussi précaires (temps partiels, CDD, etc.), on peut avoir une idée de la difficulté d'insertion ou de réinsertion professionnelle pour ces patients.

L'origine géographique : Cf. les tableaux qui la détaillent.

La consommation de drogues illicites et licites : La polyconsommation est « de règle » et les produits consommés varient suivant les parcours et les moments de consommation, de l'accessibilité des produits, etc. Le produit principal reste largement les opiacés, le second

---

<sup>11</sup> Tableaux statistiques, RECAP, op.cit.

<sup>12</sup> Cf. Notre étude : JERONNE, S. ; LAHAYE, D. ; RICAUX, G (dir). « Femmes et mères toxicomanes. Contribution à un diagnostic de situation sur le département de la Marne » CAST 2009.

produit se répartit hiérarchiquement entre cannabis, cocaïne, substitution détournée, et alcool, le troisième produit (qui n'est pas indiqué sur le tableau) se répartit de la même façon.

## **2.2 L'activité médico-sociale**

### **► Une forte activité**

Elle est toujours très soutenue. Les centres d'accueil ont atteint depuis quelques années un très haut niveau de sollicitation de la part des populations concernées. La tactique des vases communicants entre le CAST et son environnement atteint ses limites. En effet, on constate que malgré les changements externes (création de la consultation cannabis par exemple) ou internes (entretiens téléphoniques approfondis avec les demandeurs des autres régions pour évaluer au mieux la pertinence de leur déplacement éventuel, passages en ville plus nombreux et plus rapides des patients sous substitution, espacement des rendez-vous) l'intensité et la fréquence globale des consultations et entretiens journaliers est sensiblement la même. En revanche, ce qui augmente ce sont tous les actes de coordination, de communication, d'organisation -qui eux n'ont pas la faveur des statistiques mais qui représentent une partie non négligeable des conditions de faisabilité de l'organisation des prises en charge, des relais, des décisions, etc. La demande ne faiblit pas, ce qui est d'un certain point de vue (accès aux soins) est satisfaisant mais cela dénote également l'évolution problématique (nombre de toxicomanes en augmentation, situations de précarité) des usages de drogues illicites.

D'un côté, nous disposons d'un partenariat conséquent grâce auquel on peut relayer des prises en charge (et cela fonctionne aussi dans l'autre sens ...). De l'autre, une demande plus forte et le soin à apporter pour conserver et développer notre partenariat crée une activité relationnelle et communicationnelle importante qui s'ajoute à celle des consultations et entretiens. Pour le dire un peu crûment, ce qu'on gagne d'un côté, on le perd de l'autre, et la surcharge cognitive est souvent présente tout comme les compromis à trouver entre ressources de l'établissement et les besoins effectifs ou pressentis de la population accueillie (Cf. plus loin le commentaire du tableau 3).

Notre projet d'établissement prévoit le fait d'accueillir tous ceux qui connaissent un problème avec la drogue (patients et entourage) sur rendez-vous ou sans rendez-vous, de limiter au maximum le délai d'attente pour les nouveaux patients, de proposer un accompagnement ou une prise en charge ambulatoire globale et pluridisciplinaire. Très peu de patients ne sont vus,

contactés, entendus qu'une seule fois : que cela soit au niveau des centres d'accueil et davantage encore au niveau de l'association grâce à son fonctionnement en étoile. Tous ces objectifs sont pour l'heure tenus au mieux.

### ► **Coordonnées de l'activité de soin et de prise en charge**

Plusieurs tableaux et schémas illustrent l'activité de l'association. Au-delà des informations factuelles qu'ils donnent, ils témoignent en creux des conditions -construites- de faisabilité de l'action, de l'engagement des équipes, de la place de l'association dans son environnement (patients, partenaires, place régionale, etc.) et plus simplement de la confiance qui nous est faite.

#### Tab. 2 Evolution du nombre de prises en charge multipôles -Association 2002/2010-

Il propose une vue comparative sur 9 ans. On y observera la stabilité des pôles avec hébergement due en grande partie à la limite des places disponibles et la haute activité des pôles ambulatoires très sollicités dans leur mission de prises en charge et de suivi ambulatoire médico-psycho-social et judiciaire.

#### Tab. 3 Activité de prise en charge -Association 2004/2010-

Sur 7 ans, un zoom est proposé en distinguant le nombre de prises en charges (un patient suivi dans plusieurs pôles de l'association), le nombre de patients (en unités) et la file active mensuelle. Ici, l'augmentation du nombre de patients -dans les pôles ambulatoires- s'accompagne du maintien de la file active représente un indicateur fiable des efforts faits pour faire face aux demandes tout en proposant une haute qualité de suivi. Les orientations vers les médecins généralistes pour les patients substitués ne désirant ou ne nécessitant pas de prestations autres que médicales (passages en ville), les réorientations programmées avec les orienteurs (centres spécialisés, médecins, services psychiatriques, etc.), les entretiens téléphoniques préalables à la venue des patients hors Marne, la communication avec les intervenants extérieurs permettent de :

- remplir notre mission de centre spécialisé, d'accès facilité aux soins, d'accompagnement et de prise en charge, d'orientation avec un haut taux d'efficience ;
- de proportionner notre activité en fonction des besoins des patients ;
- de sélectionner les personnes pour lesquelles un centre spécialisé est une indication pertinente ;

- de ne pas prendre en charge seul les patients sur des durées longues mais soit d'organiser des co-prises en charge, soit de passer le relais.

C'est, grâce à cette organisation, que l'on peut faire face à l'augmentation régulière, d'année en année, des demandes à notre endroit.

Les quatre points évoqués plus hauts ne sont pas forcément économes en énergie et en temps de travail; mais, surtout ils représentent tous des compromis qui parfois trouvent leurs limites en fonction des situations et des problématiques des patients. Citons quelques exemples : la surcharge du centre d'accueil où se mêlent les RDV programmés qui remplissent fortement les agendas et... tous ceux qui ne le sont pas ; la coordination en interne ou en externe qui peut être trop réduite certains jours ; l'accueil des nouveaux patients qui est organisé en plusieurs fois faute de moyens pour faire autrement ; de nouvelles activités comme les rendez-vous téléphoniques qui évitent aux personnes de se déplacer pour des entretiens alors qu'une autre solution existe ou qui révèlent que leurs demandes ne peuvent trouver réponse au CAST sont à la fois source de rationalisation mais aussi source d'un travail demandant concentration et expérience comme si le patient était présent... ; les co-prises en charge qui demandent une communication spécifique et les patients qui ont bénéficié de passages en relais qui reviennent quelquefois pour une autre demande.

Rien n'est simple, ici comme ailleurs, mais il nous semble que face une population vivant de nombreuses problématiques psychosociales et médicales, la professionnalité des équipes et leur engagement, l'organisation sans cesse renouvelée, permet d'obtenir une efficacité assez remarquable.

#### Tab. 4 Données synthétiques de l'activité en 2010

Sans revenir sur les observations précédentes, on peut souligner l'efficacité, une fois de plus observée, du fonctionnement en étoile qui permet aux patients de s'adresser à un lieu de soins tout en bénéficiant potentiellement d'une orientation facilitée (organisation, temps, intervenants, etc.) dans un autre lieu de l'association.

#### Tab. 5 Tableau synoptique des orientations -Association 2010-

Ce tableau indique les orientations vers le CAST. On remarquera la diversité des adresses et des orientations. Elles demandent en retour une réponse adaptée en fonction du demandeur, des possibilités et des limites de notre action. On retiendra ici que tous, patients et intervenants, bénéficient d'une réponse sous une forme ou une autre (courrier, fax, téléphone, entretien, etc.). Nous avons commencé, et cela sera facilité par la rénovation profonde de

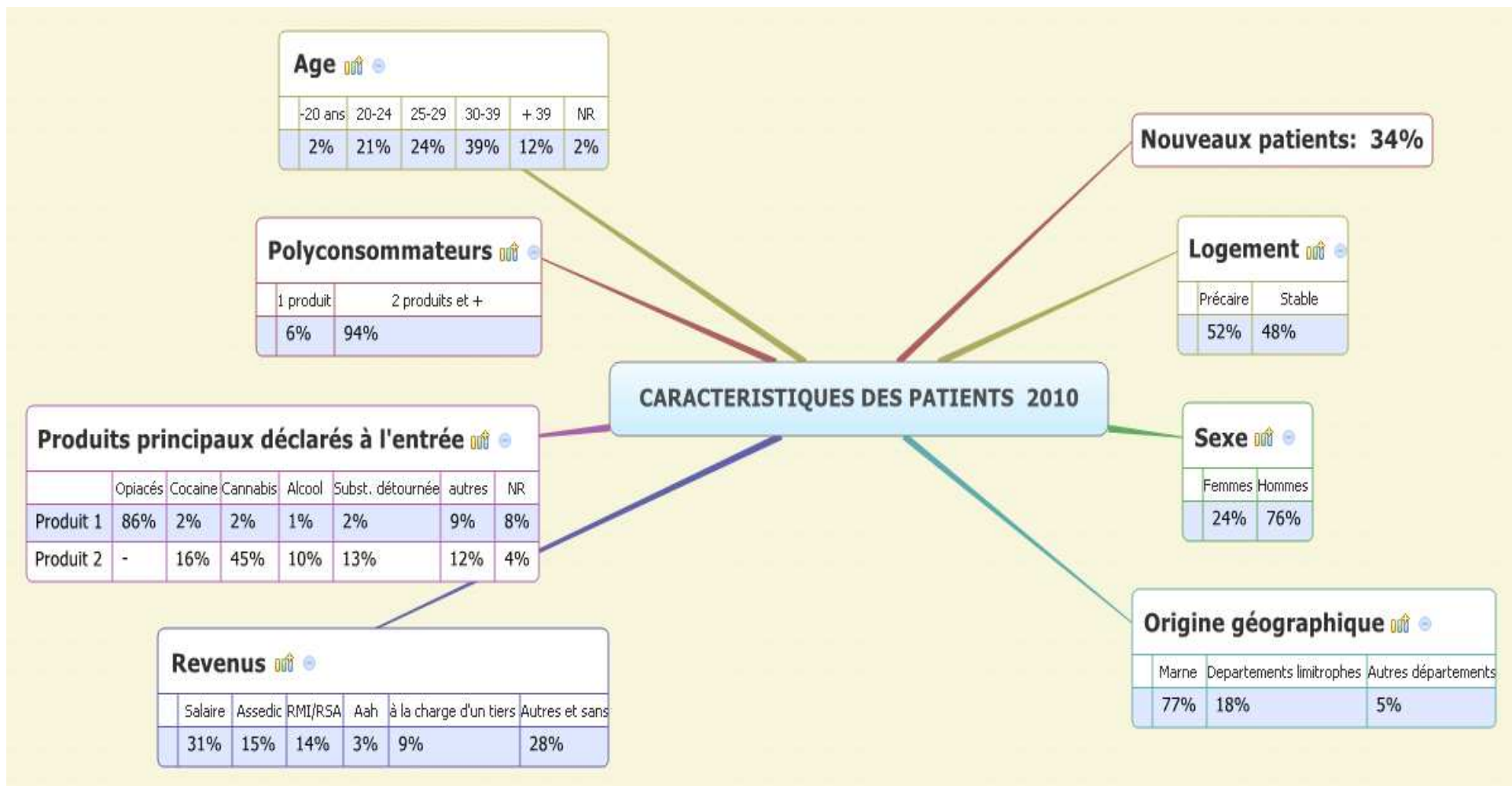
notre logiciel -dossier patient- à mettre en place des statistiques concernant les sorties du CAST et plus largement des orientations que le CAST organise.

Tab. 6 Origine géographique des prises en charge -Association 2009--

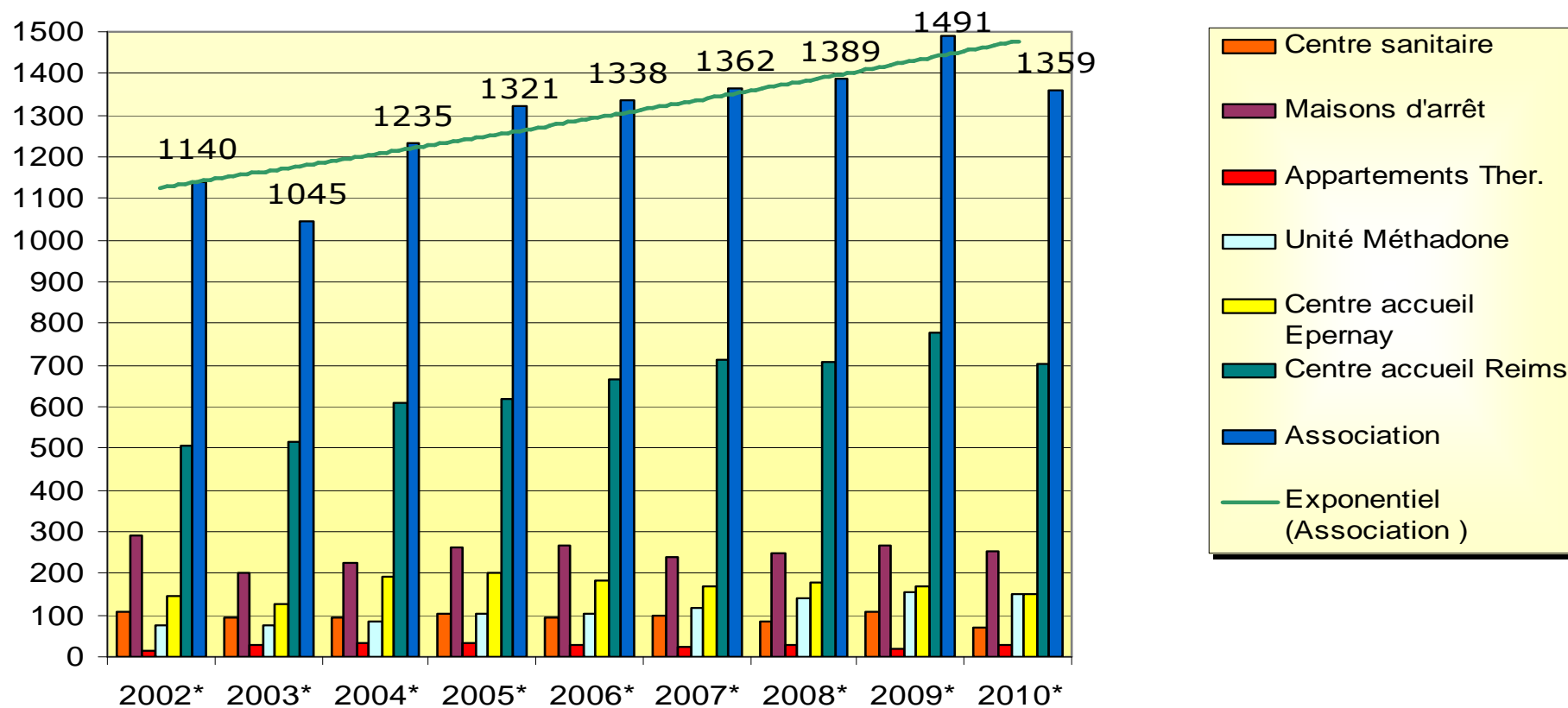
Tab. 7 Origine géographique des patients -Association 2009-

Ces deux tableaux indiquent l'origine géographique des demandeurs. Le nombre assez important de patients hors marne (et conséquemment des intervenants qui les accompagnent) qui sollicitent le CAST indique l'importance pour les usagers et les intervenants de pouvoir garder cette possibilité d'orientation hors de leur département. Les contacts sont ainsi nombreux avec le CAST allant du simple conseil d'orientation ou d'information dans un premier temps à une demande de prise en charge avec hébergement pour séjour de rupture avec l'environnement intoxiqué et/ou pathogène habituel. On peut avancer quelques explications à cette « régionalisation » de l'activité : la place régionale du centre sanitaire et de moyen séjour, la plus grande facilité pour les patients habitant en zone limitrophe à la marne de se rendre à Reims (on pense à Rethel par exemple), le souhait pour eux de distinguer un lieu de soin plus loin et donc « plus discret » que celui qui est à sa disposition, les patients interdits de territoire et qui souhaitent se soigner ou y sont obligés par la justice...





## Evolution du nombre de prises en charge multipôles 2002-2010



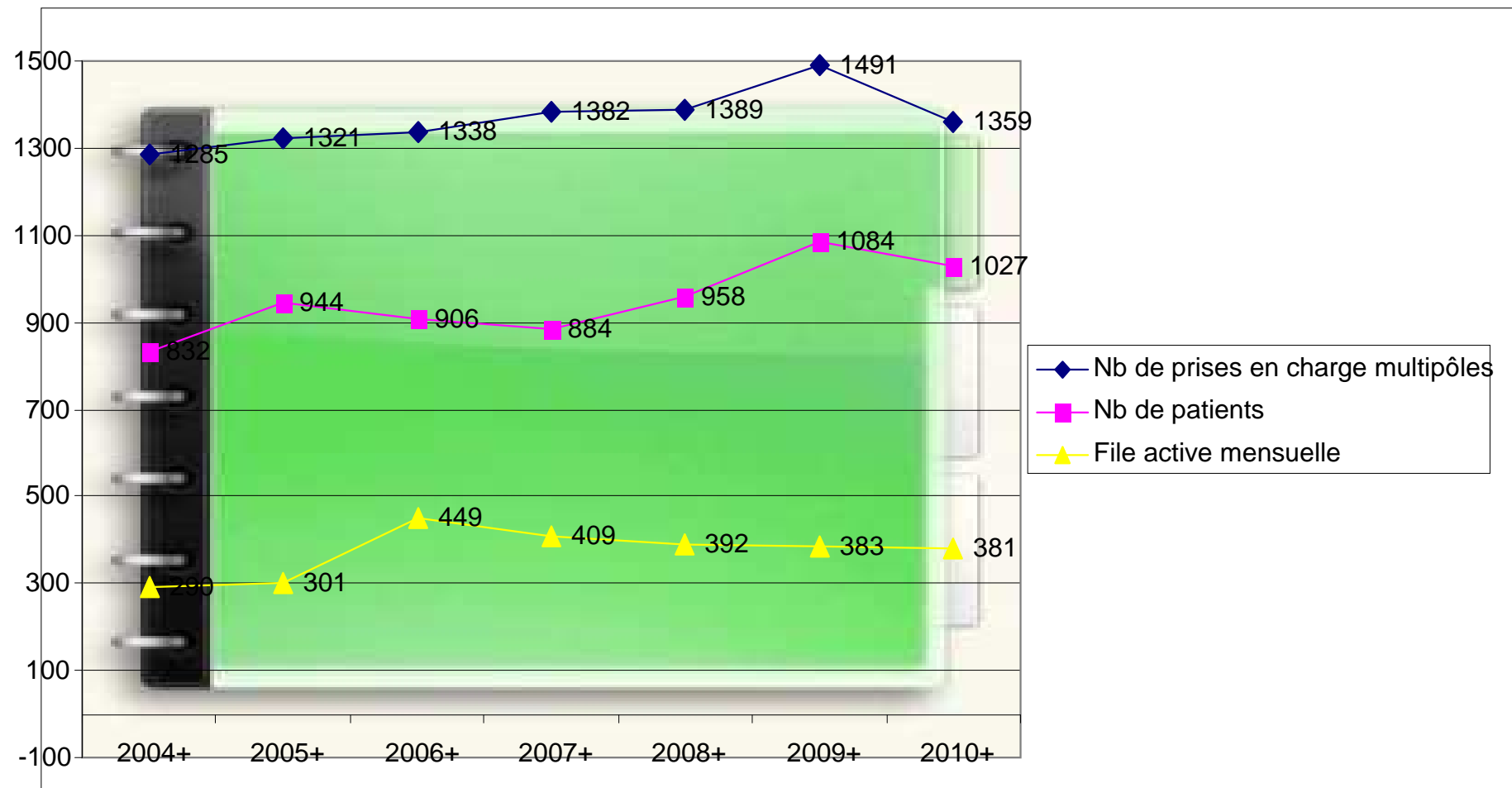
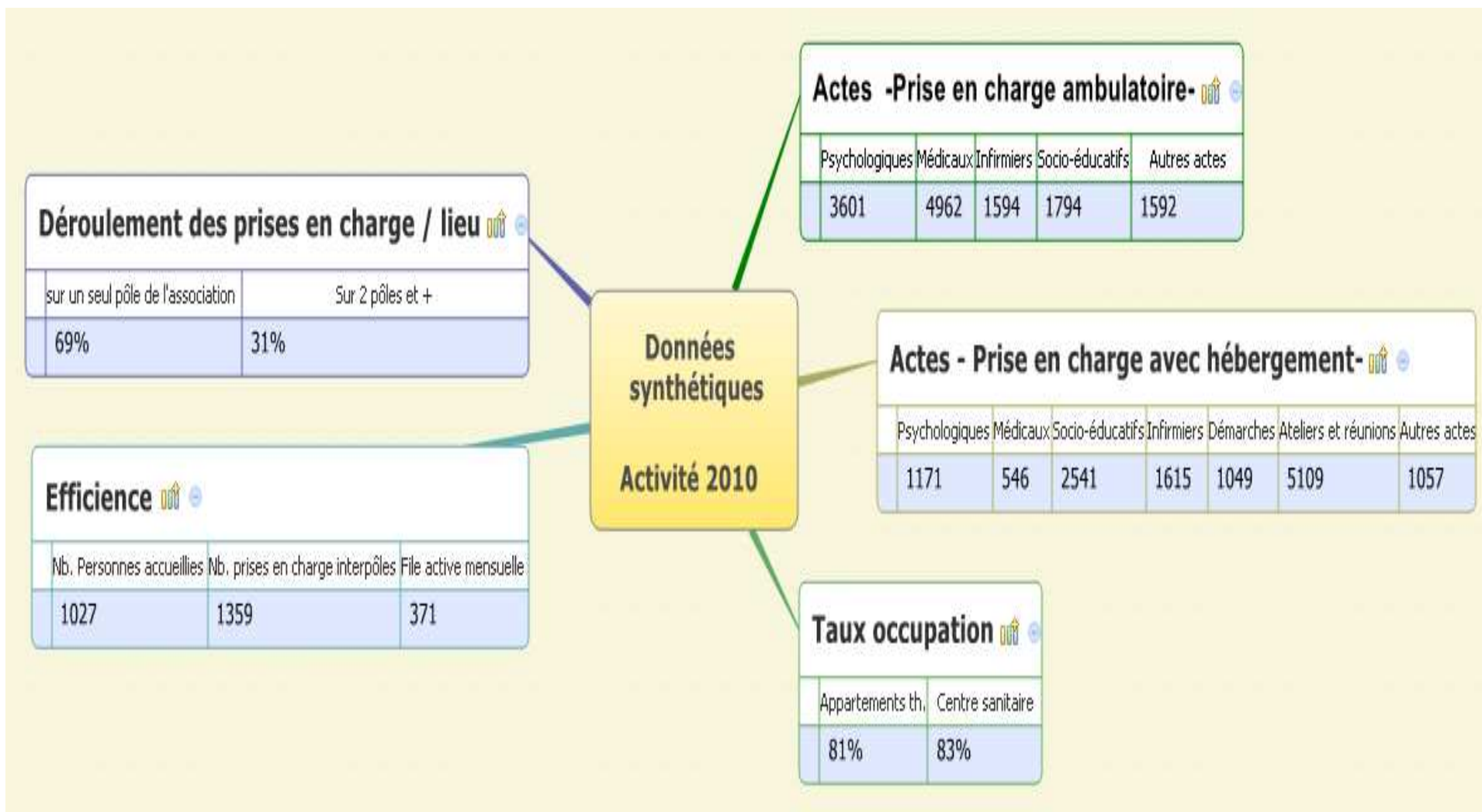


Tableau ③



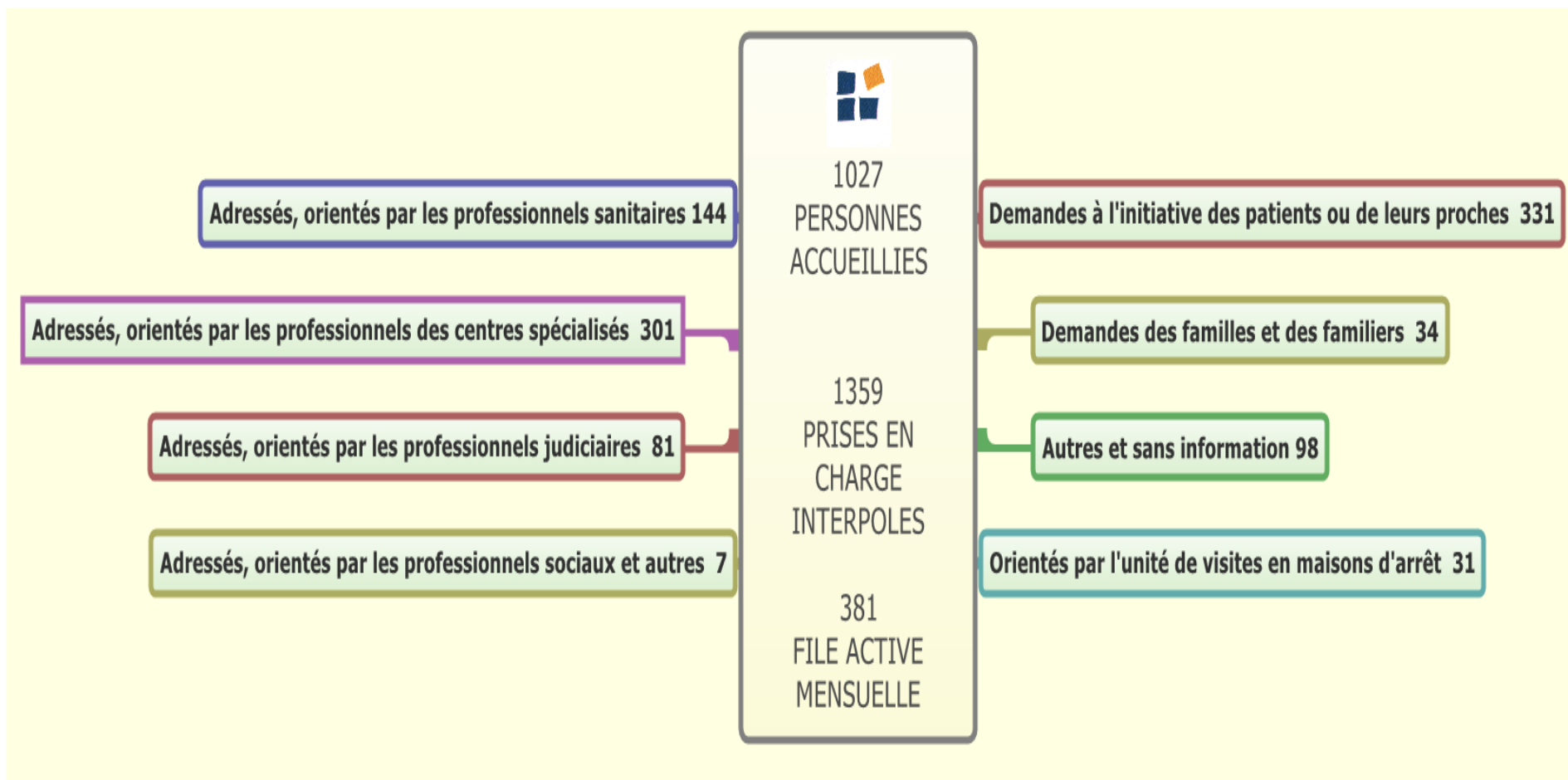


Tableau 5

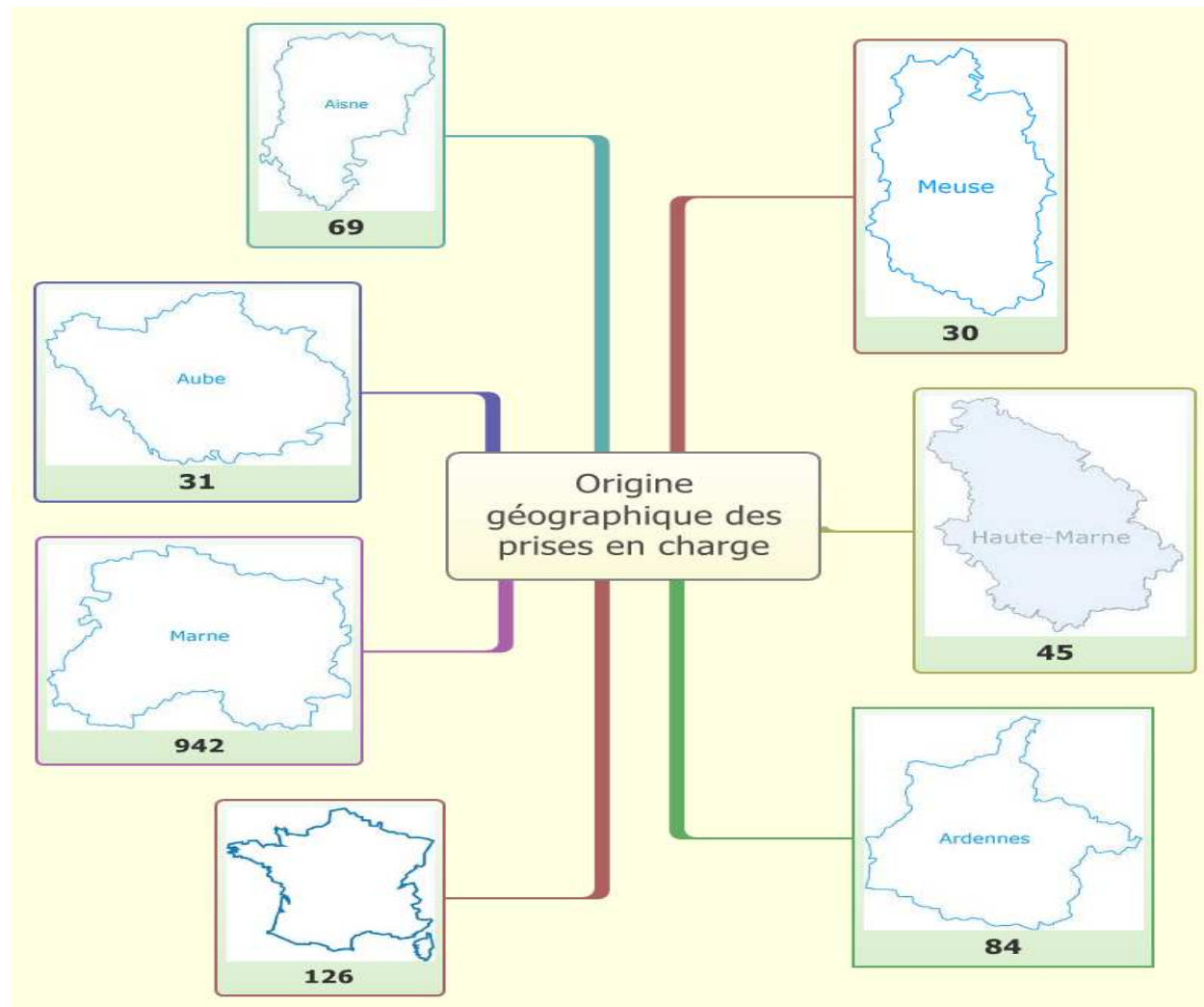


Tableau 6

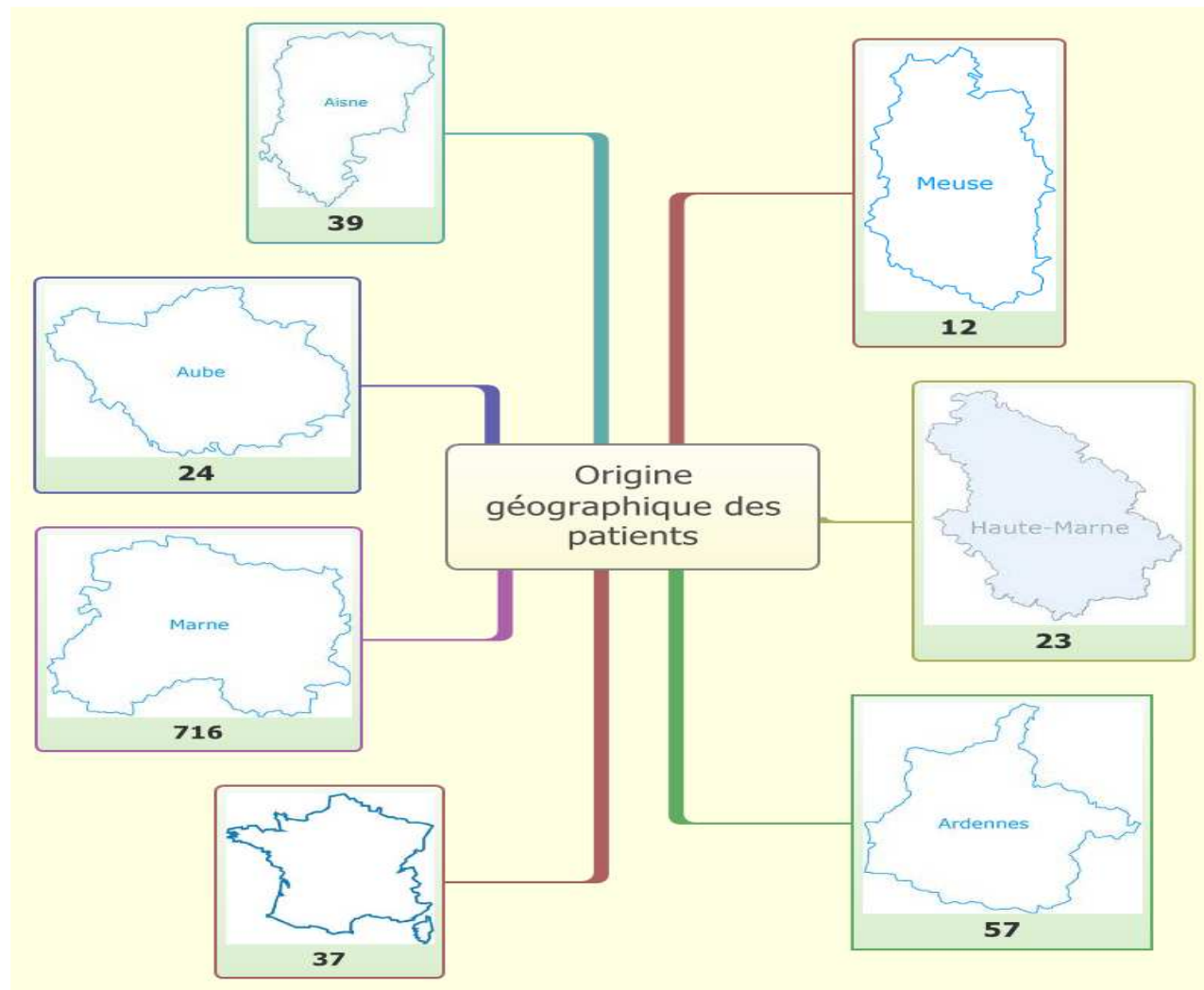


Tableau 7

## ***Cartographie***



# **I. LES ACTIVITES AMBULATOIRES**

## **A. LE CENTRE D'ACCUEIL DE REIMS**

### **1. Modifications et évaluation**

Globalement, l'activité du centre d'accueil reste équivalente à celle de l'an dernier mais on peut observer quelques changements notables dans la structure même des modalités de prise en charge (famille, substitution, obligation de soin, prise en charge avec hébergement et post cure).

L'année 2010 a été marquée par deux éléments d'importance et d'effet différent mais qui ont modifié et diversifié notre offre de prise en charge.

En interne, la secrétaire de l'accueil, place et pôle d'importance dans l'organisation et la coordination d'informations, est en arrêt de travail depuis le premier semestre 2010. Malgré son remplacement rapide, son expérience et sa connaissance du dispositif et son savoir faire des patients accueillis, nous ont fait défaut entraînant ça et là des lenteurs administratives. La formation de sa remplaçante ont accentué un temps ces lenteurs. De même, certaines tâches administratives devant être réalisés par d'autres collègues ont pénalisé leurs activités propres.

En externe avec impact interne, en partenariat avec le CSAPA spécialisé alcoologie de Reims, l'ouverture de la plateforme commune en Septembre 2010, Rue Simon a Reims, après 6 mois de réunions préparatoires, nous oblige a considérer différemment notre offre de soin, la spécialisant de façon plus nette.

Ainsi, depuis le dernier tiers de l'année, il est convenu que toutes nouvelles demandes émanant de la région Champagne Ardenne, à la demande du corps médical, judiciaire ou d'initiative personnelle se voit adressée sur la plateforme d'accueil généraliste. Les demandes émanant des autres régions, de patients suivis par le CAST antérieurement, ou dont l'objectif est déjà clairement posé (Mise en place d'un traitement de Substitution à l'initiative d'un médecin, cure et post cure....) sont traitées directement au CAST de Reims, avec rendez vous et protocole d'accueil multidisciplinaire sur l'après midi.

A la plateforme et après rendez vous pris préalablement, un professionnel procède à un entretien (ou plusieurs) de recueil d'informations (base de données GISPAC), produit une évaluation de la demande et propose une orientation appropriée vers le service le plus à même de traiter sa difficulté; au besoin il accompagne cette démarche par un courrier et/ou prend l'initiative du rendez vous pour l'utilisateur.

Quatre membres de l'équipe du CAST sont ainsi détachés par semaine, à raison d'une tranche horaire de trois heures chacun en matinée, ils viennent s'ajouter à ceux mis à disposition par le CSAPA Alcoologie, partenaire du projet. Cela a un impact non négligeable sur l'ensemble de l'activité sur les deux pôles d'activité que sont le CAST et le CTR.

Néanmoins, ce nouveau dispositif constitue pour nous un intérêt certain. D'une part, sur le modèle du parcours de soin médical, il propose une gradation dans le recours aux divers professionnels et de fait offre à terme une garantie du meilleur service à proposer, de plus la notion de temps subjectif est mise ici à contribution pour permettre au patient de s'approprier entièrement son soin, et lui en donner un point d'efficacité et de bénéfice optimum.

Un autre intérêt, en terme de qualité de soin apporté à nos usagers, se révèle dans les accueils dits d'évaluation et d'orientation proposés sur la plateforme, par leur fonction propre, permettent de *soulager* le Centre d'Accueil de consultations (farfelues, erronées quant à la prise en charge proposée, immatures, dans le cadre d'un passage à l'acte...) dont après coup on ne pouvait qu'être dubitatif quant à leur réel intérêt ou indication. Ce temps gagné est autant de temps reversé à une authentique prise en charge spécialisée et pluridisciplinaire.

En complément à ces deux changements notables, qui modifient et spécialisent mieux encore notre offre de soin, toute l'année s'est tenue, sous forme de groupe en interne, un travail de réflexion sur la pratique, soucieux d'améliorer la qualité de la prise en charge proposée en lien avec les changements sociétaux et les nouvelles modalités de consommation des usagers.

Un état des lieux, tant du côté des modalités de demandes et de prise en charge que du côté de l'organisation de l'accueil des usagers, a permis d'envisager des changements dans notre fonctionnement.

Ceux-ci ont fait l'objet de temps de synthèse, de concertation entre membres concernés, et d'application immédiate à visée expérimentale d'abord, puis validés et pérennisés. Pour exemples : la mise en place des modalités pour encadrer et réaliser un projet personnalisé avec le patient qui contractualise mieux la prise en charge et ainsi détermine exactement les deux interlocuteurs, la prise en charge des patients sous substitution à la méthadone avec

détermination d'une durée minimale de prise en charge multidisciplinaire, les personnes sous main de justice avec obligation de soin, la mise à disposition d'un outil facilitant la meilleure coordination d'échanges d'informations entre les membres de l'équipe, la mise en place d'un coordinateur journalier véritable pivot dans la prise en charge quotidienne d'un usager (Cf. tableaux dans la partie III.). Un bilan de ses modifications sera produit courant 2011.

## **2. Quelques réflexions sur l'aspect qualitatif de la prise en charge**

### 1. Les patients hors région

Les « lettres de motivations » émanent de toute la France avec principalement des demandes de post cure avec hébergement. La modalité n'est pas nouvelle mais elle est accentuée et systématisée : le traitement par téléphone, une fois la réception du courrier faite, permet de revenir sur certains points et de préparer au mieux la venue éventuelle vers notre structure.

### 2. Les familles

Les demandes de consultations à l'initiative d'un tiers non consommateur (petite amie...) ont peu cours. Les demandes nouvelles de consultation souffrent d'une légère baisse (effet plateforme ?). En revanche, une fois reçues, les mères de toxicomanes, acceptent plus volontiers de poursuivre les consultations et d'entamer un authentique travail psychothérapeutique sur plusieurs séances. La remise en cause culpabilisante n'est plus un frein aussi solide que mis en avant les années précédentes. Elles veulent comprendre et mobiliser autrement leurs ressources, et ne s'arrêtent plus seulement aux demandes d'informations et de traitements immédiats.

Des pères de famille, venant seuls, sont également engagés dans cette démarche de thérapie.

### 3. Les traitements de substitution

De la même façon que l'an dernier mais avec une forte accentuation cette année, les demandes de mise en place ou de relais d'un traitement par Subutex deviennent plus rares au détriment de l'explosion de demandes de mise sous traitement à la Méthadone.

Une tendance est observable chez les plus jeunes consommateurs : il s'agit pour la plupart de consommateurs qui ont peu, voir jamais bénéficié d'un traitement par Subutex (et quand c'est le cas le discours est un leitmotiv de dégoût ou d'effets secondaires du médicament insupportable), qui ont un antécédent de consommation d'héroïne n'excédant que rarement un an, et qui ont déjà eu recours à la méthadone achetée auprès d'un dealer.

Moins que l'année précédente, nos collègues médecins n'ont eu à "régulariser" un traitement mis en place par un médecin généraliste hors cadre légal. Là, il s'agit de personnes qui consomment, polyconsommateurs, qui connaissent parfaitement la posologie "du produit", qui l'exigent comme un dû sans chercher à en comprendre les effets dit de traitement. De fait, notre protocole de soin en l'espèce est mis à rude épreuve dans l'organisation de sa temporalité et son application. Temps de traitement de la demande avec recueil d'analyse, temps d'initialisation en ambulatoire ou avec possibilité de prise en charge en CRT à Reims, temps de stabilisation de quinze jours à deux mois, puis de continuation avec nous ou de passage en relais en ville et pharmacie.... tout ce dispositif est quelquefois jugé trop fastidieux et mis en échec par le sujet.

#### 4. La prise en charge des patients dits psychotiques

Elle reste stable. On peut constater là le fruit des améliorations dans nos pratiques de la réflexion de l'an dernier. Aujourd'hui, et face à la mesure de la prise en charge d'une telle problématique, dès le début d'une prise en charge de ce type une vigilance toute particulière est de rigueur.

Tous nos collègues sont unanimes à penser une prise en charge pluridisciplinaire avec les intervenants en psychiatrie. Les prises en charge sont conjointes avec un psychiatre, les traitements sont distingués.

#### 5. La prise en charge des patients aux situations précaires

Elle est en hausse. L'action plus importante de nos collègues assistantes sociales et des dispositifs de prise en charge avec hébergement est ici largement sollicitée.

Un projet d'action pour les assistantes sociales est à la réflexion : via un détachement horaire, un travail d'inventaire des services et partenariats possibles et existants (CPAM, Foyers, ....), rencontre des équipes dès lors qu'une prise en charge conjointe est à l'ordre du jour leur serait dévolu en fonction des moyens possibles pour ce faire.

#### 6. La communication du CAST vers l'extérieur

Toutes ces actions (Cf. partie III) ont pour effet d'être mieux repérés comme interlocuteur spécialisé dans la prise en charge des personnes en souffrance avec leur toxicomanie.

### **3. Statistiques 2010**

#### **1. Nombre d'actes principaux (consultations)**

Médecins généralistes	<b>3706</b>
Psychologues	<b>2611</b>
Assistants sociaux	<b>1036</b>

#### **2. Nombre de personnes reçues dans l'année**

<i>Tous contacts en face à face, y compris entourage, familles, patients anonymes ou bénéficiant d'entretiens téléphoniques programmés et protocolisés</i>	<b>663</b>
--	------------

#### **3. Nombre de patients suivis**

Nombre total de patients seuls (hors familles, hors patients anonymes, etc.)	<b>618</b>
Dont nombre de patients vus ou prenant contact une seule fois au centre d'accueil de Reims dans l'année civile	<b>0</b>
Dont nombre de patients jamais connus auparavant	<b>182</b>

#### **4. Caractéristiques des patients N= 618**

##### **1. Sexe des patients**

Nombre d'hommes	<b>477</b>
Nombre de femmes	<b>141</b>

##### **2. Age des patients**

Moins de 20 ans	<b>11</b>
Dont moins de 18 ans	<b>2</b>
Entre 20 et 24 ans	<b>121</b>
Entre 25 et 29 ans	<b>140</b>
Entre 30 et 39 ans	<b>243</b>
Entre 40 et 49 ans	<b>74</b>
Entre 50 et 59 ans	<b>9</b>
60 ans et plus	<b>2</b>
Ne sait pas (ou non renseigné)	<b>23</b>

### 3. Origine géographique

Nombre de patients originaires du département	<b>475</b>
Originaires de la région administrative Champagne Ardenne hors marne	<b>80</b>
En provenance d'autres régions	<b>61</b>
	<b>2</b>

### 4. Logement

Durable	<b>341</b>
Provisoire ou précaire	<b>207</b>
Absence de logement	<b>3</b>
Ne sait pas ou non renseigné	<b>67</b>

### 5. Origine principale des ressources

Revenus de l'emploi	<b>196</b>
Assedic	<b>91</b>
RMI	<b>82</b>
AAH	<b>18</b>
Autres prestations sociales	<b>13</b>
Ressources provenant d'un tiers	<b>53</b>
Autres ressources (y compris sans revenus)	<b>66</b>
Ne sait pas ou on renseigné	<b>99</b>

### 6. Origine de la demande de consultation

Initiative du patient ou des proches	<b>157</b>
Médecin de ville	<b>92</b>
Autre structure spécialisée	<b>244</b>
Autre hôpital / autre sanitaire	<b>20</b>
Institutions et Services sociaux	<b>5</b>
Justice, obligations de soins	<b>72</b>
Justice, injonction thérapeutique	
Justice, classement avec orientation	
Autres mesures administratives ou judiciaires	
Autres	<b>28</b>
Ne sait pas ou non renseigné	<b>5</b>

### 7. Répartition des patients suivant le produit n°1 déclaré à l'origine de la prise en charge

Alcool	<b>7</b>
Cannabis et dérivés	<b>15</b>

Opiacés	<b>521</b>
Cocaïne et crack	<b>13</b>
Amphétamines, ecstasy, ...	<b>15</b>
Médicaments psychotropes détournés	<b>15</b>
Traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique	<b>18</b>
Autres	<b>14</b>
Non renseigné ou non exploitable	<b>15</b>

## **B. L'UNITE METHADONE**

### **1. Observations**

Le nombre de patients pris en charge avec traitement méthadone est élevé.

Globalement, les passages en ville sont plus nombreux et plus rapides, quelque que soit le traitement de substitution. Cela n'empêche pas qu'une liste d'attente que l'on gère au mieux est souvent mise en place. L'unité de Reims faisant office de lieu ressource pour l'antenne d'Epernay. Une petite unité sur place en coordination avec Reims améliorerait le fonctionnement global notamment de l'initialisation au traitement.

Aux observations contenues plus haut dans le rapport du centre d'accueil concernant les traitements de substitution, on peut ajouter que les grandes tendances observées l'année dernières se confirment, à savoir :

-augmentation du nombre de patients jeunes, en situation de grande précarité, voire de misère et d'errance ;

-augmentation du nombre de patients souffrants de pathologies psychiatriques

-augmentation du trafic de Méthadone. Tous ceux qui en demandent en ont consommé plusieurs fois, soit de façon épisodique, soit pendant des durées plus longues (une, plusieurs semaines, voire plusieurs mois) auquel cas, ils viennent nous demander régularisation de leur situation et/ou un cadre thérapeutique.

-augmentation du nombre de patients qui se disent intolérants à la buprénorphine et qui demandent très platement de la méthadone. Il s'agit la plupart du temps de patients jeunes,

avec un discours pauvre autour de ces questions, sans aucun questionnement possible: « *le subutex, ça ne marche pas, j'ai essayé la méthadone, je me sens bien* »

-augmentation du nombre d'hommes qui viennent poussés par leur compagne. Pour ne pas compromettre leur vie conjugale, ils acceptent le traitement...

- augmentation des venues en couple

## **2. Statistiques**

### **1. Nombre de patients reçus dans l'année**

<i>tous contacts en face à face, y compris entourage, famille</i>	<b>152</b>
---	------------

### **2. Nombre de patients suivis**

<b>Nombre de patients en traitement méthadone</b>	<b>146</b>
Autres traitements de substitution	<b>6</b>
Dont nombre de patients nouveaux	<b>49</b>

### **3. Sexe des patients**

Nombre d'hommes	<b>106</b>
Nombre de femmes	<b>46</b>

### **4. Age des patients**

Moins de 20 ans	<b>3</b>
dont moins de 18 ans	
Entre 20 et 24 ans	<b>32</b>
Entre 25 et 29 ans	<b>35</b>
Entre 30 et 39 ans	<b>68</b>
Entre 40 et 49 ans	<b>12</b>
Entre 50 et 59 ans	<b>2</b>
60 ans et plus	

### **5. Origine géographique**

originaires du département	<b>111</b>
originaires de la région	<b>12</b>
en provenance d'autres régions	<b>21</b>
Non renseigné	<b>10</b>



## 6. Domicile des patients

Stable	<b>84</b>
Précaire	<b>46</b>
Absence de logement	<b>0</b>
Non renseigné	<b>24</b>

## 7. Origine principale des ressources

Revenus de l'emploi	<b>49</b>
Assedic	<b>22</b>
RMI	<b>20</b>
AAH	<b>4</b>
Autres prestations sociales	<b>3</b>
Ressources provenant d'un tiers	<b>14</b>
Autres y compris sans revenus	<b>19</b>
Non renseigné	<b>23</b>

## 8. Origine de la demande de consultation

Initiative du patient ou des proches	<b>46</b>
Médecin de ville	<b>24</b>
Autre hôpital /autre sanitaire	<b>1</b>
Autre structure spécialisée	<b>15</b>
Services sociaux	
Justice, obligations de soins	<b>17</b>
Autres mesures administratives ou judiciaires	
Autres	<b>2</b>
Non renseigné	

## 9. Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge

Alcool	
Cannabis et dérivés	
Opiacés	<b>136</b>
Cocaïne et crack	
Amphétamines, ecstasy, ...	
Médicaments psychotropes	
Traitements de substitution détournés de leur usage thérapeutique	<b>18</b>

#### 10. Usage à risque/usage nocif/dépendance

En usage à risques	
En usage nocif	
En dépendance	<b>156</b>

#### 11. Voie Intraveineuse

ayant utilisé la voie intraveineuse avant l'entrée dans le protocole du traitement	<b>31</b>
ayant utilisé antérieurement	<b>35</b>
n'ayant jamais utilisé	<b>88</b>

#### 12. Nombre d'actes

Infirmières	1695
Autres intervenants	<i>Inclus dans le centre d'accueil</i>

## **C. LE CENTRE D'ACCUEIL D'EPERNAY**

### **1. Les patients**

L'étude des caractéristiques des patients suivis en 2010 laisse apparaître un certain nombre de similitudes, mais aussi des évolutions notables.

Comme déjà souligné en 2009, la proportion de femmes suivies est en croissance constante. En 2010, elles représentent plus du quart des patients.

La répartition par tranche d'âge évolue peu. Les 30-39 ans sont majoritaires en 2010 ; les plus de 30 ans représentent désormais plus de la moitié des patients (37 % en 2009).

Du point de vue géographique, l'ancrage local du centre perdure. La moitié des patients sont originaires de la ville d'Epernay, 45 % de communes environnantes (dans un rayon de 20 km, s'étendant jusqu'au sud-marnais). Le reste est constitué principalement de patients « en relais », de passage temporairement dans la région (à l'occasion des vendanges notamment).

Au niveau social, emploi, logement, les caractéristiques, d'un point de vue comptable, évoluent peu par rapport à 2009. On notera, concernant l'emploi, que, si une part importante de patients travaillent ou ont travaillé récemment, cette activité est de plus en plus irrégulière, temporaire, précaire. On a en fait, du point de vue social, un spectre très large, des patients avec travail et logement stable, sans problème particulier, aux patients en grande difficulté (de plus en plus de surendettés, pour des raisons très diverses, pas toujours liées à la drogue), voire SDF.

Le nombre de patients sous injonction judiciaire de soins augmente avec, souvent, la difficulté, pour ces personnes obligées de se soigner, d'investir réellement les soins...

Les patients présentent pour une grande majorité une forte dépendance aux produits, principalement aux opiacés. Beaucoup sont polyconsommateurs. Le cannabis reste très présent comme produit principal ou secondaire.

20% des patients ont eu une pratique d'injection récente. Pour la plupart, il s'agit de patients injecteurs de Subutex<sup>®</sup> détourné de son usage thérapeutique.

De plus en plus de patients bénéficient d'un traitement de substitution, notamment par méthadone. En 2010, pour la première fois, le nombre de patients sous méthadone est plus élevé que celui de patients sous buprénorphine haut dosage (Subutex<sup>®</sup> ou générique). On relèvera plusieurs configurations :

- patients dont le traitement méthadone a été initialisé ailleurs (hôpital, maison d'arrêt, autre CSAPA) dont on prend le relais de la prescription ;
- patients dont on initialise le traitement (injecteurs précédemment cités par exemple) ;
- patients qui prennent de la méthadone « sauvage », hors prescription médicale, pour qui l'enjeu consiste à ce qu'elle devienne un réel traitement et non plus un produit de remplacement (notons au passage l'extension de ce phénomène de vente de méthadone « dans la rue », malgré les règles strictes de prescription et de délivrance de ce traitement) ;
- patients en réinitialisation de traitement après interruption, soit par eux-mêmes, soit par le prescripteur.

Une autre évolution est à souligner, même si elle ne peut être précisément quantifiée, concernant les patients présentant des troubles psychiatriques importants, en augmentation. Les relations avec le CMP, notamment, s'intensifient, dans un travail d'orientation réciproque.

## **2. L'activité**

Le nombre de patients reçus en 2010, le nombre de nouveaux patients, le nombre d'actes, connaissent très peu d'évolution par rapport à 2009. L'activité reste soutenue.

Les caractéristiques des patients évoquées précédemment amènent certains commentaires.

Du point de vue médical, l'augmentation du nombre de patients bénéficiant d'un traitement de substitution, notamment par méthadone, intensifie encore l'activité, tant au niveau du suivi du patient (cadre de prescription, grande fragilité de certains patients) qu'au niveau des contacts nécessaires (médecins orienteurs, pharmaciens, médecins prenant le relais de la prescription). Egalement, la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques nécessite une attention soutenue.

La présence, deux heures par semaine, de l'infirmière de la PEPS<sup>13</sup>, dans le cadre de la convention CAST/PEPS, assure un suivi au plus près des sérologies des patients (VIH, hépatites). Elle permet également un premier contact, et donc une orientation plus aisée, pour des patients nécessitant une prise en charge spécifique pour des problèmes d'alcool, ou souhaitant un sevrage tabagique par exemple (actions réalisées par la PEPS).

Concernant les suivis psychothérapeutiques, les configurations sont très diverses. Certains patients sont très investis et très réguliers. Pour d'autres, sous obligation de soins notamment, le suivi s'étirole au bout d'un certain temps. Enfin, certains patients, suivis depuis plusieurs années au centre, ont retrouvé une stabilité dans leur vie et ont interrompu leur suivi psychothérapeutique, pour poursuivre le suivi médical avec diminution progressive de leur traitement. Ce qui n'exclut pas la reprise d'un suivi psychothérapeutique si besoin...

Cette activité psychothérapeutique s'exerce également dans le cadre de la consultation jeunes consommateurs de la PEPS (présence du psychologue du CAST deux heures par semaine, toujours via la convention CAST/PEPS), avec éventuellement réorientation vers le centre pour certains suivis. Egalement, des consultations avancées dans deux structures (Club de Prévention et EPEI), interrompues début 2010 faute de moyens, ont été relancées fin 2010 grâce à des crédits MILDT alloués à la PEPS.

L'accompagnement social des patients s'envisage, lui, de façon plus ponctuelle et ciblée, selon les besoins. Le bilan systématique à l'accueil de chaque nouveau patient permet un état des lieux précis de chaque situation, et les modalités à envisager en terme de suivi in situ, d'accompagnement, d'orientation, en coordination avec les éventuels intervenants déjà en charge de tout ou partie des problèmes. Cela implique des liens avec une multitude de partenaires (CSD, CCAS, CPAM, MSA, SPIP, Pôle Emploi, Mission Locale, Club de Prévention,...).

---

<sup>13</sup> Plate-forme d'Education et de Prévention pour la Santé

### **3. Le pôle**

L'augmentation continue du nombre de patients traités par méthadone ravive de façon récurrente les interrogations et manques de notre organisation actuelle. Pour les patients fréquentant le CAST d'Épernay, l'initialisation d'un traitement méthadone s'effectue principalement via l'unité Substitution du CAST de Reims, soit en ambulatoire, soit avec un séjour au Centre Sanitaire et de Moyen Séjour. Quelques uns se font en milieu hospitalier, au centre hospitalier d'Épernay ou à l'EPSMM de Châlons.

Si cette organisation est efficiente pour une majorité de patients, elle peut être problématique pour certains cas (patients en grande précarité, n'ayant pas les moyens d'aller sur Reims, ou au contraire exerçant une activité professionnelle, n'ayant pas le temps d'aller sur Reims).

Elle implique, après le temps d'initialisation et la reprise de prescription au CAST d'Épernay, la délivrance du traitement en pharmacie. Fonctionnement qui peut s'avérer insuffisant en terme de suivi et de surveillance du traitement pour certains patients (au-delà même de la grande qualité d'implication des pharmaciens locaux).

Elle ne permet pas de répondre, sauf à renvoyer sur Reims, à des situations « urgentes » ou difficiles (patient en rupture de traitement, de couverture sociale,...)

Elle est un frein important pour les patients du sud-marnais.

Autant d'éléments qui viennent relancer la question de la mise en place d'une antenne de délivrance de méthadone au CAST d'Épernay. Nous retravaillons sur ce projet pour le relancer en 2011.

Outre son activité de prise en charge des personnes toxicomanes, le CAST d'Épernay participe à d'autres actions de réflexion ou de prévention.

- atelier santé ville (dans le cadre du Contrat Urbain de Cohésion Sociale de la ville d'Épernay). Participation à différents groupes de travail, notamment sur les thématiques « Jeunes et mal être » et « Accompagnement vers le soin des populations en situation de précarité ».

- action de prévention - Petits déjeuners santé de la Mission Locale d'Épernay, prévention des addictions auprès de 8 jeunes.

- actions de prévention dans le cadre de la convention avec le Pays d'Épernay - Terres de Champagne. Après les actions menées précédemment, un nouveau programme a été

engagé à destination de l'ensemble des collèges du territoire de Pays pour l'année scolaire 2010-2011. Sur les 12 établissements à qui la proposition a été faite, 8 y ont répondu favorablement. Cette action va concerner une trentaine de classes, près de 900 élèves. Elle a débuté en novembre 2010, et se poursuivra jusqu'en avril 2011.

Dans un autre registre, la convention avec le réseau Cultures du Cœur, visant à promouvoir l'accès à la culture et aux spectacles, se poursuit. En 2010, 27 patients et leurs familles ont ainsi pu bénéficier de 52 places de cinéma, 8 places de théâtre et 10 places de concert.

#### **4. Statistiques 2010**

##### **1. Nombre de personnes reçues dans l'année**

<i>tous contacts en face à face, y compris entourage, famille, anonymes, consultation jeunes consommateurs à la PEPS</i>	<b>140</b>
--	------------

##### **2. Nombre de patients suivis**

Nombre total (patients seuls, hors familles et anonymes)	<b>137</b>
Dont nombre de patients vus une seule fois	<b>5</b>
Dont nombre de patients connus ayant interrompu leur venue depuis longtemps	<b>14</b>
Dont nombre de patients nouveaux	<b>37</b>

##### **3. Sexe des patients N = 137**

Nombre d'hommes	<b>102</b>
Nombre de femmes	<b>35</b>

##### **4. Age des patients**

Moins de 20 ans	<b>3</b>
dont moins de 18 ans	<b>0</b>
Entre 20 et 24 ans	<b>20</b>
Entre 25 et 29 ans	<b>39</b>
Entre 30 et 39 ans	<b>51</b>
Entre 40 et 49 ans	<b>20</b>

Entre 50 et 59 ans	<b>0</b>
NR à l'entrée	<b>4</b>

### **5. Origine géographique**

Originaires du département	<b>124</b>
Originaires de la région	<b>0</b>
En provenance d'autres régions	<b>2</b>
NR	<b>11</b>

### **6. Logement**

Durable	<b>79</b>
Provisoire ou précaire	<b>42</b>
Absence de logement	<b>5</b>
Ne sait pas ou non renseigné	<b>11</b>

### **7. Origine principale des ressources**

Revenus de l'emploi	<b>50</b>
Assedic	<b>25</b>
RSA	<b>11</b>
AAH	<b>8</b>
Autres prestations sociales	<b>0</b>
Ressources provenant d'un tiers	<b>12</b>
Autres ressources (y compris sans revenus)	<b>17</b>
Ne sait pas ou non renseigné	<b>14</b>



## 8. Origine de la demande de consultation / orientation

Initiative du patient ou des proches	<b>43</b>
Médecin de ville	<b>26</b>
Autre hôpital / autre sanitaire	<b>9</b>
Autre structure spécialisée	<b>10</b>
Services sociaux	<b>5</b>
Justice, classement avec orientation	<b>28</b>
Justice, injonction thérapeutique	
Justice, obligations de soins	
Autres mesures administratives ou judiciaires	
Autres	<b>3</b>
Non renseigné	<b>13</b>

## 9. Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge

	Produit N° 1	Produit N° 2	Produit N° 3
Alcool	<b>3</b>	9	9
Cannabis et dérivés	<b>23</b>	26	21
Opiacés	<b>80</b>	0	0
Cocaïne et crack	<b>4</b>	22	8
Amphétamines, ecstasy, ...	<b>9</b>	9	7
Médicaments psychotropes détournés	<b>0</b>	0	1
Traitements de substitution détournés	<b>1</b>	16	2
Autres	<b>2</b>	0	1
Pas de produits	<b>1</b>	0	0
NR	<b>14</b>	0	0

## 10. Usage à risque/usage nocif/dépendance vis-à-vis du produit n°1

En usage à risques	<b>11</b>
En usage nocif	<b>17</b>
En dépendance	<b>103</b>

Non renseigné	<b>6</b>
---------------	----------

### 11. Voie Intraveineuse

ayant utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent	<b>29</b>
antérieurement	<b>4</b>
jamais utilisé	<b>22</b>
Non renseigné	<b>98</b>

### 12. Nombre d'actes

Consultations médicales	<b>1256</b>
Entretiens thérapeutiques	<b>495</b>
Suivi social	<b>120</b>
Actes infirmiers	<b>44</b>
Suivi administratif	<b>257</b>

### 13. Traitements de substitution

	Méthadone	Subutex
Nombre total de patients sous traitement, quel que soit le prescripteur	<b>54</b>	<b>43</b>
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre	<b>54</b>	<b>43</b>
Nombre de patients pour lesquels le traitement a été initié par le centre	<b>10</b>	<b>3</b>
Dispensation en pharmacie de ville avec prescription au centre	<b>54</b>	<b>43</b>
Relais médecine de ville et pharmacie	<b>11</b>	<b>2</b>

## **D. ACTIVITES DU CAST EN MAISONS D'ARRET**

### **1. L'activité générale**

Les missions, objectifs et modalités d'interventions restent inchangées. SJ<sup>14</sup> dans un premier temps assure la rencontre des détenus signalés pour ILS puis GF sur Reims et PG sur Châlons en Champagne assurent le suivi psychologique.

Sur l'ensemble des deux maisons d'arrêt, notre activité se compte ainsi :

Nombre de détenus concernés	<b>254</b>
Nombre d'actes thérapeutiques	514
Nombre d'entretien bilan	205
Actes de coordination, partenariaux, de suivi	699
Total actes	<b>1418</b>

### **1. La maison d'arrêt de Châlons**

Du fait qu'à la maison d'arrêt de Chalons en Champagne, il existe un quartier dit Femmes, nous avons cette année été plus sollicités. Le nombre des toxicomanes s'est multiplié ces derniers mois du fait d'une plus rigoureuse application des peines planchers prononcées à leur rencontre. C'est ainsi aujourd'hui plus des deux tiers des détenues qui relèvent d'une inculpation pour ILS (Elles étaient moins d'un quart il y a deux ans).

De même, il existe, à la maison d'arrêt de Chalons en Champagne, à l'initiative du Service Médico Psychiatrique Régional, la pérennisation d'un groupe parole Toxicomanie ouvert aux hommes. A raison de cinq groupes par an, constitué de 5 à 9 personnes, et de 4 séances animées par deux infirmiers (Le CAST étant présent a la 3ème séance). Ce groupe vise essentiellement à leur permettre de verbaliser leurs émotions et ressentis quant à l'incarcération, les motifs de leur arrestation, et servent à préparer la sortie, faciliter

---

<sup>14</sup> Initiales des intervenants du CAST : Sylvie Jeronne, Gustavo Freda, Paulo Goncalves.

l'orientation vers une acceptation de prise en charge et donc une modalité de prise en charge ad hoc. Ils sont également bénéficiaires de remises de peines supplémentaires.

La participation du CAST dans ce travail à permis de renforcer les liens de travail privilégiés avec nos collaborateurs sur place, et à être mieux repérés sur place tant par le personnel sociaux-médical que pénitentiaire. Régulièrement nous sommes invités à participer comme expert, ayant avis consultatif, lors de réunions de synthèse de l'équipe qui ont lieu le lundi matin.

Comme tous les intervenants venant de l'extérieur, nous sommes soumis aux règles de fonctionnement internes aux maisons d'arrêts. Nous ne maîtrisons pas le calendrier des entrées et encore moins celui des sorties et mouvements en interne des détenus. Il existe cependant un point que nous déplorons depuis des années, et qui en 2010 s'est accentué. En effet, il est strictement défendu aux surveillants de l'administration pénitentiaire d'aller chercher un détenu dès lors que ce dernier participe à une activité dans l'enceinte de la prison. Cela a un impact certain sur la fréquence des entretiens, entravant de manière notable la qualité de la prise en charge.

## **2. La maison d'arrêt de Reims**

Une connaissance toujours améliorée et actualisée des instances judiciaires et de leurs mécanismes d'intervention nous a permis cette année de nouer une relation tout à fait inédite et significative, en plus d'un rapprochement certain. Ainsi nous avons pu compter sur leur participation lors de nos dernières journées de Reims, organisées par le CAST de Reims, et qui cette année avaient pour thème la prise en charge des usagers toxicomanes et les liens étroits avec le système judiciaires, depuis l'interpellation, le jugement, l'incarcération et le suivi des personnes dites sous main de justice à leurs sorties.

Nous tenons ici à remercier tous nos collègues qui à l'initiative de Gustavo FRED A, depuis les centres de soins (Charleville, Troyes, Reims...) jusqu'aux instances judiciaires (Substitut du procureur de Reims, le MARS, les SPIP en interne et hors maisons d'arrêts, les infirmiers du SMPR de Chalons) ont travaillé ensemble en amont lors de rencontres préparatoires organisées au CAST de Reims, puis ont participé et animé les journées de Reims, apportant leurs contributions et réflexions.

### **3. Tendances 2010**

Cette année 2010 a révélé une typologie particulière parmi les détenus rencontrés:

- Les demandes des « substitués » (méthadone et plus rarement subutex) changent. Ils continuent à solliciter des rencontres régulières durant leur temps d'incarcération. En revanche, les demandes d'informations en vue de sorties anticipées en post cure par exemple sont plus rares.

Ils se remémorent leur histoire, la réécrivent, la reconstruisent en diminuant ou banalisant beaucoup leur consommation, les risques possibles de rechutes à leurs sorties.

- Les détenus pour usages de cannabis. En hausse croissante du fait de l'application des peines planchers, incarcérés pour des temps courts (un ou deux mandats de dépôt de 4 mois chacun, et en attente de mesures alternatives à l'incarcération comme le bracelet électronique), ils se montrent souvent hostiles à la prise en charge que nos services peuvent leur proposer.

Et quand, à leurs demandes, des rencontres ont lieu, elles sont surtout l'exutoire pour déverser leur colère et l'incompréhension à l'encontre des instances judiciaires qui sont seules rendues responsables de tous leurs maux. Peu de remise en cause ou d'élaboration subjective ne semblent de mise.

Cette typologie n'étant pas généralisante, elle permet cependant d'avancer des éléments de compréhension au faible pourcentage de propositions d'un centre résidentiel thérapeutique en vue d'effectuer ou de consolider un sevrage à leur sortie, ce qui était plus fréquent les années antérieures.

## **II. LES ACTIVITES AVEC HEBERGEMENT**

### **A. LE CENTRE THERAPEUTIQUE RESIDENTIEL (CSMS)**

Le Centre Sanitaire et de Moyen Séjour poursuit encore et toujours sa mission en fonction de son type de structure, de sa mission générale et des modalités de réalisation de celle-ci. Les patients y sont pris en charge sous l'angle médico-psycho-social dans le cadre d'un projet thérapeutique personnalisé dont l'objectif est d'effectuer un sevrage incluant la restauration d'un équilibre personnel et d'une réinsertion sociale. Cette prise en charge est assurée par la même équipe pluridisciplinaire, stable depuis plusieurs années, composée de médecin, infirmière, assistantes sociales, éducateurs spécialisés, psychologues, et de son responsable.

Même si le projet thérapeutique est structuré et invariant : sevrer des toxicomanes, les objectifs et les modalités de leur réalisation se sont affinés. Après l'accueil de chacun des patients, le cumul des observations professionnelles recueillies jour après jour permet d'assurer l'accompagnement de ces dix personnes très différentes dans leurs besoins et de favoriser une adaptation à une future vie active.

Les traitements de substitution concernent pratiquement tous les patients reçus. Ils ont permis une nette évolution des pratiques de soins et des modes d'intervention. Ils sont dans la prise en charge médicale le tout premier élément à considérer puisqu'ils permettent d'accueillir la personne toxicomane sans préalable et sans jugement à un moment donné de son parcours.

Ceci dit, c'est grâce à cet ensemble médico-psycho-social de la prise en charge que l'émergence de troubles psychiatriques chez certains patients sous traitement de substitution stabilisé au CSMS peut se dévoiler. Le parcours personnel dans la consommation de produits divers avec des associations de certains médicaments détournés de leur usage ont eu des conséquences inaperçues (dans un temps antérieur) d'une nécessaire intervention psychiatrique.

Notre équipe spécialisée en toxicomanie n'a pas a priori les compétences nécessaires pour réaliser face à ces troubles psychiatriques une intervention efficace et de qualité. Pourtant grâce à l'évolution des pratiques, la constance de l'équipe thérapeutique du CSMS à l'égard de ces patients et sa volonté de s'inscrire dans un large réseau sanitaire et social de partenaires, qui eux aussi se sont spécialisés, permettent l'accompagnement vers des prises en charge partagées qui font maintenant largement alternative au rejet ou à l'exclusion.

Ainsi, le CSMS perdure à être un outil thérapeutique s'inscrivant dans le parcours des toxicomanes voulant se soigner qui peut opérer une rupture avec l'environnement général lié à la consommation de drogue et une stabilisation psychologique. Le projet thérapeutique personnalisé de chaque patient tient compte de ce moment particulier, personnel, social, familial, en favorisant une prise en charge individuelle et duelle psychologique et psychothérapeutique. La stabilisation physique et psychologique lors de l'instauration ou la reconduction d'un traitement de substitution, voire dans les cas des demandes (problématiques) d'une diminution de dosage, passe par cet accompagnement thérapeutique individuel dans ce cadre pluridisciplinaire.

La prise en charge des patients au CSMS cumule les paramètres à prendre en considération sans jamais les isoler dans un domaine médical, psychologique ou social. La solution apportée à un sevrage produit un retentissement toujours dans ces trois domaines. En effet, cela tend à inclure aussi pour les personnes atteintes de troubles infectieux un accompagnement réel et symbolique afin d'instaurer ou d'installer des examens ou des soins spécialisés. Il en est de même dans l'accompagnement des patients nouvellement sevrés et qui connaissent des états dépressifs, des insomnies majeures, des comportements poussant à l'exclusion.

Le CSMS est inscrit dans l'ensemble du dispositif sanitaire et social d'une façon paradoxale qui est assumée par son équipe thérapeutique. En effet, il s'agit d'isoler un consommateur de drogue de son milieu social et familial (ses lieux de consommation) tout en favorisant son ouverture sur l'environnement social dès lors qu'il est un patient en train de se soigner. Pour cela, l'essentiel du temps consacré à la prise en charge d'un patient toxicomane va consister à traiter de deux questions posées peu de temps après son arrivée. Questions de temps et de moyens à mettre en œuvre : «Où serez-vous et à faire quoi sans que cela ne vous fasse reprendre de la drogue après le CSMS ? », «Combien de temps imaginez-vous avoir besoin de nous ? ».

Nous savons que le traitement médico-psycho-social d'un patient toxicomane fait « vibrer » différents paramètres de son histoire personnelle. Par exemple l'ouverture ou le rétablissement des droits sociaux est accompagnée qu'il s'agisse de CMU, d'inscription au pôle-emploi, de la mission locale, etc. Cela nécessite une carte d'identité et l'obtention d'un extrait d'acte de naissance, rappel souvent lourd d'histoire parentale... Ce qui ne doit pas

pour autant entraver la dynamique d'aide à l'insertion que cela soit en terme de formation professionnelle ou de recherche d'emploi, tout autant qu'en terme de recherche de logement. Sans pessimisme, prenons en exemple le cas d'un patient de moins de 25 ans, arrivé au CSMS et à Reims depuis moins de trois mois, sans pièce d'identité (ne pouvant donc pas se présenter au pôle-emploi), en rupture avec sa famille, devant donc obtenir une domiciliation au CCAS comme préalable à une demande de carte d'identité... Comment répondre à la question banale déjà citée : «que faites-vous après le CSMS ?»

C'est justement tout cela qui se traite par l'équipe thérapeutique pluridisciplinaire du CSMS, cela a été une fois de plus son travail en 2010.

Ce lieu de prise en charge individuelle dans un espace collectif favorise constamment les activités thérapeutiques avec l'alternance entre activité individuelle et activité collective. Ces moments collectifs eux-mêmes alternent des dimensions coercitives, conviviales, créatrices, éducatives. Ces moments provoquent une dynamique alternative dans le sens de soutenir de façon constante un rapport à l'autre qui ne peut pas être n'importe lequel.

Il est à honorer, cette année encore, les activités conduites par nos collègues détachées de l'ANPAA pour ce qu'il en est de la diététique et de l'information sur l'aide à l'arrêt du tabac ; ainsi que celle de M. Alain Maison, artiste peintre, qui a poursuivi le projet déjà cité dans notre bilan 2009.

Enfin, le CSMS continue à exercer une fonction de pôle ressource. L'ensemble des pratiques précitées, en tenant compte aussi de leurs évolutions, conduit à concevoir cet établissement comme le partenaire d'un large réseau sanitaire et social au sein duquel il a vocation de diffuser un savoir-faire spécialisé et de bénéficier d'échanges de compétences. D'emblée, la nécessité d'établir des relais vers les médecins et les pharmaciens « de ville » impose d'apporter des prestations de soutien, même si parfois son mode d'entrée n'est qu'administratif.

C'est au long cours que le CSMS s'inscrit en tant que pôle ressource en permettant qu'il soit lieu de stage clinique pour un interne en médecine, des éducateurs spécialisés, une assistante sociale, des psychologues, des infirmières, des éducateurs Staps. Mais aussi en recevant régulièrement des visites in situ de nos collègues des établissements pénitentiaires et du Caarud de Reims.



L'ensemble de l'activité professionnelle de l'équipe thérapeutique pluridisciplinaire du Centre Sanitaire et de Moyen Séjour atteste encore cette année de ses points forts. Elle supporte aussi comme chaque année depuis plus de trente ans cette abnégation de devoir considérer toute rechute comme un incident de parcours inévitable, voire déjà pris en considération dans le projet thérapeutique individuel du patient. Ceci a favorisé des retours plus rapides vers ce lieu de soins autant que nécessaire. C'est grâce à une certaine souplesse quant aux projets de soins que des séjours très différents les uns des autres ont pu se réaliser.

## ► Statistiques 2010

### 1. La population accueillie

1. Nombre de personnes reçues dans l'année

<i>tous contacts en face à face, y compris entourage, famille</i>	<b>71</b>
---	-----------

2. Nombre de patients hébergés dans l'année

<i>Patients en traitement avec hébergement</i>	<b>47</b>
--	-----------

4. Sexe des patients

5.

Nombre d'hommes	<b>40</b>
Nombre de femmes	<b>7</b>

4. Age des patients

Moins de 20 ans	<b>2</b>
Entre 20 et 24 ans	<b>13</b>
Entre 25 et 29 ans	<b>11</b>
Entre 30 et 39 ans	<b>15</b>
Entre 40 et 49 ans	<b>6</b>
Entre 50 et 59 ans	

6. Origine géographique

7.

Nombre de patients originaires de la Marne	<b>16</b>
Nombre de patients originaires de la région	<b>19</b>
en provenance d'autres régions	<b>12</b>

6. Domicile des patients

Durable	<b>24</b>
Provisoire ou précaire	<b>23</b>
Absence de logement	
Non renseigné	

#### 7. Origine principale des ressources

Revenus de l'emploi	<b>12</b>
Assedic	<b>15</b>
RSA	<b>13</b>
AAH	
Autres prestations sociales	
Ressources provenant d'un tiers	<b>7</b>
Autres ressources (y compris sans revenus)	
Non renseigné	

#### 8. Origine de la demande de consultation

Initiative du patient ou des proches	
Médecin de ville	
Equipe de liaison	
Autre hôpital / autre sanitaire	
Autre structure spécialisée (CCAA / CSST / Autre.)	<b>45</b>
Services sociaux	
Justice, obligations de soins	<b>2</b>
Autres mesures administratives ou judiciaires	
Autres	
Non renseigné	

#### 9. Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge

Produits	N°1	N°2	N°3
Alcool	<b>1</b>	3	
Tabac			
Cannabis et dérivés	<b>1</b>	19	14
Opiacés	<b>43</b>	2	
Cocaïne et crack		10	4
Amphétamines, ecstasy, ...			
Médicaments psychotropes détournés		1	1
Trts de substitution	<b>2</b>	4	4

détournés de leur usage thérapeutique			
Autres			
Pas de produits		8	
Non renseigné			24

10. Usage à risque / usage nocif /dépendance vis-à-vis du produit n°1

Abstinence	
En usage à risques	
En usage nocif	
En dépendance	<b>47</b>

11. Voie Intraveineuse

ayant utilisé la voie intraveineuse récemment dans le mois précédent son admission	<b>11</b>
antérieurement	<b>11</b>
jamais utilisé	<b>9</b>
Non renseigné	<b>16</b>

**2. L'activité**

12. Nombre d'actes

Médecins généralistes	<b>446</b>
Infirmiers	<b>1558</b>
Psychologues	<b>1036</b>
Assistants sociaux	<b>1511</b>
Educateurs spécialisés	

13. Activités de groupe thérapeutique

Nombre de groupes	<b>4</b>
Nombre de réunions	<b>332</b>
Nombre de patients concernés	<b>47</b>

14. Traitements de substitution

	Méthadone	Subutex
Nombre total de patients sous traitement	<b>34</b>	<b>13</b>

- pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre	<b>34</b>	<b>13</b>
- pour lesquels le traitement a été initié par le centre	<b>19</b>	<b>1</b>

#### 15. Dépistage et vaccinations

Dépistage hépatite B	<b>12</b>
Vaccinations hépatite B	<b>12</b>
DTCP	<b>2</b>

#### 16. Durée de séjour

Nombre total des journées d'hébergement réalisées	<b>2761</b>
Durée moyenne d'hébergement en jours	<b>59</b>

#### 17. Total des actes de prise en charge réalisés à l'extérieur du centre

Accompagnements de résidents pour démarche extérieure	<b>963</b>
---	------------

#### 18. Nombre de résidents sortis entre le 1<sup>er</sup> et le 31 décembre

Nombre de résidents	<b>41</b>
---------------------	-----------

#### 19. Répartition de la durée d'hébergement des sortants

Au plus un mois	<b>19</b>
De 1 à moins de 3 mois	<b>8</b>
De 3 à moins de 6 mois	<b>11</b>
+ de 6 mois	<b>3</b>

#### 20. Motifs de sortie du résident

Contrat thérapeutique mené à terme	<b>31</b>
Réorientation vers une structure médico-sociale	<b>1</b>
Exclusion par le centre de soins	
Hospitalisation durable	
Rupture à l'initiative du résident	<b>5</b>
Décès	
Autres (prison, etc.)	<b>4</b>

### **3. Nouvelles données**

#### **21. Démarches de réinsertion**

	Nb de patients pour lesquels des démarches ont été engagées	Nb. de patients pour lesquels de démarches ont abouti
Un autre hébergement si nécessaire	20	12
Un emploi si nécessaire	9	5
Une formation si nécessaire	13	7

#### **22. Poursuite du suivi après le séjour**

Structure spécialisée	<b>22</b>	
Médecine de ville	<b>13</b>	
Psychiatrie	<b>2</b>	

## **B. APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES ET D'INSERTION**

### **1. Les patients**

#### Typologie :

30 patients en 2010 ont été reçus par l'équipe de l'unité « Appartements thérapeutiques ». Il s'agit pour la plupart de patients rencontrés lors des entretiens préalables à l'entrée en appartement thérapeutique pendant leur prise en charge au CTR (Centre Thérapeutique Résidentiel) rue des Chapelains. Toutes ces rencontres n'ont pas forcément aboutit pour différentes raisons.

Une autre partie de ces patients (dans une moindre mesure et sur un temps très court) a été reçu après leur prise en charge en Appartement Thérapeutique et enfin 8 de ces patients ont été pris en charge en 2010 par l'unité.

Sur ces 8 patients, les hommes restent toujours majoritaires (6 pour 2 femmes) et la moyenne d'âges est de 32 ans (3 patients ont entre 20 et 24 ans, 1 patient a entre 25 et 29 ans, 1 patient a entre 30 et 39 ans et 3 patients ont entre 40 et 49 ans).

Aucun n'est originaire de la Marne; 1 est d'origine ardennaise ; 2 sont Haut Marnais. Les 5 autres ne sont pas de la région, ils proviennent de départements relativement proches : 1 est originaire de l'Aisne, 1 de la Meuse, 1 du Nord, 1 de Seine Maritime et 1 des Vosges.

#### La Prise en charge :

Tous les patients qui ont été pris en charge dans l'unité « Appartements thérapeutiques (AT) » ont effectué auparavant un séjour plus ou moins long au CTR.

L'équipe thérapeutique a mis en place un travail très important afin d'aider les patients les plus éloignés de l'emploi et/ou de la formation (aide aux démarches, lien avec la Mission Locale ou pôle emploi, accompagnement...). En effet, comme l'an passé, nos patients se trouvent confrontés à un contexte économique très dégradé mais le soutien apporté par l'équipe dans ce domaine a porté ses fruits car 2010 a été plus favorable. 3 patients ont trouvé un emploi stable et durable, 4 autres une formation plus ou moins longue et les démarches du dernier patient n'ont pas aboutit.

Cette amélioration est aussi dû au travail mené en amont lors du séjour au CTR. En effet le lien entre les deux unités d'hébergement est de plus en plus important et dans ce domaine

comme dans d'autres, l'équipe du CTR prépare et facilite l'entrée des patients en AT (démarches administratives, inscription pôle emploi ...).

En raison de cette embellie, la situation sociale et financière s'est améliorée pour nos patients puisque tous les patients en 2010 avait un revenu minimum (un seul avait le RSA de base). Enfin, l'accès à un logement à Reims (même si cela reste très compliqué) a été facilité grâce à ces meilleures ressources.

Trois patients ont quitté leur appartement thérapeutique en 2010 pour entrer dans un logement « ordinaire » à Reims, un autres est parti après une fin de séjour. La durée moyenne de la prise en charge en AT cumulée 2009 et 2010 est de 10 mois. Pour l'année civile 2010, cette durée moyenne est de 7 mois. Ces chiffres sont en progression depuis quelques années.

Malgré des résultats encourageants, les difficultés d'insertion sociale et professionnelle demeurent. De plus, les patients sont toujours très fragiles face à leur abstinence de consommation de drogue. Des « rechutes » sont toujours possibles et certaines situations ont été traitées par des retours temporaires au CTR, pour mieux poursuivre le séjour en appartement thérapeutique ensuite. Une situation a abouti à un arrêt du séjour avec réorientation.

Comme l'an passé, en plus d'une insertion professionnelle complexe, les situations judiciaires des patients, leur problématique familiale et les difficultés à gérer leur « ennui » peuvent les entraîner vers de nouvelles consommations de produits psychotropes.

Nous demandons à chaque patient qui entre en AT d'avoir un suivi psychologique et médical régulier. En plus d'un accompagnement renforcé par l'équipe des AT, l'équipe pluridisciplinaire du CAST (psychologue, assistante sociale, médecin) permet aux patients d'avoir un accompagnement optimal et de prévenir au mieux les situations à risque.

L'équipe des AT ne fonctionne donc pas seule et nous pouvons ici observer la pertinence et la cohérence de notre fonctionnement interactif en relais constant avec toutes les autres unités de l'association.

Les patients présentent tous une forte dépendance aux produits, principalement aux opiacés. Ils sont tous poly consommateurs (la cocaïne étant moins présente, au profit du cannabis). Tous les patients en 2010 bénéficient d'un traitement de substitution.

## 2. L'activité

En 2010, le nombre de patients pris en charge en appartement thérapeutique est en très légère baisse. Ceci est la conséquence de l'allongement de la durée des séjours, lié aux problématiques décrites précédemment, diminuant le turn-over. Le nombre d'actes réalisés est lui aussi en légère baisse. En revanche, le taux d'occupation reste stable (80.18 % en 2010).

Cette activité ressort des différents objectifs de la prise en charge que nous avons revisités cette année :

### Sur le plan physique :

- Prendre en compte son état de santé (bilan fait par le médecin du Centre d'accueil).
- Suivre des soins appropriés (suivi médical durant le séjour en AT, y compris traitement de substitution).
- Se responsabiliser sur son état de santé par rapport à soi, par rapport aux autres en supprimant les comportements à risques.
- Soutenir un rythme de vie (repas, sommeil, activité, hygiène...)

### Sur le plan psychologique :

- Evaluer ses difficultés, retrouver ses potentialités et se responsabiliser
- Prendre en compte son histoire personnelle et familiale
- S'interroger sur sa problématique de toxicomane : pourquoi, comment ?
- Se préparer à commencer ou poursuivre un travail psychothérapeutique

### Sur le plan social :

- Régler ses difficultés administratives, sociales et judiciaires
- Apprendre à gérer le quotidien de la vie en appartement
- Apprendre à gérer son budget, les démarches et échéances administratives
- Mettre en projet/perspective un avenir social et professionnel
- Rechercher et mettre en place une solution d'hébergement la plus adaptée
- Développer un projet d'insertion (formation, emploi, activités...)
- Retrouver une citoyenneté

### Sur le plan judiciaire :

- Respecter et/ou faire respecter les décisions de justice
- Proposer dans la mesure du possible des alternatives à l'incarcération
- Orienter le patient vers des associations ou services compétents

### Enfant(s) accueilli(s) avec le parent :

- Créer, recréer ou maintenir le lien parent – enfant(s)
- Soutenir un rythme de vie (sommeil, repas, activités, hygiène...)



- Adaptation du rythme de vie suivant l'âge de l'enfant
- Aide à l'intégration de l'enfant dans la société (école, activités...)
- Aider, soutenir, conseiller le parent dans l'éducation de l'enfant
- Lien si nécessaire avec les services de l'ASE ou judiciaires (placements, droits de visites ou d'hébergement...)

### **3. L'unité**

Le travail de réactualisation des différents outils de la loi 2002-2, initié en 2009 pour l'élaboration du dossier pour le passage en CSAPA, s'est poursuivi en 2010 pour l'unité comme pour l'ensemble institutionnel.

Un appartement a été rénové afin d'accueillir les patients dans les meilleures conditions possibles.

Enfin, un nouveau responsable de l'unité a été nommé en septembre 2010 suite à la mutation interne du précédent chef de service.

### **4. Perspectives 2011**

- poursuite de la rénovation des appartements
- recherche d'un appartement pouvant accueillir des enfants
- renforcer les liens entre les AT et les autres unités du CAST
- soutenir le travail d'équipe afin d'accompagner au mieux les patients accueillis
- réflexion à propos de l'élargissement des possibilités d'admission en AT.

### **5. Statistiques 2010**

#### **1. Nombre de personnes reçues dans l'année**

<i>tous contacts en face à face, y compris entourage, famille</i>	<b>30</b>
---	-----------

#### **2. Nombre de patients hébergés dans l'année**

<i>Patients en traitement avec hébergement</i>	<b>8</b>
--	----------

#### **3. Sexe des patients**

Nombre d'hommes	<b>6</b>
Nombre de femmes	<b>2</b>

#### 4. Age des patients

Entre 20 et 24 ans	<b>3</b>
Entre 25 et 29 ans	<b>1</b>
Entre 30 et 39 ans	<b>1</b>
Entre 40 et 49 ans	<b>3</b>

#### 5. Origine géographique

Nombre de patients originaires du département	
Nombre de patients originaires de la région	<b>3</b>
Hors région	<b>5</b>

#### 6. Domicile des patients

Durable	<b>2</b>
Provisoire	<b>6</b>
Absence de logement	

#### 7. Origine principale des ressources à l'entrée dans le dispositif

Revenus de l'emploi	<b>1</b>
Assedic	<b>1</b>
RMI	<b>5</b>
AAH	
Provenant d'un tiers	<b>1</b>

#### 8. Origine de la demande de consultation

Initiative du patient ou des proches	<b>2</b>
Médecin de ville	
Equipe de liaison	
Autre hôpital / autre sanitaire	
Autre structure spécialisée (CCAA / CSST / Autre...)	<b>6</b>
Services sociaux	
Justice, obligations de soins	
Autres mesures administratives ou judiciaires	

#### 9. Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge

Produits	N°1	2	3
Alcool			<b>2</b>
Tabac			
Cannabis et dérivés		<b>5</b>	

Opiacés	<b>7</b>		
Cocaïne et crack		<b>1</b>	
Amphétamines, ecstasy, ...			
Médicaments psychotropes détournés			
Traitements de substitution détournés	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
NR		<b>1</b>	

#### 10. Usage à risque / usage nocif / dépendance vis-à-vis du produit n°1

En usage à risques	
En usage nocif	
En dépendance	<b>8</b>

#### 11. Voie Intraveineuse

ayant utilisé la voie intraveineuse récemment	<b>2</b>
antérieurement	<b>4</b>
jamais utilisé	<b>4</b>

#### 12. Nombre d'actes principaux

Médecins généralistes	<b>99</b>
Infirmiers	<b>57</b>
Psychologues	<b>152</b>
Assistants sociaux	<b>1041</b>
Educateurs spécialisés	

#### 13. Traitements de substitution

	Méthadone	Subutex
Nombre total de patients sous traitement, quel que soit le prescripteur	<b>5</b>	<b>1</b>

#### 14. Durée de séjour

Nombre total des journées d'hébergement réalisées	<b>1756</b>
Durée moyenne d'hébergement en jours	<b>220</b>

#### 15. Total des actes de prise en charge réalisés à l'extérieur du centre

Activités collectives organisées à l'extérieur du centre	
Accompagnements de résidents pour démarche extérieure	<b>168</b>

#### 16. Nombre de résidents sortis entre le 1<sup>er</sup> et le 31 décembre

Nombre de résidents	<b>4</b>
---------------------	----------

#### 17. Répartition de la durée d'hébergement des sortants

De 1 à moins de 3 mois	
De 3 à moins de 6 mois	
6 mois à un an	<b>4</b>

#### 18. Motifs de sortie du résident

Contrat thérapeutique mené à terme	<b>3</b>
Réorientation vers une structure médico-sociale	
Rupture de la prise en charge	<b>1</b>

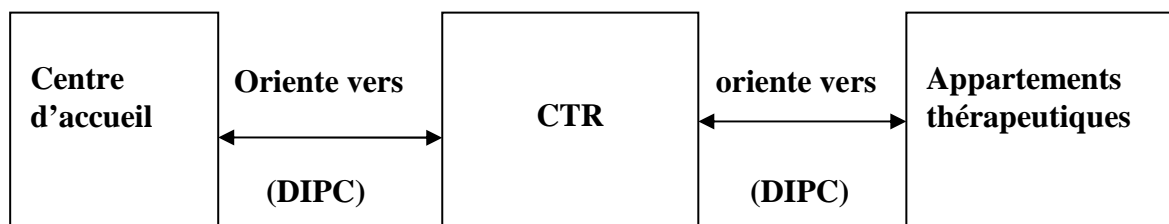
### **6. Réflexion sur la modification des protocoles d'admission**

Enfin, l'unité a produit une réflexion préalable pour étendre le protocole d'admission de façon raisonnée compte tenu de la population accueillie.

Plusieurs formes d'admission possibles :

- A. Classique**
- B. Demande d'AT dès le Centre d'Accueil**
- C. Temps d'observation**

## A. Classique



Dans cette configuration « classique », le patient est orienté vers le CTR par le centre d'accueil sans objectif d'orientation vers un appartement thérapeutique (AT) au départ.

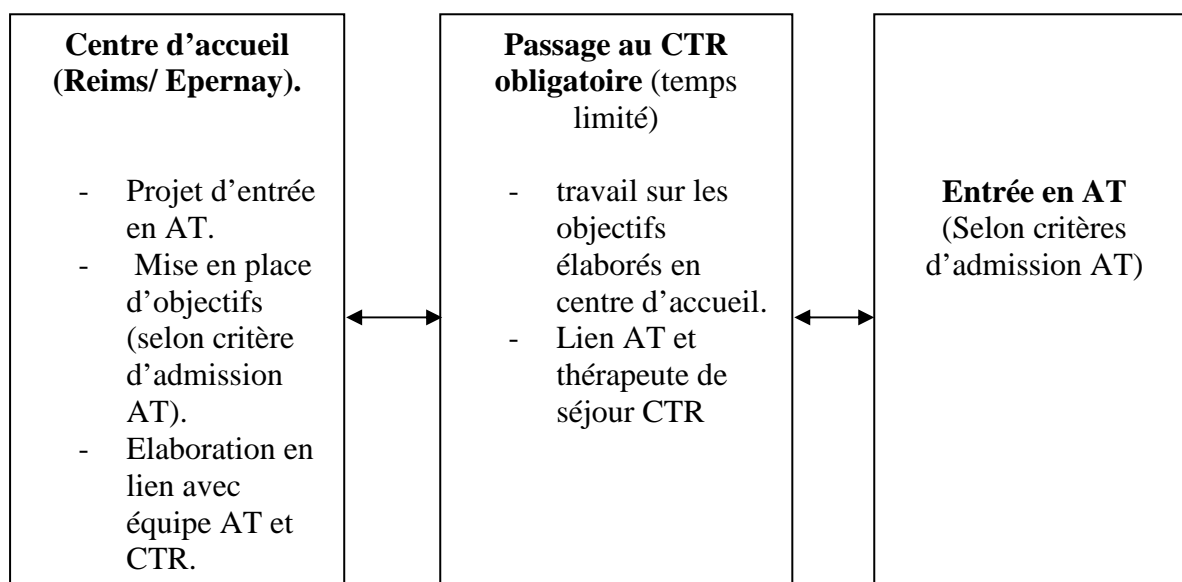
C'est au CTR, généralement après un temps relativement long, que le patient émet la demande d'aller en appartement thérapeutique. Lorsque cette demande est justifiée et validée par les 2 structures, le patient écrit une simple lettre de motivation au chef de service des A.T

C'est donc une modification des objectifs du départ qui s'opère dans cette configuration (modification du DIPC suite à l'évolution de la situation).

D'autres objectifs sont travaillés avec le patient, l'équipe des AT et le thérapeute de séjour du CTR afin d'entrer dans les meilleures conditions en AT (voir critères d'admission). Le relais entre les deux structures (CTR et AT) se déroule sur un temps variable en fonction des critères d'admission en AT, de l'évolution de la situation du patient et des places disponibles en AT.

**Pendant la prise en charge en AT**, un retour au CTR sur des temps plus ou moins longs est possible. Cela se travaille en lien avec le patient et le CTR (via le chef de service). Par ailleurs une modification du DIPC et de la prise en charge est toujours possible pendant cette période.

## B. Demande d'AT dès le Centre d'accueil



Dans cette configuration, le patient demande un appartement thérapeutique dès le centre d'accueil.

Cette demande doit être cohérente, justifiée et répondre aux critères d'admission des AT. Un membre de l'équipe des AT est sollicité à ce moment afin de déterminer avec l'équipe du centre d'accueil et le CTR les objectifs de prise en charge.

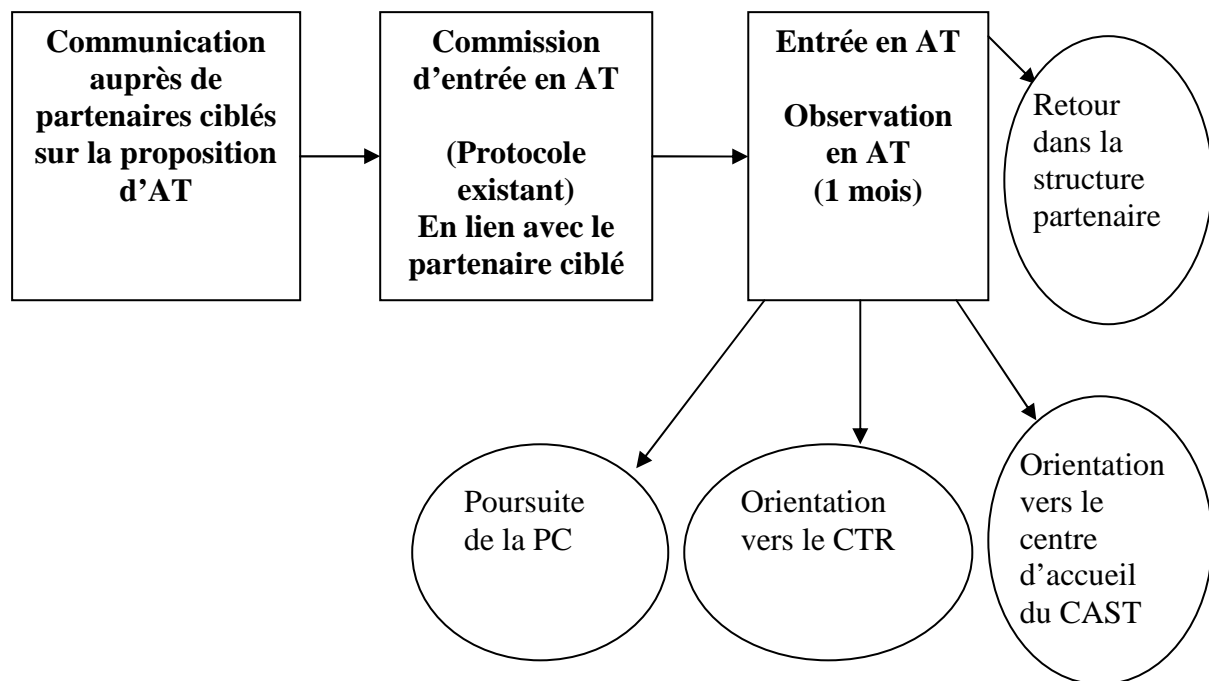
En effet ces objectifs vont être travaillés sur un temps restreint, obligatoire et limité au CTR (un mois maximum).

Une interruption de la prise en charge au CTR est possible si les objectifs du départ ne sont pas atteints. Dans ce cas le patient est réorienté vers l'équipe du centre d'accueil.

Dans cette configuration, il est peut être préférable que le thérapeute de séjour du CTR soit un membre de l'équipe des AT (le nombre de patient restant faible sur une année pour ce protocole). En effet, le lien entre l'équipe des AT et le CTR est important pendant cette période.

**Pendant la prise en charge en AT**, un retour au CTR sur des temps plus ou moins longs est possible. Cela se travaille en lien avec le patient et le CTR (via le chef de service). Par ailleurs une modification du DIPC et de la prise en charge est toujours possible pendant cette période.

### C. Temps d'observation (expérimental)



La structure « appartements thérapeutiques », dans cette configuration expérimentale, cible un partenaire (géographie, patients accueillis...) et fait une proposition de place.

Par exemple, l'équipe souhaite travailler auprès des mères avec enfants, elle ciblera alors des partenaires comme des foyers maternels.

Un outil de communication doit être créé ainsi qu'un protocole d'admission (qui s'apparente à ce qui existe déjà au centre d'accueil).

Le partenaire peut alors orienter vers le CAST des patients qui répondent aux critères d'admission des AT.

Si la prise en charge a lieu (suite au protocole d'admission), une période d'observation d'un mois est conclue (avec mise en place d'objectifs: DIPC). Ce travail peut être effectué avec le partenaire qui oriente.

Cette période d'observation peut permettre de valider le projet en AT et de poursuivre la prise en charge, d'orienter le patient vers le CTR ou le Centre d'accueil ou de réorienter le patient vers la structure partenaire.

Dans un premier temps, le nombre de places pour cette proposition sera limité.

**Pendant la prise en charge en AT**, une prise en charge au CTR sur des temps plus ou moins longs est possible. Cela se travaille en lien avec le patient et le CTR (via le chef de service). Par ailleurs une modification du DIPC et de la prise en charge est toujours possible pendant cette période.

**Cette proposition demande un travail de communication préalable avec des partenaires.**

Actuellement, les admissions en AT se font majoritairement de façon classique. L'admission dès le Centre d'accueil (avec temps limité au CTR) se met en place petit à petit et l'admission « directe » n'existe pas encore.

Dans cette nouvelle proposition, la répartition pourrait se faire de la façon suivante :

Admission « classique » <b>3 patients</b>	Admission Dès centre accueil <b>2 patients</b>	Temps d'obs. <b>1 patient</b>
--	--	----------------------------------

## ***Photographies***



On présente ici quelques prolongements de certains points évoqués dans les parties précédentes et un aperçu de notre participation diverse (partenariale, d'information, d'enseignement...) à notre environnement.

Il y aurait eu d'autres exemples de ce type d'action (élaboration du projet personnalisé, rénovation profonde de notre dossier patient informatisé –Odessa-, élaboration d'un règlement de fonctionnement renouvelé, résultats du groupe de réflexion sur les traitements de substitution ... Outre le fait qu'on ne peut pas exagérer le volume de ce présent rapport, on a décidé de choisir quatre domaines différents qui illustrent bien la diversité de nos interventions.

1. Un aperçu de nos actions extérieures qui se distinguent de celles qui concernent directement la prise en charge ou l'accompagnement des patients
2. Les journées de Reims : plaidoyer pour continuer cette manifestation
3. L'évaluation du centre d'accueil : quelques résultats synthétiques d'un travail collectif
4. La participation des usagers au CAST : spécificités, modalités, organisation

## **I. APERCU DES ACTIONS EXTERIEURES**

Les actions extérieures pour diverses qu'elles soient indiquent la sollicitation exercée auprès de nous, nos réponses compte tenu de nos possibilités qui sont d'abord consacrées à la prise en charge.

### 1. Actions auprès ou pour les usagers de drogues

Groupe de parole maison d'arrêt de Châlons

Groupe parole Alcool CACT

Stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, Reims

Stage de sensibilisation aux dangers du cannabis

Consultation jeunes consommateurs Peps Epernay

Culture du Cœur réunion

### 2. Actions d'enseignement, de formation, de prévention

D.U Substances addictives faculté de médecine de Reims

Formation ISTAPS

IRTS

ADDICA réunions formation coordination

Séminaire UFR de médecine

Actions prévention/information établissements scolaires

Collège Jean Monnet Epernay

Collège Côte Legris Epernay

Collège Les Bleuets Aÿ

Collège Terres Rouges Epernay

Collège C-N Ledoux Dormans

Collège Dr Nicaise Mareuil le Port

Collège Saint Etienne Châlons

Collège St Jean Baptiste de la Salle Reims

Lycée Yser Reims

Ecole de la deuxième chance

Actions de prévention Pays d'Epernay

### 3. Participations aux actions municipales

La souffrance psychique des jeunes (piloté par la mairie de Reims)

Atelier Santé Ville (Epernay)

#### 4. Coordination d'actions avec des partenaires

Mission locale Epernay

Club de Prévention Epernay

La PEPS Epernay

PJJ Epernay

EPEI Epernay

Partenaires du secteur de la justice : réunions préparatoires aux journées de Reims

Comité de pilotage de la plateforme ANPAA/CAST

Comité de pilotage du CAARUD Marne

Comité de coordination des CSAPA régionaux

#### 5. Accueil et suivi des stagiaires au sein du CAST

- 1 Stagiaire Assistante sociale
- 4 Stagiaires Educateur spécialisé
- 2 Stagiaires Médecins
- 2 Stagiaires psychologues
- 2 Stagiaires STRAPS
- 3 Stagiaires Infirmières
- 1 Stagiaire Conseiller en probation

## **II. LES XXVII<sup>EMES</sup> JOURNEES DE REIMS**

### **1. Plaidoyer pour les XXVIII<sup>e</sup> journées**

Au-delà du fait déjà remarquable du nombre tout à fait important de participants dans un contexte général de baisse du nombre de colloques et de participants sur la problématique qui nous spécifie, on observera que le nombre de congressistes hors Reims voire hors Marne témoigne de l'ancrage local et national de cette manifestation.

Cette réussite nous convainc de continuer malgré les aléas inévitables de ce genre d'organisation vis-à-vis de laquelle les moyens sont quelquefois en deçà des besoins réels et ne correspondent pas suffisamment aux efforts d'une équipe mobilisée et du succès de cette action qui nécessite des compétences particulières.

Compétences que l'on pourrait grossièrement décliner ainsi : mobiliser et mettre en action toute une équipe à des degrés divers, cogiter un argument qui puisse être à la fois original, concret et susceptible d'éveiller l'intérêt, organiser et animer les réunions préparatoires, convaincre des intervenants prestigieux de participer (à titre gratuit de surcroît), organiser la plaquette, sa publicité, les réservations, les envois des documents, prendre soin de chaque participant administrativement et humainement...

### **1. Une préparation nouvelle**

La nouveauté cette année est d'avoir organisé deux réunions préparatoires pour les journées 2010. Ainsi, courant juin et courant octobre, dans les locaux du CAST, nous avons réussi à réunir une vingtaine des collègues qui évoluent tant au niveau départemental que régional en lien avec le système judiciaire. Etaient représentés le SPIP, l'UCSA, le personnel pénitentiaire, le palais de Justice, l'association le MARS, un Juge d'applications de Peines, un Substitut du procureur, le CAST de Charleville Mézières et l'ALT de Troyes, les médecins référents, les médecins responsables des services médicaux de la Maison d'Arrêt, Infirmiers, Educateurs etc. Ainsi, au cours de ces temps de travail, nous avons pu présenter notre projet à nos collègues les plus proches et recueillir leurs avis en vue de constituer une problématique partagée qui a constitué la base de notre colloque.

Cette démarche fut pertinente et productive tant au niveau de la préparation du colloque que du renforcement de nos liens partenariaux cette fois davantage axée sur une action réflexive plutôt que celle, plus habituelle, visant l'organisation d'une prise en charge.

Nous tenterons de réitérer cette méthode pour l'année prochaine.

## **2. Le colloque**

Le jeudi 2 et le vendredi 3 décembre 2010 à la maison Saint Sixte, sous le titre « *Justice et toxicomanie. Qui fait quoi ?* », ont eu lieu les XXVIIème Journées de Reims.

Organisées par le Centre d'Accueil et de Soins pour les Toxicomanes de Reims, cette assemblée a réuni **161** participants qui ont pu assister à 2 séances plénières et 4 ateliers lors desquels 17 exposés ont été présentés (Cf. programme joint).

Cette manifestation qui a bénéficié du concours de la Ville de Reims a permis de mettre au travail les questions suivantes :

- La justice est plus que jamais un partenaire indissociable des institutions de soins pour toxicomanes. Par le biais des obligations de soins, nous avons de plus en plus à faire à des individus envoyés par les instances judiciaires. Dans ce contexte la question se pose : quelle est la spécificité de notre action ?

- Sommes-nous des institutions à disposition des malades toxicomanes en vue de les aider à se soigner ? Ou sommes-nous devenus des auxiliaires de la justice -ni déclarés ni consentants- ? Ces questions sont à relativiser en fonction de l'attitude des « patients » mainte fois observée: les sujets envoyés par les services de probation et d'insertion judiciaires viennent nous rencontrer dans le cadre d'un formalisme obligatoire qui a comme objectif, plus qu'une véritable demande de soins, une volonté de se prémunir contre un dysfonctionnement de son suivi judiciaire.

Autrement dit, et comme nous l'avons écrit lors de notre invitation au colloque :

*« Avant, chaque instance assurait une mission claire et précise : la justice jugeait, les institutions spécialisées soignaient et la probation prouvait; à l'heure actuelle, le nouveau dispositif opère une mise en continuité de l'administratif et du judiciaire, de l'éducatif et du thérapeutique.*

*Dans cette continuité, les cliniciens que nous sommes se retrouvent parfois mués en auxiliaires de la justice ou des instances sanitaires. On a le sentiment qu'à une psychologisation de la*

*justice répond une judiciarisation des soins. »*

A cet effet, et pour nous aider notre réflexion, nous avons invité deux personnalités rémoises:

- Mme Amélie CHAPPART, Substitut du Procureur de la République à Reims qui a pu s'exprimer sur le titre « *Ce qu'attend le magistrat d'une obligation de soins* »

-Mme Martine HERZOG-EVANS, Professeure de Droit pénal et de droit de l'exécution des peines Universités de Reims, Nantes, Bordeaux IV/Pau/ENAP qui a pu nous transmettre une analyse sur « *L'évolution de la probation* ».

Sous un autre mode d'entrée, statistique et qualitatif, l'évolution de la réponse pénale à l'usage de stupéfiants en France a été abordée par Ivana OBRADOVIC, Chargée d'études (Pôle Evaluation des Politiques Publiques) à Observatoire français des drogues et des toxicomanies, à partir de la thématique suivante : *L'évolution de la réponse pénale à l'usage de stupéfiants en France et modalités d'articulation des dispositifs judiciaires et socio-sanitaires. L'exemple des « consultations jeunes consommateurs »*

Par ailleurs, et toujours fidèle à notre politique de changements discursifs, on a pu bénéficier d'une présentation de cas cliniques. De ce point de vue, deux orientations de travail se sont dégagées :

- Le travail du cas en institutionnel,
- La prise en charge individuelle.

Par exemple, nos collègues du *SEAT de* Marseille ont présenté leur association ainsi que la définition du cadre de collaboration du service avec l'action judiciaire. Et, concernant la prise en charge individuelle deux collègues psychanalystes nous ont transmis leur praxis auprès des patients orientés par la justice.

### **3. Bilan de la manifestation**

Il est à signaler que ces XXVII<sup>e</sup> journées font continuité avec le tournant marqué en 2005, c'est-à-dire :

- Réduction des prix des entrées,
- Réduction des frais de diffusion, d'impression et de frais postaux,
- Réduction de frais de personnel,

-Réduction des frais de location de salle (nous ne faisons plus nos Journées au Centre de Congrès),

-Réduction des prix de restauration.

Tout cela dans la perspective de favoriser également l'accès à un public plus jeune (plutôt étudiant).

Il s'agit de la continuité d'une politique de transition où les résultats de ce changement dans l'organisation ont été appréciés encore cette année.

Les journées de Reims sont modestes dans son organisation et sa dépense, modestes et sérieux dans ses objectifs quantitatifs et qualitatifs.

Les objectifs principaux qualitatifs (faire partager notre expérience avec des intervenants du secteur) et quantitatifs (ne pas être déficitaires et proposer des tarifs raisonnables) ont été cette année largement atteints.

Enfin, la provenance géographique des 161 congressistes est un élément saillant qui a déjà appelé quelques commentaires dans notre introduction :

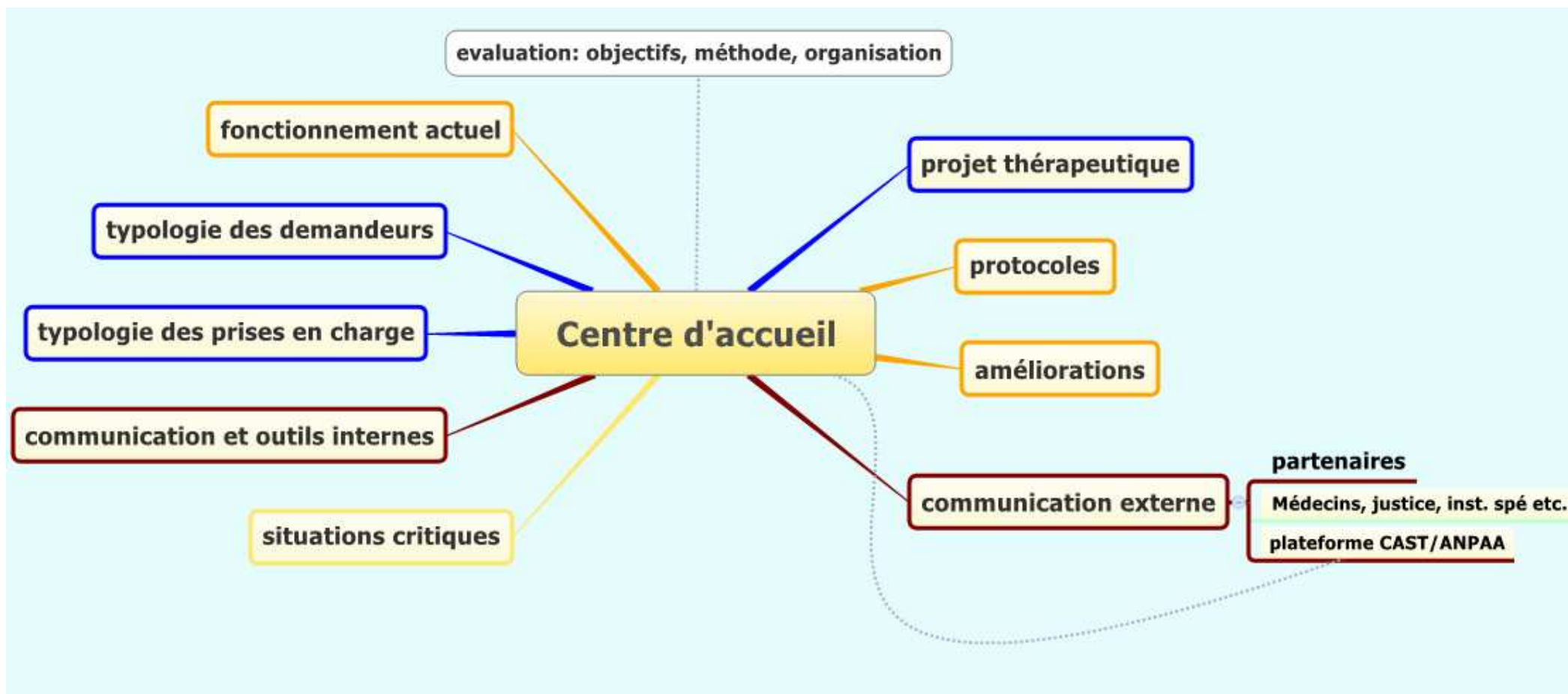
- Reims: 44 participants
- Marne (incluant Reims) : 66 participants
- Champagne-Ardenne (incluant Marne): 83 participants
- Autres régions : 71 participants
- Autres pays : 6 participants







### III. L'EVALUATION DU CENTRE D'ACCUEIL DE REIMS



## 1. La méthode adoptée

<b>Méthode adoptée</b>	
<b>travail de groupe</b>	
<b>notes de réunions</b>	
<b>mémorisation des réflexions</b>	
<b>catégorisation des situations des patients</b>	
<b>hiérarchisation des problèmes</b>	
<b>modifications raisonnées</b>	
<b>expérimentation</b>	

## 2. Une finalité évaluative dans un contexte spécifique

On s'est proposé de réviser le fonctionnement de l'accueil à partir des observations de chacun. Qualitativement et quantitativement plusieurs aspects contextuels nous y ont invités. Tout d'abord il faut mentionner le succès du centre d'accueil (du point de vue du nombre de sollicitations dont il fait l'objet) depuis quelques années qui ne s'est pas accompagné de ressources nouvelles. On peut évoquer également ici le contexte nouveau de la création des CSAPA et de la plateforme CAST/ANPAA, la complexité des accompagnements de la population accueillie, sa diversité, ses nouvelles présentations, la surcharge des consultations, notamment médicales.

On s'est proposé de revisiter et d'améliorer (et/ou de redéfinir) nos procédures normatives (celles qui sont obligatoirement mises en œuvre ; par ex loi 2002, aspects du traitement méthadone, etc.) et nos procédures conventionnelles (c'est-à-dire définies et organisées par nous).

Cette évaluation participe de l'évaluation interne générale de l'établissement. Ses objectifs visent à améliorer nos possibilités de réponses, les adapter davantage à la population reçue en fonction de nos ressources, améliorer le fonctionnement du centre d'accueil, à promouvoir une continuité des soins pertinente en interne comme en externe, à développer la rigueur du travail en amont de la prise en charge, à gérer les situations critiques, à améliorer la communication générale, etc.

Pour cela, on a tenté d'établir un état des lieux suffisamment étayé ...

- décrire les populations accueillies, les statuts des demandeurs, les demandes, la diversité des caractéristiques
- décrire les interventions
- décrire les protocoles existants, les réponses, etc.
- décrire les partenaires
- décrire qui fait quoi en fonction des points précédents
- autres

... qui a permis de proposer ensuite, en fonction de l'analyse collective, de nombreuses modifications ou améliorations<sup>15</sup>.

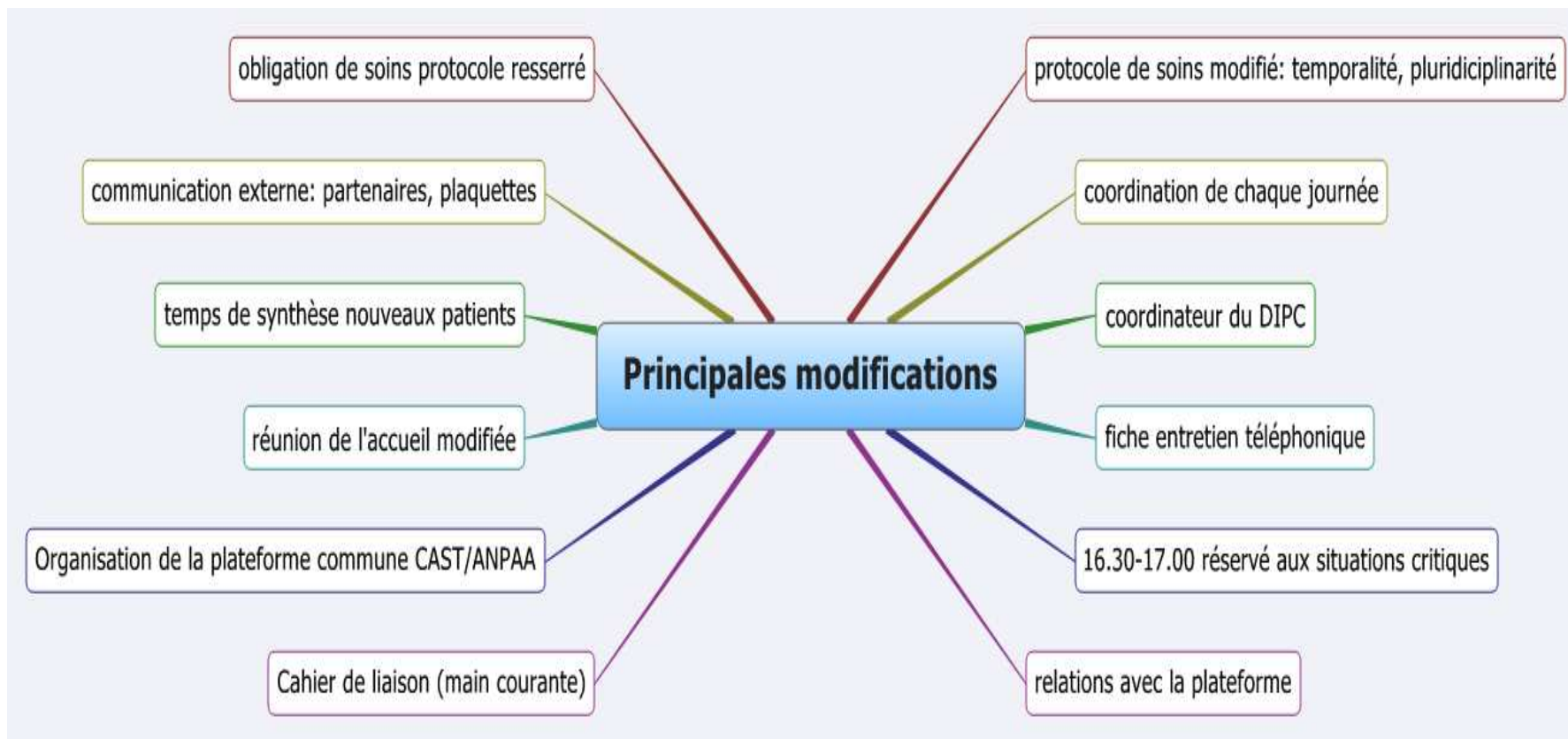
Notre travail critique s'est porté sur quatre approches et leurs interactions :

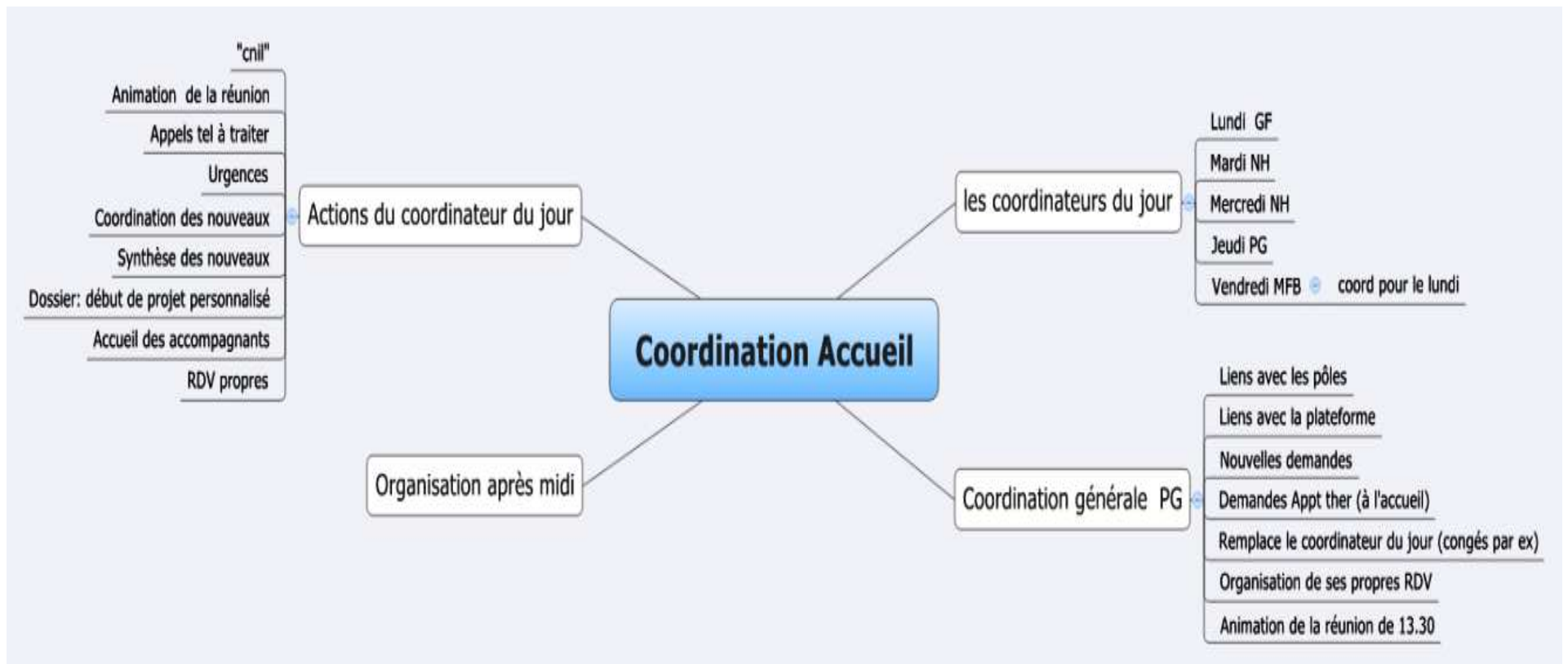
- Reformulation des protocoles en fonction de la situation du patient : la grande diversité des situations demande une adéquation plus fine
- Amélioration de la communication interne et externe : par exemple la « *transmission* » est un point essentiel puisqu'elle est co-produite de façon « *transdisciplinaire* »...
- Reformulation de l'organisation du suivi des patients : par exemple la rigueur du travail en amont conditionne pour une part la suite satisfaisante ou non de la prise en charge
- Amélioration de points de fonctionnement divers : par exemple pour répondre aux situations (trop) problématiques voire critiques (réelles ou en germe)

Le résultat est extensif, porte sur de nombreux points comme le souligne le tableau global des modifications opérées qui suit. Un second tableau propose un zoom sur la coordination, action essentielle de notre organisation.

---

<sup>15</sup> Des liens seront à faire le cas échéant avec les autres groupes de travail





## **D. LA PARTICIPATION DES USAGERS**

### **I. SPECIFICITES, MODALITES, ORGANISATION**

#### **Introduction**

La loi 2002-2 décline un certain nombre de droits pour les usagers des établissements sociaux et médico-sociaux, de devoirs pour ces établissements quant à l'exercice de ces droits. La participation des usagers au fonctionnement de l'établissement ou du service est l'un d'eux. Elle est définie à l'article L.311-6 du code de l'action sociale et des familles, les détails sur les différentes modalités, les fonctionnements, les attributions, etc., sont déclinés dans les articles D.311-3 à D.311.32 du même code.

Comme le précise le code de l'action sociale et des familles dans le livre III de l'article L312.1, la mise en place d'un conseil de la vie sociale n'est pas obligatoire. Cependant, il doit exister au sein de l'établissement un groupe d'expression ou bien une autre forme de participation. Nous avons donc essayé de réfléchir à comment mettre en place une participation des usagers au sein de notre institution. Notre volonté première étant de les impliquer dans la mise en place d'autres formes participatives. Nous avons donc essayé de réfléchir à comment mettre en place une participation des usagers au sein de notre institution.

#### **1. Démarche : privilégier le point de vue des patients**

Nous avons décidé de proposer un questionnaire aux usagers comme recueil d'avis sur l'accompagnement proposé et les améliorations possibles à envisager.

Dans un premier temps, nous avons décidé distribuer des questionnaires à remplir seul puis nous avons souhaité de le faire passer dans le cadre d'entretien afin d'adapter l'outil aux caractéristiques et aux capacités des patients. Nous nous sommes basés sur des entretiens semi-directifs avec des questions ouvertes. Une représentation parfaite de la population accueillie n'étant pas possible, nous avons donc fait le choix de croiser un nombre limité de critères comme le lieu où s'effectue la demande de soin, l'âge et le sexe. Pour chaque pôle

nous avons interrogé un homme et une femme de plus de 30 ans et un homme et une femme de moins de 30 ans.

Dans un deuxième temps, à la suite du questionnaire que nous avons soumis aux patients et des entretiens, nous avons extrait les items significatifs à interroger. En fonction des pôles, nous avons choisi d'élaborer deux modes de participation distincts. Tout d'abord sous la forme d'un questionnaire pour les pôles suivants : le centre d'Accueil, les appartements thérapeutiques, l'unité méthadone, mais aussi par la constitution d'un groupe d'expression participatif pour le centre sanitaire de moyen séjour.

## **I. Modalités d'utilisation de ces deux outils**

### *a) Pour les centres d'accueils, l'UDTS et appartements thérapeutiques :*

- Questionnaire

Nous faisons une proposition de consultation des usagers une fois par an sur une semaine au courant du mois de mars ou d'avril. Ce questionnaire sera mis à disposition de tous les patients, ils auront la possibilité, à leur demande, qu'un professionnel ou un stagiaire les accompagne pour le remplir. Les nouveaux patients se présentant cette semaine là ne seront pas sollicités pour ce questionnaire.

Nous avons pensés confier cette mission, dans la mesure du possible, au stagiaire (psychologue) présent dans l'établissement durant cette période afin de leur permettre de travailler la conduite d'entretien. Le stagiaire représentera pour le patient un individu de jugement neutre.

Les usagers seront prévenus de la consultation une ou deux semaines avant, par voie d'affichage au sein des établissements.

- Exploitation

Nous faisons une estimation de 150 questionnaires environ pour le centre d'accueil de Reims et d'Épernay ; 20 pour l'UDTS et 6 pour les appartements thérapeutiques.

Deux grilles d'exploitations seront nécessaires pour traiter les informations récoltées.



→ **Une grille quantitative** totalisant le nombre de «oui, non ou ne se prononce pas» par question. Chaque question est rattachée à une des 5 thématiques contenus dans le Code de l'action sociale et des familles, Paragraphe 2, Articles D.311-15 ; (le fonctionnement et l'organisation intérieure, la vie quotidienne et les activités, les services thérapeutiques, les locaux, l'animation de la vie institutionnelle).

→ **Une grille qualitative** par le biais des réponses à la question « pourquoi ? » organisée en 2 colonnes (point positif/point négatif).

Pour la première expérimentation, garder le groupe de travail qui a pensé l'organisation afin qu'il mène le travail jusqu'à sa fin.

- Compte-rendu

Le Compte-rendu de cette consultation sera affiché dans la salle d'attente du centre d'accueil pour les patient accueillies en ambulatoire et il sera remis en main propre à chaque patient des AT concerné.

b) Pour le Centre Thérapeutique Résidentiel :

- Groupe d'Expression Participatif

Nous proposons de mettre en place deux groupes d'expression participative par an en nous basant sur l'idée d'un séjour de six mois. Une réunion préparatoire serait nécessaire pour définir l'ordre du jour.

Les personnes concernées par ce groupe d'expression sont : les patients volontaires, un ou plusieurs membres du personnel, le responsable du service, un représentant de la direction et un ou plusieurs administrateurs (optionnels mais les prévoir).

Frein à la parole par rapport aux fonctions des représentants de l'institution ?

Différents outils pourront être utilisés pour amener de la matière à la réunion préparatoire comme la mise en place boîte à idées ou d'un cahier d'expression.

- Compte-rendu : combien de temps après le GEP ? sous quelle forme ?

## **II. RESULTATS ACTUELS**

Les travaux de groupe ont produit 3 types de questionnaires en fonction des pôles, un canevas thématique pour le CSMS et une lettre d'information.

### **1. QUESTIONNAIRES CENTRES AMBULATOIRES**

1. Les jours et les horaires d'ouverture du centre d'accueil vous semblent-ils adaptés ?

Oui

Non

Pourquoi ? .....

2. Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous vous semble-t-il convenable ?

Oui

Non

Pourquoi ? .....

3. Les trois rendez-vous qui vous sont proposés lors de votre arrivée (le médecin, l'assistante sociale, le psychologue) vous semblent-ils denses ?

Oui

Non

Pourquoi ? .....

4. Le suivi médical doit-il être pour vous :

Généraliste

Spécialisé

Pourquoi ? .....

5. Le suivi psychologique vous semble-t-il indispensable ?

Oui

Non

Pourquoi ? .....  
.....

6. Avez-vous recours au suivi social proposé ?

- Oui
- Non

Pourquoi ? .....  
.....

7. Comprenez-vous que nous travaillions en équipe ?

- Oui
- Non

Précisez ? .....  
.....

8. Pensez-vous que votre avis est pris en compte dans le soin qui vous est proposé ?

- Oui
- Non

Pourquoi ? .....  
.....

9. Pensez-vous avoir la possibilité de changer d'interlocuteur (le médecin, l'assistante sociale, le psychologue) si nécessaire ?

- Oui
- Non

Pourquoi ? .....  
.....

10. Pensez-vous pouvoir obtenir un soutien téléphonique si besoin ?

- Oui
- Non

Pourquoi ? .....  
.....

11. La durée des entretiens vous convient-elle ?

- Oui
- Non

Précisez ? .....  
.....

12. Le temps d'attente lors d'un rendez-vous vous semble-t-il correct ?

Oui

Non

Pourquoi ? .....

.....

13. Vous sentez-vous respecté par le personnel et les patients ?

Oui

Non

Pourquoi ? .....

.....

14. La confidentialité vous semble-t-elle respectée ?

Oui

Non

Pourquoi ? .....

.....

15. Des améliorations dans l'aménagement et l'entretien des locaux vous semblent-elles nécessaires ?

Oui

Non

Lesquelles ? .....

.....

16. Vous sentez-vous exposé à des propositions de drogue à l'intérieur de l'établissement ?

Oui

Non

Pourquoi ? .....

.....

17. Connaissez-vous les modalités de réduction des risques (IST, hépatite, SIDA, injection...) ? Souhaiteriez-vous être davantage informé ?

Oui

Non

Comment ? .....  
.....

18. Vous sentez-vous suffisamment aidé ?

Oui

Non

Pourquoi ? .....  
.....

19. Quelle(s) proposition(s) pourriez-vous apporter concernant l'amélioration du fonctionnement de l'unité du centre d'accueil ?

.....  
.....

## 2. QUESTIONNAIRE APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES

1. Le règlement de fonctionnement et le règlement interne vous ont été présentés avant votre entrée dans l'appartement. Disposez-vous de suffisamment d'informations ?

- Oui
- Non

Quelles informations auriez-vous souhaitées avoir ?.....  
.....

2. Des modifications vous paraissent-elles nécessaires concernant le suivi de votre séjour :

a. la fréquence des entretiens :

- Oui, Précisez :.....  
.....
- Non

b. la disponibilité du thérapeute de séjour :

- Oui, Précisez :.....  
.....
- Non

c. l'accompagnement dans vos démarches :

- Oui, Précisez :.....  
.....
- Non

3. En dehors de ce suivi de séjour, bénéficiez-vous d'autres suivis au CAST ?

- Assistante sociale
- Médecin
- Psychologue
- Autres professionnels intervenant au CAST, précisez :
- Autres professionnels extérieurs au CAST, précisez :

4. Les bilans intermédiaires vous semblent-ils utiles ?

- Oui
- Non

A quel rythme ?.....  
.....

5. Souhaiteriez-vous participer à des activités organisées par le CAST ?

Oui

Non

Lesquelles ?.....  
.....

6. Etes-vous satisfait de l'état général de votre appartement au moment de l'entrée ?

Oui

Non

Précisez ?.....  
.....

7. Le niveau d'équipement de l'appartement vous semble-t-il suffisant et en bon état ?

Oui

Non

Précisez ?.....  
.....

8. Les réparations nécessaires sont-elles effectuées dans un délai raisonnable ?

Oui

Non

### 3. QUESTIONNAIRE UNITE METHADONE

1. Les horaires d'ouverture de l'UDTS vous semblent-ils adaptés ?

Oui

Non

Pourquoi ? .....

2. Pensez-vous avoir une information suffisante concernant la prescription et la délivrance de votre traitement médical ?

Oui

Non

Pourquoi ? .....

3. Y a-t-il pour vous des contraintes au traitement qui vous a été prescrit ?

Oui

Non

Lesquelles ? .....

4. Avez-vous le sentiment d'être suffisamment écouté et conseillé par les infirmières ?

Oui

Non

Pourquoi ? .....

5. Pensez-vous avoir la possibilité d'un avis médical rapide si nécessaire ?

Oui

Non

Pourquoi ? .....

6. En dehors de votre venue à l'UDTS, bénéficiez-vous d'un suivi au CAST ?

Assistante sociale

Médecin

Psychologue

Autres professionnels intervenant au CAST, précisez : .....

Autres professionnels extérieurs au CAST, précisez : .....



Aucun, pourquoi ? .....

7. Votre anonymat et votre intimité vous semblent-ils être respectés ?

Oui

Non

Pourquoi ? .....  
.....

8. Etes-vous satisfait de l'aménagement et de l'entretien des locaux ?

Oui

Non

Pourquoi ? .....  
.....

#### **4. LETTRE D'INFORMATION**

Madame, Monsieur,

La loi du 2 janvier 2002 vous donne le droit de participer au fonctionnement de l'établissement dans lequel vous êtes pris en charge. Pour cela, nous vous proposons de donner votre avis en remplissant ce questionnaire. Il est anonyme.

Ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes. Nous vous demandons de le remplir sur place et de le redéposer au secrétariat lors de votre départ. Vous pouvez demander l'accompagnement d'un professionnel pour le remplir.

Les avis recueillis contribueront à l'évaluation du fonctionnement de l'établissement. Des pistes d'amélioration pourront en être dégagées. Elles seront ensuite étudiées par la direction.

Par la suite un compte-rendu sera rédigé et mis à disposition.

Merci de votre contribution.

L'équipe du CAST.