



**C A S T**

Association Centre d'Accueil et de Soins pour les Toxicomanes

**R E I M S**





***Ce rapport est le reflet quantitatif et qualitatif de l'activité de l'association CAST au cours de l'année 2017. Un grand MERCI aux différents rédacteurs qui ont participé à son élaboration.***

- **Valentin LEROY**, responsable du pôle hébergement
- **Florian FARADONI**, responsable du Centre d'Accueil de Reims
- **Paulo GONCALVES**, responsable du Centre d'Accueil d'Epernay
- **Christophe MOLLE** pour la consultation de Sézanne
- **Christine RZEWUSKI** pour le centre de délivrance de méthadone
- **Nathalie HONORE** pour le Point Ecoute Jeunes
- **Sylvie JERONNE, Paulo GONCALVES, Nathalie FACCINI, Emmanuelle BURNET, Gustavo FREDA** (pôle justice)
- **Rachel DOUCET** et **Gustavo FREDA** pour les journées de Reims
- **Marie France BOCQUET** pour le théâtre
- **Marie-Christine SINNAEVE** et **Alexis GUICHAOUA** pour Axo plage
- **Arnaud DAILLY** et **Floriana PRZYDRZYGA** pour la Semois
- **Floriana PRZYDRZYGA** et **Marie France BOCQUET** pour le musée du Quai Branly



## SOMMAIRE

Introduction .....	page 5
L'activité globale 2017 .....	page 7

### **I. Sections avec hébergement thérapeutique**

1. Le Centre Thérapeutique Résidentiel .....	page 9
2. Les Appartements Thérapeutiques .....	page 16

### **II. Les activités ambulatoires**

1. Le Centre d'Accueil et de Soins -Epernay- .....	page 22
La consultation avancée de Sezanne .....	page 30
2. Le Centre d'Accueil et de Soins -Reims- .....	page 32
Le centre de délivrance de méthadone.....	page 35
Le Point Ecoute Jeunes.....	page 38
La plateforme .....	page 41
3. Les visites en maisons d'arrêt .....	page 42
Permanence à l'association Mars.....	page 48
4. Les journées de Reims.....	page 50

### **III. Annexes**

I. Le divin d'un après-midi quotidien (activité théâtre au CTR).....	page 53
II. Journées de Reims 2018 : l'argumentaire .....	page 60
III. Invitation pour les Intranquilles au CMP Arthaud .....	page 62
IV. Axo plage (sortie été 2017 CTR).....	page 63
V. La Semois (sortie été 2017 CTR).....	page 65
VI. Musée du Quai Branly Paris (sortie été 2017 CTR).....	page 67
VII. Fiche action sur la mise en place d'un groupe de parole au CTR.....	page 68

## Introduction

Par S. JACQUES, directeur.

Le CAST de Reims a eu 40 ans en 2017 ...

Voici donc 40 années que cette association accueille et soigne les personnes aux prises avec leurs addictions. 40 années qu'elle « *contribue à l'information et à la formation de toute personne appelée à être en contact, à des titres divers, avec les toxicomanes<sup>1</sup>* ». 40 années qu'elle « *participe à la recherche concernant la prévention et les traitements de la toxicomanie et des pharmacodépendances<sup>2</sup>* ».

Le CAST a su pendant toutes ces années créer voire recréer des liens avec celles et ceux qui consomment de la drogue afin d'apaiser leurs maux. Il a, durant 40 ans, fait appliquer le « volet » soin de la loi du 31 décembre 1970. Les patients, dénommés comme tels au sein de notre association, sont les premiers bénéficiaires des valeurs humanistes défendues depuis toujours par le CAST. Les actions thérapeutiques de l'association visent à ce que le sujet soit acteur de sa démarche de soins, qu'il soit responsabilisé, valorisé et respecté dans sa liberté et sa dignité.

Le meilleur accompagnement possible de tous les patients accueillis dans les différentes unités de l'établissement est un objectif majeur des salariés du CAST. C'est ainsi qu'en 2016, l'évaluateur externe soulignait comme action remarquable de l'association : « *l'individualisation de l'accompagnement tout au long de la prise en charge mérite la mention d'action remarquable. Cet aspect est fortement ressorti de l'ensemble des entretiens menés auprès des patients. D'aucuns allant même jusqu'à dire que le CAST leur a sauvé la vie grâce à une disponibilité sans faille des différents professionnels<sup>3</sup>* ».

Je veux ici rendre un hommage appuyé à tous les professionnels du CAST qui œuvrent ou ont œuvré pendant ces 40 dernières années. Notre tâche au quotidien peut parfois paraître impossible, inconsidérée, incomprise mais elle est tout simplement nécessaire

---

<sup>1</sup> Article 1<sup>er</sup> 2<sup>o</sup> des statuts de l'association CAST (Centre d'Accueil et de Soins pour les Toxicomanes).

<sup>2</sup> Article 1<sup>er</sup> 3<sup>o</sup> des statuts de l'association CAST

<sup>3</sup> Rapport d'évaluation externe du CSAPA CAST spécialisé toxicomanie – juin 2016- Michel Boudjemai- p 56

dans une société qui peu ou prou laisse sur le côté des femmes et des hommes qui n'auraient pas pris « la bonne route ».

Notre association a beaucoup évolué au cours des 4 dernières décennies. Fondée par des militants engagés, elle s'est transformée et offre aujourd'hui une multitude de réponses internes et externes propres aux établissements sociaux et médico-sociaux.

Le CAST doit rester une référence d'abord pour le public accueilli puis ensuite pour tous les professionnels intéressés par la question de la toxicomanie en particulier et des addictions en général. C'est ainsi que l'association va poursuivre son développement en lien avec ses partenaires en s'appuyant sur des constats qui prennent en compte les besoins des personnes.

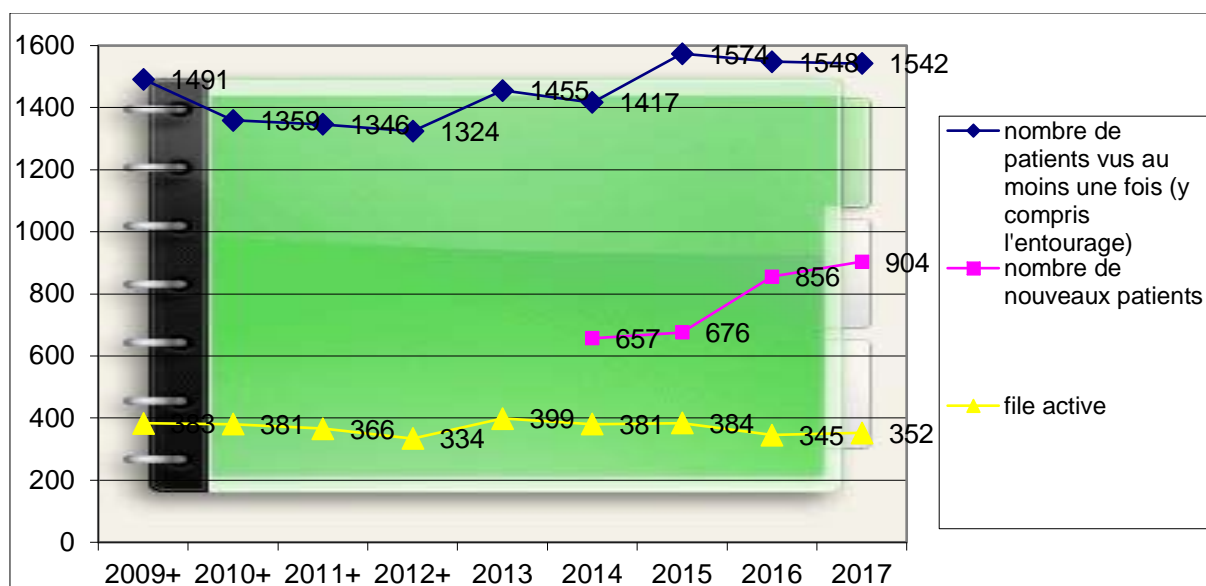
En effet, la population accueillie a elle aussi évolué au cours des dernières années. Nous rencontrons de plus en plus des femmes et des hommes très abimés par la vie. Ils sont dans des formes de précarités multiples. Cela nous oblige à repenser sans cesse nos pratiques professionnelles afin de construire une alliance thérapeutique suffisamment consistante pour réduire ces précarités dans tous leurs aspects.

Finalement, 40 ans c'est très jeune... et les patients plébiscitent toujours l'association<sup>4</sup>. Cette dernière est devenue incontournable dans le paysage rémois et régional. Elle doit donc continuer son travail au quotidien tout en s'inscrivant dans son environnement social, économique et politique.

---

<sup>4</sup> Rapport sur la participation des usagers au CAST (centres d'accueil et UDPS) – 2013- ; plus de 90% de taux de satisfaction.

## ■ L'activité globale 2017



L'activité de l'association reste stable depuis 3 ans au regard de la file active mensuelle et du nombre de patients vu au moins une fois. Stabilité certes mais les chiffres sont très élevés et démontrent la capacité du CSAPA spécialisé toxicomanie à proposer aux patients des réponses adaptées à leurs besoins.

Par contre l'activité est en nette augmentation depuis deux ans concernant le nombre de nouveaux patients reçus. Cela s'explique par l'ouverture en 2016 de la consultation avancée de Sézanne ainsi que celle de l'association Mars et de la permanence du Point Ecoute Jeunes (voir détails dans ce rapport). L'activité importante de l'unité « justice » explique également ce chiffre.

Les structures d'hébergements collectifs et individuels sont toujours jugées par les patients et les professionnels (externes et internes) très efficaces et positives dans des parcours de soins de plus en plus complexes. L'année 2017 a été marquée par une augmentation des prises en charge au sein de nos hébergements (CTR at ATR) et un accroissement des listes d'attente.

Le CSAPA-CAST est confronté à des situations de patients en grande difficulté. La toxicomanie reste le problème majeur pour les personnes reçues mais s'ajoutent depuis quelques années une précarité sociale de plus en plus marquée et une multiplication des comorbidités psychiatriques.

C'est ainsi que l'équipe pluri disciplinaire recherche des solutions les plus adaptées face aux problématiques rencontrées et ce dans tous les domaines. Le CSAPA engage depuis très longtemps un partenariat important et doit depuis peu amplement l'étoffer car nécessaire à la prise en charge des nouveaux patients accueillis.

Enfin, l'équipe se forme dans des disciplines encore mal connues il y a peu et doit continuellement remettre à jour ses connaissances. Elle le fait en particulier dans les domaines suivants : le social, la justice et la psychiatrie (thèmes abordés pour les futures journées de Reims et précisés dans ce rapport).



## I. SECTIONS AVEC HEBERGEMENT THERAPEUTIQUE

### 1 Le Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR)

<b>Nombre de personnes vues par l'équipe</b>	<b>76</b>
<b>Nombre de personnes hébergées</b>	<b>34</b>

<b>Sexe des patients</b>		
Nombre d'hommes	25	73.5%
Nombre de femmes	9	26.5%
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0%</b>

<b>Actes réalisés en 2017 :</b>		
Consultations médicales	820	4.5%
Actes infirmiers....	5265	28.7%
....dont délivrance de TSO	2025	
Accompagnement éducatif	7313	40%
Assistants sociales	1448	7.9%
psychologues	954	5.2%
Autres	2520	13.7%
<b>Total</b>	<b>18320</b>	<b>100,0%</b>

#### Avant-propos

Le CTR est un dispositif de soin avec hébergement collectif. L'admission se fait de manière libre et volontaire. Elle débute par une période d'évaluation de deux semaines qui aboutit soit à l'établissement d'un projet personnalisé soit à une autre proposition de prise en charge (ambulatoire, orientation vers d'autres secteurs ou d'autres professionnels, ...). Les prises en charges en CTR relèvent d'un double objectif qui réside dans le soutien et l'accompagnement d'une démarche de soin et dans un accompagnement socioéducatif. Elles prennent forme aussi bien par le maintien de l'abstinence, l'initialisation ou la poursuite d'un traitement de substitution, le dépistage et le suivi des traitements de pathologies associées que par la restauration de droits sociaux, le respect d'un règlement et la participation à des activités.

### Le CTR de l'association CAST

Notre CTR occupe un bâtiment en hyper centre de l'agglomération Rémoise qui appartient à la municipalité. Il est prévu pour accueillir 10 patients dans des chambres individuelles réparties sur deux étages. Ces dernières années, de nombreux travaux ont été réalisés pour mettre le bâtiment en conformité en terme d'accessibilité et de sécurité comme pour réhabiliter des espaces de vies et de travail vieillissant.

Cependant, d'autres aménagements restent à prévoir, ils concernent aussi bien le bâtiment que son mobilier. Ces problématiques apparaissent parfois mineures mais sont nécessaires puisque la répartition de l'espace et la qualité des équipements sont une partie des outils du dispositif du CTR lequel est, comme nous le rappelons en avant-propos, un instrument collectif au service de programmes de soins singulier. Cette problématique dont certains aspects ont déjà été anticipés est un chantier majeur de la vie du CTR de l'association pour les années à venir.

L'ancien responsable du pôle hébergement, qui occupait cette fonction depuis le 01 janvier 2016, a pris celle de Directeur de l'association et a été remplacé le 15 septembre 2017. Ces changements d'encadrement successif en ont nécessairement induit un dans l'organisation de l'unité qui préfigure par ailleurs de transformations dans son orientation. Ainsi, bien que l'équipe de première ligne soit la même depuis plusieurs années, l'ordonnancement et la division du travail au CTR est une question qui traverse actuellement les professionnels de tous les corps de l'association. A ce titre, une évaluation interne du rythme de travail des professionnels au CTR doit être produite en 2018

### L'activité du CTR

Les séjours des patients :

Le CTR a reçu 76 demandes de prise en charge en 2017, 34 personnes ont été accueillies, 10 d'entre elles avaient débuté leur séjour en 2016 et 24 séjour ont pris fin dans l'année. La durée moyenne d'un séjour en 2017 est de 97 jours, cette durée augmente légèrement quand elle est circonscrite aux séjours terminés dans l'année (122 jours) et s'explique par l'existence de 2 séjours supérieurs à un an. Loin de séjours de confort ces deux expériences montrent l'intérêt majeur de ce dispositif dans la prise en charge des patients aussi bien pour sa capacité à circonstancier les prises

en charge et donc à adapter les périodes de séjour que pour la massivité de l'accompagnement qu'il propose.

La question de l'abstinence est centrale dans nos prises en charge. La mission principale de notre CTR est thérapeutique, elle prime sur celle de l'hébergement ce en quoi le séjour du patient est pensé dans la matérialisation d'un temps de convalescence succédant à une période de sevrage. En conséquence, les épisodes de consommation sont toujours un questionnement dilemmatique dans nos prises en charge. L'équipe s'applique à les évaluer dans un contexte singulier, sans pour autant leur dénier l'impératif que leur confère la dimension collective. A contrario des pratiques antérieures ce sont les figures de l'engagement qui sont placées au centre des débats : la question n'est pas tant celle de la consommation dans un contexte d'interdiction pouvant entraîner l'exclusion que celle de la raison de la consommation malgré ce contexte. En cela, la sanction n'apparaît plus comme une réponse systématique mais comme un outil parmi d'autres. Le principe est d'éviter de produire une réponse « brut ». En effet, l'exclusion sociale vécue par les résidents du CTR s'apparente à une rupture progressive des liens sociaux existants, consécutive à l'addiction, produisant un sentiment d'inutilité sociale et une dévalorisation de l'identité personnelle. Ce processus a un caractère multidimensionnel. Mais nos pratiques partent du postulat que l'individu est acteur de son destin et non un sujet passif qui subit le regard des autres. Cependant, celui-ci est vécu comme un révélateur puisque dans ce regard se glisse un écho de sa propre image. Et c'est en cela que la question du traitement du stigmate apparaît essentiel : la stigmatisation, de fait, assure une carrière spécifique dans les rapports sociaux qui modifie l'identité antérieure et confère à son porteur le rôle d'assisté.

Fort de ce constat, il est question pour nous « de construire » la sortie et par voie de conséquence de refuser de reconnaître au stigmate son caractère discriminant. Ce faisant, c'est la relation de confiance mutuelle que nous choisissons comme épicerie du travail d'accompagnement. Néanmoins le CTR est et demeure un dispositif d'accompagnement qui réclame une abstinence, ouvrant par la même le débat sur l'absence de dispositif d'hébergement pour les situations de personnes en phase de tempérance.

Les épisodes de violences sont rarissimes et un seul a motivé une exclusion. A rebours de la question des consommations, notre politique en matière de gestion de la violence

entraîne systématiquement une exclusion du centre. 4 personnes ont choisi eux même de rompre leur contrat de séjour, soit que leur projet ne s'inscrivait plus dans une perspective d'abstinence, soit qu'ils aient décidé que le travail avait abouti. 7 patients ont été orientés vers un autre dispositif médicosocial, 6 vers l'unité des appartements thérapeutique de l'association et 1 vers un autre CTR de la région. Ces orientations, si elles sont comptabilisées comme telles, traduisent en réalité de l'aboutissement d'un travail global d'accompagnement édicté par le projet personnalisé et sont finalement attribuables à la demande de la personne. 4 personnes ont quitté le CTR à l'issue de leur période de contrat de séjour, parmi elles, 2 ont réintégré leur domicile et ont poursuivi un accompagnement ambulatoire, 1 a interrompu le suivi spécialisé à l'issue de son séjour et 1 a construit un projet de vie chez un tiers.

### Typologie des patients

Des 34 patients accueillis cette année au CTR, 9 sont des femmes. Il s'agit donc d'une augmentation importante de la population féminine (26% cette année contre 14% en 2016) dont nous ne pouvons tirer des conclusions évidentes. Cependant, considérant que la quasi-totalité de ces personnes nous ont été adressée par d'autres CSAPA, nous pouvons émettre l'hypothèse que le travail de réflexion réalisé par l'association ces dernières années sur la question de la prise en charge du public féminin – dont le point d'orgue a été la réalisation et la diffusion d'un guide et dont la continuité, comme nous le verrons, est l'ouverture d'un appartement thérapeutique parental – a eu pour effet de nous faire connaître auprès des partenaires comme une structure exercée à la prise en charge de cette population. Une seconde hypothèse est que ce travail a permis à l'équipe de l'association de démystifier cette population en invalidant les présupposés dont elle est porteuse. Mais aussi de légitimer les salariés comme professionnels de la relation d'aide et d'accompagnement en soin toxicomaniaque quel que soit le genre du public.

La majorité (20 personnes) de la population que nous avons accueillie a entre 30 et 39 ans. 10 personnes ont entre 40 et 49 ans et une seule a plus de 50 ans. Près de 50 % de la population est originaire du département, 5 personnes proviennent d'autres départements de la région Grand-Est. Les autres patients viennent essentiellement de la région du Nord.

Signe d'une précarité toujours plus prégnante de cette population, 80% des patients étaient bénéficiaire de minima sociaux, 15 % n'avaient pas de ressource ou

dépendaient de celles d'un tiers. Par ailleurs, 67 % des personnes accompagnées n'avaient plus de logement disponible à leur entrée au CTR, soit que le logement antérieur eut été temporaire (38%), soit qu'ils fussent SDF (29%). De plus, 41 % des patients que nous avons accompagnés sont atteints d'une pathologie psychiatrique.

Empreinte de la spécialisation de notre CSAPA, 71 % des patients déclarent une addiction aux opiacés à l'origine de leur première consultation, 24 % à la cocaïne ou au crack et 6 % à un traitement médicamenteux détourné. Néanmoins, nous constatons un accroissement de l'usage d'autres produits addictifs parmi lesquels l'alcool (27%) et le cannabis (32%) sont prévalant.

### L'accompagnement médico-social au CTR

Dans cet exercice d'accompagnement, le CTR propose une prise en charge basée sur une double expérience, celle de l'abstinence et celle d'une vie de groupe régulée (DELILE COUTERON 2009).

L'épreuve préalable à l'admission au CTR est une rencontre entre le demandeur et trois professionnels de l'association (assistante sociale, médecin, psychologue). Cette organisation est perfectible car elle soulève au moins deux controverses. Premièrement celle de l'organisation d'un déplacement pour un patient potentiel sans aucune assurance d'entrée effective. Deuxièmement celle de la temporalité puisque cette organisation réclame de mobiliser sur un temps commun trois professionnels et un patient. Elle présente néanmoins l'intérêt majeur de produire un recueil de donnée pluridisciplinaire et donc une évaluation globale de la situation, au-delà de la question usuelle de l'abstinence et de l'hébergement. De plus, si cette organisation laisse à penser que l'ensemble des demandes de séjour émanent de nos pôles ambulatoires, 41 % d'entre-elles qui ont abouties sont en fait à l'initiative du patient, 35 % sont initiées par un CSAPA (dont 20 % de nos centres d'accueil), 15 % proviennent du secteur sanitaire.

Sur les 5265 actes infirmiers réalisés au CTR en 2017, 2025 concernent la délivrance de TSO. Seuls 4 patients sur l'ensemble des séjours ne sont pas concernés par un traitement de substitution. Les patients sont régulièrement reçus par un médecin de l'association qui tient une consultation deux fois par semaine au CTR, l'une étant obligatoire. Par ailleurs, chaque patient est reçu par un psychologue sur site ou au centre d'accueil.

De plus, à l'issue de la période d'observation le patient se voit attribué un référent de séjour lequel organise un travail analogue à celui d'un gestionnaire de cas c'est-à-dire celui d'un professionnel unique, à la croisée des champs sanitaire et sociaux, coordinateur d'une situation complexe dans laquelle différents professionnels et domaine d'intervention agissent et interagissent.

L'action du référent de séjour se situe à deux niveaux : d'une part, celui du résident lui-même et d'autre part, celui du territoire et de ses ressources c'est-à-dire du système de dispensation des services sociaux et de santé. En premier lieu, il évalue la situation du patient et de ses besoins. C'est le temps du recueil des données qu'elles soient subjectives ou objectives : les aspirations, les attentes, les perceptions, la motivation, les conditions de vie...

Par l'analyse de ces données et des observations d'équipes est formulée une opinion professionnelle qui est la base constitutive du projet personnalisé défini avec le patient. Il s'agit en quelque sorte d'identifier et d'établir la priorité des besoins et des attentes et de confirmer ou non son adéquation avec l'offre de service de l'association. Mais la définition d'un objectif de séjour par un projet personnalisé ne suppose rien de son élaboration effective. Le rôle du référent de séjour est alors celui de la planification et de l'accompagnement : Il recherche la participation active du résident en tenant compte de ses capacités et limitations et, en déterminant les services et partenaires utiles, construit une collaboration de réseau dont il facilite la mise en place.

Ainsi, le CTR est entendu comme un outil servant un objectif analogue au concept de réhabilitation psychosociale c'est-à-dire d'une méthode qui tend à aider le patient à remarquer ses capacités, à choisir le milieu de vie où il souhaite vivre puis, à appréhender le type de soutien qui lui est nécessaire pour s'y maintenir (FARKAS 1986). Ce travail est diffus et les indicateurs de quantification et de qualité usuel ne le mette en lumière que très partiellement notamment car ils proposent un découpage artificiel qui ne semble pas traduire l'implication concrète de nos équipes auprès du public. Nous pouvons cependant distinguer le travail par deux axes : celui de l'intervention individuelle et celui de groupe.

7313 actes individuel sont recensés par les éducateurs et 1448 par les assistantes sociales. Il s'agit d'entretiens et également d'accompagnements. Bien que ce concept reste fort, ils tendent à dépasser la notion de référence et le travail produit par l'équipe

s'applique de plus en plus à penser l'accompagnement comme étant réalisé par une institution et non pas un professionnel unique. Cependant, le travail s'insérant dans une structure résidentielle, les travailleurs sociaux référents de séjour accompagnent dans le quotidien des personnes inscrites dans une démarche de changement (pour le maintien de l'abstinence et dans une voie de réinsertion) et la relation duale demeure un facteur prépondérant des prises en charge qu'il convient de souligner et de préserver. De plus, bien qu'a priori spécialiste, puisque prenant en charge exclusivement des personnes toxicomanes, nos travailleurs sociaux produisent un travail généraliste majeur qui peut prendre la forme de demande d'aide déterminée par des critères formels et légaux (aide sociale, RMR), d'accompagnement vers d'autres services et d'inclusion dans la cité. Ils sont, en cela, les intermédiaires et les artisans d'une prise en charge globale, autorisé par un processus de traduction dont ils sont les acteurs.

Un temps majeur de la prise en charge dite « individuelle » réside dans la confection journalière des repas au travers d'un atelier dédié accompagné par un professionnel. Ce schéma qui apporte son lot de contrainte (organisationnel, légale, ...) est un point central du programme thérapeutique.

L'activité sportive est la pierre angulaire de la dimension collective, elle est partiellement obligatoire. A ces temps sportifs viennent s'ajouter des ateliers réguliers comme celui organisé cette année avec la comédie de Reims (théâtre) ou des temps ponctuels accés sur la culture et la dimension ludique.

## 2 L'unité des appartements thérapeutiques relais (ATR)

<b>Nombre de personnes vues par l'équipe</b>	<b>46</b>
<b>Nombre de personnes hébergées</b>	<b>25</b>

<b>Sexe des patients</b>		
Nombre d'hommes	20	80%
Nombre de femmes	5	20%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0%</b>

<b>Actes réalisés en 2017 :</b>		
Consultations médicales	182	10.7%
Actes infirmiers....	100	5.9%
Accompagnement éducatif et social	1272	74.9%
psychologues	144	8.5%
<b>Total</b>	<b>1698</b>	<b>100,0%</b>

### Avant-propos

L'unité des ATR est un dispositif de soin avec hébergement individuel. L'admission se fait de manière libre et volontaire, c'est l'initiative du patient qui conditionne le projet d'admission. L'unité des ATR propose deux dispositifs. A l'instar du CTR, les prises en charges recherchent un accompagnement qui allie la dimension sanitaire et socioéducative. En revanche, l'ATR s'inscrit dans une dimension exclusivement individuelle ce en quoi la notion de référence et de relation duale est plus prégnante.

L'objet d'un séjour en appartement thérapeutique est donc pour une personne abstinent de (re)conquérir une autonomie, par la restauration de liens sociaux et professionnels, dans le cadre d'une prise en charge médicale, psychosociale et éducative. Il s'agit donc de prolonger et renforcer l'action thérapeutique engagée au-delà du non usage de produit.

Le premier dispositif, de 6 places, relève de l'objectif et de l'usage communément admis d'un ATR. Il s'agit d'un mode d'hébergement thérapeutique bénéficiant d'un accompagnement soutenu. Ce dispositif est à entendre comme un support à l'insertion ou au maintien d'un projet de soin reposant sur un accompagnement ambulatoire. Des rendez-vous réguliers et obligatoires avec les autres membres de l'équipe que le



travailleur social référent (médecin, psychologue) sont donc organisés. Une participation à l'hébergement est demandée sous la forme d'une indemnité d'occupation et dont l'objet est avant tout de préparer symboliquement au paiement d'un loyer réel. L'ATR est accessible soit en sortie d'un établissement collectif, soit directement. Bien qu'imprégné d'un environnement médicosocial, son objet est de modéliser les conditions d'expérimentation les plus proches de l'autonomie. Les séjours y sont particulièrement réglés dans le temps, ils ne peuvent dépasser un an a priori et sont soumis à des évaluations régulières qui prennent la forme de bilan.

Le second dispositif est un appartement thérapeutique transitoire (ATT). Les séjours n'y dépassent pas 1 mois. Cette particularité offre la possibilité de prendre en charge des situations atypiques au titre d'un acte de prévention sélective (la population toxicomane) et ciblée (pour enrayer un processus de retour vers la consommation, éviter une rupture majeure dans celui de soin ou simplement appréhender une rencontre avec un lieu de soin). La non exhaustivité des objectifs de prise en charge qu'est capable d'inventer l'ATT en fait un appareil indispensable à la mécanique de nos prises en charge comme en témoigne son taux d'occupation. Sa qualité réside, en d'autre terme, dans sa plasticité.

L'année écoulée nous a également permis de modéliser un nouveau dispositif sous la forme d'un appartement thérapeutique parental et dont la mise en œuvre sera effective en 2018 avec, possiblement, la première entrée à la fin du premier semestre. Il ne s'agit pas d'en redéploiement et les financements pour sont très partiels. Il s'agit donc avant tout d'une volonté de l'association produite au titre d'un effort humain et financier que nous espérons pouvoir pérenniser avec l'aide de nos tutelles.

#### Les appartements de l'association

Les appartements sont disséminés intra-muros de la ville, certains dans le parc privé, d'autre dans le public. Il est question, ainsi, de multiplier les partenariats donc par extension le champ des possibles locations pour les personnes quittant le dispositif. De plus, dans un souci de matérialiser au mieux la réalité du monde social, donc de proposer une offre de logement correspondant aux réalités du territoire, les logements ne sont pas tous du même type (studio, T2...) Ce qui, en outre, permet de distribuer les hébergements dans un rapport problématique du sujet / territoire / appartement.

### L'activité de l'unité ATR

Les séjours des patients :

25 personnes ont été hébergées par l'unité ATR en 2017 et 5 d'entre elles avaient débuté leur séjour en 2016. 20 séjours ont pris fin dans l'année, la durée moyenne d'un séjour en 2017 est de 87 jours. Cependant, si un distinguo est réalisé entre les prises en charge du premier et second dispositif, on constate que cette durée augmente particulièrement pour les AT (184 jours) et quelle suit l'effet inverse pour l'ATT (22 jours), résultat attendu et qui correspond aux orientations et aux objectifs de ceux-ci.

La capacité de prise en charge en ATR est, compte tenu de la demande en hébergement de la population, relativement faible. Aussi, l'attribution d'une place en appartement relève d'un processus de sélection sévère. Les candidatures sont systématiquement étudiées, indépendamment de l'effectivité d'une place disponible. Par la suite, les discussions sur une éventuelle admission se déroulent en réunion d'équipe. Elles mobilisent la situation sociale, l'appréciation des habiletés psychosociales et l'histoire de la toxicomanie. En outre, elles mettent en avant le désir exprimé d'entrer en appartement et cela de manière « adaptée ». Ainsi, pour être admis en ATR, il est attendu du résident qu'il montre son acceptation de se conformer au cadre proposé par le dispositif.

### Typologie des patients

Si la toxicodépendance est une ligne biographique dominante (CASTEL, 1998) qui est le fondement constitutif de la prise en charge, elle est envisagée dans l'accompagnement proposé en ATR comme un élément parmi d'autres. C'est pourquoi la prise en charge et l'accompagnement ne se limite pas au rapport problématique au produit. En effet, la place qu'occupe la personne dans son environnement social et les ressources qu'elle est en mesure de mobiliser sont essentielles à identifier et traiter, raison pour laquelle une partie non négligeable des patients pris en charge sont originaires du département.

A l'instar du CTR, la majorité de la population que nous avons accueillie a entre 30 et 39 ans. Et, qu'il soit question de la tranche d'âge ou du lieu d'origine, nous constatons globalement que les critères sociodémographiques des patients ayant séjournés en

ATR sont proches de ceux ayant séjournés au CTR. Pour cause, une majorité des personnes arrivant en ATR provient du CTR.

Il ne s'agit pas d'envoyer en ATR des patients provenant exclusivement d'un CTR. Pour autant, dans une logique de parcours, le modèle proposé est celui d'une gradation allant du mode de prise en charge le plus totalisant et contraignant (GOFFMAN, 1968) au mode le plus délimité, celui de la consultation ambulatoire.

Cette adéquation entre les indicateurs des deux unités d'hébergement est moins évidente pour la question des ressources (l'ensemble des résidents percevaient des ressources à leur entrée). Cependant, il serait hâtif d'en tirer pour conclusion que la question de la grande précarité n'est pas prégnante dans les prises en charge en ATR. En effet, la question du simple accès à des ressources relève d'un travail effectué en amont que ce soit par le CTR, nos partenaires ou le centre ambulatoire et ne témoigne en rien de la complexité des situations tant sur un plan administratif, social que clinique.

Par ailleurs, la tendance d'augmentation de sujets féminins décrite dans notre exposé de l'activité du CTR se confirme. C'est donc l'ensemble de la file active hébergement qui est concernée puisque nous comptons 5 femmes prises en charge pour un total de 25 séjours en ATR.

### L'accompagnement médico-social

Le terme d'accompagnement introduit inévitablement la notion de durée. L'accompagnement en ATR est avant tout une présence active dont la finalité est d'aider le patient à redevenir acteur de sa vie. L'accompagnement social s'inscrit alors dans le quotidien des personnes. Il se définit en tenant compte de leurs ressources et de celles de l'environnement. C'est donc aussi, élément chronophage mais particulièrement essentiel, la prise en compte et la résolution des problèmes qui se posent journallement qui guident l'action engagée. Dans cette unité, les travailleurs sociaux sont ainsi conduits à travailler auprès de tout ce qui relève de la vie ordinaire. Que ce soit habiter, manger ou travailler, qu'il soit question de trouver des moteurs d'intérêt ou encore de s'engager dans une démarche d'emploi, que la question porte sur le fait d'avoir des relations avec des proches ou la famille, les professionnels sont confrontés en permanence à un exercice d'équilibre entre la proximité et la distance. C'est, en d'autre terme, la balance entre la prescription (dont le risque de faire à la

place) et la proscription (dont le risque de nier le désir de l'autre) qui est l'objet permanent de l'évaluation de l'équipe.

Des visites à domicile sont réalisées chaque semaine, ou plus souvent si cela est utile, et sont la base de l'intervention directe. Elles sont consacrées tant à la gestion des problèmes de la vie quotidienne qu'au suivi de l'état clinique du résident. D'autres formes d'intervention jonchent l'accompagnement. Résidents et professionnels sont par exemple employés autour des obligations et des droits liés à leur statut (de « locataire » et « bailleur » donc devant payer un « loyer » ou gérer des problèmes fonctionnels dans le logement). De plus, résident, référent et responsable de service se rencontrent régulièrement autour de bilan du séjour. Si l'ensemble de ces interventions constitue le support du travail de soin et d'accompagnement ce n'est pas leur contenu qui offre cette qualité mais plutôt la façon dont elles sont insérées par l'équipe dans le cadre du travail d'un CSAPA, ce en quoi l'équipe des référents joue un rôle central dans le dispositif des ATR.

L'ATR se veut donc d'une main vecteur d'un modèle de vie autonome et instaure d'une autre un rapport contractuel. En d'autre terme un suivi contraint a pour fonction de travailler à l'autonomie d'un résident. Cette prise en charge s'apparente donc à une forme d'injonction à l'autonomie. Elle prétend placer le résident dans un rôle d'individu autonome mais, légitimée par un contrat, elle veut prendre en compte la question de l'abstinence et de la vie quotidienne. Ce paradoxe fait de cet outil plus encore que celui du CTR la scène d'une négociation permanente, quotidienne, qui, si elle était analysée, montrerai certainement la structure d'un dispositif de surveillance à la fois clinique et normatif tel qu'il est décrit pour les appartements thérapeutiques (VELPRY 2009). Car, accompagné par une équipe pluridisciplinaire, les ATR permettent aux résidents de vivre de façon autonome tout en étant suivi pour ce qui est du traitement et de la gestion de la vie quotidienne. L'accompagnement est alors frappé du questionnement itératif compris dans la tension entre la question médicale et la question sociale. Ces tensions dans notre domaine - comme dans beaucoup d'autres politiques de santé - portent principalement sur la définition du périmètre des compétences du secteur spécialisé (les CSAPA) et sur la délimitation de la frontière avec les domaines du social (le droit commun) et du sanitaire.

L'entrée en ATR représente une ressource matérielle non négligeable pour les personnes qui en bénéficient, elle est surtout, pour nous, constitutive d'un engagement

vis-à-vis du CSAPA matérialisé par la fréquentation régulière des professionnels. En cela, tout séjour en ATR renvoie à l'instauration d'une coopération entre résident et professionnel. Cette coopération est aléatoire en ce sens qu'elle peut être additionnée à d'autres formes (activité, engagement bénévole...) et qu'elle n'est pas immuable pendant la durée du séjour. Elle est néanmoins partagée pour au moins deux objectifs : celui du contrôle (l'abstinence) et de la gestion (la vie quotidienne). Cependant, chacune des parties diffère sur la définition de leur contenu et des moyens à mettre en œuvre. Cette hétérogénéité induit, là encore, un processus de coopération.

## II. LES ACTIVITES AMBULATOIRES

### 1. Le Centre d'Accueil et de Soins d'Epernay

<b>Nombre total de patients reçus</b>	<b>166</b>
---------------------------------------	------------

<b>Sexe des patients</b>		
Nombre d'hommes	141	84,9%
Nombre de femmes	25	15,1%
<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>100,0%</b>

<b>Actes réalisés en 2017 dans le cadre de :</b>		
Entretiens avec le cadre, soutien de la démarche de soin du patient et de l'équipe	210	9,3%
Consultations médicales	911	40,2%
Entretiens psychothérapeutiques	530	23,4%
Accompagnement éducatif et social	139	6,3%
Délivrance méthadone	458	20,0%
Sérologies et vaccins	18	0,8%
<b>Total</b>	<b>2266</b>	<b>100,0%</b>

En introduction de ce rapport, permettez-moi d'insister sur un point : une association comme le CAST, dans la complexité de ses différents pôles (CTR, appartements thérapeutiques, visite en maison d'arrêt, centre de délivrance de produits de substitution...) et dans le particulier de ses deux centres d'accueil en ambulatoire, se doit d'évoluer en fonction de son environnement à la fois culturel, sociétal et réglementaire.

2 Parties distinctes : **A.** L'exercice du regard sur soi

**B.** L'exercice du regard vers les autres, nos partenaires

## **A. L'exercice du regard sur soi**

Rappel des missions du Centre d'Accueil et de Soins d'Épernay.

En tant que CSAPA spécialisé en toxicomanie, le centre d'accueil et de soins assure les missions de prévention, d'accueil de la famille et / ou de l'entourage, et de prise en charge des personnes présentant une ou plusieurs consommations à risques.

Il s'adresse aux personnes dépendantes aux produits psychoactifs (Drogue, Alcool, Cannabis, Médicaments...) désireuses de changement et propose des consultations, gratuites et anonymes, un soutien médical, psychologique, social et éducatif. Une équipe de professionnel pluridisciplinaire est ainsi mobilisée.

Les personnes sont accueillies individuellement sur - ou et c'est plus rare sans - rendez-vous par l'équipe pluridisciplinaire.

De manière globale, l'activité du Centre d'Accueil est en hausse par rapport à l'an passé : + 6%. Le centre assure une mission d'accueil, d'organisation et d'accompagnement des soins sur un mode exclusivement ambulatoire au sein du CSAPA spécialisé en Toxicomanie d'Épernay. Les actes réalisés sont eux en très nettes hausses : + 17%

Le centre d'accueil propose:

- Un lieu d'accueil, de recueil d'informations portées à notre connaissance par le sujet. Ce recueil constituant les éléments d'une demande en devenir. L'objectif étant la lutte contre la marginalisation et la réduction des dommages liées aux consommations de drogues.

Ce lieu d'écoute et de dialogue vise à sensibiliser les personnes à être attentive à leurs corps, leurs être, à leur santé en générale et à les accompagner vers les soins et l'insertion la mieux appropriée.

- Des consultations médicales (les lundis et mardis) permettent un premier diagnostic, puis un suivi spécifique des personnes présentant des difficultés à l'égard d'une ou plusieurs dépendances, ou d'un produit unique, et exprimant une souffrance somatique.

Elles sont également le lieu où sont initialisés les programmes de substitution aux opiacés, l'organisation de ceux-ci se faisant par l'accompagnement d'une infirmière présente cinq jours par semaine.

Elles permettent en outre une actualisation de leur carnet de santé, vaccinations diverses, bilans sérologiques, sevrage en ambulatoire.

- La prise en charge sociale prend en compte l'accès et l'actualisation à leurs droits, à l'hébergement, l'accès au logement, à la formation professionnelle et à l'emploi.
- Un suivi psychologique et des psychothérapies pour préparer puis stabiliser un sevrage, une abstinence, une initialisation aux traitements de substitution, une entrée en hébergement thérapeutique, une insertion sociale et professionnelle.

De même, le psychologue est en première instance l'interlocuteur pour le suivi des obligations de soins, et l'accueil et le suivi de la famille et l'entourage.

Saluons ici d'autres collègues tout aussi indispensables à la prise en charge d'un sujet en souffrance ou en demande, ainsi la secrétaire d'accueil pour la coordination et la mémoire des informations et l'organisation des différents rendez-vous, la gestion des dossiers.

A toute demande de soin, un traitement de la demande est effectué lors du protocole d'accueil des nouveaux.

Une proposition de suivi est faite pour trois mois par l'équipe pluridisciplinaire, puis un bilan est réalisé quant à la pertinence et opportunité à poursuivre les soins et selon quelles modalités. Un Document Individuel de Prise en Charge (DIPC) est alors réalisé ainsi qu'un projet personnalisé avec la personne accueillie.



C'est ce que l'on pourrait appeler le « co-portage » ou la transdisciplinarité de la prise en charge : le patient « en devenir » est suivi par au moins deux professionnels de formation distincte (Rappel : Protocole d'accueil trois professionnels, le même jour si possible, à la première venue) pendant trois mois.

Cette nécessité du « co-portage » est issue du travail d'évaluation interne du CSAPA. C'est une complémentarité des pratiques dans le cadre d'un accompagnement professionnel. En ce sens, c'est une plus-value en référence à notre statut.

C'est avec détermination et conviction que nous devons insister auprès des patients pour qu'ils s'inscrivent dans une prise en charge globale.

D'abord réticents car allant au plus urgent subjectivement, ils nous en remercient généralement très vite.

Nous notons cette année une effervescence et un nombre croissant de prise en charge liée à la dimension judiciaire de la consommation de produits stupéfiants, constituant une infraction à la législation sur les stupéfiants. Le nombre important des personnes sous-main de justice orientées par le Service Pénitencier d'Insertion et de Probation (SPIP) en milieu ouvert de Reims ou de Chalons en Champagne ne cesse de croître. Le SPIP nous adresse systématiquement toutes les personnes ayant commis un délit en lien avec les stupéfiants.

Il existe un protocole spécifique à ce type de prise en charge. Il - le sujet porteur de la contrainte judiciaire - est reçu par le psychologue qui lui propose 5 rendez-vous in situ. Au terme de ces entretiens, l'opportunité de poursuivre la psychothérapie ou de l'interrompre est actée et contractualisée.

Des attestations de suivis sont produites pour faire valoir ce que de droit à la demande de l'intéressé.

L'obligation de soin et la durée prononcée par le juge sont nominatives à l'endroit d'un individu, pas à l'association CSAPA-CAST, qui n'est pas un prestataire imprimeur d'attestations de complaisance.

Les personnes accueillies ont en moyenne entre 20 et 50 ans. Le constat des années précédentes se confirme : le vieillissement de la population accueillie est manifeste.

Sur Epernay, environ 70 % des consultations ont lieu le lundi et mardi, ceci s'explique par la plus grande concentration sur les deux premiers jours de la semaine de moyen en terme de personnel soignant (notamment médicales), les mercredis et jeudis sont réservés aux suivis et l'observance des mises sous substitutions, à des consultations à particularités ; type familles, mineurs ou obligations de soins.

Les vendredis sont un temps exclusivement de secrétariat (courriers aux médecins et autres organismes, gestion de l'unité justice, maintien des statistiques diverses de l'unité justice Reims et chalons en champagne, Epernay et journées de Reims).

Notre public accueilli est généralement inséré et ces personnes sont épaulées par l'équipe depuis plusieurs années, dans le cadre de l'accès aux soins et aux droits.

La proportion des plus jeunes (moins de 25 ans) reste stable. Ce public est essentiellement composé de jeunes consommateurs de cannabis souhaitant un soutien psychologique et de quelques poly-consommateurs en errance souvent orientés par des structures associatives. S'y ajoute les personnes en Obligations de Soins et celles ayant bénéficiées d'un stage de sensibilisation aux produits stupéfiants. Le comportement de nombreux jeunes traduit une fragilité voire une détresse liée à des difficultés sociales, psychologiques, éducatives, familiales, scolaires ou professionnelles.

Face à certains comportements, (attitude de repli sur soi, de tristesse profonde, actes de violence sur soi ou envers les autres, conduites à risques, actes de délinquance précoces, parfois graves, décrochages scolaires et ruptures familiales, errance, précarité) les familles, parfois confrontées elles-mêmes à des difficultés économiques ou sociales, sont souvent démunies et désemparées. Le centre d'Accueil Epernay peut alors recevoir ces familles en les informant, en les soutenant, en les accompagnant et en les orientant.

Par ailleurs, Il y a de plus en plus de demandes relatives au Cannabis (usagers, familles, service de la PJJ avec des rencontres régulières avec cette institution, les collègues pour demande de formation, sensibilisation aux usages et diverses problématiques). Cette hausse représente près de 15% par rapport à l'an passé.

Nous notons également une hausse importante (+ de 14%) des suivis de patients en dehors de nos murs (les visites à l'hôpital d'Épernay, et Edelweiss à Châlons en Champagne).

Un travail de formation du CSAPA d'Épernay auprès des médecins généralistes en vue des relais dans le cadre de la prise en charge des TSO (Notamment sur bassin Sézanne, Dormans, Vertus, Ay...) s'est accentué cette année

Enfin l'équipe d'Épernay a sensiblement renforcé les liens avec une augmentation des orientations sur le pôle hébergement du CAST (notamment l'ATT)

## **B. L'exercice du regard vers les autres, nos partenaires**

L'exercice regard sur soi a été complété par plusieurs développements le plus souvent tournés vers l'extérieur.

- détachement d'un psychologue 2h par semaine à la PEPS Épernay
- détachement d'un éducateur un lundi sur deux pour la consultation avancée de Sézanne (développé ci-dessous).
- Réunions ponctuelles dites de synthèse notamment avec le club de Prévention et le CMP d'Épernay.

A l'interne : Un médecin détachée de l'hôpital, 4 h de consultation le lundi ainsi qu'une infirmière de la Peps, 2 h tous les mardis en binôme avec le médecin de CAST

Nous notons donc l'évolution de partenariats anciens (PJJ, les collèges du bassin, la PEPS, l'Hôpital, le CIAS d'Ay, la Plateforme, le CARRUD...) ou le développement de nouvelles collaborations (Club de Prévention, le CMP, l'Hôpital de Châlons en Champagne, les psychiatres de Dormans) avec mise à disposition de personnel du CAST par le biais de détachement (consultation avancée de Sézanne).

Un travail de réflexion sur la typologie des patients accueillis aux CAST d'Épernay nous a également permis de soigner la réponse auprès des « pourvoyeurs » de patients, de traiter avec les autres CSAPA de la région (ainsi que d'autres partenaires tels que médecins généralistes etc.) ainsi que des régions limitrophes.

Cette réflexion nous a conduits à organiser des rencontres avec ces structures afin de parfaire les connaissances réciproques.

Le CAST d'Epernay a également renoué cette année avec une activité historique : la formation. En effet, le responsable est intervenu plusieurs fois auprès des stagiaires de la Mission Locale, des interventions ponctuelles ont également eu lieu à la PEPS et auprès d'étudiants. Plusieurs rencontres ont eu lieu dans un collège sparnacien afin de préparer des interventions en 2018. L'équipe a par ailleurs participé à la réunion CISPDP sur la prévention de la radicalisation. Le CAST d'Epernay accueille régulièrement des stagiaires de l'IRTS (éducateurs, assistantes sociales) ainsi que des étudiants infirmiers.

### **Perspectives 2018.**

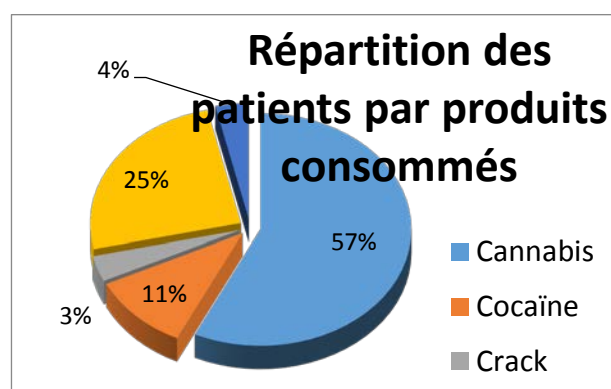
- Renforcement du partenariat avec la PJJ, consultations des mineurs, envisager des interventions dans leurs locaux pour formation de leur personnel.
- Travail avec l'éducation nationale (un projet de 8x2h d'intervention au collège Jean Monnet en direction d'élèves de troisième est en cours, à réaliser avant juin 2018).
- Rencontre et renforcement des liens avec le Club de Prévention d'Epernay et le Centre Medico Psychologique Foch : proposition d'organiser un atelier type jardin, et information au personnel des risques liés à l'usage des drogues, dépistage et accompagnement des usagers.
- Avec la ville d'Epernay, réflexion autour d'une proposition de mettre en place des séances type groupe débats en direction d'adultes non consommateurs, professionnels intéressés par cette thématique de la toxicomanie et plus généralement de l'addiction, une rencontre par mois avec diffusion de l'information par les services de la mairie, groupe ouvert à tous, nombre de place limité, inscription nécessaire, environ une fois par mois avec animation par deux professionnels au moins.
- extension et développement de la consultation avancée de Sézanne ainsi que celle d'AY.

- Réflexion en cours sur l'opportunité de développer d'autres consultations avancées dans le bassin sparnacien comme à Montmirail, Vertus (des rencontres sont déjà programmées pour évaluer la faisabilité) et Avize.

## La consultation avancée de Sézanne

<b>Nombre total de patients reçus</b>	<b>48</b>
---------------------------------------	-----------

<b>Sexe des patients</b>		
Nombre d'hommes	40	83%
Nombre de femmes	8	17%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0%</b>



L'antenne d'addictologie de Sézanne a débuté son activité en septembre 2016. Elle voit la collaboration de l'ANPAA 10 et du CAST. Les permanences ont lieu les lundis de 9h30 à 12h30 pour la psychologue et de 10h à 16h30 pour les travailleurs sociaux. Parmi les professionnels présents sur l'antenne, nous pouvons nous appuyer sur une psychologue, une conseillère en économie sociale et familiale ainsi qu'un éducateur spécialisé. A souligner que contrairement aux autres centres d'accueil (Reims et Epernay), la consultation avancée de Sézanne ne dispose pas de personnel médical dans son équipe. Cela peut être un frein dans l'accompagnement des patients.

Dans ce projet, nous sommes soutenus par la commune de Sézanne qui nous met à disposition 2 bureaux au sein de l'ancien collège. Nous sommes dans les mêmes locaux que le CIAS, ce qui favorise les relations et permet aux patients d'identifier facilement les lieux. Avant notre implantation sur Sézanne, les patients avaient la possibilité de se rendre dans 2 CSAPA (Provins et Epernay) qui sont tous 2 à environ 45 minutes de voiture. Cette distance compliquait fortement l'implication dans une démarche de soin malgré la volonté.

Au cours de l'année 2017, la consultation a vu son activité se développer. Nous avons une file active de 48 patients dont 8 femmes (pour environ 270 entretiens), ce qui démontre une réelle activité au regard du temps de présence sur site et de l'ancienneté

de la consultation avancée. Cet accroissement de l'activité est le fruit d'un travail conséquent autour du partenariat. Nous avons rencontré de nombreuses institutions (circonscription de la solidarité départementale, mission locale, pôle emploi, chantier d'insertion, cité scolaire, centre intercommunale d'action sociale, médecins généralistes, hôpital, centre médico-psychologique, service pénitentiaire d'insertion et de probation, union départementale des associations familiales, gendarmerie, pharmacies, addica ...) pour présenter l'équipe ainsi que nos missions et préfigurer un travail commun. Au travers de ces diverses rencontres, nous avons pu mesurer les besoins et les attentes des partenaires. Pour autant, tout ce travail de connaissance voire même de reconnaissance nécessite du temps pour se mettre en route et fonctionner et doit être renouvelé fréquemment.

En 2017, la consultation a également vu une nette augmentation des obligations de soins (environ 20% des suivis). En effet, il a été convenu avec le SPIP que nous soyons reconnus pour réaliser ces accompagnements et en attester. Parmi les patients rencontrés les problématiques sont diverses. Nous notons un grand nombre de patients déclarant une poly-consommation (75%). Aussi, 57% des patients consomment du cannabis.

Nous avons pu observer que Sézanne est un territoire dont les villages avoisinants sont assez dispersés (Montmirail, Fère champenoise, Esternay, Pleurs...). De ce fait, nombre de patients rencontrent des difficultés pour se rendre sur la consultation. De plus, Sézanne n'a plus de gare ni de transports en commun. C'est pourquoi nous sommes régulièrement sollicités tant par les partenaires que par les patients pour aller rencontrer les personnes à leur domicile. Nous nous sommes jamais interdit de le faire pour favoriser la démarche de soin d'un patient. Néanmoins, un fonctionnement de ce type nécessiterait des moyens humains et financiers plus conséquents.

**Perspectives pour 2018 :** Au regard de l'activité qui croît constamment et des difficultés inhérentes à la géographie du territoire, il semble intéressant de donner une nouvelle configuration à la consultation avancée. Il paraît pertinent voire indispensable de renforcer l'activité par une présence accrue et un déploiement plus conséquent sur le territoire. Par ailleurs, l'antenne ne dispose pas de personnel médical, c'est pourquoi ce profil serait un réel atout dans la perspective d'une évolution. Cette présence compléterait l'offre actuelle pour proposer une prise en charge globale qui serait bénéfique aux patients.

## 2. Le Centre d'Accueil et de Soins de Reims

<b>3. Nombre total de patients reçus</b>	<b>570</b>
--	------------

<b>Sexe des patients</b>		
Nombre d'hommes	450	78.9%
Nombre de femmes	99	17.4%
Non renseigné	21	3.7%
<b>Total</b>	<b>570</b>	<b>100,0%</b>

<b>Actes réalisés en 2017 dans le cadre de :</b>		
Consultations médicales	3478	44.9%
Entretiens psychothérapeutiques	2115	27.3%
Accompagnement éducatif et social	2099	27.1%
Accueil Puéricultrice	54	0.7%
<b>Total</b>	<b>7746</b>	

L'année 2017 fut une année particulière pour le centre d'accueil de Reims (CA). G. RICAUX, ancien directeur du CAST s'est décidé à goûter au plaisir d'une retraite méritée au prix de bons et loyaux services. Son remplacement par S. JACQUES est l'opportunité d'impulser une dynamique sous des directives alternatives.

En effet jusqu'ici, c'était le directeur qui assumait la fonction de responsable du centre d'accueil de Reims avec une délégation concernant la coordination du fonctionnement du centre dans ses aspects cliniques et partenariaux. Florian FARADONI s'est vu assigner la mission de responsable du centre d'accueil de Reims. Il sera donc à prévoir courant 2018 la réaffectation d'un ensemble d'heures qui lui étaient antérieurement dévolues au CTR ou CA d'Epernay sur le CA de Reims afin de donner pleinement sens à ce poste. Les premières orientations concernant le fonctionnement du centre d'accueil de Reims seront de finaliser les documents et les procédures relatives aux projets personnalisés. Si la partie concernant l'élaboration des documents contractuels semble aisée eu égard aux différents groupes de travail sur le sujet et de leurs rapports et préconisations, la mise en place sera sans doute plus laborieuse. En effet, l'introduction de ce type de document matérialise un contrat jusqu'alors oral. Ces habitudes de travail sont ancrées et le changement devra être accompagné. Le



responsable du CA de Reims supervisera l'élaboration de ces projets personnalisés dans un premier temps avant que l'équipe fasse sienne ce type de contractualisation écrite.

Concernant l'activité, le Centre d'accueil de Reims est toujours en grande difficulté face à l'absence d'un temps de médecin récurrent depuis maintenant près de 2 ans. Cet état de fait nous a amené à faire des relais auprès des médecins de ville. Cette situation n'est pas toujours favorable aux patients et des ruptures dans le parcours de soins de certaines personnes (les plus fragiles) ont malheureusement eu lieu.

Parallèlement à ces conditions d'accueil difficiles l'année 2017 a été marquée, également dans cette unité, par un nombre important de nouvelles prises en charge.

Ces deux « phénomènes » conjugués n'ont pas facilité le travail des professionnels qui n'ont eu de cesse que de se préoccuper de l'accompagnement des patients. Ces derniers ont donc bénéficié du meilleur accueil possible.

Nous notons par ailleurs une augmentation de la patientèle orientée par la justice (principalement des obligations de soins). Dans le détail on distingue 3 types principaux de patients. Les patients ayant déjà arrêté leur consommation de produit stupéfiant. Les patients persévérant dans leur consommation de stupéfiant et ne souhaitant pas y mettre un terme ou bien souhaitant uniquement diminuer et les patients souhaitant arrêter leur consommation. Par ailleurs, on constate aussi une augmentation de la patientèle souffrant de comorbidité psychiatrique diagnostiquée ou suspectée. Un groupe de travail dédié au sujet a rendu ses conclusions sur les dispositions à prendre sur l'accroissement de ces problématiques. Deux propositions phares ressortent. Premièrement le recrutement d'un psychiatre sous forme de vacation ou de contrat à durée indéterminée et également développer un partenariat avec les différents secteurs psychiatriques.

D'autre part, on constate également un accroissement de la précarité sociale et psychique des publics rencontrés. Ces difficultés suggèrent qu'il nous faille d'une part renforcer les dispositifs d'accompagnement sociaux et de soins dits « bas seuil » (atelier hygiène, etc...) et d'autre part étoffer le partenariat avec les différentes associations et structures en lien avec ce public.

En début d'année une expérience novatrice de soins a été mise en place. Il s'agit d'un « service de suite » dédié à un accompagnement éducatif et social physique

(ex : accompagner un patient dans ses démarches à la CPAM ou auprès d'une ambassade). Ce service n'a pas donné pour l'instant les résultats escomptés mais a enregistré un certain succès auprès de plusieurs patients. Cette expérience s'est développée à moyen constant. Il est probable qu'un renforcement de l'équipe éducative sur le CA de Reims permette d'améliorer l'efficacité de cette innovation. Ces constats nous montrent le bienfondé de ce type de dispositif. Les besoins rencontrés par certains patients (notamment les plus précaires cf. ci-dessus) amènent à considérer qu'il nous faille davantage médiatiser l'offre d'accompagnement auprès des patients et si nécessaire la réajuster en fonction des besoins identifiés.

Un autre axe de travail majeur mis en place avant la fin de l'année 2017 est de ré instituer une coordination effective et collaborative dans le travail sur la plateforme d'orientation en addictologie CAST/ANPAA (voir ci-dessous). Des réunions cliniques concernant la forme du dispositif et son évolution devraient permettre de déployer davantage le potentiel des intervenants dans leurs missions et d'explorer d'autres champs novateurs.

La mobilisation sur le Point Ecoute Jeunes (voir ci-dessous) met le CAST au cœur du dispositif santé ville. Les problématiques liées aux addictions sont souvent secondaires mais permettent de trouver un écho qui les met en relief et permet ainsi d'effectuer le plus souvent un travail de prévention.

Le modèle d'accueil du centre de Reims repose sur une triple évaluation médicale, sociale et psychologique avant une proposition de projet personnalisé. La raréfaction des possibilités de consultation médicale pourrait rendre impossible l'application de ce modèle. La qualité de cette prise en charge est un gage de qualité et participe à la reconnaissance de la part de nos partenaires. Il conviendra donc de mener une réflexion sur l'innovation qui nous permettra de conserver ce modèle. 2018 sera par ailleurs une année de modification de la méthodologie du recueil des données statistiques et de leur traitement. Les données à venir l'année prochaine seront peut-être à pondérer en fonction de ces modifications.

## **Activité de l'Unité Méthadone 2017**

L'activité reste soutenue. Si on s'en réfère aux chiffres, globalement, l'activité reste stable. En effet, le 2 janvier 2017, 24 patients étaient pris en charge dont 19 avec traitement Méthadone et 5 patients avec traitement Subutex.

Au 31 décembre 2017, 18 patients étaient pris en charge dont 13 avec traitement Méthadone, 4 avec traitement Subutex et 1 sans aucun traitement de substitution.

Au total, pour l'année 2017, 72 patients bénéficiant de TSO ont été pris en charge

- 53 avec traitement Méthadone
- 19 avec traitement Buprénorphine

Le nombre d'initialisations de traitement par Méthadone au sein de l'Unité Méthadone est en légère diminution. Il est de 17 (19 en 2016)

Ce chiffre s'explique par le fait que nous avons initialisé des traitements Méthadone avec délivrance par les pharmaciens de ville d'emblée, dans la mesure où les moyens de déplacement des patients ne leur permettaient pas de venir tous les jours au Centre Méthadone. Ces prescriptions en officine de ville sont faites dans le cadre légal, après bilan urinaire initial. Elles nécessitent un travail en partenariat avec les pharmaciens qui doivent donner leur accord pour que le patient prenne tous les jours devant eux leur traitement.

Nous avons pris en relais définitif 3 patients venant d'autres CSAPA ou de Maison d'Arrêt et avons orienté 3 patients pour relais définitif vers d'autres CSAPA.

Nous avons aussi organisé 24 passages en ville, soit complets (prise en charge par des médecins généralistes avec délivrance en officine de ville), soit partiels (prescriptions faites par les médecins du CSAPA-CAST de Reims avec délivrance en pharmacie)

Parmi les patients pris en charge au sein de l'unité Méthadone, 7 ont été orientés vers le CTR pour bénéficier de soins avec hébergement.

Nous avons aussi à déplorer :

- 2 patients décédés. Non pas d'over dose, puisqu'ils ne consommaient plus de drogue, mais de conséquences liées au déplacement des consommations, en particulier l'alcool.
- 5 patients incarcérés
- 3 sorties disciplinaires (poursuite des consommations, non-respect du cadre, violences...)
- 7 arrêts du fait des patients (3 qui ne sont plus venus et 4 qui ont décidé d'arrêter)
- 2 qui ne nous ont plus donné de nouvelles

Il n'en demeure pas moins qu'il est difficile de dissocier l'activité de l'Unité Méthadone de celle des autres services du CSAPA-CAST de Reims et surtout du Centre d'Accueil du CSAPA-CAST de Reims dans la mesure où toute nouvelle prise en charge y est travaillée pluri disciplinairement. Il en va de même pour toute reprise en charge. Y compris quand les patients nous sont adressés ou ré-adressés par des Médecins Généralistes, ou encore en semi-liberté, ou encore par d'autres intervenants.

En effet, nous avons pris et/ou repris en charge ;

- 18 patients pour absence de couverture sociale, lesquels continuaient à être suivis au CSAPA-CAST de Reims, pour absence de prise en charge par la CMU-C. Lenteur administrative, patients non préoccupés par cette question et qui s'y prennent trop tard, ou qui échappent à la prise en charge sociale...
- 8 patients sous Méthadone et 2 sous Buprénorphine après interruption de la prise en charge au CSAPA-CAST de Reims, suivis par des Médecins Généralistes en ville (là encore, soit pour « rééquilibrage » de leur traitement, ou recadrage, ou faute de couverture sociale...)
- 3 patients en semi-liberté, donc ne bénéficiant plus de la prescription et délivrance par la Maison d'Arrêt et sans couverture sociale
- 27 patients qui bénéficiaient, en plus de leurs TSO de la délivrance de traitements psychiatriques.

Parmi ceux-ci, 7 ramenaient leur traitement délivré en officine de ville (dont nous avons géré non seulement la délivrance, mais aussi l'observance).

## **Remarques**

En 2017, les tendances des années antérieures se confirment au sein du CSAPA-CAST de Reims. A savoir que :

- nous gérons de plus en plus de patients difficiles, avec des pathologies psychiatriques graves, bénéficiant de TSO, mais aussi de traitements psychiatriques. Si, dans un certain nombre de situations, nous pouvons nous adjoindre l'avis d'un psychiatre, ce n'est pas toujours le cas dans l'immédiat. Il a fallu nous former et nous adapter (du fait de manque de psychiatres : maladie, postes vacants, etc)

- si un certain nombre de patients peuvent être orientés vers des pharmaciens de ville, voire vers des pharmaciens et des médecins « de ville », il est des patients qui restent longtemps pris en charge dans nos services. Ils y trouvent stabilité, réconfort, sérieux, absence de jugement, écoute, confiance... Ils se sentent reconnus.

- nous avons à faire face à une précarisation, une misère psychologique, médicale et sociale grandissante

- Nous avons augmenté notre « réactivité » et pouvons mettre en place des traitements avec Méthadone très rapidement, dans le cadre légal. Nous nous servons beaucoup des « bandelettes urinaires » qui nous permettent de faire des recherches de toxiques rapides avant l'inclusion dans un traitement Méthadone ou pendant la surveillance, et demandons confirmation au laboratoire du CHU de Reims.


Pour illustrer ce dernier propos, je prendrai pour exemple une vignette clinique. Celle d'une jeune femme que je reçois en urgence, le lendemain de l'appel d'une infirmière. Elle est enceinte de 7 mois. Grossesse découverte tardivement (5mois). Elle alterne consommations d'héroïne et de Méthadone. La mise sous traitement Méthadone très rapidement avec prise en charge au CSAPA-CAST ainsi que la mise en fonction du « réseau » ont permis qu'elle puisse accoucher normalement.

## **En conclusion**

La prise en charge s'avère de plus en plus complexe et chronophage en temps médecin, infirmier (ère) et demande une vigilance sociale de plus en plus soutenue. Nous sommes arrivés à nos limites.

Par ailleurs, ces prises en charge nécessitent de plus en plus de travail en partenariat, partenaires qui demandent à être informés, voire formés.

Ce pour quoi, là encore, nous aurions besoin de temps pour accomplir nos missions. Au plus proche des besoins des patients : formation, informations, synthèses, concertation, mise en route du réseau que nous souhaitons pouvoir promouvoir.

 **Le point Ecoute Jeunes (PEJ), 11 rue Eugène Wiet 51100 REIMS (Tél : 03 26 35 60 52, mail : pej@reims.fr)**

### **Profil des jeunes reçus en 2017 (travail réalisé par l'équipe du PEJ)**

*Le nombre de jeunes rencontrés au point écoute est de 145 personnes. Le profil de ces jeunes reçus au Point Ecoutes cette année ne varie pas beaucoup par rapport à l'an passé :*

- *la moyenne d'âge est d'environ 17 ans, avec davantage de jeunes majeurs.*
- *62% des jeunes reçus sont des filles (chiffres en hausse).*
- *77% des jeunes reçus sont scolarisés (53 collégiens, 35 lycéens, 24 étudiants).*
- *95% sont rémois ou vivent dans le Grand Reims.*

*En 2016 - 2017, les jeunes sont issus majoritairement des collèges Robert Schuman, Pierre de Coubertin (Cormontreuil) et Paul Eluard (Verzy) ainsi que des lycées Georges Clémenceau et Jean Jaurès. Les étudiants proviennent essentiellement des classes préparatoires, de l'URCA ou de Sciences Po. Cela témoigne d'un partenariat privilégié avec les différents professionnels de ces établissements.*

*36% des jeunes sont orientés au Point Ecoute Jeunes par le milieu scolaire, 18% par une structure sociale (CSD, FJT, SDP, Sauvegarde) et 14% par une structure ou un professionnel médical / médico-social (CMP, CJC, libéraux). L'orientation de jeunes par les CMP est en hausse mais les situations rencontrées relèvent davantage de la*

prévention que de la psychiatrie. Enfin, le bouche à oreille fonctionne bien (16% des jeunes sont orientés par un proche).

Sur l'ensemble des jeunes reçus cette année, 31 sont consommateurs de produits psychoactifs (souvent le cannabis). Ces usagers représentent environ 25% de la file active. Parmi eux, moins d'un tiers relève d'une consommation problématique (8 jeunes). La CJC (Consultation Jeunes Cannabis) représente aujourd'hui 8% des orientations du Point Ecoute Jeunes (ces chiffres sont en baisse par rapport à l'année scolaire précédente).

### **Accompagnement des jeunes reçus en 2017**

Le premier contact est majoritairement téléphonique (61% des situations ; une fois sur deux, c'est le parent qui appelle) mais pour 34% des cas, il fait suite à un passage sur la permanence. Le premier rendez-vous est donné en moyenne au bout de 5 jours (au lieu de 9 l'an dernier). Les parents sont rencontrés dans presque un cas sur deux.

L'accompagnement moyen des jeunes reçus cette année au Point Ecoute Jeunes s'étend sur 30 jours, avec trois entretiens réalisés en moyenne. 77% des jeunes seront reçus moins de quatre fois.

Les situations qui se présentent sont toujours aussi diverses : souffrance réactionnelle à un événement de vie (38%), troubles d'ordre anxio-dépressif (32% des jeunes), et plus rarement, troubles du comportement (14%). Dans plus de la moitié des cas, L'accompagnement au Point Ecoute Jeunes relève de la prévention des situations à risque ou du mal-être adolescent (pas de pathologie).

L'accompagnement proposé au Point Ecoute Jeunes permettra un apaisement pour un tiers des jeunes reçus. Un tiers des jeunes sera orienté vers une structure extérieure, essentiellement vers les services de pédopsychiatrie / psychiatrie adulte / psychothérapie (71% des orientations) et plus rarement vers les services sociaux ou d'addictologie (respectivement, 10% et 8% des orientations). Le tiers de jeunes restant est soit toujours accompagné au Point Ecoute Jeunes et constitue notre file active, soit n'a pas donné suite après un premier contact (rendez-vous manqué). Ces chiffres rappellent la double mission du Point Ecoute Jeunes : soutenir à court-terme et orienter si besoin.

## **Accompagnement social des jeunes reçus par l'Assistante de service sociale du CAST**

En 2017, l'âge du public accueilli dans le cadre d'une prise en charge sociale se situe toujours autour de 20 ans ; les jeunes ont été orientés par les conseillers de Pôle Emploi, partenaires du PEJ, le Service Départemental de Prévention et les psychologues accueillants du PEJ.

Les profils des jeunes reçus sont tous déscolarisés : erreur d'orientation (réalisant que la filière choisie ne correspond pas à leur attente), arrêt des études par manque de possibilité de financement. Ils vivent soit chez des amis de façon extrêmement précaire, non déclarés, voir chez la famille de ceux-ci (qui s'engagent à très court terme pour « dépanner »).

Leur demande est multiple dans la mesure où ils sont complètement désorientés, isolés familialement, souffrants d'aucune ressource. Les problématiques communes rencontrées cette année concernent l'absence d'hébergement, de ressources, d'orientation professionnelle et une certaine fragilité face à leurs hébergeurs providentiels.

L'assistante sociale du CAST a reçu **14 jeunes** cette année (chiffre stable par rapport à l'an passé).

### **Perspectives 2018**

Rencontres Echanges Partenariats Jeunes (REP):

Le Point Ecoute Jeunes anime et coordonne toujours les REP à destination des professionnels exerçant auprès d'un public jeune. Ces réunions trimestrielles sont plébiscitées par les partenaires, avec trois réunions réalisées cette année et 86 professionnels touchés (chiffres en hausse).

Les précédentes rencontres ont présenté la Mission de Lutte contre le Décrochage Scolaire et le CATTP présenté par Monsieur EUTROPE, pédopsychiatre.

Les rencontres avec le SUMMPS et Pole Emploi n'ont pas permis d'aboutir à un partenariat avec le Point Ecoute Jeunes, les deux structures n'exprimant pas le souhait d'une permanence dans leurs locaux.

Un rapprochement est actuellement en cours avec le Service Départemental de Prévention et les Maisons de Quartier de Reims dans l'idée de réfléchir à la mise en place d'antennes extérieures.



Mélanie LECLERE a eu l'occasion de réaliser de l'arpentage avec un éducateur spécialisé sur le secteur « Epinettes » et a constaté l'intérêt des jeunes et des professionnels pour le Point Ecoute Jeunes. Un appel à projet a été lancé par la ville auquel le PEJ a répondu (en attente de réponse).

L'équipe du PEJ est mobilisée dans ce sens, psychologues, psychiatre, infirmier et assistante de service sociale.

### **La plateforme**

La plateforme commune avec notre partenaire l'ANPAA a permis de recevoir 375 patients en 2017. Une petite baisse est à noter (411 patients l'an passé) due en grande partie au congé maternité d'une professionnelle qui intervient sur cette plateforme.

Cette activité est devenue incontournable et devra se poursuivre dans les années à venir.

Nous prévoyons en 2018 avec l'ANPAA une réorganisation de ce service avec comme objectifs : la proximité, le partage d'expérience entre nos deux équipes et la consolidation des parcours de soins.

### 3. Les visites en maisons d'arrêt

<b>Nombre total de patients reçus</b>	<b>299</b>
---------------------------------------	------------

<b>Sexe des patients</b>		
Nombre d'hommes	285	95.3%
Nombre de femmes	14	4.7%
<b>Total</b>		

<b>Nombre d'actes par site</b>	
	Nbre d'actes
MA de Reims	782
MA de Châlons	500
Consultation avancée du Mars	168

#### **Organisation de l'Unité Justice**

Une réunion mensuelle de deux heures dans les locaux du CSAPA-CAST Reims, réunit les différents intervenants en Maison d'arrêt, complété par le Directeur, Monsieur JACQUES (depuis octobre 2017), et la secrétaire Madame BURNET, qui a en charge la gestion et l'archivage des dossiers de détenus, leur bonne tenue à des fins statistiques, la gestion des courriers et autres documents utiles.

Les entretiens avec les détenus ont lieu dans les locaux du Service Médico-Psychologique Régional, ou dans des parloirs appelés « Box avocat » mis à notre disposition au sein des Maisons d'Arrêts.

Madame Sylvie JERONNE, Educatrice spécialisée, rencontre dans un premier temps les détenus signalés consommateurs de produits stupéfiants pour faire un bilan de cette consommation et préparer le cas échéant la sortie de la maison d'arrêt (Orientation, CAST, CTR, AT, CSAPA de la région d'origine...). Elle remplit le dossier administratif du détenu, l'informe de ses droits, et elle envisage l'orientation à donner en fonction de la situation et demande du détenu.

Nous retenons que les détenus substitués réclament itérativement un arrêt rapide du traitement médicamenteux « *pour montrer au juge que je me soigne* », ce qui peut apparaître paradoxal.

S'il existe une demande de prise en charge psychothérapeutique plus spécifique, les détenus sont alors, dans un second temps, adressés pour la Maison d'arrêt de Chalons en Champagne à Monsieur GONCALVES ou Madame FACCINI (s'il apparaît dans leur situation une problématique liée aux liens parentaux). Ils sont adressés à Monsieur FREDA ou Madame FACCINI, pour la Maison d'arrêt de Reims.

Mr Goncalves et Mr Freda reçoivent tous les détenus qui ont eu une consommation de drogues problématique et qui souhaitent rencontrer un psychologue clinicien.

Leur rôle et action sont multiples et coordonnées à celui de Mme JERONNE :

- Pour les détenus bénéficiaires d'une libération provisoire il s'agira de préparer un projet de soins en milieu spécialisé ;
- Pour ceux proches de leur date de sortie, **servir d'instance d'orientation** à l'extérieur -notamment au CAST de Reims, rue Grandval ou le CAST d'Epervay, avenue Foch- mais aussi vers d'autres structures dans la région ou au dehors, en vue d'une continuation du travail thérapeutique déjà entamé,
- Pour ceux déjà jugés et demandeurs d'un séjour en centre spécialisé, **mettre en place des permissions de sortie** de 48H voire 72H dans notre CTR. L'objectif étant de préparer une prise en charge avec hébergement à la libération de maison d'arrêt, soit en fin de peine, soit en aménagement de peine, type semi-liberté, libération conditionnelle, ou placement extérieur. En concertation avec les juges de l'application des peines, cette procédure s'est vue facilitée dans sa mise en place.
- Pour les détenus condamnés à de longues peines et en attente de transfert dans des centres de détention, il s'agit de **mener à bien un travail de soutien thérapeutique**. La réalité de l'incarcération fait que ce soutien est précieux pour eux.

Pour nous, le travail en prison reste un défi passionnant et paradoxal. Paradoxal là où, dans un milieu fermé, lieu des clefs, des portes et des barreaux, nous croyons

convoquer une liberté en conviant le détenu à récupérer son être de parole, non « incarcérable » par essence.

Sur la situation des détenus eux-mêmes, peu de modifications dans l'ensemble si l'on prend en compte les critères habituels d'âges, de situations sociales, d'origines sociales et professionnelles, de problématiques médicales, de structures psychopathologiques et de produits consommés. On peut toutefois faire remarquer qu'une précarisation générale s'installe et aggrave la qualité de la prise en charge. On retrouve en prison ce qui est aussi vrai en dehors, dans la société civile. Seulement ici, engagés comme nous le sommes dans l'accompagnement d'une situation et la préparation à la sortie, c'est-à-dire envisager avec le détenu l'après mission d'arrêt en terme de soin, d'hébergement, d'évitement de la récidive, la tâche est chaque année plus ardue.

Rien d'anormal néanmoins à cela, compte tenu de l'évolution globale de la société.

Les détenus qui restent en prison, dans la mesure où de nombreuses peines alternatives à l'incarcération ou d'aménagement ont été mises en place ses dernières années, ont pour eux un dossier à charge qui n'autorise pas d'autres choix. Les uns, parce qu'ils ont fait échouer les alternatives proposées auparavant (bracelet électronique, placement extérieur non respecté) se retrouvent dans la situation d'exécuter leur peine jusqu'à son terme, avec un dossier de multi récidiviste donc des peines à leur maximum. Les autres, étant dans une précarité sociale telle, un isolement familiale et relationnel à son comble, analphabétisme, n'ont pas les moyens de remplir les conditions qui donneraient droit à des aménagements de peine (Pas d'hébergement fiable, pas de proposition de travail etc.), de fait ils purgent en patience leur peine avec des perspectives assez sombres à la sortie.

Ce constat de situation dans ses grandes lignes est vérifié pour les deux Maisons d'arrêt ou nous intervenons.

La finalité de notre action en maison d'arrêt peut se résumer en trois types d'action :

a) Un travail d'écoute pour ceux qui, jugés où à juger, mais toujours susceptibles de longues peines de prison souhaitent un soutien psychologique pour essayer de comprendre (entre autre) la place de la drogue dans son rapport à l'acte délictueux.

b) Un travail de mise en place des conditions d'un suivi psychologique et ou médico-psycho-social lors de la sortie de la Maison d'Arrêt et dans les locaux du CAST. Ce travail n'est pas sans imaginer un effet de prévention de la reprise de produit et par extension de l'infraction à la loi.

c) Un travail de construction d'une stratégie pour susciter la libération préventive ou conditionnelle d'un détenu-usager de drogue en vue d'une démarche de soin en milieu surveillé (notamment dans un centre de postcure). Ici la motivation du sujet concerné et la responsabilité du clinicien sont d'une grande importance.

Ce travail se prolonge hors maison d'arrêt, dans les contacts à prendre avec les différents acteurs du dossier (le juge d'instruction, les services de suivi de type SPIP en milieu ouvert et MARS, où le CAST a une permanence, pour Reims : le juge d'application de peines, etc.).

Une évaluation qualitative modeste à ce jour montre très peu de refus à notre sollicitation de la part des détenus et un véritable engagement dans la démarche.

### **Le contexte de l'intervention**

Notre intervention en maison d'arrêt est soutenue par nos partenaires des services pénitentiaires. Cette collaboration est à valoriser et nous les remercions pour leur attention à notre égard.

Bien évidemment, dans ce contexte d'action particulier (maison d'arrêt) qui a sa propre cohérence, on peut souligner de notre point de vue des axes à améliorer et des évolutions très positives.

① Quelques points de réflexion et d'amélioration pourraient porter sur :

- Les locaux mis à notre disposition pour accueillir correctement les détenus.

Nous n'avons pas un endroit en propre, clairement authentifié par les détenus comme étant un bureau d'entretien ; de fait en dernier recours nous les recevons dans des box avocats sans authentique possibilité de discrétion.

Ces box sont collés les uns aux autres, en enfilade, donnant sur les couloirs où le passage est constant et le bruit omniprésent, sans parler des détenus qui s'interpellent les uns les autres directement ou par la porte vitrée.

Ces box, hormis une petite table fixée au sol, et deux chaises, rendent complexes la prise de notes et la réalisation d'autres actes types attestations, téléphone, recherches internet etc... Ce travail de rédaction et de coordination devant se faire dans un second temps, dans les locaux du SMPR, où la secrétaire est ici à remercier pour sa grande collaboration et disponibilité, sa promptitude à mettre à notre disposition un certain nombre d'outils nécessaire à la bonne conduite de notre action. Il n'en demeure pas moins pourtant, malgré ces aléas d'entretiens, qu'une proximité de travail et d'échange tant avec le personnel multidisciplinaire (Secrétaire, infirmières, psychologue, psychiatres...) du service que les surveillants constitue une richesse et une qualité de travail et de communication indéniable.

Une sérieuse altération est à noter dans le travail de liaison, de participation à l'évaluation d'un cas clinique ou d'un échange d'informations relatives à un détenu. L'exercice de notre activité n'est en rien compromis, car il demeure possible de consigner nos actes et observations dans un classeur prévu à cet effet et faisant office de liaison, de même recevant maintenant les détenus dans un parloir tout proche, nous sommes très régulièrement sollicités par le personnel du SMPR.

La possibilité de bénéficier d'un bureau qui nous est réservé dans les locaux de L'UCSA. Ainsi, notre action a été valorisée. Elle est mieux repérée par nos différents partenaires ainsi que par les détenus eux-mêmes. Auparavant il n'était pas rare de les recevoir dans les box avocats.

② Les évolutions positives se sont portées sur cinq points :

- La demande de suivi Psychothérapeutique émanant du Quartier dit « Femmes » regroupant une trentaine de détenues. Nous avons, à raison de visites bihebdomadaires pu mettre en place une prise en charge inédite et riche d'enseignement.

Les sujets usagères de drogues y sont très souvent en situation de très grande précarité psychique, livrées à elles-mêmes, elles côtoient d'autres détenues ayant à répondre de crimes graves à caractère sexuel ou d'homicides. Notre écoute et notre action, a pour quelques-unes, permis d'envisager l'avenir en terme de projet concret, de réinsertion sans drogue, alors même que les conditions d'incarcération et de cohabitation pouvait laisser craindre le pire en terme de rechute, d'aggravation de la toxicomanie etc...

- La demande de suivi par un professionnel du CAST, qui précédemment devait initialement se faire par le biais d'un courrier, est passée à une modalité plus orale, en fin de rencontre avec le détenu. Cette nouvelle organisation nous paraît très positive en ce sens que cela engage plus directement le détenu dans une dimension subjective plus forte.

- La demande de soin, et de suivi de détenus, émanant des personnels infirmiers et psychologiques du SMPR, ainsi que des surveillantes, a été croissant durant l'année en comparaison à 2016. Il est à noter que dans leur organisation interne existe maintenant une liste dite de personnes à risques (Suicidaires, dépressifs etc...), et que s'y référant de plus en plus, notre collaboration diagnostique et thérapeutique est attendue.

- Le travail autour de la problématique familiale, l'accompagnement des parents/détenus, le ressenti et vécu de l'incarcération et la séparation d'avec ses proches, s'étoffe et commence à dégager des enseignements d'importance. Cette activité incarnée par N Faccini, à lieu aussi bien à la maison d'arrêt de Chalons en Champagne que celle de Reims.

- Parmi les mesures nouvelles, on peut citer la mise en place du projet personnalisé, document élaboré en concertation d'équipe, qui prend toute sa place au sein des autres déjà existants dans le dossier du patient, et qui a pour objet d'améliorer la qualité de la prise en charge en ce sens qu'il permet d'engager un peu plus le détenu dans la réalisation active de son projet de soin.

S Jeronne, en sa qualité de coordinatrice pour le CAST auprès des maisons d'arrêt et de l'ARS, participe aux diverses réunions de synthèses, notamment le CPU, hebdomadairement.

A raison d'une réunion mensuelle, la participation de S Jeronne au CSA (réunion intra partenaire pour la coordination de suivi des détenus) se poursuit.

Elle assure également le suivi des détenus dans le cadre des placements en semi-liberté, coordonnant le travail avec le SPIP extérieur et intérieur, ainsi que les organismes de soins.

De même, et il s'agit là d'une mesure nouvelle qui a vocation à se pérenniser, elle intervient désormais dans le cadre de la tenue d'une antenne de consultation dans les locaux du Mars à Reims (voir ci-dessous). A raison d'un mardi après-midi deux fois par mois et d'un vendredi matin, elle conforte les liens de partenariat avec un acteur historique du suivi des personnes détenues. Elle y reçoit les personnes sous-main de justice en semi-liberté, en obligation de soin, bénéficiant d'un appartement thérapeutique ou dans toutes autres situations.

### **Consultation avancée à l'association MARS**

-nombre de patients rencontrés : **26**

-nombre d'actes : **168**

Orientations CAST : 9 (pour prise en charge psychologique et médicale en ambulatoire)

Orientations ANPAA : 1

Cette antenne de consultation avancée a vu le jour en 2016. Il a fallu le temps qu'elle se mette en place, que les individus pris en charge au MARS repèrent Mme JERONNE (salariée du CAST) et acceptent de venir parler d'eux, de leurs consommations passées ou actuelles.

De plus, il y a deux sortes de personnes prises en charges : celles sous mains de justice (placement extérieur, obligation de soin,...) et celles accueillies au Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale du MARS.

Pour les premières, il est possible de les obliger à rencontrer Mme JERONNE par le biais de la « prise en charge justice », ce qui n'est pas le cas pour les secondes.



Toutefois, nous pouvons remarquer une certaine adhésion. Il y a même des personnes qui continuent à consulter après la fin de leurs obligations d'avec la justice dans les locaux du MARS.

Il existe une 3eme possibilité de rencontres par le biais du Quartier de Semi-Liberté (QSL), ou intervient Mme JERONNE, et du SACER suivi par Mme SALMONT (salariée du MARS).

Cette antenne permet une facilitation à la prise de Rendez-vous rapides que ce soit pour le suivi médical (TSO,...) ou le suivi psychologique. Elle a aussi vocation à trouver des solutions rapides face à des urgences (ex : un détenu venant de Laon et intégrant le QSL de Reims, n'ayant pas d'ordonnance pour son TSO).

Cette année, avec l'accord d'une personne accompagnée dans le cadre de cette antenne et allant très mal psychologiquement, Mme JERONNE a pris un RDV auprès d'un des médecins du CAST afin qu'il lui délivre une ordonnance pour une hospitalisation dans le service de l'EPSM « Tilleul » à Chalons en Champagne pour une durée de 3 semaines (en passant par le service des urgences de Reims). Nous avons gardé contact avec cette personne par téléphone puis Mme JERONNE est allée la rechercher pour la ramener dans son appartement. Mme SALMONT est restée en contact avec la Juge d'application des peines et le Service Pénitencier d'Insertion et de Probation pour donner des nouvelles et permettre que le placement extérieur ne soit pas révoqué.

Il est à noter que depuis cette année, des feuilles CNIL (informatique et liberté) sont remplies par les personnes rencontrées. La direction du MARS en a été avertie. Cela permet d'informatiser les dossiers, ainsi que d'acter les entretiens.

Du côté de l'équipe, ce travail en partenariat au sein des locaux du MARS leur apparaît efficace. Les personnes accueillies préfèrent rencontrer le « CAST » dans ces locaux plutôt qu'au Centre d'Accueil du CSAPA.

Cette activité est maintenant pérenne et ne demande qu'à se développer. Voici quelques pistes d'améliorations possibles :

- intervenir au MARS basé à Châlons en Champagne
- participer aux réunions institutionnelles
- créer un groupe de paroles autour de la consommation.

#### 4. Les journées de Reims

L'année 2017 a été celle d'une transition. Une transition où les Journées de Reims de l'année 2016 furent consacrées aux limites de la loi en rapport avec la banalisation de la consommation de certains produits psychotropes.

Les productions théoriques et cliniques issues des Journées offrent toujours un *matériel* pour la suite.

Suite aux journées 2016, il y a eu tout un travail de réflexion autour de la création d'un groupe de parole avec des patients autour de la « banalisation » des consommations de cannabis : cette réflexion a donné lieu à la création d'un atelier qui se tiendra courant 2018 au CTR durant quelques mois. Nous essayerons d'apprendre et de comprendre pourquoi la consommation de certains produits devient banale et n'est pas considérée ni comme interdite ni comme dangereuse (voir Annexe VII).

Les organisateurs soutenus par la direction du CAST ont souhaité mettre en suspend l'activité du colloque annuel afin de réfléchir à une autre modalité. Ils ont néanmoins mis en place un certain nombre d'actions pour préparer les journées de Reims 2018 (voir ci-dessous).

La réflexion théorico-clinique tout au long de l'année 2017 a permis d'aboutir au thème des Journées 2018.

Nous avons pu mettre en évidence un *profil type* du patient actuel qui sollicite le CSAPA CAST spécialisé toxicomanie.

Se dégagent généralement trois caractéristiques :

- C'est un patient qui a eu ou a des comorbidités psychiatriques,
- C'est un individu qui se trouve dans une grande précarité sociale.
- C'est un sujet qui est souvent concerné par la dimension judiciaire.

Ainsi, les axes pouvant faire travail à partir de trois domaines sont : la psychiatrie, le social et le judiciaire.

### ***Psychiatrie : partenariat avec le Centre Antonin ARTAUD***

Toujours désireux d'élargir notre champ de recherche avec la psychiatrie, au gré de liens de travail avec le centre Antonin Artaud, il fut organisé à la Maison de la Vie Associative de Reims la projection du film « Nous, Les Intranquilles » en présence du réalisateur Nicolas Contant. La salle était comble (environ 70 personnes). *Voir annexe III*

Ces liens de travail avec les Dr Chemla et Dr Wong permettent de mettre en place des rencontres afin de soutenir les liens entre les institutions de la psychiatrie avec celles des addictions, de la toxicomanie. Des projets avec rencontres entre les équipes sont prévus pour 2018, momentanément suspendus pour des raisons de santé d'un de deux médecins. Des contacts sont maintenus malgré tout.

### ***Social : IRTS de Reims***

Intervention à l'IRTS auprès des élèves sous l'invitation de Laetitia Sibaud El Ouardy - Cadre pédagogique et responsable de l'axe 3 - « La société, le groupe, l'individu avec ses appartenances et ses ruptures ». Pôle Ressources Recherche PREFAS. Ce partenariat se poursuit et s'inscrit autour de la question de l'innovation en travail social. Il s'agit de converser avec les intervenants sociaux pour apprendre mutuellement de notre abord des mêmes patients.

### ***Justice : Le Procureur de la République***

Après des liens entretenus suite aux Journées de Reims, il fut réalisable de demander une rencontre avec le Procureur de la République du TGI de Reims. Ce premier temps d'échange a eu lieu le 04 décembre 2017. Il a permis de préciser les liens que le CAST entretient avec le « social, la justice et la psychiatrie » et, la volonté du procureur que les professionnels de ces champs se rencontrent régulièrement. Cette réunion permet également de préparer un entretien avec un autre professionnel de la Justice : Madame Martine Herzog-Evans Professeure à l'Université de droit de Reims. Nous devrions alors aborder un thème qui fait toujours notre actualité : le soin judiciaire et l'aménagement de peine.

### ***La préparation du thème de la Journée clinique de 2018***

La clôture de l'année de travail est représentée par la journée clinique elle-même, elle a pour titre : *Psychose et Toxicomanie : une souffrance singulière (voir annexe II)* En

toute logique, elle inclura la dimension de la psychiatrie, la précarité sociale et la justice.

### ***Les Journées de Reims : nouveau concept***

A l'issue de cette année de réflexion et comme nous venons de le développer, les Journées de Reims, pour une clinique du toxicomane, vont prendre la forme suivante :

Durant l'année, des rendez-vous avec les partenaires locaux appartenant au médico-social, la psychiatrie et la justice autour de conférences, films, interviews puis le colloque à la fin de l'année qui s'adresse à des partenaires régionaux, nationaux voire internationaux.

La dynamique de ces Journées nécessite une lecture soutenue de l'actualité, une participation à des colloques, une connaissance de la bibliographie de plusieurs champs, et des prises de contacts régulières soit pour faire connaissance et tisser des liens, soit pour maintenir les liens créés tant au niveau local qu'au niveau national.

Ainsi les Journées de Reims ne sont plus l'équivalent d'un colloque en fin d'année civile ; les Journées de Reims se développent pendant toute l'année avec des modalités diverses.

### III. ANNEXES

I. Le divin d'un après-midi quotidien (activité théâtre au CTR)

**Mercredi à 13h30**, la comédie se joue au CTR (Centre thérapeutique Résidentiel).

Le gâteau encore tiède et juste fondant de Yannick, accueille nos invités pour une rencontre au sommet, hors du commun et du tonnerre de Zeus!

Audrey, chargée des relations publiques de la Comédie, et 2 comédiens du Collectif 17, Éloïse et Benjamin, sont venus nous présenter: "Les Bacchantes", une pièce mise en scène par Ferdinand Barbet, en salle actuellement ... et qui triomphe. Sur un scénario et idée originale d'Euripide - moins quelque chose avant notre ère - les dieux s'invitent à notre table, l'Antiquité se veut contemporaine et sans dessus dessous, qui nous dévoile ses mystères généalogiques à la descendance universelle.

Bientôt, Dionysos n'a plus de secret pour nous, la cuisse de Jupiter non plus et les Rois de Thèbes sont avec nous. La dégustation est à son comble bachique quand le gâteau, aux pommes tendres et savoureuses de tiédeur, est englouti par les convives en réunion sur les thèmes de : L'Étranger ; Les Femmes ; Le Pouvoir et Le Sexe...

**Parce que**, dans la famille de Cadmos, 800 ans et Roi de Thèbes, tout s'ébranle à l'annonce de l'arrivée aux portes de la ville d'un certain Dionysos et de ses Bacchantes. Tirésias, le plus fidèle ami et conseiller, met en garde le Roi. Devin et aveugle des suites de plusieurs transformations orchestrées par Zeus et sa femme Era visiblement en colère, il professe que l'orgasme le plus fort appartient à la femme et qu'on ne badine pas là-dessus avec les dieux, sous peine de mortelles représailles.

A table, silencieusement, l'imaginaire fuse par petite touche réservée et expectative de chacun: Homme devenu femme, redevenu homme, et aux pouvoirs surnaturels, Tirésias fait l'unanimité....**On y croit**, et nous sommes tous devins qui irons voir " Les Bacchantes" samedi à la Comédie. Luttant contre l'oppression du sommeil divin, Émilie aussi.... Nathalie, aux anges philosophiques, est par avance frustrée...en manque de ce samedi orgiaque à venir... Et moi ? ... C'est mon jubilé sanitaire.

**Samedi toujours à 13h30**, le repas de midi est servi par Émilie. Au menu : 2 poulets

façon bouchère, leurs haricots verts en casserole et leurs pommes de terre nouvelles sautées " à la main". Un délice que Yannick explore deux fois en deux assiettes l'une après l'autre. Yann le suit discrètement mais sûrement. Marion mange lentement et avec beaucoup de salade...Tous, on tente bien patienter le repas d'après, la galette des rois au goûter à la Comédie dans deux heures, MAIS tous j'imagine on se ressert d'une façon ou d'une autre... Chez Lætitia et Sophie, cela ne se voit pas...Je sais que Gaby adore finir les chairs sur la carcasse du poulet, le soir.... Et je revois ma mère après le repas rester assise en son moment de solitude divine à tripoter et racler les os de feu monsieur le poulet... au couteau.

Gaby fait son entrée par la fenêtre quand sonne 14h. La vaisselle, le rangement, la cigarette, le café faits, nous révisons nos classiques helléniques avant la représentation des bacchantes ; **et avec Gaby** qui participera elle aussi à l'orgie du soir en connaissance mythologique de cause. Marion entre en scène ; de sa mémoire infailible qui me sidère; synthétise:

**Cadmos le Roi**, a eu quatre filles dont Agavé, et Sémélé. Penthée, le fils de Agavé est le petit-fils légitime de Cadmos, son digne successeur. Dionysos, le fils de Sémélé, est l'illégitime, l'étranger, fruit des amours interdits de sa mère avec Zeus-Jupiter son amant. Antan, Sémélé avait désiré voir Zeus. Transi d'amour pour elle, le dieu s'exécuta... elle fut tragiquement foudroyée du regard par l'éclair divin, et l'enfant qu'elle portait, Dionysos, termina illico sa gestation dans la cuisse de Jupiter. Il grandît loin de Thèbes, en exil et méconnu.

L'aventure ces grecs en situation au CTR!

**De 16h00 à 20h30 ni plus ni moins**, la dégustation dionysiaque se poursuit à la Comédie. Accueillis comme des rois par Audrey et Margot, nos deux chargées des relations publiques réunies, nous regrettons cependant l'absence de Magalie qui a préféré rester aux Primevères (CHRS) semble-t-il... c'est un peu inquiétant.

**A 16h00:** " La Galette des Rois" de la Comédie en son bar, offerte et accompagnée pour nous spécialement d'un exquis jus de pomme - pas de cidre. Quelques cafés en sus...pour les plus argentés peut-être...Émilie 2. Yannick 1.

Et les lauréats des galettes toutes confondues sont:

Yannick, et Sophie, notre chère apprentie psychologue et comédienne qui vient de

nous rejoindre. Tous deux remportent à égalité deux places de théâtre au choix, selon la saison en cours. Tout bonnement, les fèves leur sont apparues. De sa couronne, Yannick consacre Lætitia sa Reine; Sophie, Yan son Roi, et les sujets sont tout autant ravis qu'obéissants:

Le sujet Émilie est fort éveillé, et le sujet Marion mange sa galette artisanale faite art comme tout le monde. Le sujet Gaby est conquis par les lieux et ses couronnes. Nous sommes 2 hommes et 6 femmes à cette heure dont une paire de Rois et de Reines, et Yannick en oublie un moment royal sa sciatique.

**Vient l'heure** de la déambulation digestive dans les couloirs de la Comédie, et ses salles mystérieuses.... Quelqu' arrêts pipi à noter et une pause extérieure, davantage pour les fumeurs.

**A 17h00**, nous faisons halte en La Salle majeure et mythique où nous attendent Rémy Barché, metteur en scène, son assistante, et sa Reine Suzanne, comédienne en titre phare. Là encore, sommes des privilégiés:

- Nous partageons un débat sur le vrai et le faux, le réel et la fiction et ou sa fiction, « to be or not to be » n'a qu'à bien se tenir.

- Puis, nous assistons à une répétition; Suzanne, vêtue d'une robe jaune tel l'or, somptueuse, déploie ses ailes de comédienne sur une chaise qui monte au ciel. " Le Traitement " se joue ici même du 26 janvier au 2 février prochain, et c'est une avant-première mondiale nous certifie Rémy Barché, car, l'auteur de la pièce, Monsieur Crimp, est resté jusque-là...non joué. Et pour cause, en le prologue, **littéralement**, "Le Messenger de l'amour" fait son apparition dans la nuit noire sur son trône haut de deux mètres : **Suzanne-là**, perchée comme suspendue, éperdue d'amour enchaînée, en pleine lumière cloîtrée ; **De sa Voix et de sa Robe, Sur-gît, Sub-jugue**, remplit l'espace et les cœurs tel un soleil, une étoile. Marion fascinée fixe Suzanne. Yan est ébloui, il a quitté le sol, il est sur le cul. Suzanne aime à en perdre la raison. **Elle aime** - quelle étrangeté ! - son geôlier qu'elle encense pendant 25 minutes d'un monologue à répétition où l'on perd ses repères : Suzanne joue Anne qui joue Suzanne qui joue Anne, et recommence, recommence, recommence. Quelle vision ! ... A ses lèvres sommes suspendus, ravis à nous-mêmes. Qui osera dire qu'elle a tort **d'aimer ainsi après ça**.

Selon la lecture et le regard de Yannick, Suzanne-Anne fait exister l'amour éperdu de son geôlier pour elle, lequel davantage la protège ainsi la garder pure. Il est pris, **au Jeu - au Je**.

Pas Lætitia qui s'autorise à dire qu'elle n'a pas aimé, n'a pas réussi à rentrer dedans.

Marion, si spontanée, pas rémoise comme public, lance: "Bravo", à cœur perdu, seule et remarquée. Elle demande tout de go qu'on aille voir la pièce.....comme avec sa mère antan...Trois heures de spectacle, assise dans son fauteuil rouge à miroiter la scène et son histoire ne lui font pas peur. Elle sait ce que « **Aimer** » veut dire. Elle remercie franchement Suzanne, Rémy de vive voix. Par elle, Yan aussi, qui comprend si bien pourquoi, en silence aux yeux d'enfant.

**Parés de poussières d'une Etoile**, nous quittons cette salle avec déférence et sous le charme... en route pour ce que nous croyons être une pause avant la grande scène des Bacchantes... et qui se révèle un empressement : Nous devons quitter au plus vite la Comédie pour rejoindre " L'Atelier ", car les Bacchantes se jouent, se vengent là-bas, non loin, mais quand même, et nous n'avons pas encore retiré nos places.

**Et là**, un souci inattendu et pas espéré du tout : Yannick marche de plus en plus lentement et avec gravité, la sciatique joue son rôle pour être.... et je suis la seule à connaître le chemin de " L'Atelier "... Nous devons nous séparer par petit groupe, c'est une question primordiale de places dans les gradins, les premiers gardent des places pour les seconds... Et Émilie, fidèle à sa course connue d'elle seule marche devant comme à son habitude... Second moment de réelle étrangeté, on est tous ensemble séparé!.... **Mais** pas sans cohésion :

Gaby, aidée de Sophie, soutient la jambe malade de Yannick par le bras ;

Lætitia fait le lien au carrefour avec Imane qui nous arrive tout droit des appartements thérapeutiques ;

Avec Yan, j'ose à temps rattraper Émilie, non sans regarder toujours derrière moi...

**Ça tient**, nous ne nous quittons jamais totalement, qui des yeux, d'un signe, d'un "Ohé", et la panique quitte le devant de la scène....

... Je pense très sérieusement à Magalie et sa trottinette..., étrangement absente, elle n'a pas répondu à mes appels depuis le matin, pas moins de 4... Gaby a scotché un



mot sur la porte du CTR à son intention... Vendredi, elle maintenait pourtant sa venue auprès de Sophie...

**Pas loin dans la rue**, on aperçoit le néon qui annonce " L'Atelier ". On arrive tous à " la queue leu-leu", un peu dilatés dans le temps.

Audrey est là avec son sourire, je respire. Nous sommes les derniers arrivants presque... Vite les places... Troisième moment d'égarement, d'équivoque et de solitude : Le coût de 6 abonnements pour 6 patients à 3 spectacles de la saison est de 54 euros... J'ai 30 euros sur moi, j'ai pensé le règlement spectacle par spectacle...

**Les dieux me tombent sur la tête, je suis angoissée....** Gaby arrive à ma rescousse et on tombe d'accord avec Audrey que ce n'est vraiment pas grave, oui.... Je ne sais pas comment je vais expliquer à Franca que j'ai dépensé 18 euros sans facture! Je fuis gagner la salle au plus vite avec les autres... La salle est pleine... De nouveau il faut faire solitude ensemble, et on a pris toutes les places qui restaient. **Voilà.**

Pas de lever de rideau, y en a pas...Pas de coups de martèlement sur le sol, cela ne se fait plus, sans rideau, ça n'a aucun sens... Audrey, nous invite à faire silence, éteindre nos portables et nous souhaite représentation céleste.

Des échafaudages en métal feignent d'être des murs, **et à travers**, on voit le Royaume de Cadmos. Comme en aparté, et prenant tout l'espace...Dionysos... **en** propre et en femme apparaît, suivi de ses Bacchantes d'Asie et d'ailleurs: Un chœur électronique et chanté où la coryphée de son nom de scène Potochkine annonce l'effroyable vengeance à venir.... l'ampli est au plus fort. La musique et son chant gagnent de façon macabre les esprits et leur corps **pas seulement sur scène...** Dans une semi pénombre, toujours de côté... Dionysos... Savoure... Déjà...**Enfin son Palais.**

Trois générations d'une même famille s'affrontent et règlent leurs comptes **maintenant.** Dionysos le terrible, le Maître de la Vigne, et premier né de la cuisse de Jupiter, doit prouver aux habitants de Thèbes qu'il est un dieu, ainsi reprendre le pouvoir usurpé à sa naissance.

Il ensorcèle toutes les femmes dont ses tantes, et c'est l'orgie bachique sur la montagne du Citéron où nul homme n'ose s'aventurer de crainte d'être dépecé, démembré par les femmes en extase. " Là, tout n'est qu'ordre... luxe... calme et volupté", la sexualité est à son sommet et le vin y abonde.

Penthée, le successeur reconnu légitime de Cadmos le patriarche, fait fi des prédictions néfastes de Tirésias l'ami :

" **Non Tirésias**, ce Dionysos n'est pas un dieu et je l'enchaînerai. Je gravirai le mont Citéron et je verrai le désir des femmes **entre elles qui se masturbent enivrées**, et de la débauche, les ramènerai à la raison. "...Dionysos, si prêt de son triomphe, se laisse prendre par la garde de Penthée et d'arguments de génie le trompe : Déguisé en femme, Penthée est conduit au Citéron par Dionysos lui-même.

Point arrivé que Penthée est raillé, bafoué et mutilé, écartelé...pour être mis à mort...**par sa propre mère** qui envoutée ne l'a pas reconnu, le prend pour un lion et l'égorge.

Dionysos est un Dieu et le Roi légitime de Thèbes.... Les tragiques Bacchantes dévouées à son culte perpétuent l'enivrement des sens à tous les siècles conjugués en un seul... Exilés Cadmos et Agavé pleins de douleurs universelles, " L'Étranger ", c'est eux.

**Ouah! Ouah! Ouah!** Intense en 1h20.

Tonnerre de Zeus d'applaudissements... Rappels Éternels de la jeune troupe de 9 comédiens inspirés : " Bon dieu ", ça fait du bien d'être reconnu, **le public avec soi j'imagine**.

Marion, éprise de la scène, n'a rien perdu. Elle vit de réminiscences apparemment douces et généreuses qui la ramènent au bon goût de la tendresse maternelle, et la mettent en appétit d'autres pièces, d'autres vies.

Yan, Emilie, presque en chœur, n'ont rien compris **disent-ils**, pourtant ils ont aimé **disent-ils aussi**,...faut-il absolument comprendre après tout.... Yan aux yeux d'enfant en a pris plein le corps la tête le cœur. Je pense qu'Émilie est amusée... si elle pouvait sortir de son ennui, et Dieu! Voir et Vivre son intelligence sans maquillage.

Lætitia se demande par quelle étrangeté elle est arrivée là... **Si elle n'a pas tout suivi, n'en a rien ressenti**. Absorbée qu'elle était par l'esthétisme visuel et sonore de la pièce, l'ambiance chaude, grave et flamboyante, **ou** électronique version contemporaine, elle s'est laissée gouverner, emporter...Elle n'y serait jamais allé seule...puis après quelque interrogation encore, revisite l'expérience tentée sur scène dans son adolescence et au goût amer. Aujourd'hui sonne comme une reprise au goût

sucré, à l'espoir de vœux reconquis.

Imane, la plus proluxe sur un terrain pas si inconnu, et dont elle ne s'est jamais cachée, en demande, éprouve le désir qui l'habite, cette soif malgré la fragilité, la timidité, l'angoisse, cette soif qui continue de l'emmener loin. En appartement thérapeutique, elle donne des cours de français à des adultes étrangers par son seul désir. La vie rêvée s'offre à nouveau à elle...et pourquoi pas en le théâtre puisqu'elle le veut.

Yannick, mon cher Yannick, cette gent si sensiblement coupé de ses émotions comme avec délicatesse,...il a perdu le fil. Il a perdu le fil dit-il. Malgré la rencontre avec les comédiens le mercredi, malgré la généalogie des dieux revue et corrigée avec Gaby, "**J'ai perdu le fil, c'était moyen**". En est-il perdu? Il ne dit pas qu'il n'a pas aimé, la suite logique lui a manqué voilà,... et dans la logique, **en cause**, assis comme debout, **sa cuisse**...n'a cessé de le rappeler à l'ordre de sa douleur....d'accord, vrai selon l'ordre du corps qui parle.... **Et Nom de Zeus**, pas de Dionysos qui dirait le contraire....

Dommage, dommage, dommage pour Magalie...qu'elle n'ait vécu cela avec nous.... Peut-être, **oui**, peut-être, c'est elle l'expatriée. Alors, répétons nous aussi, encore et encore, l'accueil inconditionnel, et nul doute qu'elle rentrera.... et prendre soin de son intérieur.

Une Première réussie pour Gaby la Comédie, ses lieux, être celle qui regarde et qui est vue.

**Enfin**...Qui oser dire pour moi cette poésie qui me hante et me débarrasse de ma peur tout à la fois... **Comme " Eux tous"**, j'ai voyagé dans mon univers...**Et, j'espère Nathalie** t'avoir rendu d'esprit **le corps de cette après-midi-là** qui t'a manqué d'avance. (Ne pas lire: "Le Moi est quo-extensif à l'univers de la pensée par le miroir du sang" Empédocle...bip bip Nathalie, c'est ça?).

Y en aura d'autres des pièces à voir, des pièces à jouer, des pièces à vivre, un fondant de fiction aux pommes chaudes dans le gâteau du réel....

**Mercredi et Samedi**, en une Belle Après-midi reconduite, la Comédie est entrée au CTR et le CTR à la Comédie le temps d'un Moment Ouvert à l'Étranger, et reconductible...Engagés déjà et y mettant de leur poche, 5 patients font la route à nouveau vers la Comédie Jeudi 1er Février avec Nathalie et moi-même où « Le Traitement » de Rémy Barché fait son cinéma.

## II. Journées de Reims 2018 : Une singulière souffrance : psychose et toxicomanie

### **ARGUMENTAIRE de la prochaine journée de Reims**

**du 30 novembre 2018**

Depuis quelques années, tel que les rapports d'activités successifs de l'association CAST l'attestent, le nombre de patients psychotiques venant consulter dans notre CSAPA spécialisé toxicomanie n'a cessé d'augmenter. C'est le même constat dans l'hébergement (AT et CTR) et dans beaucoup d'autres CSAPA en France. On observe par ailleurs une augmentation de la population toxicomane psychotique dans les milieux pénitentiaires, ou étant sous-main de justice.

Comment expliquer cela ?

D'une part, on pourrait faire l'hypothèse que nous travaillons maintenant avec des concepts qui nous permettent de mieux penser et de mieux cerner les « nouveaux visages » de la psychose.

Il n'est d'ailleurs pas sûr que la psychose soit plus présente aujourd'hui qu'hier dans les centres pour toxicomanes, et l'idée selon laquelle la psychiatrie se désengage de ses prérogatives concernant cette organisation psychique n'est pas certaine.

D'autre part, on pourrait postuler que ces sujets, plus nomades, plus adaptés, plus intégrés, ne représentant pas une menace à l'ordre public, ne trouvent pas leur place dans le dispositif hospitalier classique.

Ainsi, le psychotique-consommateur déambule entre l'hôpital psychiatrique, l'hôpital général, les services d'urgence, parfois la rue, le commissariat et la prison, les centres d'hébergement et les diverses associations d'aide. Puis, il arrive au CSAPA spécialisé toxicomanie avec une demande que, ni la médication, ni les traitements de substitution aux opiacés, ni les services sociaux, ni la prison, ont pu traiter.

Que faire ?

Surtout comment faire ?

Nous ne saurions accueillir de la même façon un consommateur des substances psychotropes (substitué ou pas ; suivi en CMP ou pas) et quelqu'un que l'on considère comme psychotique. Ce type de rencontre nous apprend que, parfois, c'est sous le nom de « toxicomane » que le sujet psychotique peut bénéficier d'un soin que l'hôpital qui n'est plus en mesure de lui fournir. Ainsi, dans un centre spécialisé « pour toxicomanes », le sujet psychotique trouve l'écoute, l'accompagnement social et la médicalisation que sa psychose nécessite. L'auto-nomination *toxicomane* serait ici un dernier paravent au déclenchement et l'institution peut parfois devenir pour lui un étayage clément et non persécuteur. Un lieu de répit...Un répit plus ou moins long.

Mais prendre en charge cette singulière souffrance, la comprendre et essayer de trouver avec le sujet une solution particulière pour faire barrage à l'abîme qui le hante, ne saurait être tout. Une formation permanente aux psychoses est désormais indispensable, d'abord pour nous-mêmes, mais aussi pour les acteurs sociaux confrontés à la psychose. Il existe un intérêt certain des causes de la pathologie, sa symptomatologie et cela interroge *de facto* les limites de l'accompagnement médico-social.

Ici, la thérapie institutionnelle, la pratique pluridisciplinaire, la psychiatrie humaniste, la psychothérapie et la psychanalyse lacanienne ont un rôle à jouer aussi clinique que politique.

### III. Invitation pour « les Intranquilles » au CMP Arthaud

L'association CAST (centre d'accueil et de soins pour les toxicomanes) a le plaisir de vous inviter à la projection du film ***Nous, les intranquilles*** de Nicolas Contant et du Groupe Cinéma du centre Artaud.



**Le mardi 3 octobre 2017 à 13h30  
à la MVA 122 Bis rue du Barbâtre à Reims \***

Cette projection sera suivie d'une discussion avec le réalisateur.

***Nous, les intranquilles*** commence au centre d'accueil psychothérapeutique Artaud. Le groupe cinéma du centre raconte la maladie, la thérapie, leur rapport au monde. Après un premier geste documentaire, le film devient participatif et met en scène son élaboration en collectif.

\* **ENTREE LIBRE ET GRATUITE.** Le nombre de places étant limité, vous pouvez réserver la vôtre via le courriel [gbfreda@wanadoo.fr](mailto:gbfreda@wanadoo.fr)

#### IV. Axo plage (sortie été 2017 CTR)

### **Sortie AXO PLAGES**

**Aout 2017**

Patients : au nombre de 4 du CTR

#### Objectifs initiaux :

La sortie devait permettre aux patients diverses activités sportives et de la baignade, au libre-choix de chacun, dans un environnement propice à la tranquillité et la convivialité. Ainsi, la sortie pouvait comprendre une remise en forme, du repos, et la promotion des liens entre les patients, ainsi qu'avec les thérapeutes.

#### Préparation :

Le matin, rappel des objets à prendre par Marie Christine, notamment la carte d'identité de chacun.

A 13h, Marie Christine prépare les traitements pour le soir et veille à ce que chaque patient ait sa carte d'identité, pendant que je prépare le matériel de sport. Participation de chaque patient dans la préparation des pique-niques.

Départ à 14h. Une seule voiture était nécessaire.

#### Déroulement :

A notre arrivée, le beau temps est de mise. Nous nous installons directement sur la plage. Lorsque les uns discutent, les autres se reposent. Finalement aucune activité sportive malgré les sollicitations non insistantes, mais cela a permis à chacun de se reposer et de profiter d'une journée apaisante. Seul André accepte de faire une promenade, ce qui permet de faire connaissance au travers d'une discussion et d'un cadre très agréable.

L'ambiance générale est très détendue. Olivier est resté tout le temps sur la plage pour se recharger en vitamine D. Les trois autres patients ont également profité de l'ombre (surtout Michaël), sous laquelle ils ont discuté entre eux. Magalie a évoqué l'idée qu'elle se rende temporairement dans un couvent, idée qu'elle retient depuis plus

jeunes, dit-elle, pour voir la société d'un autre œil. Une boisson/glacé a été proposée à chacun. Nous avons pu investir des discussions plus ou moins individuelles avec chaque patient, autant sur eux- mêmes que sur divers sujets, tout en gardant un esprit de groupe.

En fin de journée, nous avons pique-niqué dans le parc en profitant du calme et de l'air frais, ce qui était très reposant. L'humour et la bonne humeur étaient présents, ce qui a d'ailleurs permis de faire remarquer la tendance pessimiste de Michaël en toute bonne intention.

Nous sommes repartis vers 21h. Les patients ont montré une grande satisfaction quant à leur journée.

#### Evaluation :

L'aménagement du lieu et de l'aspect familial permettaient à chacun de vaquer à ses occupations dans un cadre sécurisant, bien que nous soyons restés en groupe le plus souvent. Les patients ont pu se détendre et se changer les idées au travers d'une sortie calme et apaisante. La convivialité a permis une journée agréablement partagée à la fois entre les patients et avec les thérapeutes. Les interactions ont semblé être apaisantes et à certains moments constructives.



V. La Semois (sortie été 2017 CTR)

## **COMPTE-RENDU DE LA SORTIE DU 13/08/17**

### **Descente de la Semois**

Nous sommes partis à 4 patients (Christophe M., Michaël S., Olivier D. et Jean-Claude V.) et 2 thérapeutes (Arnaud et Floriana).

Départ à 8h40, après délivrance des traitements et préparation des sandwichs.

Nous sommes partis sous la grisaille, craignant la pluie et en s'interrogeant jusqu'à la dernière minute sur la destination de notre voyage. Et si finalement, nous allions visiter les grottes de Han... Mais devant l'insistance de quelques patients, nous avons maintenu l'activité canoë.

Nous avons loué 2 kayaks biplaces et 2 kayaks monoplaces. Cela faisait suite à notre expérience de l'année précédente, et à une volonté de 2 patients d'avoir un monoplace. Nous avons respecté les règles de sécurité, en portant tous un gilet de sauvetage.

Cette année, nous avons découvert un nouveau parcours du fait du manque d'eau sur la rivière. Ce dernier était légèrement plus court que le parcours de l'année dernière. Mais les patients ont apprécié le fait d'être au calme, en pleine nature, au milieu des cygnes, canards et poissons. Nous avons pu contempler les pêcheurs à la mouche, et les jolies maisons au bord du rivage. Mais tout cela ne nous a pas épargnés un travail de stratégie et de slalom pour éviter de raccrocher le fond de l'eau. Et le niveau de l'eau nous a obligés, une année encore, à devoir parfois descendre du kayak pour nous déloger ...

Les binômes ont un peu tourné lors de la journée. Nous avons fait 2 ou 3 pauses durant les 12 km de descente. Le soleil s'est joint à nous pour la fin de la balade, nous faisant tous regretter de ne pas être partis plus tard.

A l'arrivée à Alle s/Semois, nous étions entre l'humide et le détrempé en fonction des uns et des autres. Contents d'avoir fini, mais contents de l'avoir fait. Le petit bémol fut

que nous avons été forcés d'attendre une rotation de car pendant 30 minutes avant de pouvoir regagner notre voiture et nous changer. Un patient s'est alors proposé de nous offrir une petite collation pour adoucir cette attente.

Nous avons conclu cette journée par l'incontournable achat de tabac à Bouillon. La ville était en ébullition car les fêtes médiévales s'y déroulaient. Les patients n'ont pas souhaité y prendre part, cela contrastant trop avec le calme que nous venions de vivre. Néanmoins, nous avons pris le temps d'un rafraîchissement en terrasse car le soleil était de la partie.

Sur le chemin du retour, tous les patients ont dormi, signe d'une dépense physique et d'un changement d'air profitable.

Retour à 19h, reconnaissants envers Manon de nous avoir préparé un délicieux repas.

Du côté des patients, le retour de cette sortie a été positif. « Beau », « calme », « bien ». Un patient qui n'était pas motivé au départ, à cause de sa peur de l'eau, s'est finalement dépassé et a apprécié cette activité. Certains patients étaient frustrés par le parcours qu'ils ont trouvé trop court, alors que d'autres étaient satisfaits de s'arrêter là. Quant à un patient qui avait gardé un mauvais souvenir de l'expérience faite l'année précédente, il s'est finalement réconcilié avec ce type de sport.

Un patient a souhaité mettre à l'épreuve ses souvenirs de l'année précédente, en réitérant un binôme patient/thérapeute. Force est de constater qu'une année plus tard, l'amélioration était au rendez-vous, et le patient a pu effectuer un retour sur lui-même pour dire qu'un an après, il se sentait plus détendu.

Le fait d'avoir un kayak monoplace se révèle indispensable. Un patient qui a tenté un binôme s'est finalement rapidement impatienté et a demandé à revenir en kayak monoplace. Cette souplesse lui a permis de pouvoir profiter de l'activité tout en prenant en compte sa difficulté.

Pour l'année prochaine, il faudrait envisager de débiter la descente à Alle s/Semois afin de continuer à varier le trajet d'une activité qui plaît (2 patients de cette année avaient déjà participé à l'activité l'année précédente).

## VI. Musée du Quai Branly Paris (sortie été 2017 CTR)

### **Sortie au Musée du Quai Branly Le mercredi 26 juillet 2017.**

Initialement, la sortie du jour devait avoir lieu à Fort-Mahon, mais la météo défavorable nous a conduites à trouver un plan de secours. Par chance, la semaine suivante, une sortie à Paris était programmée aux mêmes heures et avec les mêmes thérapeutes. Nous avons donc pu intervertir sans que cela ne pose de difficulté d'organisation.

La veille, nous avons fait cette proposition aux patients, et à notre grande surprise, tous se sont montrés enthousiastes.

Mercredi matin, lever à 7h pour le petit-déjeuner et la prise de traitements donnée par Marie-Christine. Préparation des sandwichs et des thermos de café et du petit matériel nécessaire.

Départ à 8h, avec 2 véhicules, 3 thérapeutes (Marie-France, Andréa et Floriana) et 8 patients (Imane, Magali, Christophe, Michaël, Jessy, Nathan, Jean-Claude, Olivier). Petite pause cigarette et café sur le trajet.

Arrivée à 11h, après passage sur le périphérique. Nous nous sommes garés sur le parking du musée. Balade le long des quais jusqu'au pied de la Tour Eiffel, où nous avons décidé de déjeuner. Nous avons délivré les traitements du midi aux patients. Pique-nique rapide car les patients avaient hâte d'aller visiter le musée.

De 13h à 17h, visite du musée par petits groupes, voire en solo, avec ou sans thérapeutes ; chacun à son rythme et selon ses intérêts. Quelques patients moins intéressés ont fait des allers-retours au sein de la structure, entre intérieur et extérieur (musée, jardin, café, magasin). D'autres plus intéressés, n'avaient pas assez de temps donné pour profiter selon leur convenance de l'exposition

Avant de repartir, briefing ensemble sur l'exposition autour d'un petit café. 17h - 20h trajet retour au Centre Thérapeutique Résidentiel, non sans embouteillages et quelques impatiences plus marquées chez certains.

Retour des patients à la suite de la sortie : tous en ont parlé les jours qui suivent et ont fait savoir qu'ils avaient aimé, ce qui les avait marqués (statuettes et le vaudou, etc ). Certains se sont rapportés quelques souvenirs.

Observations des thérapeutes : sortie concluante, très globalement positive, agréable. Les patients ont parfois besoin d'un peu de recul pour revenir sur leurs avis de la sortie (le jour même, ils étaient impactés par la fatigue de la journée et du traitement du midi). Ils étaient très contents de sortir de Reims, du cadre du CTR. Quant à une sortie culturelle, même ceux qui paraissaient les moins intéressés ont finalement semblé se prendre au jeu.

Remarques : Entrée du musée 10€. Les demandeurs d'emploi et les bénéficiaires des minimas sociaux profitent de la gratuité, tout comme la personne en situation de handicap (AAH) qui bénéficie d'une entrée gratuite pour elle et son accompagnateur. Gratuité également pour les 18-25 ans.

## VII. Fiche action sur la mise en place d'un groupe de parole au CTR

- auprès de patients pris en charge par le CAST,**
- autour de la question du cannabis et de l'alcool,**
- en tant que produits « pas comme les autres »,**
- censés ne pas être « ni dangereux ; ni interdits ».**

### *Action*

Mise en place d'un groupe de parole auprès de patients pris en charge par le CAST autour de la question de la consommation du cannabis et de l'alcool.

### *Projet*

Il s'agira de mettre en place un groupe de parole à titre expérimental, sur une période d'un an, auprès de patients pris en charge avec hébergement, ici le C.T.R., autour de la question de la banalisation de la consommation de cannabis et de l'alcool.

### *Argument*

Devant le constat d'une banalisation *intra muros* mais aussi *extra* de la consommation du cannabis et d'alcool à des doses mineures -voir moyennes, il s'agira de constituer un groupe de parole en vue de se laisser enseigner et de comprendre la conception et l'utilité de cette consommation. Devant le constat que le cannabis et l'alcool sont de plus en plus qualifiés par la société comme des drogues *douces* ou *pas de drogues du tout* ou de *drogues qui mériteraient d'être autorisées* et en conséquence de quoi les patients pris en charge au CAST ont tendance à les considérer eux aussi de cette manière, il s'avère important de connaître la conception de leur usage d'autant plus lorsque cet usage est effectué à l'intérieur d'un dispositif de soins.

Devant le fait que les patient en hébergement ne respectent pas, voire ne comprennent pas le rappel à la loi, que à notre tour, nous ne comprenons pas la banalisation de leur consommation, un groupe de parole proposé peut permettre que les points de vue se disent, se confrontent et permettent une mise en accord.

### *Public*

Patients qui bénéficient d'une prise en charge au CAST. Pour l'année 2018, ce projet concernera les patients pris en charge au CAST avec le CTR.

### *Lieu*

Idéalement, le lieu aurait été en dehors du lieu de vie. Des raisons pratiques ont amené à considérer que ce temps de paroles se tiendra au CTR évitant la mise en place d'un accompagnement vers l'extérieur, ceci occasionnera moins de gêne au niveau de l'organisation du CTR.

### *Calendrier*

De janvier à décembre 2018 hormis vacances scolaires.

Pour un auditoire de 10 personnes maximum.

Les lundis entre 10h00 et 12h00. Globalement le 4ème lundi du mois : lundi 22 janvier, 12 février, 19 mars, 9 avril, 29 mai, 25 juin, 24 septembre, 22 octobre, 27 novembre, 17 décembre 2018.

### *Animation*

Les psychologues cliniciens à l'origine de cette réflexion prendront en charge l'animation de la session. Un éducateur, différent à chaque fois, pourra être le bienvenu à chaque séance.

### *Budgétisation annuelle*

200,00 euros pour l'année. Cela comprend le café, quelques gâteaux et frais de photocopie. Les heures des intervenants sont incluses dans leur temps de travail au CAST.