



# Projet d'établissement 2009

août 2009

**Association Ressources**

6, avenue Jules Vallès  
91200 Athis-Mons  
tél. : 01 69 38 37 21  
fax : 01 69 38 75 64  
*resources@associationresources.org*

[www.associationresources.org](http://www.associationresources.org)



# Sommaire

<b>I. Présentation de l'établissement</b>	<b>5</b>
<b>II. Projet associatif</b>	<b>9</b>
<b>III. Historique de l'établissement</b>	<b>13</b>
<b>IV. Projet de service du CSAPA</b>	<b>19</b>
<b>V. Proje de service des appartements thérapeutiques</b>	<b>63</b>
<b>VI. Projet de service de la consultation jeunes consommateurs</b>	<b>71</b>
<b>VII. La prévention des addictions</b>	<b>81</b>
<b>VII. Le partenariat</b>	<b>85</b>
<b>IX. Organisation et fonctionnement de l'établissement</b>	<b>97</b>
<b>X. Les perspectives d'évolution de l'établissement</b>	<b>105</b>
<b>Annexes</b>	<b>109</b>



## **Chapitre I**

# **Présentation de l'établissement**

**Dénomination :**

**Ressources**

**Entités attachées :**

**CSAPA**

(Centre de soins, d'accompagnement  
et de prévention en addictologie)

*Service appartements thérapeutiques*

*Service consultation jeunes consommateurs*

6, Avenue Jules Vallès

91200 Athis-Mons (carrefour pyramide, N 7)

**Club de prévention spécialisée**

*Service d'actions collectives*

*Service de suivis individuels*

29 Rue Wurtz

91260 Juvisy-sur-Orge (Gare centrale)

**Pôle « entretiens familiaux »**

*Service d'accueil et d'écoute familiale*

*Service de thérapie familiale psychanalytique*

3 avenue d'Estienne d'Orves

91260 Juvisy-sur-Orge (Gare côté mairie)

**Gestionnaire  
de l'établissement :**

Association loi 1901

**Bureau :**

Présidente : **Dr M.-H. LEMAIRE**

Vice-président : **M. Alain GRANIER**

Trésorier : **M. François WEIL**

Secrétaire : **Mme Danièle BROUST**

**Directeur :**

**M. Denis JOUTEAU**

**Agréments :**

DGS n°93/5730 – 30 Novembre 1993

CG – Contrat d'Objectif 20/01/04

**Mode de tarification :** DGF

**Implantation géographique et locaux :**

La sphère d'influence, et surtout de proximité de l'association se situe essentiellement sur le nord/nord-est du département. Nos locaux se situent en proximité de notre ancrage historique pour nourrir la dynamique intercommunale que notre projet associatif a impulsé. Les appartements thérapeutiques, initialement sur le Val d'Yerres/Val de Seine ont été reventilés, à des fins pratiques sur le Val d'Orge, en proximité du CSST,

**Plan des bâtiments** cf. annexe 1 - p. 111

...





## Chapitre II

# Projet associatif

*« On ne peut être juste tout seul, à l'être tout seul on cesse de l'être »*

Eloge de la philosophie M. Merleau-Ponty

L'association Ressources place « l'humain » au centre de sa raison d'être mais aussi de son devenir. Mais quel humain ? Un humain unique et irremplaçable, une femme, un homme, quel que soit son sexe, son origine, sa qualification, sa place dans la société, ses choix, ses goûts, sa religion ou ses idées ; un homme à part entière reconnu dans sa singularité et son droit d'exister. Mais aussi un humain solidaire des autres hommes inscrits dans une fraternité fondée sur un socle de valeurs communes autorisant à chacun et à tous d'accéder à la dignité de la personne humaine. Ceci ne peut exister sans la conviction profonde d'une reconnaissance mutuelle, d'une préférence au débat, d'un échange qui respectera la pluralité des opinions et favorisera la discussion. D'une autorité qui s'exercera dans le profond respect de ces fondamentaux. Une société civilisée, solidaire et responsable où la loi contribue à renforcer la communauté et à élever la conscience de l'homme à un haut degré de considération, quel que soit l'abomination de ses travers.

Dans cet esprit, l'association Ressources se préoccupera de l'ensemble des hommes et des femmes, sans distinction particulière, traversés par des questions existentielles les mettant en réelle difficulté vis-à-vis d'eux-mêmes et vis-à-vis de la communauté et circonscrira son objet à la mise en œuvre suivante :

- Développer une action de prévention des conduites à risques en direction de populations jeunes, adolescentes et adultes en milieu ouvert, associatif et institutionnel.
- Accueillir, écouter, suivre et orienter toutes personnes concernées ou perturbées par un comportement addictif.
- Former, informer et documenter les professionnels et les bénévoles, jeunes et adultes.
- Animer et gérer un équipement nécessaire à la réalisation des objectifs de l'association.
- Agir avec et pour l'ensemble des institutions, organismes, associations et municipalités, sans limitation géographique.

## **Ainsi le projet de Ressources...**

- Se positionne vis-à-vis de son public et promeut ces valeurs :
  - rendre acteur de sa démarche, c'est prioritairement favoriser l'appropriation de la démarche par le sujet quelles que soient les difficultés et quel que soit le temps.
  - respect de la personne et de sa singularité.
  - respect de ses croyances, de ses idées dans les limites du respect mutuel.
  - préservation de sa dignité quel que soit le degré de précarité sociale ou mal-être psychologique.
  - faciliter l'accès des services, l'accès aux soins.
  - plus qu'entendre, il s'agit d'écouter.
  
- Se positionne vis-à-vis de ses partenaires :
  - développer des dynamiques transversales.
  - soutenir les organisations en réseau.
  - favoriser le dialogue l'échange de pratique.
  - développer des modes de production en co-construction.
  - travailler sur l'information partagé dans le respect d'une ligne éthique et déontologique au centre desquels se trouve le public/le sujet.
  - contribuer à l'évolution des pratiques.
  - soutenir des projets dans un esprit de complémentarité et de respect mutuel.
  
- Se positionne vis-à-vis du politique :
  - pas de parti pris politique dans la limite des fondamentaux démocratiques et des droits de l'homme.
  - inscrire l'association dans un ancrage territorial.
  - favoriser les dynamiques intercommunales.
  - être au plus près du terrain.
  - associer les élus à notre objet associatif.
  - réunir les conditions d'un dialogue permanent quelque soit les difficultés.
  - participer au diagnostique local.
  - être force de propositions et de progrès (ex. : réduction des risques).

• • •



## **Chapitre III**

# **Historique de l'établissement**

**L'**association Ressources a été créée le 24 mars 1992. Elle s'inscrit dans la volonté d'apporter des réponses cohérentes et complémentaires aux problèmes posés par les conduites addictives. En cela, elle est amenée à développer des réponses, tant sur le champ de la prévention que du soin, à travailler à la résolution de problèmes situés à l'interface du soin et de la prévention (ex. la question des simples usagers, la RDR, etc.) et dans le cadre de son inscription locale, à impulser une dynamique intercommunale propre à associer la sphère politique, sociale et médico-sociale à notre réflexion et à nos actions.

Il s'agit d'être ainsi au plus près des préoccupations de terrain, dans une volonté d'ouverture et d'articulation.

<b>avril - nov. 1991</b>	Étude et analyse des besoins Formalisation d'un projet
<b>décembre 1991</b>	Validation du projet DDASS/DGS/DGLDT/CG/ Intercommunalité/Partenaires
<b>24 mars 1992</b>	Date de récépissé de déclaration de l'association
<b>15 avril 1992</b>	Date d'insertion au Journal officiel Financement Conseil Général
<b>avril 1992</b>	1 <sup>ères</sup> embauches : 1 directeur de projet + un travailleur social  Ouverture d'un accueil public  Démarrage d'actions de prévention / d'actions de formation  Formalisation des dossiers de création d'un pôle prévention, d'un pôle soin et instruction
<b>juin 1992</b>	Mise en place de modules de formation annuels et de formations à la carte
<b>juillet 1992</b>	Embauche d'une secrétaire
<b>30 novembre 1993</b>	Agrément et financement du centre de soins
<b>20 janvier 1994</b>	Prise de possession d'un local pour le CSST (6, av. Jules Vallès)
<b>1<sup>er</sup> février 1994</b>	Embauches : une éducatrice spécialisée + un psychologue Finalisation du projet thérapeutique du soin

<b>15 février 1994</b>	Ouverture au public de notre nouveau local
<b>1<sup>er</sup> mars 1994</b>	Embauche de l'accueillante Mise en place d'un réseau de pharmaciens pour la diffusion du Stéribox (site expérimental) Structuration d'un dispositif global de récupération de seringues souillées (projet sharpack)
<b>4 juillet 1994</b>	Embauche du psychiatre
<b>sept 1995 - sept. 96</b>	Étude et mise en œuvre de l'implantation de Distribox au niveau départemental et local en collaboration avec le réseau Pluriel
<b>septembre 1996</b>	Agrément et financement du projet de la prévention spécialisée Obtention de 3 ETP d'éducateurs pour la prévention
<b>mars 1998</b>	Demande de la DDASS pour reprise des activités de soins d'un CSST sur le Val d'Yerres/Val de Seine (VY/VS) par Ressources
<b>janvier 1999</b>	Reprise des activités et du personnel de l'association du Parquet et ouverture sur le TGI d'un pôle injonction thérapeutique Signature du contrat d'objectifs de la prévention spécialisée
<b>mars 1999</b>	Après la nécessaire étude d'un cabinet juridique : accord du Conseil d'Administration pour la reprise des activités de soins sur le Val d'Yerres/Val de Seine sous condition d'engagement financier confirmé des autorités de contrôle.
<b>1<sup>er</sup> avril 1999</b>	Ouverture d'un local spécifique pour le service de prévention
<b>12 avril 1999</b>	Embauche d'un comptable

<b>7 juin 1999</b>	Versement partiel des engagements de la DDASS et demande d'ouverture immédiate du CSST VY/VS Embauche du chef de service du club de prévention Financement du poste de Directeur par la DDASS
<b>12 juillet 1999</b>	Embauche chef de service CSST VY/ VS Finalisation projet thérapeutique VY/VS Recherche d'un local Travail avec les partenaires
<b>1<sup>er</sup> janvier 2000</b>	Après mise en conformité ouverture du centre de soins VY/VS
<b>mars-avril 2000</b>	Embauche de 2 ETP éducatifs pour CSST VY/VS Ouverture d'un service appartements thérapeutiques
<b>avril-septembre 2000</b>	Mise en place de l'activité du CSST VY/VS
<b>septembre 2000</b>	Annonce de la DDASS de son incapacité à tenir ses engagements financiers
<b>13 Octobre 2000</b>	Dépôt d'un recours en contentieux auprès de la Commission de tarification sanitaire et sociale (CTSS)
<b>janvier 2001</b>	Ouverture d'un service en direction des familles : le pôle « entretiens familiaux »
<b>septembre 2001</b>	Mesure d'alerte Plan de restructuration du soin Recours gracieux auprès du préfet
<b>octobre 2001</b>	Fermeture du pôle injonction thérapeutique sur décision de la DDASS, malgré un projet de développement avec l'ANPAA
<b>décembre 2001</b>	Fermeture du CSST VY/VS / remplacement du personnel / réorientation des patients pris en charge
<b>14 décembre 2001</b>	Séance publique du contentieux à la CTSS



<b>4 mars 2002</b>	Embauche d'une infirmière
<b>22 mars 2002</b>	Notification du jugement de la CTSS. L'association est rétablie dans son bon droit.
<b>1<sup>er</sup> avril 2002</b>	Embauche sur le service de prévention d'un comédien intervenant.
<b>18 septembre 2003</b>	Embauche d'un second psychiatre à 0.25 ETP
<b>2004</b>	Embauche de deux éducateurs supplémentaires et d'une secrétaire pour le service de prévention
<b>2005</b>	Emménagement dans un nouveau local pour le service de prévention Embauche d'un second comédien Embauche à temps plein de l'éducatrice appartement thérapeutique et augmentation du temps psychiatre de 0,36 à 0,50 (2 x 0,25)
<b>2006</b>	Mise en place de dispositions afin de préparer l'ensemble du personnel à la mutation en CSAPA : formation en alcoologie pour les moins préparés, formation aux addictions sans produit, formation du médecin et de l'infirmière à un DU de tabacologie
<b>2007</b>	Ouverture de la consultation jeunes consommateurs
<b>2008</b>	Convention pluriannuelle CAF pour le pôle « entretiens familiaux » Convention pluriannuelle ACSE pour le service prévention
<b>2009</b>	Dossier passage CSAPA/Schéma régional addiction/ Schéma départemental prévention

...



## **Chapitre IV**

# **Projet de service du CSAPA**

# 1. Textes de références

- Code de l'Action Sociale et des familles
- Code de la Santé Publique
- Décret n°2008-87 du 24 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
- Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie
- Loi du 31 décembre 1970 et les textes qui s'y rapportent
- Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Si l'ensemble du personnel a pour l'essentiel bénéficié d'une formation universitaire supérieure, notre référence commune, à la croisée de la psychologie clinique, de l'éducation populaire, de la psychanalyse freudienne, de la pédagogie active, de la sociologie urbaine et de l'éducation spécialisée, défend les thèses selon lesquelles les addictions sont la manifestation d'un symptôme dont il convient d'aider le sujet à en identifier, voire en comprendre, quelque chose. Le sujet est acteur de sa démarche. Il s'agit donc de travailler à partir de son désir sans le substituer au nôtre en acceptant le rapport qu'entend entretenir le sujet avec le produit (ou sa dépendance) mais en facilitant le questionnement. Notre approche est globale pour pouvoir à la fois appréhender le sujet dans son ensemble mais, plus encore, de pouvoir saisir sa demande là où il la dépose. Nous faisons parfaitement cohabiter les impératifs de santé publique avec une place pleine et entière pour la RDR et un cadre de soins propices à la mise à distance de sa propre dépendance. En complément de la pluridisciplinarité, nous défendons aussi le concept de « transdisciplinarité » qui définit un mode d'organisation du travail transversal, un diagnostic partagé, dans l'exercice complémentaire de chaque profession. Notre méthodologie de travail s'inspire des approches communautaires et nous amène à développer des pratiques dites « transversales » qui convergent totalement vers les modèles d'organisation de type réseau. Ceci s'inscrit dans un esprit de mise en dynamique des complémentarités de compétences et de dynamique de Co-construction. Le partenaire sera considéré comme un sujet à part entière acteur de son propre devenir et de notre devenir commun.

## 2. Références théoriques et conceptuelles

Pour répondre aux missions qui nous sont confiées et atteindre les objectifs qui nous sont fixés nous avons choisie d'appuyer notre pratique sur des conceptions théoriques issues de la psychanalyse, d'une expérience clinique et en référence à l'ensemble des textes de recommandations officielles et conférences de consensus dans le domaine des addictions.

Nous partons des trois postulats suivants :

### **1<sup>er</sup> postulat :**

Les personnes qui s'adressent à nous ont un usage de substances psychoactives ou un comportement addictif qui leur posent problème.

### **2<sup>e</sup> postulat :**

L'addiction est un symptôme, une conséquence dont l'origine se situe dans l'histoire individuelle de chacun.

### **3<sup>e</sup> postulat :**

L'usage de substances psychoactives et l'addiction sans substance ont plusieurs fonctions pour l'individu.

## La substance psychoactive

Elle sert à :

- anesthésier psychiquement ce que la personne ne peut pas supporter : angoisses peurs, complexes, conflits psychiques, failles psychiques...
- masquer la souffrance
- gérer la relation aux autres et au monde qui l'entoure

Elle est :

- une tentative d'automédication pour essayer de maintenir un équilibre psychique
- une identité de rechange, en substituant l'identité réelle du sujet par celle d'addicte

La substance psychoactive procure un plaisir immédiat au sujet dans un registre auto-érotique

### **L'objet de l'addiction sans substance :**

Nous entendons « objet » au sens psychanalytique du terme, à savoir « *ce qui confère à l'homme, en tant que sujet désirant, force et énergie. Le sujet dépendant perd toute liberté par rapport à l'objet de sa dépendance (drogue, pratique sexuelle, conduite alimentaire, jeu pathologique, etc., mais aussi être aimé, animal, argent, etc.), qui devient dès lors un objet total indispensable à sa relation aux autres.* » cf. Le dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances, de Denis Richard et Jean-Louis Senon (Larousse, 1999).

## **3. Références méthodologiques**

Le patient a libre choix sur les propositions thérapeutiques qui lui sont faites

Il est acteur de sa démarche. Nous l'y accompagnons à partir de ses demandes.

Notre objectif est d'aider le patient à retrouver un équilibre psychique suffisant pour pouvoir mener sa vie comme il le souhaite

C'est également lui proposer de remonter aux origines de son addiction afin d'apaiser ses conflits psychiques par une approche psychothérapeutique.

Les demandes émanant des membres d'une même famille bénéficient d'un suivi par des professionnels différents pour garantir à chacun une prise en compte individuelle.

Nous offrons aux patients, la possibilité d'un suivi pluridisciplinaire s'appuyant sur des temps de réflexion et de concertation communs, formels (réunion clinique) ou informels (à chaque fois que nécessaire)

Les outils thérapeutiques sont les moyens que nous mettons à la disposition de la personne pour l'aider.

Nos outils thérapeutiques sont :

- L'accueil
- Le suivi socio-éducatif
- Le suivi infirmier
- Le suivi médical
- Le suivi psychiatrique
- Le suivi psychologique
- La prescription et la délivrance de traitement
- Le sevrage ambulatoire et hospitalier
- Les soins résidentiels

# 4. Principes éthiques et déontologiques

« L'éthique c'est l'esthétique du dedans. » Pierre Reverdy

**Gratuité**

**Respect de l'anonymat**

**Libre adhésion**

**Confidentialité**

**Respect de l'individu**

**Qualité du soin**

**Engagement vis-à-vis de la personne**

**Se retrouver sur des valeurs communes**

**Faire une place à part entière à chaque personne**

**Chacun s'écoute et se respecte**

**Sans jugement de valeur**

**Non mandatement**

**Secret professionnel**

**Information partagée**

**Disponibilité**

**Politesse**

**Transparence**

**Rigueur**

**Gestion en « bon père de famille »**

**Respect de l'intégrité physique et psychologique...**

*...sont des principes éthiques et déontologiques partagés par tous les services de l'association.*

La dimension thérapeutique du CSAPA, de la consultation jeunes consommateurs et des appartements thérapeutiques fonde aussi les principes éthiques suivants :

## **La neutralité bienveillante**

Freud qualifie par ce concept le positionnement de l'analyste dans la cure psychanalytique. C'est pour nous un principe éthique valable pour chaque professionnel quel que soit sa fonction. La personne en souffrance qui s'adresse à nous doit pouvoir être écoutée, entendue sans *a priori*, sans jugement par le professionnel qui la reçoit.

Nous y travaillons régulièrement en réunion clinique.

## **La distance professionnelle**

Le patient s'adresse à nous en tant que professionnel. Il ne doit rien connaître de notre vie privée. Ce principe nous permet de proposer au patient nos compétences pour l'accompagner dans son projet de soin. Il permet aussi de prendre la distance nécessaire pour gérer les comportements des personnes accueillies et de les suivre sans être happé dans leur problématique.

De la même façon, tout échange professionnel et personnel qui ne concerne pas directement le patient ne se passe pas en sa présence.

Une distance appropriée maintenue dans la relation avec chaque patient est facilitée par l'utilisation du vouvoiement

## **Le respect des individus**

Le centre de soins est un lieu neutre pour permettre à chacun de s'y reconnaître. Toute personne est accueillie quelles que soient ses convictions et idéologies. Aucune discrimination n'est exercée.

Le respect des décisions et des choix de chaque patient prime sur nos propositions thérapeutiques.

## **Le respect de l'individualité**

Malgré un cadre commun de référence, l'organisation des soins et l'accompagnement sont le plus individualisés possible pour être au plus près des spécificités de chacun.

La prise en charge ne peut être mise en œuvre sans l'adhésion du patient.

## **La convivialité**

Nous attachons une grande importance à la façon d'accueillir les personnes qui s'adressent à nous, à l'aménagement des locaux. Le respect, la politesse, l'amabilité et la disponibilité sont des valeurs que chaque membre de l'équipe met en œuvre dans sa façon d'accueillir et dans chacun des ses échanges avec les patients.

## **L'écoute bienveillante, la verbalisation et le dialogue**

Ces trois principes sont aussi à l'œuvre dans toutes les interactions que nous avons avec nos patients.

Chaque personne peut trouver une écoute en individuel, même s'il n'a pas rendez-vous.

Un climat de bienveillance permet la verbalisation. Le dialogue désamorce l'agressivité et la violence éventuelle qui sont l'expression d'une souffrance pour beaucoup. De fait, ce type de passage à l'acte reste exceptionnel.



## **La confidentialité des informations concernant le patient**

La loi de 70 donne le droit à l'anonymat. Nous le rappelons à chaque premier contact. L'ensemble de l'équipe respecte le secret professionnel, étant entendu qu'il s'agit d'un secret partagé. Les patients en sont informés.

Les informations qu'ils nous donnent sont confidentielles.

La nécessité d'un travail partenarial dans l'intérêt du patient passe par un accord préalable de celui-ci avant chaque échange.

# **5. Missions et objectifs généraux**

## **Extrait des statuts :**

- « Développer une action de prévention des conduites à risques en direction de populations jeunes, adolescentes et adultes en milieu ouvert, associatif et institutionnel. »
- « Accueillir, écouter suivre et orienter toutes personnes concernées ou perturbées par un comportement addictif. »
- « Former, informer et documenter les professionnels les bénévoles, les jeunes et les adultes. »
- « Animer et gérer un équipement nécessaire à la réalisation des objectifs de l'association. »
- « Agir avec et pour l'ensemble des institutions, organismes associations et municipalités sans limitation géographique. »

Le centre de soins de l'association Ressources est agréé CSST (Centre de soins spécialisés en toxicomanie), depuis 1993 (DGS n° 93/5730)

## **Missions :**

Fixées par l'article D.3411-1 du Code de Santé Publique, nos missions sont les suivantes :

- L'accueil, l'information et l'orientation des usagers de substances psychoactives et des personnes présentant une addiction sans substance.
- L'aide au repérage des usages nocifs et à la réduction des risques associés à l'usage de substances ou plantes mentionnées à l'article 1<sup>er</sup>.
- Le diagnostic et les prestations de soins, dans le cadre d'une prise en charge médicale et psychologique des personnes addictes.
- Le centre assure le sevrage ainsi que son accompagnement lorsqu'il est réalisé en milieu hospitalier.
- La prescription et le suivi de traitement de substitution.
- La prise en charge sociale et éducative qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.
- L'accompagnement de l'entourage.

## Objectifs Généraux :

En référence au document de travail DRASSIF-CRAMIF juin 2006 « Pratiques et recommandations », nos objectifs de prise en charge sont les suivants :

- Établir un premier lien, créer les bases d'une entrée en relation, instaurer une relation pour faciliter la prise en charge ultérieure.
- Proposer une information adaptée, au moment de l'accueil, mais aussi tout au long de la prise en charge (information précise en rapport direct avec sa demande et ses besoins, une information générale sur ses droits et sur les modalités de prise en charge proposée par le centre).
- Assurer et garantir la continuité de la prise en charge de la personne accueillie.
- Apporter une réponse de soin aux demandes des personnes en difficulté avec leur usage de substances psychoactives, avec leur addiction sans substance.
- Être en mesure d'apporter un soutien à l'environnement familial des personnes suivies.

## 6. Publics accueillis

En tant que CSST nous accueillons toute personne présentant un problème dans son usage de substance psychoactive ainsi que son entourage.

Le passage en CSAPA nous permettra de répondre aux autres demandes. Elles nous ont conduits à proposer de développer un accueil généraliste, c'est à dire permettant la prise en charge de toute personne présentant un problème dans son usage de substance psychoactive (alcool, drogue, médicament) et/ou une addiction comportementale (jeu pathologique, achat compulsif...) ainsi que leur entourage.

### 6.1. Caractéristiques identitaires

Dans la consultation ambulatoire du CSST, une majorité de personne vient des communes limitrophes (91%).

Si la proximité favorise l'accès aux soins, la non sectorisation permet de s'adresser aussi à des personnes réticentes à une démarche de soins proche de chez elles.

Nos habilitations nous permettent de prendre en charge des mineurs, jeunes adultes et adultes, homme, femme, couple et leur entourage. En 2008, sur 326 patients nous comptons 79% d'hommes, La tranche d'âge la plus représentée reste les personnes entre 30 et 39 ans, soit 32,5% de la file active. Si une majorité (63,9%) a un logement stable, 21,4% sont dans une situation précaire dont 3,3% sans domicile et 38,6% sont dans une situation fragile en ce qui concerne les revenus.

Pour ce qui est de l'usage de substances psychoactives, nos données recourent logiquement les grandes tendances identifiées au niveau national. Ainsi, depuis les années 80, l'émergence d'une pratique polytoxicomaniaque s'est confirmée et amplifiée pour représenter en 2008, 55 % de notre file active. L'incidence du sida n'y est pas totalement étrangère, avec une baisse importante des pratiques

d'injection intraveineuse et l'ouverture vers d'autres produits comme la cocaïne. À partir de 1995, avec la mise en place de la substitution, nous constatons non seulement un nouveau type de patients présentant notamment des comorbidités psychiatriques importantes, mais aussi une polytoxicomanie où l'alcool prend une large place.

Ainsi entre 2003 et 2008, nous observons une nette augmentation quantitative des patients présentant comme premier produit l'alcool. Cependant, ceci est à pondérer, car mis en proportion, le pourcentage de personnes consommant de l'alcool en unique produit est stable. Par contre, il apparaît assez clairement que si les consommations d'opiacés augmentent en quantité, la proportion des consommateurs est en baisse continue.

L'augmentation des personnes utilisant le cannabis se confirme, ce qui n'est pas réellement le cas, pour le moment, avec la cocaïne.

Les dernières tendances constatées concernant le public suivi à Ressources sont :

- La prédominance masculine de la population.
- Le vieillissement d'une part importante des patients suivis dans la file active.
- Dans le même temps, des demandes de prise en charge plus précoces pour les nouveaux patients.
- La fréquence élevée de la précarité et de la comorbidité psychiatrique des usagers de drogues.
- La fréquence élevée de la polyconsommation.
- La baisse en proportion des prises en charges liées à la consommation unique d'opiacés.
- L'augmentation de la part liée à la consommation de l'alcool.
- L'augmentation de la part liée à la consommation de cannabis.
- L'augmentation du nombre de personnes adressées par la justice.
- L'augmentation des personnes cherchant une aide au sevrage tabagique.
- L'apparition de demandes de prise en charge de personnes présentant une addiction sans substance.

En ce qui concerne les demandes de l'entourage, malgré leur augmentation constante, leur prise en charge reste une activité périphérique. Elle réunit le plus souvent les parents, pour 1/3 d'homme et 2/3 de femmes.

Deux fois sur trois, nous ne voyons que la mère. Cette population présente des tranches d'âge par ordre décroissant de :

- 26,81 % pour les moins de 30 ans (concubin(e), enfants vis-à-vis de leur parents).
- 26,81 % pour les 40 /-50 ans.
- 19,57 % pour les 50/-60 ans.
- 13,77 % pour les 30/-40 ans.
- 13,04 % pour les 60 ans et +.

Notre file active présente sur les six derniers exercices une progression moyenne de 11% par an.

Ainsi les projections envisagées nous amènent à penser d'abord que le nombre de personnes présentant une dépendance à l'alcool devrait augmenter de façon très significative, d'autant qu'à ce jour le public monoconsommateur d'alcool, n'ayant connu qu'exclusivement ce produit, ne représente qu'une partie des patients dont le premier produit est l'alcool. Le passage en CSAPA va ouvrir plus largement une place aux « simples » alcoolodépendants. La prise en charge des simples usagers cannabis, cannabis/alcool et usagers sans produits, caractérisée par un public beaucoup plus jeune, va également augmenter car nous ne sommes qu'au début d'une évolution sociétale où le virtuel et le loisir continueront à prendre une place grandissante. Le corollaire direct est aussi l'augmentation inévitable des demandes de l'entourage qui va en découler. Plus les patients sont jeunes et plus nous avons à faire avec les parents. Notre file active devrait suivre sa progression, soit 11 % par an en moyenne.

## 6.2. Caractéristiques statutaires

La majorité des personnes qui s'adressent à nous viennent d'elles-mêmes, seules ou suite au travail d'orientation de nos partenaires. L'autre partie de notre file active est contrainte par une mesure judiciaire dans le cadre de la loi de 70.

### 6.2.1. Les patients sous contraintes :

Certains de nos patients font l'objet d'une mesure judiciaire : injonction thérapeutique, obligation de soins...

Ces mesures, bien que n'émanant pas des mêmes instances (l'injonction thérapeutique est prononcée par le procureur de la république ou son adjoint, l'obligation de soins par un juge suite à un jugement) sont toutes les deux contraignantes. Elles sont assorties d'un suivi éducatif par un travailleur social faisant partie des services de la justice pour les personnes en obligation de soins et d'un suivi médical pour celles en injonction thérapeutique. Elles ont pour but de prendre en compte la question du soin avec celle de la délinquance. En effet, l'usage de substance illicite est un délit relevant du pénal mais renvoie aussi une possible nécessité de soin affirmée par ces mesures. Or, sur le plan thérapeutique, il est impossible d'obliger quelqu'un à se soigner. Ce qui nous a conduits à développer une prise en charge et un partenariat spécifiques.

### Une prise en charge spécifique

En 2008, ces mesures concernaient 26,7% de notre file active.

Les patients sous contrainte sont souvent peu compliants. Certains ne reconnaissent pas leur problème de dépendance. D'autres, malgré la mesure, ne nécessitent pas de soin.

Dans ce cadre particulier, nos objectifs sont :

- de respecter la confidentialité de nos échanges, dans un cadre d'obligation pour ces patients de rendre des comptes
- d'installer un cadre thérapeutique malgré la contrainte
- de les aider à identifier leur responsabilité et leur engagement « contractuel » avec la justice, distincts de ce que peut leur offrir une démarche de soins consentie.

Les entretiens réguliers leur permettent d'identifier progressivement leur problème d'addiction tout en respectant leur refus de reconnaître la nécessité de soin. Un certain nombre d'entre eux reviendra, une fois la mesure terminée, avec une demande de soin.

Pour installer un cadre thérapeutique, il faut se dégager de toute position de jugement ou de suivi de mesure. C'est pourquoi le sujet est le seul à rendre des comptes au représentant de la justice. Nous lui délivrons, à sa demande, une attestation d'entretien ou un certificat de suivi (cf. annexes 2 p. 117 et annexe 3 p. 119). Il est libre de venir ou non aux entretiens qui lui sont proposés sans que nous intervenions dans ce contrôle.

Nous n'échangeons avec nos partenaires justice qu'avec l'accord préalable des patients.

Pour ceux qui ne nécessitent pas de soins, nous travaillons sur la responsabilisation du sujet et les engageons à en parler avec le travailleur social chargé du suivi de la mesure.

## **Un partenariat spécifique**

Nos partenaires de la justice sont informés, en amont de toute prise en charge, de nos modalités de fonctionnement et y adhèrent. Une convention de partenariat, en cours, formalisera nos échanges (cf. annexe 15 p.175).

Ils peuvent suivre l'effectivité de la mesure en demandant à la personne les certificats attestant de son suivi.

## 6.2.2. Les personnes détenues ou sortant de prison

Les personnes détenues habitant le secteur du Val d'Orge et présentant une addiction nous contactent par courrier ou par l'intermédiaire de l'éducateur chargé de leur suivi pendant leur incarcération. Une éducatrice du CSAPA les rencontre en détention pour débiter un suivi et organiser leur prise en charge à leur sortie. Un partenariat spécifique avec l'UCSA, le SMPR et le SPIP de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis permet une lisibilité de ce dispositif. Ces partenaires peuvent aussi assurer le relais dans la prise en charge à la sortie des détenus n'ayant pas pu nous contacter pendant leur incarcération.

De même, nous assurons un suivi conjoint, avec les équipes chargées de la prise en charge de nos patients durant leur incarcération.

## 6.3. Les problèmes spécifiques des personnes accueillies

Nous constatons dans notre file active que :

- Des patients de plus en plus jeunes consultent : ils nous sont adressés plus précocement ce qui nous a conduits à développer une consultation jeunes consommateurs (cf. Chapitre VI - Projet de service consultation jeunes consommateurs p. 71).
- De nouvelles formes addictions apparaissent. Les addictions sans substance entraînent une nécessaire modification de nos pratiques cliniques et de nos réponses thérapeutiques.
- Les personnes souffrant d'une comorbidité psychiatrique sont de plus en plus nombreuses.
- Il y a un vieillissement de notre file active : les mesures prises pour réduire les risques, les trithérapies, les traitements de substitution diminuent significativement le taux de mortalité par surdosage et lié aux pathologies VIH et VHC.
- Les traitements de substitution inscrivent les patients dans la durée, favorisent les stabilisations et réduisent les consommations et les ruptures dans les démarches de soins.
- Les polyconsommations, notamment celles associées à un traitement de substitution, restent problématiques.
- Il existe toujours une difficile maturation de la demande de soins.



Sept groupes de patients se dessinent, chacun avec leur spécificité déterminant notre mode de prise en charge :

## **1<sup>er</sup> groupe :**

### **Les patients dépendants à une substance illicite**

- Ces patients mettent longtemps avant de rompre avec les substances psychoactives qui masquent beaucoup de maux.
- L'usage régulier d'une substance psychoactive conduit le sujet à augmenter les doses pour tenter d'obtenir les mêmes effets physiques et psychiques qu'aux premiers instants de la consommation (c'est ce que J. Bergeret ; J. Leblanc et collaborateurs appelle la tolérance dans *Précis des toxicomanies*, Masson 2<sup>e</sup> édition, 1988)
- L'addiction conduit souvent le sujet à essayer toute nouvelle substance, voire à les associer.
- La remise en question de l'usage de substance psychoactive prend plusieurs années.
- Les demandes de soins, sont souvent espacées de plusieurs mois
- C'est en moyenne vers 30 ans que la personne s'investit pleinement dans un projet thérapeutique.

Pour ce qui est du public qui nous consulte, nous savons qu'il faut en moyenne dix ans pour qu'une personne sorte de la dépendance à une substance psychoactive.

L'accompagnement est essentiel dès la première demande. C'est pourquoi nous considérons toute rechute, toute reprise de suivi, toute tentative d'arrêt de la consommation comme une étape faisant partie du traitement. Nous accueillons toute sollicitation sans jugement ni *a priori* sur le devenir de celle-ci.

## **2<sup>e</sup> groupe :**

### **Les patients présentant une polyconsommation**

La polytoxicomanie se définit par le cumul d'au moins deux usages réguliers de substances psychoactives, de façon simultanée ou séquentielle.

La régularité de l'usage diffère en fonction du produit consommé :

- Usage régulier de tabac : consommation quotidienne (au moins une cigarette)
- Usage régulier du cannabis : 10 consommations par mois
- Usage régulier d'alcool : 3 consommations dans la semaine
- Usage régulier de somnifères ou tranquillisants : 1 consommation dans la semaine

La prise en charge de la polyconsommation d'un patient est spécifique et nécessite plusieurs approches thérapeutiques :

- l'association de plusieurs traitements permet de prendre en compte la polyconsommation dans son ensemble lorsque les traitements sont compatibles les uns avec les autres.
- la prise en compte des différents produits les uns après les autres permet au patient de régler un problème après l'autre.
- Dans les cas de consommation d'alcool associée à un traitement de substitution, l'augmentation du dosage de méthadone est préconisée.

Le choix de ces approches thérapeutiques dépend des spécificités de chaque patient. L'équipe et le patient décident ensemble de l'approche la plus adaptée.

### **3<sup>e</sup> groupe : les patients alcoolodépendants**

Face aux demandes qui nous étaient adressées et avec la possibilité qui nous est offerte d'élargir notre pratique au champ des addictions, nous nous sommes formés à la prise en charge des patients présentant un problème de consommation d'alcool.

Ces personnes ont la particularité :

- d'être dans le déni de leur consommation d'alcool. Boire de l'alcool c'est « être comme tout le monde ».
- Ils sont dans une pseudo-compliance à la démarche de soins, dans le « faire plaisir à l'autre » au détriment d'eux-mêmes, dans la dévalorisation.
- Les patients alcooliques consultent plus tardivement, l'alcool est une substance intégrée aux us et coutumes de notre société ce qui ne favorise pas un accès précoce aux soins. De plus, les pathologies (cirrhoses, hépatites alcooliques...) se déclarent généralement après 20 ans de consommation Une consommation problématique met plus de temps à inquiéter le sujet et son entourage.
- Ils ont moins de problème de justice, l'usage d'alcool n'est pas un délit.
- Ils présentent souvent une chronicisation dans une consommation excessive et régulière.

Un travail centré sur la revalorisation du sujet et les représentations de la place de l'alcool dans la société et dans leur vie sont particulièrement nécessaires. Le travail avec l'entourage est important. Il est une aide précieuse dans l'accompagnement d'un patient alcoolique. L'approche groupale thérapeutique ou par les pairs (type « Narcotiques anonymes ») est un outil de soins particulièrement adapté à ses patients qui ont besoin d'être reconnus et de s'identifier à l'autre.



## **4<sup>e</sup> groupe :**

### **les patients présentant une addiction sans substance**

Là encore, la perspective du passage en CSAPA nous a permis de nous préparer à l'accueil de ces patients. Nous nous associons à la recherche clinique balbutiante dans ce domaine.

Ce sont des patients, en général, bien insérés sans modification de comportement due aux effets de substances psychoactives mais qui présentent lors de l'arrêt de leur pratique addictive un état comparable dans ses manifestations à un syndrome de sevrage (qui se définit en toxicomanie par l'ensemble des manifestations physiques liées à un arrêt brutal de la consommation de substance psychoactive).

Ces patients peuvent nécessiter la mise en place d'un traitement visant à les aider à canaliser les angoisses qui émergent suite à l'arrêt de leur pratique addictive. Un suivi psychothérapeutique est essentiel pour permettre la résolution des conflits psychiques à l'origine de cette conduite addictive.

## **5<sup>e</sup> groupe :**

### **les personnes souffrant d'une comorbidité psychiatrique**

La comorbidité, ou « diagnostic associé » est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme la « *co-occurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique* ».

La comorbidité est difficile à diagnostiquer et les équipes psychiatriques comme les services de traitement des addictions ne parviennent pas toujours à la déceler.

Les syndromes psychiatriques aigus d'un patient présentant une comorbidité peuvent être pris par erreur pour des symptômes provoqués par des substances psychoactives. Inversement, les phénomènes de manque ou d'intoxication peuvent être mal interprétés et confondus avec une maladie psychiatrique.

Il convient de distinguer d'une part les troubles mentaux non spécifiques les plus souvent observés dans la trajectoire des personnes addictes, d'autre part les complications psychiatriques directement liées à l'usage de substances psychoactives et, enfin, les pathologies de la personnalité que l'on peut considérer comme préexistantes à l'addiction.

## **6<sup>e</sup> groupe :** **les personnes en sevrage tabagique**

Le tabac est une substance qui n'induit pas de modification de l'état de conscience, en conséquence la prise en charge de ces patients est essentiellement basée sur :

- le sevrage physique ambulatoire.
- La prévention et le suivi des pathologies induites.
- Un suivi diététique.
- Un soutien psychologique.

## **7<sup>e</sup> groupe :** **les personnes dépendantes aux médicaments**

Ces patients deviennent dépendants suite à un traitement, ils augmentent progressivement les doses mais restent sous prescription médicale. Ils associent souvent benzodiazépine et antidépresseurs.

Une prise en charge spécifique en lien avec leur médecin prescripteur, une aide à la gestion des traitements et un travail psychothérapeutique sont préconisés.

# 7. Les modalités de prise en charge

Six objectifs généraux se dégagent de notre pratique.

## 7.1. Objectif général n°1 : l'accueil

Pour répondre à notre mission d'accueil du public, notre premier objectif général en référence au document de travail DRASSIF-CRAMIF juin 2006 « Pratiques et recommandations » est « *d'établir un lien, de créer les bases d'une entrée en relation, d'instaurer une relation pour faciliter la prise en charge ultérieure.* »

Accueillir suppose :

- que le lieu soit accessible.
- que la personne décide de venir consulter.
- qu'elle arrive à dépasser ses éventuelles appréhensions.

Pour faciliter l'accès des usagers, le centre de soins est implanté dans un quartier bien desservi par les transports en commun (bus n° 285 et 385 via RER C et D en 10 mn, bus desservant les communes alentour) et le plus discret possible pour respecter le droit à l'anonymat et à la confidentialité des personnes reçues (quartier pavillonnaire, vitrine opaque, pas de nom significatif en façade...). L'espace d'accueil et de consultation est au rez-de-chaussée d'un immeuble donnant directement sur la rue, l'entrée est accessible aux personnes à mobilité réduite.

L'un de nos objectifs est de faciliter la venue au centre de soins en proposant un dispositif visant à rassurer le futur patient :

- en lui donnant la possibilité d'être accompagné par le professionnel extérieur de son choix. (cf. Chapitre VIII - Partenariat p. 85)
- en sortant du centre de soins pour aller à sa rencontre dans un lieu rassurant pour lui.

L'accueil est effectué sans rendez-vous pour toute personne qui s'y présente. Celle-ci ne donne son nom que si elle le souhaite.

Pour consolider la décision du patient à venir consulter, nous avons ainsi développé un accueil spécifique dont l'objectif est d'instaurer une relation qui facilite et participe à la prise en charge ultérieure.

Pour assurer cette fonction spécifique, l'accueil est :

- matérialisé par un espace et un professionnel.
- un lieu d'écoute et de parole, convivial, chaleureux dans le respect des personnes qui s'adressent à nous.

Nous nous attachons à ce que cet espace ne soit pas une salle d'attente. Son aménagement est conçu pour contribuer et faciliter l'investissement du lieu.

Les personnes qui se présentent pour la première fois sans rendez-vous bénéficient d'un accueil individualisé. Un entretien réalisé par l'accueillante avec pour objectif une prise en compte de la demande de l'utilisateur telle qu'elle se présente. Un rendez-vous est proposé à la personne qui peut le différer jusqu'à ce qu'elle se sente prête. Elle sera alors reçue par un des autres professionnels de l'équipe dont la fonction sera adaptée à sa demande première.

L'espace d'accueil est le lieu du premier contact. La relation instaurée préfigure la prise en charge. C'est une introduction puis une étape dans le suivi de chacun.

Une accueillante, formée à ces spécificités, assure ce travail à temps plein.

Lorsque la personne prend contact par téléphone, un accueil téléphonique avec les mêmes spécificités lui est proposé.

Il a pour objectifs :

- de rassurer, mettre en confiance et encourager les personnes dans leur démarche.
- de susciter l'envie de venir au centre de soins.
- de dépasser leurs appréhensions.
- d'apprécier la situation par un questionnement adapté.
- de donner à chacun, le temps qu'il faut pour réfléchir, pour prendre un rendez-vous même si cela nécessite plusieurs appels.
- de laisser le choix ou la possibilité à la personne d'exprimer ou pas sa problématique au téléphone, de donner ou pas son identité.
- de prendre en compte sa demande telle qu'elle se présente.

L'accueil téléphonique est souvent le premier contact de la personne avec le centre de soins. Il est déterminant dans la poursuite de sa démarche. C'est un entretien à part entière. Il doit permettre de prendre en compte la demande de l'utilisateur telle qu'elle se présente et de l'orienter en interne ou vers l'extérieur au mieux de ses besoins.

Une grille de référence sert de base à cet entretien (cf. annexe 4 p. 121)

La secrétaire, l'accueillante et les éducatrices sont formées à ces spécificités. Elles sont plus particulièrement chargées de cet accueil. Les autres professionnels sont amenés à y participer à chaque fois que nécessaire.

## **7.2. Objectif général n°2 : l'information**

Pour répondre à notre mission d'information notre second objectif général en référence au document de travail DRASSIF-CRAMIF juin 2006 « Pratiques et recommandations » est de « proposer une information adaptée, au moment de l'accueil, mais aussi tout au long de la prise en charge (information précise en rapport direct avec sa demande et ses besoins, une information générale sur ses droits et sur les modalités de prise en charge proposée par le centre »

L'information est une mission transversale. Elle concerne tous les membres de l'équipe et s'adresse à toute personne entrant en contact avec nous. Elle se décline au téléphone au début de la prise en charge, à l'accueil et en entretien tout au long du suivi.

## Au téléphone

L'objectif est de :

- faciliter la démarche de la personne.
- proposer des solutions adaptées aux demandes et aux besoins des patients.

Il s'agit lors d'un premier appel de :

- présenter l'équipe et le fonctionnement du centre de soins (fonction et composition de l'équipe, horaires d'ouverture...).
- informer sur les droits (anonymat...).
- renseigner sur les modes d'accès au centre de soins (transports, itinéraire...).
- présenter les dispositifs existants et adaptés à chaque problématique.

Ce travail est développé plus particulièrement par la secrétaire. Chaque professionnel est amené à y participer en fonction des nécessités de service.

## À l'accueil

L'objectif est de :

- favoriser l'investissement de la démarche de soins.
- poser un cadre et des repères.

Cette information passe plus spécifiquement par des supports :

- le livret d'accueil et de fonctionnement en libre service et remis par l'accueillante à tout nouvel arrivant (cf. annexe 5 - p. 123).
- l'enquête de satisfaction (cf. annexe 6 - p.137), mode de participation des usagers retenu par l'équipe (en attendant l'aboutissement de la réflexion sur un mode de participation plus groupale des usagers) est présentée au premier accueil et proposée périodiquement par l'accueillante au cours du suivi.
- les plaquettes de prévention sur la réduction des risques (cf. 7.4. La réduction des risques - p. 39).

L'accueillante est plus particulièrement référente de ce travail.

## En entretien :

L'information est l'un des sujets principaux du premier entretien.

Les objectifs sont de :

- développer une information individualisée.
- s'assurer que le patient a les réponses à ses questions.
- renforcer le cadre et les repères.
- réduire les risques en informant sur les précautions évitant les contaminations.
- présenter les dispositifs de dépistage et de prise en charge des hépatites et du VIH.

Les éducatrices sont principalement chargées de ce travail lors du premier entretien. Tous les professionnels de l'équipe y contribuent tout au long de la prise en charge des patients.

### 7.3. Objectif général n°3 : l'orientation

Pour répondre à notre mission d'orientation notre troisième objectif général en référence au document de travail DRASSIF-CRAMIF juin 2006 « Pratiques et recommandations » est « *d'assurer et garantir la continuité de la prise en charge de la personne accueillie* ».

L'orientation s'effectue dès le premier appel téléphonique ou lors du premier accueil si nous ne sommes pas adaptés à la demande de la personne. Les lieux adaptés lui sont proposés et présentés.

Au cours de la prise en charge, nous accompagnons le patient vers les autres structures de son choix et complémentaires dans son suivi (médecine de ville pour les relais, les hôpitaux pour les sevrages et le suivis des hépatites et du VIH, les CMP dans les cas de comorbidités, les CCAS pour le suivi du RSA...). (cf. chapitre VIII Partenariat p. 85)

Un partenariat spécifique à chaque patient est mis en place. C'est le patient qui choisit et réunit les partenaires concernés.

Si le patient décide d'arrêter son suivi (déménagement, départ en vacances, incompatibilité d'humeur..., s'il nécessite toujours des soins, un relais lui est proposé, vers une autre structure, un médecin généraliste...

Chaque professionnel organise la prise en charge vers l'extérieur d'un patient à partir des choix et des besoins de celui-ci.

En interne, l'orientation est un travail qui permet d'aider le patient à maturer une demande vers un suivi complémentaire dans sa prise en charge, notamment, un suivi psychologique ou psychiatrique.

Ce travail est fait durant les entretiens de suivis. L'accueillante relaie ce travail à l'accueil.

## 7.4. objectif général n° 4 : la réduction des risques

Pour répondre à notre mission « *d'aide aux repérages des usages nocifs et à la réduction des risques associés à l'usage de substances ou plantes mentionnées à l'article 1<sup>er</sup>* », notre quatrième objectif général, en référence au document de travail DRASSIF-CRAMIF juin 2006 « *Pratiques et recommandations* », est de « *mettre en œuvre des mesures de réduction des risques à destination des publics pris en charge* ».

La mise en œuvre de cette mission est transversale. Elle se décline à l'accueil, en entretien et par des accompagnements vers les services spécialisés. Elle concerne tous les professionnels de l'équipe, à toutes les étapes de la prise en charge.

### À l'accueil

Des préservatifs gratuits et des plaquettes d'informations sont mis à disposition pour permettre un échange autour de la prévention des conduites à risques (« safe sex », « shooter propre », « les problèmes de santé liés à la consommation de substances psychoactives », « les hépatites », « le VIH », « les MST », les adresses des centres de dépistage anonymes et gratuits de l'Essonne...). Environ 1 000 préservatifs sont ainsi distribués chaque année.

Tous ces documents sont des supports à la discussion, ils facilitent souvent la formulation d'une demande et d'une orientation vers le médical ou le socio-éducatif.

L'accueillante attire l'attention de chacun sur ces dépliants et répond aux questions, soit à l'accueil pour un apport de connaissance général, soit en particulier quand il s'agit d'interrogations plus personnelles.

La personne peut être orientée en interne vers le médecin ou l'infirmière pour parler de ses pratiques d'injection ; des jetons pour les Distribox peuvent lui être donnés, même si la personne n'est pas suivie au centre de soins

Elle peut être orientée en externe vers les différents Distribox et les programmes d'échanges de seringues de la région.

Une machine implantée devant le centre de soins permet aux personnes utilisant la voie intraveineuse d'accéder aussi souvent que nécessaire et de façon anonyme à des seringues.

Tous les professionnels du centre de soins sont sensibilisés et formés sur ces questions et les abordent aussi en entretien avec les patients.

### En entretien

Ce travail continu tout au long de la prise en charge vise :

- à travailler sur les conduites à risques
- à élaborer des stratégies pour minimiser les prises de risques
- à aider nos patients à dépasser leurs craintes du résultat des dépistages
- à les accompagner dans leurs démarches vers le dépistage et la mise en place des traitements quand ils sont nécessaires.



Le médecin ou l'infirmière peut donner des jetons lors des entretiens à chaque fois que nécessaire (cf. « Une prise en charge médicale » p. 46 et « Une prise en charge infirmière » p. 48).

Nous proposerons une vaccination gratuite contre l'hépatite B.

## L'accompagnement vers les services spécialisés

L'infirmière accompagne les patients dans les services spécialisés pour les dépistages, les examens, les consultations... (cf. « Une prise en charge infirmière p. 48)

Notre ancrage géographique demeure un élément intéressant de par la densité des réseaux de partenaires que nous tissons. Ainsi avons-nous pu être des acteurs impliqués dans l'étude et l'implantation d'automates de Stéribox et le restons. Aussi souhaitons nous un partenariat plus étroit avec les CARRUD plus en charge de ces questions.

## 7.5. Objectif général n°5 : apporter une réponse de soins

Pour répondre à notre mission de diagnostic, de prestations de soins dans le cadre d'une prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Notre cinquième objectif général en référence au document de travail DRASSIF-CRAMIF juin 2006 « Pratiques et recommandations » est « *d'apporter une réponse de soin aux demandes des personnes en difficulté avec leur usage de substances psychoactives et avec leur addiction sans substance* ».

Les moyens que nous utilisons sont :

- l'évaluation médicale, psychologique et sociale.
- une prise en charge pluridisciplinaire.
- une prescription et un suivi des traitements de substitution et associé.
- une mise en place, un suivi et un accompagnement dans le sevrage ambulatoire, hospitalier et vers les soins résidentiels (Centre thérapeutique résidentiel, post-cure...).

### 7.5.1. Une évaluation médicale, psychologique et sociale

Une première évaluation est effectuée lors du premier appel téléphonique ou du premier accueil par la secrétaire et l'accueillante (cf. objectif général n°1 - p. 35).

Le premier entretien avec une des éducatrices permettra :

- d'entamer un travail de clarification de la situation du patient afin qu'il puisse identifier où il en est dans son histoire et dans son parcours
- de poser les bases à la construction de son projet de vie en tenant compte de son parcours, de ses besoins, de ses envies et de la réalité du moment.



- de présenter en fonction de ses besoins spécifiques les solutions qui s'offrent à lui.
- d'orienter vers d'autres structures si ce qu'il présente relève d'autres compétences.
- de proposer un rendez-vous avec l'infirmière pour un entretien de prévention spécifique et individualisé.
- d'orienter vers les autres professionnels de l'équipe en fonction des besoins spécifiques de la personne.

Les patients demandant une reprise de traitement sont reçus directement par le médecin généraliste ou l'un des psychiatres s'ils présentent une comorbidité.

Dès que les professionnels concernés ont reçu le patient, le travail en réunion clinique permet d'élaborer en équipe une proposition de soins. Celle-ci sera présentée au patient qui sera libre d'y adhérer pour tout ou partie ou pas. Ce projet de soin est l'axe de travail de l'équipe qui accompagne le patient à son rythme dans cette direction

## 7.5.2. Une prise en charge pluridisciplinaire

### a) Un accueil à visée thérapeutique

L'accueil a une visée thérapeutique. Il permet :

- de restaurer une identité dans la relation aux autres.
- de participer au diagnostic en repérant les difficultés qui ont du mal à se dire.
- de faciliter le dialogue et montrer à chaque patient qu'il sera entendu et aidé s'il le souhaite. L'accueillante pourra à tout moment s'isoler avec un patient qui manifeste le besoin de parler dans la confidentialité.
- d'aider le patient à retrouver le respect de lui-même et des autres.
- d'aider les personnes à réinvestir tous les champs de leur vie.
- de proposer un lieu contenant permettant au patient d'être suffisamment rassuré pour dépasser un moment de crise.

*Pour atteindre ces objectifs :*

Nous attendons et demandons à nos patients de respecter le lieu et les règles de la vie en société ainsi que les personnes qui s'y trouvent (patients et professionnels).

Nous développons un climat de bienveillance. Nous engageons des sujets de discussions tournés vers les loisirs, la vie quotidienne, qui éloignent chacun de ses préoccupations quotidiennes, des thèmes liés à l'usage de produits par exemple.

Les patients engagés dans une démarche de soins peuvent venir à l'accueil parce qu'ils traversent un moment difficile ou que la tentation de consommer est difficile à contrôler.

Ce moment est essentiel car il offre un espace supplémentaire qui permet d'aider la personne à investir, à consolider ou à recadrer le sens de sa démarche de soins.

L'accueil est un moment intermédiaire qui permet au sujet de se préparer au temps de l'entretien (rencontre avec le thérapeute, l'éducateur, le médecin, l'infirmière).

Il permet aussi d'aménager le moment du départ.

L'accueillante et les éducateurs sont, de par la spécificité de leur fonction, plus particulièrement référents de l'accueil. Les autres professionnels de l'équipe sont formés aux spécificités de l'accueil et y interviennent à chaque fois que nécessaire.

## **b) Une prise en charge sociale et éducative**

Pour l'intervention éducative auprès d'adultes, nous nous référons au concept d'inadaptation en tant que souffrance sociale. Le Dictionnaire critique d'action sociale le définit comme suit : « *la lutte contre l'inadaptation a pour objet une action envers la personne elle-même comme sur le groupe social ; le travail sur la perception de l'identité, la restauration de l'image de soi, la reconnaissance des capacités propres amène le sujet à se réinsérer, à retrouver une place. Quant au groupe social, une ouverture, une tolérance, la libération de ses normes trop étroites permettent de faciliter l'adaptation de ceux que la vie a bousculés. Le travail éducatif consiste moins à réduire l'inadaptation par la norme qu'à aider à mieux vivre.* »

Le suivi socio-éducatif se définit comme une intervention régulière inscrite dans le temps et axée sur le vécu et la réalité au quotidien du patient.

L'objectif est de proposer une aide à l'autonomie qui passe par un travail de liaison entre les différentes étapes d'un projet individuel. Le patient est positionné comme acteur de ses démarches.

Le travail éducatif tient compte du rythme de chacun et doit s'adapter aux différentes situations.

Il favorise une ouverture vers l'extérieur en aidant la personne à recréer des liens sociaux, à se réinsérer et à identifier les intervenants auxquels elle peut s'adresser en fonction de ses besoins.

Ces liens lui permettent de parvenir à exister avec une autre identité que celle de personne dépendante et de s'inscrire dans le dispositif de droits communs.

Le suivi éducatif est une dynamique de soins. Il prend en compte la problématique de dépendance dans le travail autour de la vie quotidienne et l'insertion professionnelle.

## > Les entretiens éducatifs individuels :

Deux types d'entretiens éducatifs individuels :

### *1<sup>er</sup> type : le premier entretien*

Le premier entretien fait partie de l'évaluation de la situation de la personne à son arrivée et participe à l'élaboration de son projet de soins (cf. « Une évaluation médicale, psychologique et sociale » p. 40)

### *2<sup>e</sup> type : les entretiens de suivi*

Ils rendent possible la verbalisation puis la construction et l'investissement d'un projet individuel en cohérence avec la réalité de vie de la personne loin du « tout, tout de suite »

pour les patients dépendants à une ou des substances psychoactives.

En effet la particularité de ces patients est d'être dans la satisfaction immédiate de leurs besoins. L'attente est une frustration intolérable. La réalité impose de gérer le fait de différer. Les aider dans ce mouvement est une réponse de soins car sans tolérance à la frustration les projets de vie sont difficilement réalisables.

Les entretiens éducatifs de suivi permettent la mise en place d'une relation de confiance, base indispensable à la relation d'aide.

Ils s'appuient sur les réalités de vie du patient et s'ancrent sur son quotidien. Il pourra ainsi se rendre compte de ses capacités, ses possibilités méconnues ou ignorées, ce qui est en partie responsable de ses échecs.

Les entretiens de suivi visent aussi :

- à poser un cadre, des repères
- à responsabiliser le patient
- à donner du sens à ses démarches, en évaluant chaque demande pour qu'elle reste cohérente (une demande d'hébergement est différente d'une demande de séjour en centre résidentiel thérapeutique)
- à mettre des mots sur son vécu et sur ses ressentis,
- à soutenir ses motivations, ses projets,
- à conforter la personne dans ses choix thérapeutiques concertés avec l'équipe
- à relayer les propositions thérapeutiques
- à le guider dans les différentes démarches sociales (droits sociaux, recherche d'hébergement, d'emploi, de séjour thérapeutiques...)
- à prévenir les rechutes en débloquent les situations sociales

## > L'accompagnement éducatif individuel

Il a les mêmes objectifs que l'entretien éducatif mais il se situe dans un registre complémentaire indispensable. « Accompagner c'est être avec » pour soutenir par une présence active qui rassure, « C'est faire avec et non faire à la place de »

C'est un appui qui aide le sujet à faire l'expérience de ses capacités à résoudre ses problèmes matériels, à réaliser ses projets. La présence de l'éducateur l'aide à effectuer des démarches pouvant lui paraître insurmontables ou vides de sens, à dépasser ses craintes, ses anxiétés, parfois même à réapprendre les gestes du quotidien (dormir, manger, se laver...)

Cet outil vise aussi à créer ou recréer des liens, accompagner c'est aussi « aller vers ». Ce travail passe par un partenariat actif (cf. chapitre VIII Partenariat - p. 85) avec les intervenants extérieurs pour aider la personne à rencontrer et à identifier, en fonction de son projet et de ses difficultés, les personnes auxquelles elle pourra s'adresser quand elle aura retrouvé toute son autonomie. Il s'agit de recréer une dynamique d'émancipation capable de réintroduire le sujet dans les dispositifs de droit commun.

Il s'amorce aussi pour certaines personnes dépendantes de substances psychoactives un réapprentissage du temps à travers les démarches qu'elles sont amenées à réaliser. Le rythme et le déroulement du temps reprennent alors progressivement un autre sens, là où la recherche de la substance psychoactive prenait toute la place.

## > La prise en charge éducative de groupe : le groupe « loisirs »

Le travail éducatif en groupe est essentiellement utilisé dans le cadre du groupe « loisirs ».

La dynamique de groupe permet un travail éducatif qui vise à la fois le groupe et l'individu.

Chaque personne est tenue de respecter le cadre qui est fixé. Il permet à chaque personne de créer du lien social sur d'autres sujets que celui de l'addiction. De plus, cela implique que chaque personne ait le souci de l'autre en prenant de la distance avec sa propre histoire.

Chacun peut trouver sa place dans le groupe en prenant part aux discussions, en donnant son avis.

La dynamique de groupe implique de respecter un cadre et des règles qui doivent être partagées par tous.

L'objectif du groupe « loisirs » est de mettre en acte ce qui se travaille à l'accueil, de permettre aux patients de se distraire et de leur donner l'envie d'exister au-delà du soin ou de leur consommation.

Il permet également aux personnes de rompre l'isolement en partageant un moment convivial, de susciter leur intérêt, de retrouver du plaisir à faire des activités et faire l'expérience d'un moment loin de leur addiction.

Le groupe « loisirs » s'adresse principalement aux personnes isolées, qui n'ont pas d'activité professionnelle ou occupationnelle régulière. Ces personnes sont encore dans une consommation active ou au début d'une démarche de soins.

Lors de l'accueil et des entretiens au centre de soins, nous avons fait le constat qu'un certain nombre de personnes accueillies n'ont pas de loisirs ni aucune activité.

Dans les problématiques d'addictions, les personnes désinvestissent de nombreux aspects de la vie quotidienne (prendre soin d'eux, démarches administratives...). Les raisons de ce désinvestissement sont multifactorielles et souvent en lien avec leur isolement et leur désinsertion sociale et/ou familiale.

Les difficultés psychologiques sont également des freins pour investir les loisirs. Le mal être psychologique de ces personnes rend toutes démarches difficiles, insurmontables et engendre une perte de motivation.

Pour certains patients leurs démarches de soins et/ou leur consommation rythment leur vie. Pour eux, le quotidien est une routine dont ils se plaignent, mais qu'ils ont beaucoup de difficultés à faire évoluer.

Le groupe « loisirs » est un dispositif complémentaire à la démarche de soins. Des règles spécifiques ont été mises en place. C'est-à-dire que nous demandons aux patients d'arriver dans un état qui leur permette d'être en relation à l'autre, de ne pas consommer durant la sortie, de respecter les heures de rendez-vous et d'avoir la somme d'argent déterminée au préalable par le groupe.

#### *1<sup>ère</sup> étape :*

Informers les personnes en individuel, lors de leur passage à l'accueil, de la date proposée pour une rencontre.

Expliquer l'objet de cette rencontre, il s'agira de décider à l'unanimité, autour d'un moment convivial (café, viennoiseries) de la prochaine activité.

La notion d'unanimité renvoie à la capacité de la personne à prendre en compte l'avis des autres, à se rallier à la majorité, à différer son envie, son désir.

Toute proposition d'activité est retenue à partir du moment où elle est accessible financièrement par chacun et sera remise à l'ordre du jour de la prochaine rencontre.

## 2<sup>e</sup> Etape :

Organiser une rencontre avec les patients susceptibles d'être intéressés par le projet.

Le but :

- Faire le point sur les envies de chacun, leurs goûts...
- Fixer le cadre des sorties, c'est-à-dire arriver en état, ne pas consommer de produit pendant...
- Informer que si certaines activités sont payantes, il est aussi possible de sortir sans dépenser d'argent.

L'accueillante et une des éducatrices assurent cette activité. Une rencontre et une sortie mensuelle ont lieu en dehors des périodes de vacances. L'expérience capitalisée est aussi une base de réflexion pour une mise en place d'un mode de participation des usagers plus groupal.

### *Perspectives*

Trouver un financement, pour pouvoir étendre ce groupe à l'ensemble de la consultation, adhérer à l'association Culture du cœur.

Capitaliser de l'expérience en vue de la mise en place d'un conseil de vie sociale.

La prise en charge éducative et sociale se décline donc ainsi :

- à l'accueil (cf. « Objectif n°1 p.35) : les éducatrices sont amenées à recevoir sans rendez-vous à chaque fois que nécessaire.
- en entretiens : elles sont chargées des premiers entretiens (cf. « Une évaluation médicale, psychologique et sociale » p. 40), du suivi socio-éducatif pour la consultation ambulatoire et les Appartements thérapeutiques (cf. chapitre V « Les séjours thérapeutiques en appartements p. 63).
- en groupe : une des éducatrices anime le groupe « loisirs » avec l'accueillante.

### **c) Une prise en charge médicale**

La prise en compte du corps est un aspect fondamental dans le suivi des patients addictes. Le désinvestissement corporel peut être un des symptômes de leur problématique. Il est aussi à l'origine de conduites à risques.

Le suivi médical consiste à prendre en considération le somatique et participe à la restauration de l'image de soi et du rapport au corps. Il permet d'aborder le sujet dans sa globalité (corps, esprit) par un travail spécifique de médecine générale adaptée.

Cette approche est préventive et/ou curative quel que soit le type d'usage (suivant les définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé) :

### **L'usage**

*« L'usage est une consommation de substances psychoactives qui n'entraîne ni complications pour la santé, ni troubles du comportement ayant des effets nocifs sur les autres. »*

### **L'abus**

*« L'abus est un mode de consommation inadéquat d'une substance qui génère une souffrance ou altère le fonctionnement. »*

### **L'usage nocif**

*« L'usage nocif est une consommation de substances psychoactives préjudiciable à la santé qui provoque des dommages physiques ou/et psychiques au consommateur. »*

### **La dépendance**

*« Brutale ou progressive selon les produits et l'état physique et psychique du consommateur, la dépendance est installée quand un usager ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances physiques et /ou psychiques. »*

Les objectifs de la prise en charge médicale sont :

- informer, prévenir et réduire les risques liés aux comportements addictifs
- prendre en charge l'état de santé des patients
- proposer les traitements et suivis adaptés à chacun

Il se dégage deux temps dans la prise en charge médicale :

> 1<sup>er</sup> temps : les premiers entretiens médicaux

Ils permettent de :

- faire le point sur l'état de santé du patient (antécédents, traitements antérieurs, actuels...).
- informer sur les risques liés à certaines pratiques.
- délivrer de façon personnalisée du matériel de réduction des risques.
- orienter vers les dispositifs de RDR.



- proposer un examen clinique et faire pratiquer des examens complémentaires (bilans biologiques, radiologiques...).
- élaborer un diagnostic.
- envisager un projet de soins.

> 2<sup>e</sup> temps : le suivi médical

Il permet de :

- travailler le dépistage des sérologies (VIH, hépatites...).
- effectuer des entretiens motivationnels et de soutien.
- pratiquer des petits soins infirmiers (surveiller l'évolution d'un abcès...).
- proposer des vaccinations contre l'hépatite B, le tétanos, la polio...
- orienter dès que nécessaire vers un médecin spécialiste de ville ou une consultation hospitalière (virologue, hépatologue...),
- assurer les relais vers la médecine de ville.
- prescrire et suivre les traitements médicamenteux.
- préparer, mettre en place et suivre les sevrages (ambulatoires et hospitaliers) et les soins résidentiels.

Le patient est informé, dès les premiers instants de son suivi, qu'il peut rencontrer le médecin. Dans les débuts de sa prise en charge, le rythme des consultations varie en fonction des nécessités, de plusieurs fois par semaine pour équilibrer un traitement, faire des bilans, à une fois tous les 14 jours dans la phase de stabilisation.

#### **d) Une prise en charge infirmière**

La prise en charge infirmière est une façon complémentaire de prendre en compte le corps et l'esprit :

Les objectifs sont :

- un accueil attentif et personnalisé
- une écoute dans le domaine médical
- une action de prévention (hygiène, santé, contraception, ...)
- une facilité d'accès aux soins (soins infirmiers, délivrance et suivi des traitements (cf. annexe 7 p. 141)
- une technicité dans la réalisation des premiers soins
- une réduction des risques (conseils par rapport aux préservatifs, pour des shoots propres,...)



- un cadre dans la délivrance des traitements (gestion des médicaments, observance du traitement (cf. annexe 7 p.141)
- un accompagnement vers des structures médicales extérieures souvent anxiogènes

Quatre types d'actes infirmiers se dégagent de notre pratique :

### **1<sup>er</sup> type d'acte : l'entretien infirmier**

À visée préventive, il s'inscrit en complémentarité de l'approche médicale. Son cadre, moins anxiogène pour le patient, permet un accueil personnalisé et attentif. Il permet d'aborder tous les domaines et de dispenser des conseils de réduction des risques, d'hygiène et de prévention adaptés à chacun. Le but est également d'instaurer une relation de confiance qui sera très utile dans le suivi de la prise en charge. Il permet aussi de faire le point et de travailler à l'orientation vers le médecin. Cet entretien est proposé à chaque patient en début de suivi pour ceux qui ne voient pas l'infirmière pour la délivrance des traitements.

### **2<sup>e</sup> type d'acte : les soins infirmiers**

(cf. annexe 8 p. 143)

Ils permettent d'assurer une meilleure santé physique du patient. Ils participent à la restauration de l'intégrité corporelle. Il peut s'agir de pansements, de piqûres, de soins locaux... Selon l'état physique constaté, une orientation vers les urgences d'un hôpital peut s'avérer nécessaire. Les soins infirmiers sont proposés à chaque fois que nécessaire.

### **3<sup>e</sup> type d'acte : l'accompagnement infirmier**

Vers des structures extérieures (pharmacie, hôpital, laboratoire, centres de dépistage, centres de planning familial...), il est rassurant et soutenant pour la personne pour qui ces endroits sont méconnus et anxiogènes. Cela facilite ainsi la prise en charge et les démarches de soins vers ces structures.

### **4<sup>e</sup> type d'acte : La délivrance et le suivi des traitements**

Ce travail aide le patient à dépasser certaines résistances. Il renforce le statut du traitement. Il permet une aide au quotidien dans la préparation, la prise des médicaments et la surveillance d'éventuels effets secondaires. Cette surveillance peut être accompagnée d'éthylotests ou d'analyses d'urine. Ces analyses mettent en évidence les problèmes inhérents à certains traitements, permettent d'aborder objectivement les polyconsommations, réduisent les risques de surdosage.

Ce travail s'appuie sur une gestion rigoureuse du stock des médicaments propres aux patients ou du stock de traitement de substitution (méthadone). Les médicaments sont commandés, gérés et délivrés par l'infirmière et sous la responsabilité du médecin pharmacien de l'équipe.

L'infirmière est présente tous les matins. Elle intervient à l'accueil et les patients peuvent l'interpeller à tout moment. Elle délivre les traitements en individuel dans le bureau médical quotidiennement dans la phase d'équilibration, puis une à trois fois par semaine dans la phase de stabilisation jusqu'au passage en pharmacie (cf. « Une Prescription et un suivi des traitements » p. 52).

### **e) Une prise en charge psychiatrique**

Elle s'adresse aux patients présentant une comorbidité psychiatrique.

Le suivi psychiatrique a pour objectif :

- d'accompagner le patient dans l'identification de ses troubles psychiques.
- de l'aider à investir un traitement adapté.
- d'orienter vers les CMP de secteur (cf. chapitre VIII Partenariat - p. 85).

Nous identifions deux temps dans la prise en charge psychiatrique :

#### **Le diagnostic**

Les personnes dépendantes de substances psychoactives et souffrant d'une comorbidité psychiatrique sous-jacente, présentent rarement des symptômes patents, voyants, permettant de faire un diagnostic précis.

Ce premier temps est nécessaire pour essayer de déterminer la place de la substance dans une économie psychique particulière.

Il s'agit aussi de distinguer une structure pathologique anesthésiée par une consommation de substances psychoactives et une pathologie psychiatrique médicamenteuse où la consommation de substances psychoactives serait responsable de la décompensation psychiatrique.

Ce diagnostic détermine le second temps de la prise en charge. En effet, ces patients nécessitent une approche thérapeutique particulière. Il s'agit de déceler leurs symptômes, de les traduire. Ils souffrent sans parvenir, la plupart du temps, à identifier d'où viennent leurs blessures. Ce qui explique, en partie, leur appétence pour des substances calmantes d'action centrale.

## Les réponses thérapeutiques

Les réponses thérapeutiques, comme le sevrage, doivent être maniées avec prudence. Les risques de décompensation sont importants car la substance psychoactive sert de contenant.

Les traitements psychiatriques (antipsychotiques, antidépresseurs...) permettent de contenir la pathologie sous-jacente et rendent possible l'approche psychothérapeutique.

Le traitement et l'arrêt des consommations de substances psychoactives « rendent la personne à elle-même », ce qui peut être difficilement supportable. C'est pourquoi le traitement ne peut se concevoir seul. Il doit être pris dans une relation au médecin pour qu'il ait des effets thérapeutiques.

Les consultations ont lieu sur rendez-vous sauf en cas d'urgence. Le psychiatre pourra être amené à organiser l'hospitalisation d'un patient en crise aiguë (cf. chapitre VIII Partenariat p. 85)

Le cas échéant, les différents membres de l'équipe travaillent avec le patient ses résistances à rencontrer le médecin psychiatre pour faciliter l'orientation en interne. Ils sont aussi orientés par nos partenaires pour une reprise de traitement ou un suivi conjoint.

## f) Une prise en charge psychologique

Le suivi psychologique est un espace thérapeutique dont l'objet est de permettre au patient d'essayer de comprendre son mal-être et en conséquence, d'accéder au sens de son usage de substances psychoactives ou de son addiction sans produit.

Cette démarche introspective donne lieu à un remaniement interne à partir du moment où le patient élabore la place de son addiction dans son fonctionnement psychique.

L'accompagnement psychologique permet au patient de revisiter, de se réapproprier son histoire et de restaurer son identité de personne, quand elle est réduite à celle de sujet addictive.

Au cours des entretiens, la personne est amenée à mettre en mots une souffrance jusqu'alors mise en actes et à faire des liens entre son histoire et sa problématique actuelle.

Elle s'offre des possibilités différentes de gestion de ses angoisses et peut verbaliser et dépasser des conflits internes. Une nouvelle compréhension de soi devient possible et le sujet peut réinterroger sa problématique de dépendance dans la relation à l'autre ou accéder à la consolidation de son espace interne. Deux approches sont possibles : le soutien psychologique ou la psychothérapie en fonction de la demande de chacun.

### **1<sup>ère</sup> approche : le soutien psychologique**

Il intervient tout au long du suivi et vise à aider les personnes à élaborer sur la fonction de la substance psychoactive et sur le sens de la démarche de soin.

Il s'effectue sous forme d'entretiens réguliers.

Il donne la possibilité au patient de prendre conscience d'un fonctionnement psychique qui lui pose problème.

### **2<sup>e</sup> approche : la psychothérapie**

C'est un travail psychique qui permet à la personne de se dégager d'un fonctionnement identifié comme morbide, de remettre du lien dans son histoire, d'identifier des répétitions et de prendre conscience de conflits internes.

Le travail psychothérapeutique permet de résoudre des conflits psychiques donnant lieu à une souffrance psychique et à des comportements problématiques pour la personne.

Il s'effectue dans un cadre précis, sous forme d'entretiens réguliers. Il implique une permanence du lieu et du thérapeute.

La psychologue reçoit sur rendez-vous. Les patients sont orientés en interne par les autres membres de l'équipe sur demande du patient ou par l'un de nos partenaires.

## **7.5.3. Une prescription et un suivi des traitements**

La prescription et le suivi des traitements de substitution et/ou associés sont des outils de soins dans la prise en charge des patients présentant une addiction aux opiacés.

### **a) Objectifs thérapeutiques des traitements de substitutions**

- aider le patient à prendre de la distance avec les substances psychoactives.
- permettre une approche thérapeutique (médicale, psychologique, socio-éducative).
- rendre aux médicaments leur statut de traitement médical.
- agir sur les comorbidités.
- réduire les risques associés à la consommation de substances psychoactives.
- soigner.

## **b) Le cadre légal de prescription et de délivrance des traitements de substitution**

Le cadre légal nous impose un fonctionnement. Nous nous référons à l'« arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage interne mentionnés à l'article L.595-1 du code de la santé publique ».

Un médecin de l'équipe assure les fonctions de pharmacien responsable des stocks de méthadone. Un grossiste répartiteur livre la méthadone au centre de soins. L'infirmière gère le stock.

Les prescriptions se font sur ordonnances sécurisées pour une durée maximale de 14 jours en ce qui concerne la méthadone et de 28 jours pour la buprénorphine.

La circulaire DGS / DHOS n° 2002 / 57 du 30 janvier 2002 détermine le cadre de prescription du traitement à la méthadone.

La méthadone est un médicament dont la prescription initiale est réservée aux médecins exerçant en centre de soins spécialisés ou dans un établissement de santé.

Le traitement est réservé aux personnes de plus de quinze ans, volontaires et acceptant les contraintes de la prise en charge (venir régulièrement au centre de soins, se soumettre à des analyses urinaires périodiques de contrôle...).

Le patient doit être dépendant majeur et avéré à un produit opiacé.

Ce médicament nécessite une surveillance particulière pendant le traitement.

## **c) Le cadre spécifique**

La problématique de nos patients implique la mise en place d'un cadre spécifique qui suppose de :

Poser des indications spécifiques au traitement de substitution :

Comme tout traitement, la substitution aux opiacés a des indications générales. Elle concerne :

- les personnes dépendantes aux opiacés dans l'impossibilité à penser leur vie sans produit, souffrant de leur consommation et souhaitant retrouver un équilibre de vie.
- les personnes présentant une maladie somatique nécessitant, pour les soins de celle-ci, une mise entre parenthèses de leur consommation de substances psychoactives.
- les personnes envisageant une abstinence à plus long terme.
- les personnes en demande d'un sevrage ambulatoire (protocole dégressif).
- les femmes enceintes.
- les personnes gérant une pathologie psychiatrique avérée par une conduite d'addiction.

L'équipe propose un traitement par la méthadone ou par la buprénorphine en fonction de :

- la possibilité pour les personnes d'arrêter l'injection intraveineuse.
- la nécessité d'un encadrement plus ou moins souple.
- les capacités de gestion du traitement.
- l'intolérance à l'un des deux produits.

### **Fonctionner sur rendez-vous :**

Il est important de mettre en place un fonctionnement sur rendez-vous pour les patients en traitement de substitution.

Le rendez-vous structure le temps. Il est une limite qui permet de travailler les repères essentiels à la structuration psychique. C'est aussi un temps qui leur appartient et qui leur est consacré.

Les rendez-vous sont répartis sur l'ensemble de la matinée, ce qui, sur un plan thérapeutique, permet de prendre de la distance avec un fonctionnement où il serait impossible de commencer la journée sans une prise de substance psychoactive.

De plus, la rencontre à l'accueil avec des patients dans une autre démarche, de sevrage par exemple, permet au sujet en traitement de substitution d'envisager d'autres solutions possibles pour lui-même.

Ce processus dynamique inscrit dans le relationnel peut permettre d'éviter une stigmatisation et une chronicisation et ouvre sur des perspectives de changement.

### **Individualiser la prise en charge :**

La fréquence des entretiens doit être adaptée au rythme de chaque patient.

### **Pratiquer des analyses d'urine**

Elles font partie des obligations légales et présentent aussi un intérêt thérapeutique majeur.

Elles permettent de :

- Protéger le patient du surdosage et des interactions médicamenteuses.
- Travailler sur l'appétence du patient au produit et sur sa difficulté à le gérer.
- Réinterroger le sens de la démarche et des objectifs poursuivis par le patient.

### **Instaurer une gestion personnalisée du traitement**

L'infirmière aide à la gestion des traitements à chaque fois que nécessaire

## **Proposer une prise en charge pluridisciplinaire**

Le traitement de substitution vient remplacer l'opiacé consommé. Associé à une prise en charge pluridisciplinaire (thérapeute, médecin, éducateur), il permet alors une approche thérapeutique et permet d'impulser une dynamique de changement.

## **Mettre en place un partenariat spécifique :**

Le cadre de la substitution nécessite un travail partenarial spécifique :

- avec les médecins de ville
- avec les pharmaciens

(cf. chapitre VIII Partenariat p. 85)

## **d) Les traitements associés**

Ils ciblent les symptômes invalidants (délire, dépression, angoisse...). Certains patients utilisent des substances psychoactives pour s'automédiquer. La mise en place de traitements adaptés permet d'agir sur ces symptômes. L'apaisement obtenu agit alors sur l'origine de la prise de produit.

Bien que la prescription de ces traitements ne réponde pas au même cadre légal, nous avons les mêmes objectifs thérapeutiques.

## **e) Les modalités de fonctionnement**

### **La consultation initiale**

Toute nécessité de traitement est évaluée par le médecin. Il reçoit le patient en entretiens préalables. Après concertation et résultat de l'analyse d'urine initiale, une proposition thérapeutique est élaborée en équipe.

Un contrat de soins (cf. annexe 9 - Contrats de soins méthadone p. 147 et annexe 10 - Contrat de soins buprénorphine p. 151) est proposé au patient qu'il co-signera avec le médecin avant le début du traitement.

### **La mise sous traitement de substitution**

Elle peut avoir lieu durant la première rencontre avec le médecin dans les cas de reprise de traitement. Pour une initialisation, dès le lendemain si le patient n'a pas consommé d'opiacés dans les heures qui précèdent le début du traitement. L'infirmière effectue une surveillance de deux à quatre heures suivant la première prise. Le patient est invité à rester à l'accueil. Elle prend sa tension et reste à l'écoute des signes qui mettraient en évidence un sous-dosage. Un réajustement, après avis médical est alors effectué.



## La délivrance du traitement

Elle est quotidienne dans la phase d'équilibration du traitement puis un rythme de deux fois par semaine est mis en place dans la phase de stabilisation. Un passage en pharmacie est possible dès que le patient est stabilisé, c'est-à-dire que le traitement est bien dosé et qu'il le gère seul. La durée de cette phase dépend des différences individuelles jusqu'au relais ville qui est mis en place dès que le patient se sent prêt. En cas de reprise d'opiacés ou d'autres produits en cours de traitement, ce protocole peut être remis en place pour aider le patient à se stabiliser à nouveau.

## Le suivi

Dans le cadre de cette prise en charge, des rendez-vous sont proposés avec l'éducateur pour que le patient élabore son projet de vie. Le soutien et l'aide à structurer le quotidien sont fondamentaux, à un moment où, pour certaines personnes, un sentiment de vide et d'ennui peut s'installer en début de traitement.

La substitution révèle souvent la problématique psychique des patients et pour qu'elle reste inscrite dans une perspective de changement, un suivi psychologique et/ou psychiatrique est proposé en fonction des situations.

## L'arrêt de la prescription

L'arrêt du traitement peut être demandé par le patient. Un protocole de sevrage est alors mis en place.

L'arrêt de la prescription est envisagé par l'équipe lorsque la substitution entretient le patient dans une relation sclérosante avec le produit, qu'il n'investit pas la substitution comme un traitement mais comme une « défonce » et qu'aucune difficulté de vie n'est dépassée, ni aucun projet possible.

La chronicité est concevable à partir du moment où la personne est autonome et a retrouvé un certain équilibre. Pour autant, et en tant que soignants, il nous paraît essentiel de la place que nous occupons, de continuer à proposer à la personne la possibilité de travailler à s'affranchir de cette servitude. Notre conception du soin ne s'inscrit pas dans un idéal d'abstinence mais dans la possibilité pour le patient de se sentir mieux avec ou sans produit.

L'arrêt de prescription intervient lorsque la substitution participe aux processus d'autodestruction du patient. Il n'implique pas l'arrêt de la prise en charge, bien au contraire. Si le patient interrompt son suivi, il le reprend à plus ou moins long terme dans la majorité des cas, car nous lui laissons toujours la possibilité de renouveler sa demande de soins.

En arrêtant de prescrire, le médecin pose un acte qui permet souvent au patient de prendre conscience du processus d'autodestruction dans lequel il fonctionne.



## **7.5.4. Une mise en place, un suivi et un accompagnement dans le sevrage hospitalier, ambulatoire et vers les soins résidentiels**

**(centre thérapeutique résidentiel, communauté thérapeutique...)**

Le sevrage a pour fonction de permettre à la personne de faire l'expérience de la vie sans consommation de substance psychoactive dans un cadre structuré et protecteur.

L'arrêt de la consommation laisse une place psychique vacante qui permet d'interroger autrement la fonction du produit.

Le sevrage fait émerger la problématique sous-jacente, jusque-là anesthésiée sans que la personne ne soit psychologiquement débordée.

Quelle que soit la durée du sevrage, la relation de la personne avec sa substance est modifiée.

Le sevrage intervient à différents moments du suivi :

- en début, pour permettre à la personne de sortir d'une relation fusionnelle au produit, pour faire l'expérience de la vie sans produit.
- en cours de suivi, pour mesurer la distance parcourue.
- enfin, dernière étape pour ceux qui souhaitent vivre sans produit.

Tout sevrage se met en place sur demande de la personne ou, sur proposition thérapeutique de l'équipe, par le médecin, comme solution possible à ce que le patient présente.

Le médecin et l'infirmière assurent le suivi du patient pendant le sevrage. Les autres membres de l'équipe interviennent à chaque fois que nécessaire.

### **a) Le sevrage hospitalier**

Le cadre hospitalier, le traitement et le soutien psychologique aident à contenir les angoisses qui découlent de tout sevrage. Le patient est protégé d'éventuelles tentations. Il est assisté pendant la période aiguë du syndrome de sevrage physique.

Une coordination avec les équipes hospitalières est assurée (cf. chapitre VIII Partenariat - p. 85).

### **b) Le sevrage ambulatoire :**

Il a la même fonction que le sevrage hospitalier et entraîne les mêmes effets. Sans le cadre contenant de l'hôpital, il s'envisage plutôt si la personne est plus insérée et qu'elle bénéficie d'appuis familiaux plus assurés.

Un protocole médical est établi. L'infirmière peut aider le patient dans la gestion de son traitement.

Il est aussi utilisé à différents moments du suivi et nécessite un encadrement éducatif, psychologique et médical pour soutenir la personne dans sa démarche.

### **c) Les soins résidentiels :**

#### **En Centre thérapeutique résidentiel (CTR) :**

La mise en place d'un séjour en CTR s'effectue :

1) Dans une démarche d'abstinence, après un sevrage, elle vise une première consolidation de la vie sans produit. La personne peut progressivement réinvestir le quotidien et le relationnel avec la médiation d'une équipe éducative dans un milieu protégé.

2) Dans une démarche d'équilibrage des traitements le séjour en CTR permet d'accompagner, de renforcer la stabilisation psychique de la personne et de consolider la mise en place de son projet. Le cadre du CTR et le suivi thérapeutique associé participe à la recherche d'un équilibre et à l'aménagement de la vie du sujet avec le traitement dans une perspective de changement.

#### **En communauté thérapeutique**

Les séjours en communauté thérapeutique ont les mêmes objectifs : aider la personne à retrouver un nouvel équilibre, avec ou sans traitement, dans un cadre contenant et thérapeutique.

Nous proposons un séjour en communauté thérapeutique aux personnes sensibles à l'approche groupale entre pairs.

#### **En famille d'accueil**

Les objectifs sont les mêmes mais les séjours en Famille d'accueil s'adressent plus spécifiquement aux personnes ne souhaitant pas vivre en collectivité.

#### **En appartement thérapeutique**

Les séjours en AT permettent de faire l'expérience d'une vie autonome avec un nouvel équilibre retrouvé.

Outils de soins dans la prise en charge des personnes addictes, leur fonction est de proposer un accompagnement et un suivi à des personnes sevrées physiquement ou stabilisées sous traitement de substitution et/ou nécessitant la mise en place d'un traitement hépatique et/ou VIH.

La dynamique de resocialisation et d'aide à l'autonomie dans laquelle les patients s'inscrivent, nécessite qu'ils aient acquis une certaine distanciation face à leur consommation de substances psychoactive et des ca-

pacités d'autonomie leur permettant, à la fois, de gérer *a minima* le quotidien et de s'investir dans un projet concret de réinsertion.

Les appartements thérapeutiques sont donc la dernière étape d'un processus d'autonomisation, entamé dès le début du suivi.

Les séjours en structure proposant des soins résidentiels sont travaillés et mis en place avec les éducatrices, tant dans l'orientation vers nos partenaires que vers notre dispositif d'appartements thérapeutiques.

## **7.6. Objectif général n°6 : l'accompagnement de l'entourage**

Pour répondre à notre mission « *d'accompagnement de l'entourage* », notre sixième objectif général en référence au document de travail DRASSIF-CRAMIF juin 2006 « *Pratiques et recommandations* » est « *d'être en mesure d'apporter un soutien à l'environnement familial des personnes suivies* »

L'entourage bénéficie des mêmes possibilités d'information sur les addictions, du même accueil spécifique, d'entretiens et d'une orientation en fonction des besoins spécifiques et à chaque fois que nécessaire.

Un premier entretien avec l'une des éducatrices permet :

- de faire le point sur la situation.
- de revisiter toutes les tentatives déjà explorées.
- de proposer des pistes de réflexion, un suivi pour dépasser un moment de crise, se repositionner dans la relation avec la personne addictive pour laquelle l'entourage fait cette démarche.
- d'orienter vers un dispositif de prise en charge familiale ou de couple si nécessaire.

Un espace de jeux est aussi spécialement aménagé pour les enfants dont les parents viennent consulter. La garde d'un enfant ne doit pas être un obstacle à une démarche de soin. C'est aussi l'occasion pour nous d'observer ces enfants, de s'assurer que tout va bien ou de travailler sur une orientation vers une prise en charge adaptée si nécessaire.

Ce travail développé à l'accueil depuis quelques années est un des fondements du projet d'équipe d'intervention précoce que nous présentons à la MILDT en 2009.

## 8. La participation des usagers

En application de la Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale nous avons mis en place pour garantir le droit des usagers :

- Un livret d'accueil et un règlement de fonctionnement (cf. annexe 5 p. 123). : ils sont remis à chaque patient à leur arrivée par l'accueillante et mise à disposition en libre service à l'accueil.
- Une enquête de satisfaction anonyme (cf. annexe 6 p. 137) : proposée régulièrement et en libre service à l'accueil.
- Une procédure de remise du dossier sur demande du patient.

### 8.1. Le livret d'accueil

Il informe sur les droits et devoirs du patient, sur le fonctionnement du centre de soins, sur le règlement intérieur afin de présenter au mieux la structure au public

### 8.2. L'enquête de satisfaction

Elle permet aux personnes suivies au centre de soin de participer à la vie de l'association Ce mode de participation a été retenu dans un premier temps. Il permet, avec le groupe « loisirs », notre participation au Conseil de vie social de l'association Communauté Jeunesse et les recommandations de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale) d'étayer notre réflexion sur la mise en place d'un Conseil de vie sociale en 2011.

#### Bilan

	2005	2006	2007	2008
file active	211	234	317	326
nombre de réponses	11	18	10	6

Peu de patients s'intéressent à l'enquête de satisfaction, malgré les sollicitations régulières de l'équipe.

	2005	2006	2007	2008
satisfait	7	15	7	5
moyennement satisfait	3	2	2	1
pas satisfait	1	1	1	0

Nous constatons que les personnes sont majoritairement satisfaites même si les réponses trop peu nombreuses ne sont pas représentatives de l'ensemble de notre public.

	2005		2006		2007		2008	
	MS	PS	MS	PS	MS	PS	MS	PS
horaires d'ouverture		1						
accessibilité du centre								
les locaux			1					
l'espace d'accueil								
disponibilité du personnel	1				2			
l'offre de soins								
les possibilités de RV						1	1	
le nb de professionnels soignants	1		1					
le temps d'entretien								
médecin (30 mn)								
médecin psychiatre (15-20 mn)	1			1				
infirmière (15 mn)								
éducatrice (30-45 mn)								
psychologue (30-45 mn)								

Parmi les réponses exprimées sur quatre ans, seul l'amplitude d'ouverture, la durée des entretiens psychiatriques et les possibilités de rendez-vous ont suscité des insatisfactions complètes. La disponibilité du personnel et le nombre insuffisant de professionnels sont des thèmes récurrents qui suscitent une insatisfaction relative.

#### **Ces résultats nous conduisent aux constats suivants :**

- Les patients semblent avoir peu d'intérêt à s'exprimer sur le fonctionnement du centre de soins.
- Au cours des discussions sur l'enquête de satisfaction, il apparaît que certains patients craignent de porter préjudice aux professionnels qui les suivent en exprimant leur insatisfaction.
- D'autres, en difficulté avec la lecture et l'écriture, évitent de se confronter à un support écrit.

## Réflexion sur la mise en place d'un Conseil de vie sociale

Avec le constat ci-dessus et l'expérience du groupe « loisirs », il nous paraît essentiel dans la mise en place du CSV :

- d'éviter l'affichage des informations. En effet, certains patients ont du mal à lire et n'osent pas le dire.
- ne pas être ambitieux dans les thèmes abordés pour rester au plus près des préoccupations des usagers.
- de passer par l'individuel pour constituer un groupe : une information individuelle pour inviter les patients à des dynamiques collectives conviviales ayant un intérêt individuel (ex. : repas, sorties, etc.) Un sondage auprès des patients en individuel pour déterminer ce qui leur conviendrait le mieux.

L'animation du CVS pourrait être faite par des professionnels qui ont un rôle d'accueil et d'autres qui représentent l'institution : l'accueillante, la secrétaire, la chef de service, le directeur, les administrateurs, ce qui pourrait atténuer les craintes des patients sur les conséquences de leurs paroles.

Le CVS est un bon moyen de recueillir les attentes et les besoins des personnes accueillies pour construire des réponses de soins aux plus près des évolutions de notre public. Il permet de solliciter chez les patients un engagement citoyen, de développer leur sens critique, qu'ils s'autorisent à penser.

### 8.3. Les dossiers patients

Les patients doivent pouvoir avoir accès à leur dossier. Nous avons mis en place, une procédure pour cadrer ce droit des patients.

Sur simple demande orale, la personne est reçue, sous huit jours par la chef de service ou le directeur qui lui remet son dossier en mains propres.

• • •

## **Chapitre V**

# **Projet de service des appartements thérapeutiques**

L'équipe des appartements thérapeutiques suit les mêmes principes théoriques, conceptuels, méthodologiques, éthiques et déontologiques que ceux de la consultation ambulatoire du CSAPA.

# 1. Missions et objectifs généraux

## 1.1. Missions

Nous assurons les missions définies par la circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie qui prévoit l'hébergement en appartement thérapeutique et qui constitue une modalité de moyen séjour.

## 1.2. Objectifs généraux

Nos objectifs généraux, en référence au cahier des charges « appartement thérapeutique » sont :

- d'entreprendre, de maintenir ou de poursuivre un processus d'autonomisation sanitaire et sociale avec un encadrement qui les accompagne vers une insertion sociale et/ou professionnelle.
- d'assurer une prise en charge médico-sociale individualisée.
- de favoriser l'accès aux dispositifs sanitaires et sociaux non spécialisée.
- de prolonger et de renforcer l'action thérapeutique engagée.

# 2. Publics accueillis

## 2.1. Caractéristiques identitaires

Notre dispositif d'appartement thérapeutique s'adresse aux hommes, femmes, couples sans enfants à charge (possibilité d'accueil des enfants dans le cadre d'un droit de visite) majeurs ayant une addiction aux produits psychoactifs et/ou une addiction sans produit. Pour effectuer un séjour thérapeutique, ces personnes ne doivent plus être dans une consommation active. Elles peuvent suivre un traitement de substitution (méthadone ou Subutex) et/ou autre.

Les personnes accueillies en séjour thérapeutique ont toutes des revenus (RSA, salaire, ARE, AAH).

Les personnes en séjour sont toutes dans un processus de réinsertion socioprofessionnel.



En 2008, nous avons accueillis quatre femmes et sept hommes. La tranche d'âge majoritaire se situe entre 30 et 39 ans. Leur revenu était majoritairement issu du RMI. La majorité des personnes accueillies avaient toutes une addiction à une substance psychoactive principalement opiacée. Ces tendances sont également représentatives des exercices précédents.

## 2.2. Caractéristiques statutaires

Les demandes de prise en charge en appartement thérapeutique sont faite à la demande du patient lui-même avec le concours ou non d'une structure médico-sociale.

Dans la majeure partie des cas la demande de séjour du patient est accompagnée d'un rapport social d'une structure de soins, d'un CHRS ou de l'entourage. Les demandes isolées sont peu nombreuses.

## 2.3. Conditions d'admissions et les contre-indications à l'admission

La dynamique de resocialisation et d'aide à l'autonomie dans laquelle les patients doivent s'inscrire, nécessite qu'ils aient acquis, au moment de leur admission, une certaine distanciation face à leur consommation de substances psychoactives et des capacités d'autonomie leur permettant, à la fois, de gérer *a minima* le quotidien et de s'investir dans un projet concret de réinsertion.

Les appartements thérapeutiques sont donc la dernière étape d'un processus d'autonomisation entamé dès le début du suivi.

## 2.4. Caractéristiques spécifiques

Les personnes faisant la demande d'un séjour thérapeutique ont toutes eu dans leur parcours des difficultés d'insertion. Leur consommation active ne leur a pas permis de tenir ou d'investir un emploi, un logement ou d'autres contraintes inhérentes à la vie quotidienne.

Les personnes en séjour thérapeutique sont toutes dans une dynamique de réinsertion sociale et professionnelle.

Cependant, elles se sentent fragiles par rapport à leur addiction et à leur autonomie dans un appartement. Elles estiment avoir besoin d'un accompagnant régulier pour mettre en place leur projet de vie et acquérir une indépendance plus sereine.

## 3. Modalités de prise en charge

### 3.1. La demande et procédure d'admission

Dans un premier temps, le patient formule sa demande de séjour thérapeutique par le biais d'un courrier, ce dernier peut être accompagné ou non d'un rapport social d'une structure médico-sociale. Suite à cette demande les éducatrices rencontrent plusieurs fois la personne. Ces rendez vous permettent de :

- formuler avec la personne ses objectifs et son projet de vie.
- évaluer avec elle la faisabilité du séjour.
- expliquer le fonctionnement des appartements thérapeutiques.

Si l'accueil que nous proposons est adapté aux besoins de la personne et si elle est d'accord avec notre proposition thérapeutique, une date d'admission lui est proposée. Si le dispositif ne correspond pas à sa demande, une orientation est travaillée avec le patient.

### 3.2. La durée de séjour

Suivant le cahier des charges initial, les séjours en appartement thérapeutique sont de six mois renouvelables une fois.

### 3.3. La prolongation de séjour

Une prolongation de séjour, au-delà d'un an est envisagée lorsque le projet de la personne est sur le point d'aboutir et fait, le cas échéant, une demande de dérogation.

## 4. Les outils de prise en charge

### 4.1. Un suivi spécifique

#### a) Les entretiens éducatifs

Une prise en charge socio-éducative spécifique permet d'accompagner les personnes dans leurs difficultés à gérer les actes quotidiens. Cet accompagnement permet également d'aider la personne à organiser ses démarches administratives (déclaration d'impôts, échéancier pour les dettes, demandes de logement...).

Ces entretiens sont l'occasion d'évoquer avec le patient ce qui lui pose problème et d'élaborer avec lui des solutions pour dépasser ces difficultés.

#### b) Les bilans

Au cours du séjour, des bilans entre le patient, l'éducatrice et le chef de service des appartements thérapeutiques sont organisés à intervalle régulier, ils sont l'occasion d'évaluer avec le patient l'évolution de son projet et les modifications éventuelles à apporter.

Le premier bilan intervient après un mois de prise en charge. Il s'agit de faire le point sur l'installation du patient à l'appartement, de poser le projet de départ et les objectifs pour y parvenir. Des objectifs intermédiaires à atteindre sont formalisés après chaque bilan.

Un bilan à trois mois permet une première évaluation des bénéfices du séjour en appartement et de faire le point sur l'évolution du projet de la personne.

Un bilan à six mois marque le renouvellement du séjour et le début de la préparation à la sortie.

Un bilan à neuf mois permet de mesurer le chemin parcouru, fixe les modalités de sorties et les objectifs à poursuivre après le séjour en appartement thérapeutique.

Le bilan de sorties, à douze mois, est une synthèse du séjour. La poursuite des suivis engagés en consultation ambulatoire au centre de soins de l'association est possible après le séjour en appartement thérapeutique.

#### c) Prise en charge pluridisciplinaire

Les patients en séjour thérapeutique peuvent bénéficier d'un suivi médical, psychologique, psychiatrique et/ou infirmier à Ressources ou auprès des centres de soins de leur choix.

## 4.2. Des moyens spécifiques : les appartements

L'appartement est un outil essentiel au séjour, car il va permettre aux patients de faire l'expérience de la vie seul en appartement et sans produit.

Un état des lieux est effectué à l'entrée et à la sortie de l'appartement.

Dès son arrivée, un contrat de séjour et le règlement intérieur (cf. annexe 11 - p. 155) qui lui ont été remis à la fin du premier entretien d'admission sont signés, par délégation du directeur, avec le patient et l'éducatrice référente de l'appartement thérapeutique.

Le règlement intérieur, présent dans le contrat de séjour, est le même pour tous.

Un état des lieux est effectué, une caution est déposée et une participation financière correspondant à 16 % des revenus du foyer est réglée en début de chaque mois. Le patient est placé dans le contexte qu'il sera amené à vivre lors de la location de son propre appartement.

## 5. Les conditions de séjour

Nos appartements thérapeutiques se situent à Juvisy-sur-Orge, commune limitrophe du CSAPA. L'association Ressources est locataire de six appartements dont quatre studios et deux F1.

Les F1 permettent d'accueillir des couples et des personnes ayant des droits de visites pour leurs enfants.

Nous pouvons assurer simultanément le suivi de deux couples et quatre personnes seules simultanément.

Les appartements sont meublés, le nécessaire de base (serviettes de toilette, draps....) et des produits d'entretien de départ sont fournis. Les personnes en séjour sont chargées de l'entretien des appartements et du linge.

Les éducatrices effectuent des visites régulières dans les appartements dans le cadre des suivis. Un système d'astreinte assuré 24 heures sur 24 par le directeur et la chef de service permet au patient de trouver une aide à tout moment.

Nous disposons d'un double des clés de chaque appartement pour intervenir en cas d'urgence.

## 6. La sortie

Au terme de leur séjour les patients ont différentes possibilités soit ils poursuivent leur démarche dans le cadre d'une autre structure d'appartement thérapeutique, soit ils entrent en appartement autonome ou, dans l'attente de celle-ci, intègre un CHRS.

## 7. La rupture de contrat

Le contrat peut être interrompu par le résident ou l'équipe à tout moment si cela s'avère nécessaire.

Nous sommes amenés à interrompre le séjour d'un patient si cet accompagnement ne l'aide pas à avancer dans son projet de vie.

Ce qui s'exprime souvent par des transgressions du cadre, une inertie dans la réalisation des objectifs, des rechutes dans l'usage de substance psychoactives. Des bilans intermédiaires permettent de questionner et réévaluer l'intérêt du dispositif pour la personne. Ces difficultés font souvent partie du suivi et donnent lieu à un arrêt du séjour si le patient ne peut pas les travailler dans ce cadre. En revanche, le trafic sous toutes ses formes et les violences physiques ou verbales donnent lieu à une rupture du contrat et à une exclusion immédiate du résident. S'il est suivi en ambulatoire par l'équipe du CSAPA, il pourra, sauf en cas de violence sur un membre de l'équipe, poursuivre son suivi.

Le séjour doit être et rester, tout au long de la prise en charge, un outil thérapeutique tenant compte des réalités sociales et quotidiennes. C'est pourquoi, un positionnement clair des référentes face au contrat d'hébergement et à la loi fait partie intégrante du suivi proposé afin que ce dernier reste structurant pour le sujet.

• • •



## **Chapitre VI**

# **Projet de service de la consultation jeunes consommateurs**

# 1. Missions et objectifs généraux

## 1.1. Missions

Conformément au cahier des charges des consultations jeunes consommateurs (annexe 4 à la circulaire relative aux Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie du 28 février 2008) assure les missions suivantes :

- L'accueil.
- L'information.
- L'évaluation.
- La prise en charge brève.
- L'orientation.
- Prévention précoce.
- Repérage précoce, dépistage.
- Orientation.
- Prise en charge précoce.

## 1.2. Objectifs généraux

Basée sur la même conception théorique et conceptuelle, utilisant les mêmes outils cliniques et répondant aux mêmes principes éthiques et déontologiques que le centre de soins, la consultation adolescents et jeunes adultes tient compte des spécificités de cette période de la vie.

Nous nous référons au concept d'intervention précoce pour :

- prévenir avant que les troubles n'apparaissent.
- repérer pour prendre en charge précocement.

Il s'agit de proposer un espace sécurisant, stable et confidentiel afin que la confiance nécessaire à une rencontre thérapeutique et à la verbalisation d'un mal-être jusque-là exprimé par l'addiction, permette l'accès à l'investissement d'un accompagnement individualisé.

Il s'agit également de tenir compte de la place, du rôle et des inquiétudes des parents et de l'entourage proche afin de leur proposer un espace pour déposer leurs questionnements, leur demande de réassurance, les aider à se repositionner dans leur rôle parental et les orienter si cela s'avère nécessaire.

La question du diagnostic si délicate et essentielle à cette période de l'adolescence fait également partie de notre préoccupation et de nos objectifs en terme de prévention et d'orientation vers les services plus spécialisés dans la prise en charge psychiatrique.

Enfin, un travail autour de la prévention des comportements à risques et aux consommations reste au cœur de notre intervention dans l'articulation avec notre service de prévention.



## 2. Public accueilli

Les adolescents et les jeunes adultes entre 12 et 21 ans présentant un usage occasionnel, à risque ou une dépendance à des substances psychoactives ou un comportement problématique voire addictif aux jeux, à internet...

Les personnes reçues peuvent venir dans une demande spontanée ou orientés par un professionnel ou un membre de leur entourage.

Nous recevons également les personnes relevant d'une mesure judiciaire.

Lors des premiers accueils, les familles ou l'entourage proche peuvent être reçus à leur demande, à celle de l'intéressé ou encore à la demande du thérapeute.

### 2.1. Caractéristiques identitaires

Les adolescents et jeunes adultes rencontrés s'adressent peu à la consultation de façon spontanée.

Ils nous sont orientés par leur médecin généraliste, les services sociaux, le milieu scolaire, les travailleurs sociaux (éducateurs, assistantes sociales) mais aussi pour beaucoup par la justice dans le cadre d'une injonction thérapeutique, d'un contrôle judiciaire, d'une obligation de soins ou d'un placement ASE.

La grande majorité présente une consommation de cannabis et ou de substances psychoactives associée ou non à un comportement excessif voire pathologique dans la sphère des écrans (jeux, consoles, internet...).

Ils vivent tous à proximité du lieu de consultation dans les villes voisines de Juvisy ou accessibles facilement par les transports. Cette proximité géographique est facilitatrice de l'inscription et du maintien de la démarche dans le temps.

Jusqu'alors, rares sont ceux qui expriment leur comportement en terme de souffrance, de difficulté ou de symptôme.

La demande est essentiellement celle d'un tiers adulte. Ceci ne facilite pas l'investissement immédiat du lieu à une période où l'opposition à la parole de l'adulte est marquée.

Lors des entretiens d'accueil et d'évaluation de la situation, il est proposé, tant que faire se peut, aux parents de venir avec leur enfant parler de leurs difficultés et de leur ressenti.

En 2008, la consultation ouverte en juillet grâce à un financement MILDT, a accueilli 12 jeunes consommateurs, parmi eux, trois filles et neuf garçons.

Quatre parents ont pu être reçus dans des entretiens conjoints.

## Âge

13 ans	1
17 ans	2
18 ans	2
20 ans	2
21 ans	5
<b>Total</b>	<b>12</b>

## Situation

élèves/étudiants	5
inactifs	4
salariés	2
pas d'information	1
<b>Total</b>	<b>12</b>

## Situation par rapport aux addictions

	produit n°1	produit n°2	produit n°3
cannabis	3	4	1
cocaïne	2	1	-
alcool	3	1	-
héroïne	3	-	-
ecstasy	-	-	1
hypnotique	-	1	-
antidépresseur	-	-	1
internet	1	-	-
aucun	-	5	9
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>

## Type d'usage

dépendant	9
à risque	3
<b>Total</b>	<b>12</b>

Les adolescents et jeunes adultes qui composent notre file active sont en majorité des garçons jeunes adultes. Nous avons reçu trois mineurs pour neuf jeunes majeurs.

Ils vivent en majorité chez leurs parents. Seul un patient est en situation précaire par rapport au logement.

La moitié d'entre eux est à l'école. Leur niveau scolaire se situe entre le primaire et le secondaire deuxième cycle.

L'un d'entre eux est indépendant tant au niveau du logement que de ses revenus.

Ils sont célibataires et vivent tous dans le département dont un dans une commune limitrophe de la consultation.

## 2.2. Caractéristiques statutaires

### Origine de la demande

famille	3
de sa propre initiative	3
médecin	1
service social	1
injonction thérapeutique	1
obligation de soins	1
autre mesure judiciaire	2
<b>Total</b>	<b>12</b>

Le tableau ci-dessus, nous donne à voir qu'il existe différentes façons d'amener une demande à la consultation. La contrainte, qu'elle soit d'origine juridique, familiale ou scolaire, est souvent présente lorsque les adolescents s'adressent à nous.

Comme pour les adultes, l'objectif sera de permettre l'émergence d'une demande personnelle tout en tenant compte de la réalité de la loi ou de l'inquiétude familiale, l'enjeu étant de garantir une totale confidentialité à la parole exprimée et entendue.

### Qu'en est il alors du partenariat ?

Peut-être encore plus sensibles aux interrelations entre partenaires et aux échanges avec les familles, les adolescents et les jeunes adultes vont très rapidement tester voire éprouver le cadre qui leur est proposé afin de vérifier sa stabilité et afin de se rassurer sur la possibilité de poser en confiance une souffrance intime, une parole, un parcours de vie. La question de la confidentialité et de la confiance est primordiale pour installer une possibilité de prise en charge.

De fait, nous avons parfois recours à un tiers qui servira de médiateur, de filtre, entre les partenaires et le thérapeute. Il s'agit actuellement de la chef de service, psychologue, qui reste disponible aux appels, aux questions et aux rencontres s'il s'avère que le contact direct entre le thérapeute et un partenaire social ou médical risque de mettre en péril le suivi d'un adolescent.

Concernant les familles, il s'agit de les aider à accepter que la démarche de « l'intéressé » soit personnelle et confidentielle pour être efficace et de les orienter vers un autre professionnel de l'équipe de soins ou de la thérapie familiale afin de préserver des espaces distincts et de travailler la question de la confiance et de la séparation qui se joue de façon souvent bien particulière dans les histoires de dépendances ou de comportements addictifs.

Enfin, notre travail avec la question de la loi et les partenaires du milieu judiciaire se déroule de la même manière qu'avec le public adulte. Nous rédigeons des attestations d'entretien et de suivi qui sont remises directement à la personne afin qu'elle assume la responsabilité des conséquences de ses actes et rende compte elle-même à qui de droit de sa démarche de soins (cf. annexe 2 - p. 117 et annexe 3 p. 119).

## 2.3. Caractéristiques spécifiques

La prise en charge des mineurs et jeunes adultes nécessite de prendre en compte leurs spécificités propres :

- L'adolescent est un adulte en devenir. Sa quête identitaire le pousse à s'identifier à des modèles.
- Ce moment particulier du développement humain est une révolution physique et psychique qui rend le sujet plus vulnérable et sensible.

Ces deux postulats, issus du *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* de S. Lebovic ; R. Diatkine ; J.-M. Soule (PUF 2004) nous ont conduits à installer la consultation adolescents et jeunes adultes dans un autre lieu afin de les protéger de la fascination et/ou de la sidération que pourraient représenter certains adultes de la consultation, à mettre en place un accueil et une prise en charge spécifique.

# 3. Modalités de prise en charge

## 3.1. Un accueil spécifique

La prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes nécessite un cadre d'accueil différent de celui des adultes.

L'accueil a lieu dans un espace différent de celui de la consultation adulte. L'ouverture majoritairement en dehors des plages horaires scolaires permet un accès aux soins d'un plus grand nombre et facilite le suivi et l'accueil des parents, l'implication des parents étant essentielle et primordiale avec ce public.

La consultation fonctionne actuellement quatre heures hebdomadaires, le mercredi après midi de 13h00 à 17h00.

Elle est située à 30 mètres de la gare RER C et D à Juvisy-sur-Orge, dans les locaux du pôle « entretiens familiaux » au 3, avenue d'Estienne d'Orves.

La prise de contact est essentiellement téléphonique. Elle suit les mêmes objectifs et modalités de fonctionnement que celle de la consultation adulte. Il est effectué par les mêmes personnes par redéploiement d'une partie du temps de la secrétaire et de l'accueillante du centre de soins. L'information s'effectue dès le premier appel téléphonique et tout au long de la prise en charge suivant les mêmes modalités que celles du CSAPA.

Une communication spécifique sur la réduction des risques sera disponible à l'accueil sous forme de plaquettes, d'affiches, dès que l'équipe sera plus nombreuse (des projets déposés en 2009 permettront peut-être d'y parvenir rapidement). Les professionnels de l'équipe seront formés aux spécificités de l'approche préventive de cette population. Ils proposeront une écoute, des réponses aux éventuelles questions de ce jeune public à partir des supports de prévention disponibles.

## **3.2. Une prise en charge spécifique**

L'usage à risque et l'usage nocif sont, dans la grande majorité des cas, à l'adolescence, les signes d'un mal-être. Il faut avoir les moyens de s'en assurer et d'en tenir compte, car il est essentiel que ce mal être soit entendu pour qu'il trouve une résolution.

### **a) Un dépistage précoce**

Le service prévention de l'association Ressources travaille depuis de nombreuses années sur la prévention des conduites à risque.

Les comportements addictifs entraînent souvent l'adolescent à prendre des risques.

Les deux équipes (prévention et soins) ont élaboré ensemble, il y a quelques années, un outil évaluant la question de l'usage de substances psychoactives. En 2007, nous avons fait évoluer ce support pour qu'il permette d'aider le sujet à aborder la question générale de ses conduites addictives avec ou sans substance

L'évaluation individuelle des conduites addictives permet de rencontrer les adolescents et jeunes adultes avant que des troubles éventuels n'apparaissent.

Les entretiens sont conduits par un éducateur du service de prévention. Il utilise un questionnaire individuel, confidentiel, donnant lieu à deux à quatre rencontres, réparties sur une période de trois ou quatre semaines. Ce questionnaire constitué de questions ouvertes et fermées, appelle des réponses sur le type d'addiction, la connaissance que le sujet en a, ce que lui apporte sa pratique, mais également sur l'organisation de son temps libre, sur sa vie familiale, sa scolarité, sur ses aptitudes imaginatives et ses capacités à modifier ses comportements.

Le questionnaire permet une évaluation en termes quantitatifs et qualitatifs de la conduite addictive de la personne, de la place de cette conduite, de son impact dans la vie quotidienne au niveau familial, scolaire, relationnel, des limites qu'il se donne, de sa connaissance des dangers encourus qu'ils soient légaux, médicaux ou sociaux, de l'amplitude possible de changement de ses comportements et des pistes de changement qui s'offrent à lui.

Il permet aussi d'évaluer la capacité de la personne à modifier sa conduite addictive.

Le mois au cours duquel se déroule l'évaluation permet également d'essayer d'intervenir ponctuellement sur une partie de la conduite addictive par exemple : demande d'arrêt ou diminution de la consommation de substance psychoactive, de diminution du temps passé devant l'ordinateur d'ici la prochaine

rencontre, et de voir avec eux s'ils sont parvenus à le respecter, si oui, comment, si non, pourquoi.

La prise de conscience se fait souvent à partir des difficultés que les sujets rencontrent quand ils tentent d'intervenir sur leur pratique. Ils n'avaient jusque-là pas envisagé leur degré d'aliénation psychologique, voire physique, à une substance, à un ordinateur et à tout ce qui y est attaché : mode relationnel, intellectuel, affectif...

Effectivement, ils disent tous « *je gère* » ou « *je sais ce que je fais* » et y croient véritablement, mais ils repartent avec une idée beaucoup plus précise de l'emprise que le(s) produit(s), les jeux vidéo exercent sur eux, à leur insu.

Il est souvent nécessaire de rectifier la définition qu'ils se font de la notion de dépendance, terme générique dans lequel ils ne font pas toujours la distinction entre dépendance physique et psychique.

Des précisions sont aussi à reformuler sur l'idée qu'ils se font des « effets sur la santé », les confondant avec les modifications d'états psychiques qu'entraîne l'absorption d'une substance.

Les risques pénaux sont le plus souvent mal connus voire méconnus et le rappel à cette réalité est alors nécessaire.

L'évaluation est strictement confidentielle.

Les personnes qui nous adressent ces adolescents ou jeunes adultes (enseignants, parents, travailleurs sociaux) sont prévenues qu'elles n'auront pas connaissance des résultats de l'évaluation. De même, le sujet est informé que si sa situation révèle des éléments du ressort de la protection de l'enfance envers laquelle nous avons obligation de transmettre les informations préoccupantes, nous devons lever le secret professionnel afin de le protéger.

Tous les jeunes candidats sont volontaires, condition nécessaire pour que l'évaluation est un sens et un intérêt.

La dernière rencontre est consacrée à :

- une restitution sur l'analyse de leurs comportements addictifs à partir de leurs réponses aux questions abordées dans l'outil.
- des propositions d'orientation, de prise en charge.

Une commission de lecture composée du directeur de l'association, à chaque fois que nécessaire, du psychologue, du chef de service et de l'éducateur du service de prévention qui a conduit le questionnaire permet une lecture croisée pour une restitution la plus complète possible.

L'objectif de cette commission est :

- d'évaluer si la conduite addictive du sujet est problématique.
- d'évaluer l'emprise de cette conduite sur son quotidien.
- d'identifier les éléments qui pourraient contribuer au mal être.
- d'évaluer les suites nécessaires à donner (orientation, suivis spécialisés).
- de travailler le contenu de ce qui lui sera restitué.

La richesse des données ainsi travaillées peut donner lieu à la constitution d'une base de données pertinente et à un autre niveau d'analyse susceptible d'orienter à plus long terme nos axes de prévention.

Si l'évaluation ne révèle pas de nécessité de soins mais le besoin d'un soutien et d'un accompagnement éducatif nous proposons à l'adolescent une orientation vers le service prévention de l'association.

Cette évaluation permet un dépistage pour une prise en charge précoce si nécessaire ce qui est souvent cruciale pour éviter un enkystement de l'addiction dommageable au niveau : psychique, physique et social.

Lorsque l'évaluation révèle une dépendance avec ou sans substance, l'équipe propose une prise en charge. Si la personne est mineure et qu'elle refuse, nous sommes amenés à faire un signalement et à prévenir les parents si la situation le nécessite. Si l'adolescent accepte notre proposition de soins, un travail s'engage dans lequel les parents devront intervenir à un moment ou un autre, mais avec l'accord du patient. Nous travaillons dans cette perspective jusqu'à atteindre ce but. La participation active des parents est nécessaire et incontournable. Ceci fait partie des spécificités de prise en charge de ce public.

## **b) Un travail avec les parents**

Le travail conjoint avec les parents est essentiel à l'adolescence. Le symptôme visible est souvent une façon d'adresser un message à l'entourage. Il est important qu'il soit décrypté, entendu et parlé. De plus, les adolescents, souvent mineurs, sont sous la responsabilité de leurs parents. Il est cliniquement important que la loi réelle appuie et conforte la loi symbolique.

Des entretiens individuels avec les adolescents et d'autres avec leurs parents sont souvent nécessaires pour comprendre une conduite addictive et aider la personne à retrouver des repères et à rétablir une communication avec ses proches.

Parfois, ce trouble révèle des conflits intrafamiliaux nécessitant une approche familiale de cette problématique. Nous orienterons alors la famille vers la consultation du pôle « entretiens familiaux ».



## **c) Une prise en charge précoce : la proposition d'un suivi psychologique**

En fonction de ce que les patients expriment et surtout de ce qu'ils sont prêts à accepter de la rencontre avec une psychologue, ils se voient proposer un espace de parole, de verbalisation, un endroit pour parler de leur « ras le bol » et de leurs questionnements.

Ce temps individuel peut prendre la forme d'entretiens ponctuels, d'un soutien psychologique ou d'une psychothérapie.

Les adolescents ont la possibilité d'« inviter » en séance, une personne de leur entourage, leurs parents ou une personne importante dans leur vie et dans leur histoire affective.

Toute nouvelle demande de prise en charge nécessite un temps d'accueil et de diagnostic dont la durée sera singulière et adaptée aux situations présentées.

Certains adolescents ne peuvent venir seuls en rendez vous et soutenir un entretien seul, il est alors important de nous adapter à ces situations d'inquiétude, de peur, de souffrance, d'impossibilités et d'imaginer des ponts permettant la rencontre thérapeutique.

Le suivi psychologique vient s'articuler dans une prise en charge globale du patient. Un travail important de réflexion, d'orientation et de mise en relation avec le service de prévention de l'association et avec les thérapeutes familiaux nous permet de proposer des outils différents et complémentaires afin de nous adapter au mieux aux besoins de chacun et de proposer, dans ce cadre, un travail en équipe élargie au sein d'une même structure. Un partenariat plus large a bien entendu été mis en place avec les partenaires extérieurs à la structure, qu'ils nous orientent les personnes ou que nous fassions appel à leurs services et à leurs compétences spécifiques pour l'un de nos patients.

• • •



## **Chapitre VII**

# **La prévention des addictions**

**R**essources a depuis sa création intégré la dimension préventive dans ses activités. La question de la prévention des addictions a été éprouvée par expérimentations et évaluations. Aujourd'hui, elle trouve sa place naturellement dans un champ préventif plus adapté au public visé et qui se situe dans le cadre global de la prévention des conduites à risques. Enfin, nous avons positionné volontairement l'outil prévention au niveau de la prévention spécialisée qui, par essence, reste inscrite dans une très grande proximité avec le public visé sans souffrir des réticentes représentations du soin et du suivi médico-psychologique. Ainsi, nous développons de nombreuses actions collectives (cf. rapport d'activités 2008) en direction des 11-25 ans sur l'ensemble du territoire de l'Essonne à partir des sites aussi divers que les collèges et lycées, écoles supérieures, missions locales, centres de formations, structures PJJ, maisons de quartier, milieu carcéral (CJD/ MAF). Cet outil comprend 8,50 ETP. Il est financé par le Conseil Général pour l'essentiel et périphériquement par la Politique de la ville, le PRSP et la PJJ.

Le travail produit est essentiel, mais le cadre déontologique de référence de la prévention spécialisée (ex. : la libre adhésion) nous limite occasionnellement pour certains types d'actions où le public ciblé est contraint par une mesure judiciaire et ne peut pas exercer sa libre adhésion. Ainsi, alors que nous étions co-porteurs d'un projet d'animation d'atelier dans le cadre des TIG (Travaux d'intérêt général) collectifs ou intégrés aux QCP (Quartiers courte peine), nous n'avons pu aboutir dans notre collaboration avec le SPIP (Service pénitentiaire d'insertion et de probation). Ceci nous amène pour l'avenir à rechercher des moyens complémentaires pour dégager du poste ne relevant pas de la prévention spécialisée (ex. fonds structurel PRSP..) et nous autorisant à investir ce type d'action.

## 1. La formation des professionnels de terrain

L'objectif est de rendre les professionnels de terrain acteurs de prévention en apportant un soutien technique spécialisé, une connaissance des dispositifs et des supports de réflexion dans un partenariat concerté.

### 1.1. Le stage de sensibilisation sur les conduites addictives

L'association Ressources propose un module intitulé : « *Sensibilisation aux conduites d'addiction* ».

Deux sessions sont organisées dans l'année, de cinq jours chacune, avec une demi-journée d'évaluation différée à trois mois.

Cette formation s'adresse aux professionnels du département, en contact direct ou indirect, avec des usagers de substances psychoactives.

Elles sont animées à tour de rôle par le directeur de l'association et une éducatrice du service prévention.

Parmi les intervenants, on compte le médecin, l'un des psychiatres et l'infirmière du centre de soins, une thérapeute familiale du pôle « entretiens familiaux » de l'association, une éducatrice et un comédien du service prévention et aussi un magistrat du tribunal d'Évry ou un policier, un psychologue spécialisé dans les conduites addictives à l'adolescence.

Au cours de ces deux sessions, différents thèmes liés aux problèmes de dépendances sont abordés :

- l'adolescence.
- les aspects psychologiques de la dépendance.
- les aspects policiers et juridiques.
- la relation d'aide.
- la prévention des conduites à risques.
- culture et dépendance.
- les produits et leur histoire.
- addictions et aspects somatiques.
- familles et dépendance.

### **Les objectifs :**

- Permettre une meilleure prise en charge des personnes dépendantes.
- Modifier les représentations.
- Réfléchir sur la relation d'aide.
- Identifier dans sa pratique le concept de prévention et de partenariat.
- Apporter des éléments de réflexion théorico-clinique.
- Analyser la problématique de l'addiction.
- Favoriser les échanges partenariaux et la mise en réseau.
- Susciter un questionnement sur les modes d'interventions.

### **Méthodologie :**

Nous utilisons une démarche active, en tenant compte des réalités et des attentes de chaque participant et offrons un large espace aux débats. Notre propos est aussi d'enrichir les stagiaires du regard croisé de professionnels d'horizons parfois très différents. Nos groupes sont ainsi volontairement hétérogènes.

## **1.2. Des journées d'échanges autour des pratiques professionnelles**

Organisées dans le prolongement du stage « Sensibilisation aux conduites de dépendances », ces journées s'adressent plus particulièrement aux anciens stagiaires.

Les thèmes choisis résultent des attentes exprimées lors des évaluations différées. Au cours de ces rencontres, les participants dégagent des questions dominantes échangent et étayent leurs pratiques appliquées à des champs divers.

Cet outil n'a pas, faute de moyens humains, la possibilité d'être développé. Cela fait partie de nos perspectives.

### **1.3. Les formations à la carte**

Nous sommes amenés aussi à répondre à des demandes spécifiques d'institutions. Nous proposons donc, après analyse, une formation à la carte. L'institution demandeuse en finance le coût. Ce type d'action reste limité car notre disponibilité l'est également dans ce domaine.

Ces interventions peuvent être proposées aux services et aux structures du département qui nous sollicitent.

Elles s'organisent autour de sujets précis et répondent à des besoins et des attentes, en lien avec l'addiction et/ou les conduites à risques, spécifiques à chaque équipe.

## **2. Les actions santé**

En partenariat avec l'ANPAA et le CPS nous participons aussi à des actions visant à prévenir et informer sur la consommation de tabac, de cannabis sur l'accès aux soins des publics défavorisés...

Organisées en forum dans des lieux de passages, ces actions permettent d'aborder un large public sur un thème spécifique.

## **3. La recherche**

Cet aspect de l'activité est peu développé. Nous avons néanmoins sur ces quatre dernières années initié ou co-initié deux actions recherche en relation avec des sociologues. L'une sur une étude diagnostic de la gare de Juvisy et l'autre sur une action de prévention collective sur 4 ans en milieu scolaire. Ces deux recherches ont été financées par le CG. En matière de soins, nos liens étroits avec l'ANI-TEA nous permettent de collaborer à certains objets de recherche. Pour l'avenir, nos liens notamment avec la Ligue contre le cancer peuvent présager que nous soyons associés à certaines recherches. Enfin, le rapprochement de l'ensemble des centres de soins de l'Essonne pourrait mutualiser un ou des objets de recherche communs.

• • •

## **Chapitre VIII**

# **Le partenariat**

**L**e travail en partenariat est l'un des fondements de notre pratique. Il s'appuie sur la conviction qu'une personne en difficulté doit se réinscrire dans un tissu social pour trouver sa place en restant actrice de ses démarches, et qu'il convient de ne pas se substituer aux dispositifs existants mais de les potentialiser.

Cette démarche est essentielle pour qu'une prise en charge cohérente puisse avoir lieu.

Les professionnels d'horizons différents et les structures représentent des jalons et des repères pour le sujet. Ils favorisent son évolution en fonction des moments de son histoire. Le travail de coordination entre professionnels a pour but d'éviter le dispersement dans les suivis.

La notion d'équipe élargie définit notre conception du travail en partenariat. Il s'agit de former avec tous les intervenants sollicités par un patient, une équipe où chacun intervient de sa place et de sa fonction. Cette entité permet de répondre aux besoins spécifiques d'une personne et d'échanger des réflexions et des savoir-faire.

L'accompagnement commun répond au souci de ne pas enfermer la personne dans des institutions spécialisées identifiées comme seuls lieux possibles de prise en charge.

Il place l'institution dans une dynamique d'ouverture.

Nous définissons notre travail partenarial autour de trois axes :

### **Les rencontres préalables entre équipes**

Elles permettent d'envisager des modes d'articulation possibles.

Plus les partenaires se connaissent, mieux ils identifient le champ d'intervention et la fonction de chacun, d'où une articulation partenariale facilitée le moment venu.

Chaque équipe présente ses champs d'interventions. Elles définissent ensemble, les modalités d'orientation et les perspectives de travail en complémentarité.

## **Le travail partenarial en amont d'une orientation**

Ce travail partenarial organise les échanges entre équipes autour de l'orientation d'un usager.

La réflexion s'articule, pour permettre au sujet d'investir une démarche vers un service spécialisé.

En proposant un soutien et un étayage, le travail en amont assoit, auprès de personnes réticentes, l'intérêt d'un suivi, d'une démarche et débloque des situations difficiles. Aller à la rencontre d'une personne en difficulté afin de la rassurer et de lui présenter notre travail peut l'aider à venir au centre de soins.

Les référents extérieurs qui travaillent à une orientation peuvent accompagner, autant de fois que nécessaire, leur patient et participer, avec son accord, à des entretiens conjoints. Nous nous autorisons une certaine souplesse, pourvu que celle-ci fasse sens et soit acceptée par le sujet.

## **Le travail d'articulation autour de suivis communs**

Lorsqu'il s'engage dans une nouvelle démarche qui ravive souvent ses angoisses, le patient doit pouvoir maintenir les liens déjà engagés avec son référent. Aussi, il est pertinent que ce dernier soit présent tout au long du suivi.

Cet étayage, lorsqu'il existe, consolide la démarche entamée et fait le lien entre l'avant, le pendant et l'après-suivi.

Renforcer les liens existants et travailler à l'orientation vers les structures et les professionnels spécialisés dans des domaines d'interventions variés (soin, aspect social et administratif, hébergement ou emploi) nous semble incontournable.

Comme tout citoyen, l'usager doit pouvoir identifier les lieux et les personnes à qui il peut s'adresser.

Renforcer et dynamiser les démarches vers l'extérieur, permet un premier pas vers l'autonomie.

La réflexion commune permet un échange de points de vue essentiel à l'évolution et à la cohérence du suivi.

Nous proposerons donc des contacts réguliers et des synthèses ponctuelles afin de maintenir un suivi commun et d'ouvrir sur des propositions cohérentes pour la personne.

Les patients seront informés de notre fonctionnement partenarial. Ils l'accepteront d'autant plus facilement qu'il s'agit là de les aider au mieux, d'éviter un éparpillement et de ne pas alimenter une dépendance aux institutions et aux intervenants.

# 1. Partenariat et substitution

Le cadre de la substitution nécessite un travail partenarial spécifique.

## 1.1. Dans l'articulation avec les médecins de ville

Ce partenariat permet de :

- proposer une prise en charge socio-éducative, psychologique et/ou psychiatrique.
- prendre ou reprendre la prescription et le suivi substitution d'un de leurs patients, faisant appel au cadre plus contenant d'un centre de soins spécialisés.
- d'échanger sur des questions techniques sur les prises en charges.
- d'éviter les mésusages et les doubles prescriptions par une action concertée.
- de mettre en place le relais-ville de nos patient stabilisés.
- d'évaluer et de poser un diagnostic par rapport à une demande de substitution émise par un de leurs patients.

## 1.2. Dans l'articulation avec les pharmaciens

Notre travail avec les pharmaciens s'articule autour de deux axes :

### Un appui technique

Ils peuvent nous joindre, même en dehors des heures d'ouverture du centre de soins s'ils ont besoin d'un appui technique dans la prise en charge d'un de nos patients (demande de dépannage, de médicaments sans prescription...) par un système d'astreinte téléphonique assurée par le directeur et la chef de service

### Le soin

Nous serons amenés à solliciter les pharmaciens, dans le cadre de la délivrance des traitements :

- Pour un patient stabilisé : en effet, la première étape du passage en ville est la prescription par le centre de soins et la délivrance en pharmacie.
- Pour un patient pas encore stabilisé : lorsque le personnel médical du centre de soins ne pourra pas pour des raisons matérielles (l'équipe travaille à temps partiel) assurer temporairement une délivrance, un relais en pharmacie est organisé.

Ce partenariat est organisé en réseau (cf. annexe 12 p. 163). Des soirées d'échanges et de réflexion ont lieu périodiquement.



## 2. Partenariat et hôpital général

### 2.1. Avec les consultations externes

Nous orientons et accompagnons nos patients vers les consultations de spécialistes dans les hôpitaux pour les soins des infections qu'ils ont contractées (hépatites, VIH...).

Nous développons un travail partenarial plus individualisé avec les médecins spécialistes pour coordonner nos actions autour d'un même patient. Des contacts réguliers entre le médecin de l'équipe et les médecins spécialistes sont souvent nécessaires pour assurer un suivi cohérent du patient.

Les principaux hôpitaux avec lesquels nous travaillons sont : le CHG de Juvisy-sur-Orge avec lequel nous sommes en train de formaliser une convention, l'hôpital Paul Brousse à Villejuif, l'hôpital Sud-Francilien, l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges et l'hôpital de Longjumeau.

### 2.2. Avec les urgences

Nous proposons aux équipes des urgences hospitalières des supports leurs permettant de faciliter leur travail d'orientation, vers notre structure, des personnes présentant une addiction.

Une coordination téléphonique permet des échanges adaptés aux contraintes de leur service sur les prises en charge de nos patients ou de ceux qu'elles souhaitent nous orienter.

Des plaquettes présentant notre activité sont mises à disposition du public des urgences.

### 2.3. Avec les services hospitaliers

Nous avons défini avec l'équipe hospitalière de l'hôpital de Juvisy-sur-Orge un protocole de soin et un cadre de prise en charge pour les sevrages.

Les patients présentant une dépendance à l'alcool rencontre l'hépatologue de l'hôpital avant son hospitalisation. Un traitement de sevrage adapté à son état de santé lui est proposé en coordination avec le médecin du centre de soins.

Les patients présentant une dépendance aux autres substances psychoactives qui n'ont pas contracté d'hépatite voient le cadre infirmier du service dans lequel il va être hospitalisé. Un protocole de traitement individualisé est proposé par le médecin du centre de soins à l'équipe hospitalière qui le prend en charge durant le sevrage.

Une coordination téléphonique quotidienne entre les équipes est possible tout au long de l'hospitalisation de nos patients.

Nous sommes en train de formaliser ce partenariat par une convention (cf. annexe 16 - p. 179)

Un partenariat naturel avec l'hôpital privé de Mahnès à Fleury-Mérogis, pour les sevrages s'est organisé. Une convention est en projet.

Un travail avec les services maternité se développe à l'occasion de la grossesse d'une de nos patientes. Nous avons en 2008, principalement travaillé avec le service maternité de l'Hôpital Sud-Francilien.

## 3. Partenariat et secteur spécialisé en psychiatrie

Lorsqu'un patient présente une pathologie psychiatrique associée, un travail d'orientation vers une prise en charge de secteur est alors indiqué.

### 3.1. Avec les CHS et les cliniques privées

Ce travail spécifique d'orientation débute parfois par une hospitalisation d'urgence dans un moment de crise aiguë.

Une HDT (Hospitalisation sur demande d'un tiers) est alors nécessaire quand le patient n'est plus en mesure de se rendre compte de son état et qu'il présente un danger pour lui-même ou pour les autres.

La personne responsable du centre de soins est amenée à se porter tiers, en concertation avec le médecin psychiatre et l'équipe.

Durant l'hospitalisation, un travail de concertation s'organise afin de préparer la sortie du patient et son orientation vers le CMP dont il dépend. Un suivi conjoint s'organise jusqu'à une prise en charge exclusive par le secteur si les troubles de la personne se chronicisent.

Un partenariat naturel s'est développé avec le CHS Barthélemy Durand à Etampes, l'hôpital privé Mahnès à Fleury-Mérogis et la clinique de l'Abbaye à Viry-Châtillon.

### 3.2. Avec les CMP

Lorsqu'un de nos patients présente des troubles psychiatriques chroniques, un travail d'orientation s'effectue en direction du CMP du secteur dont il dépend.

L'usage de substance psychoactive est alors une tentative d'automédication et l'identité de sujet addictive une façon d'éviter de se confronter à une pathologie souvent dure à porter.

Il s'agit alors d'aider le patient à accepter un traitement et une prise en charge adaptée à sa pathologie.

L'équipe d'un CMP pourra être amenée à nous orienter pour une prise en charge conjointe un de leurs patients quand la consommation de substance psychoactive fait écran à la thérapie.

La prise en compte séparée des deux problématiques permet au patient de travailler sur l'une et sur l'autre en parallèle dans deux lieux différents.

Un partenariat naturel s'est développé avec les CMP de Juvisy-sur-Orge, Savigny-sur-Orge, Grigny et Sainte-Geneviève-des-Bois.

### **3.3. Avec les CMPP**

Dans le cadre de prise en charge conjointe ou du travail d'orientation des plus jeunes, un partenariat naturel s'est développé avec les CMPP de Juvisy-sur-Orge, d'Athis-Mons et l'inter-secteur infanto-juvénile l'Entre-Temps à Savigny-sur-Orge.

## **4. Partenariat et secteur de la petite enfance**

Nous développons dans le cadre de la consultation jeunes consommateurs, un partenariat spécifique avec les structures relevant de la petite enfance.

## **5. Partenariat et secteur spécialisé en addictologie**

Structures assurant les soins résidentiels (CTR, Communautés thérapeutique, appartements thérapeutiques) : travail d'orientation des patients pour des séjours thérapeutiques. (cf. «un accompagnement et un suivi en soins résidentiels » p. 57 et annexe 12 - p. 163)

## 6. Partenariat et justice

### 6.1. Avec le SPIP

Il s'agit de réunir les conditions de collaboration favorisant l'engagement motivé des usagers sous contraintes, dans une démarche de soin. Une convention est à l'étude et devrait être signée en 2010. (cf. annexe 15 p. 175)

### 6.2. Avec la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis

Un travail avec le pôle addiction (SMPR / UCSA /PJJ /SPIP), autour des entrées et des sorties, des relais traitement et préparation à la sortie dans le cadre de la continuité de la prise en charge de nos patients. Une réflexion sur la pratique et des actions de prévention avec les professionnels de la Maison d'arrêt permettent un travail concerté. (cf. « Publics Accueillis » p. 26). Les besoins nous ont conduits à proposer un projet visant à développer ce travail pour tous les sortants de prison présentant une addiction de l'Essonne permettant un accompagnement physique vers les autres CSAPA du département pour assurer la continuité de la prise en charge et réduire les risques de récidive.

### 6.3. Avec le CEF La « Ferme Champagne » de Savigny-sur-Orge

Le suivi des jeunes présentant une addiction a début dès l'ouverture de la consultation jeunes consommateurs. Cette expérience a débouché sur un projet spécifique en direction des jeunes, des parents et des professionnels sur le site. Une convention est en attente (cf. annexe 17 - p. 183)

Sa signature dépend de l'obtention des moyens financiers nécessaires à la réalisation de ce projet qui a été déposé à la MILDT en 2009.

## 7. Partenariat et secteur social

Un partenariat naturel se développe avec les services sociaux, en fonction des besoins de nos patients.

Un travail plus spécifique permet aux équipes du CCAS d'Athis-Mons, de Juvisy-sur-Orge, une éducatrice et la chef de service du centre de soins de se réunir tous les deux mois pour un travail sur l'accès aux soins, une réflexion sur les prises en charge communes et la pratique. Une convention formalise cette action (cf. annexe 19 - p. 195)

### Avec la MDS

mise en place d'une convention de collaboration permettant de définir les complémentarités autour de l'accompagnement, des espaces de concertation et de production commune et l'intégration au groupe de réflexion sur les pratiques actuellement opérationnelles avec les CCAS (opérationnalité fin 2010). Un partenariat naturel autour des suivis des familles s'est développé depuis l'ouverture du centre de soins.

## 8. Partenariat et prévention

Notre travail avec les clubs de prévention s'articule autour de la prise en charge des plus jeunes.

Nous participons aux actions santé avec l'ANPAA et le CPS (cf. chapitre VII « La prévention des addictions » - p. 81) notamment dans le cadre des journées sans tabac ou des journées accès aux soins dans les foyers ADOMA.

## 9. Partenariat et alcool

Nous travaillons avec l'équipe du CCAA de l'ANPAA 91, à mettre en synergie nos savoir-faire respectifs dans une dynamique de complémentarité par la mise en place notamment de groupe de paroles pour des personnes alcoolodépendantes et leur entourage.

Une convention de partenariat est en cours de formalisation (cf. annexe 20 - p. 197).

Un travail spécifique avec l'association vie libre est à formaliser dans l'accompagnement de des patients alcoolodépendants.

## 10. Partenariat et réduction des risques (RDR)

La présence du CARRUD de l'association Opélia, permet à des personnes désinsérées et marginalisées de trouver un espace pour se reposer et maturer une démarche de soins.

Notre coordination permet à ces personnes d'être orientées vers notre structure dès qu'ils se sentent prêts.

Le partenariat avec le CDAG permet un travail coordonné dans le dépistage et le suivi.

## 11. Partenariat et secteur de l'emploi

Un partenariat naturel s'est développé avec les boutiques emploi, les entreprises intermédiaires, les pôles emplois... autour de la réinsertion de nos patients. (cf. annexe 12 - p. 163)

## 12. Partenariat et hébergement

### **CHRS, ADOMA...**

Une articulation dans la prise en charge des patients, un travail d'orientation et de suivi sur site ainsi qu'un travail avec les équipes définissent notre partenariat naturel avec les structures du champ de l'hébergement. (cf. annexe 12 - p. 163)

## 13. Les autres grands axes du travail partenarial

En fonction des lieux, des institutions et des domaines dans lesquels nous intervenons, le partenariat prend aussi les formes suivantes :

- Participation aux bureaux et conseils d'administration (ANPAA 91, CODES 91, Communauté Jeunesse, Mission locale Nord-Essonne...).
- Élaboration de protocoles d'objectifs et de conventions avec certains services ou institutions.
- Prolongement de notre activité au niveau départemental au travers de la dynamique réseaux.
- Temps de coordination avec les CSAPA d'Arpajon, la maison d'arrêt de Fleury et l'ANPAA. Des rencontres bimensuelles de coordination et de réflexion entre cadres dirigeants des structures permettent d'harmoniser l'offre de soins sur le département et d'organiser des réunions de réflexion inter-équipes.
- Une convention intercommunale a été signée en juin 1995 réunissant les communes de Athis-Mons, Juvisy-sur-Orge, Paray-Vieille-Poste, Savigny-sur-Orge et Viry-Châtillon et l'association Ressources autour de notre projet. Des élus de ces communes siègent au Conseil d'administration de Ressources.

• • •





## **Chapitre IX**

# **Organisation et fonctionnement de l'établissement**

# 1. Modalités de fonctionnement

## 1.1. Du centre de soins

Pour faciliter l'accès des usagers, le centre de soins est implanté dans un quartier bien desservi par les transports en commun et le plus discret possible pour respecter le droit à l'anonymat et à la confidentialité des personnes reçues.

Les horaires d'ouverture sont les plus larges possibles. Ils visent à tenir compte des différents rythmes de vie de nos patients : l'accueil est ouvert en continu de 9h30 à 18h00, du lundi au jeudi. Les consultations sont possibles jusqu'à 19h00 le mercredi et le jeudi et tous les samedis matins, pour permettre aux personnes qui travaillent d'être suivies.

Les entretiens d'accueil sont effectués sans rendez-vous. Le premier entretien est mené par une éducatrice, sauf dans le cas d'une reprise de traitement où le patient voit directement l'un des médecins. Les entretiens de suivi s'effectuent sur rendez-vous.

L'objectif de ce fonctionnement est :

- de proposer des repères temporels à nos patients.
- d'ouvrir un espace symbolique dans lequel le patient pourra élaborer, au fil de sa prise en charge, une distance avec l'objet de sa dépendance.
- de décaler la demande de prescription pour pouvoir la repositionner dans une démarche de soin.

## 2.1. Des appartements thérapeutiques

La chef de service du CSAPA est responsable, par délégation du directeur, du service appartements thérapeutiques.

Les éducatrices assurent le suivi et l'accompagnement des patients en séjour thérapeutique. Elles interviennent chacune sur trois appartements. Ce qui représente 0.50 ETP de leur temps chacune. Les 0,50 ETP restants sont consacrés aux suivis socio-éducatifs de la consultation ambulatoire.

Les entretiens ont lieu alternativement au centre de soins et dans les appartements.

Le financement dédié aux appartements thérapeutiques comprend un ETP éducatif. Les professionnels de la consultation ambulatoire interviennent pour les patients en appartements thérapeutiques à chaque fois que nécessaire.

## 2.3. De la consultation jeunes consommateurs

La chef de service du CSAPA est responsable, par délégation du directeur, de la consultation jeunes consommateurs.

La consultation fonctionne actuellement quatre heures hebdomadaires. Une psychologue clinicienne est présente le mercredi après midi, temps en dehors des horaires scolaires afin de permettre la plus grande accessibilité au service.

Les entretiens ont lieu à Juvisy, dans les locaux du pôle « entretiens familiaux » au 3, avenue d'Estienne d'Orves.

La psychologue travaille sur rendez-vous. Les jeunes patients ou leur entourage appellent sur la ligne téléphonique du centre de soins. Un entretien téléphonique est réalisé par la secrétaire ou l'accueillante selon les mêmes modalités que celles de la consultation adulte (cf. chapitre IV « Projet de service CSAPA » p. 19). Un rendez-vous est proposé.

Nous disposons actuellement de 0,12 ETP de psychologue pour effectuer cette mission. Un redéploiement du temps d'autres professionnels de la consultation adulte du CSAPA (médecins, infirmière, éducatrice) est effectué à chaque fois que la prise en charge d'un jeune consommateur suivi par la psychologue le nécessite.

Une communication régulière sous forme de mailing, présentation aux partenaires, inscription dans les bulletins municipaux permet une lisibilité maximale du dispositif.

## 2. Organisation des équipes

L'équipe du centre de soins de l'association Ressources est pluridisciplinaire. Elle est constituée d'une secrétaire, d'une accueillante, de deux éducatrices et d'une chef de service à temps plein, d'une infirmière, d'une psychologue et d'un médecin généraliste (responsable médical) exerçant à mi-temps et de deux médecins psychiatres présents à quart temps (soit neuf heures par semaine).

Afin d'assurer la continuité de la prise en charge de nos patients, nous fonctionnons en binômes. Le binôme est déterminé en fonction des profils de poste. Les deux membres d'un binôme ne peuvent partir en congé ensemble.

L'équipe est partie prenante de ce fonctionnement mis en place pour les patients et y adhère volontiers.

Ainsi, bien que la secrétaire soit plus particulièrement chargée de l'accueil téléphonique, des tâches administratives et de la logistique et que l'accueillante travaille essentiellement à l'accueil physique des patients et à la gestion qualitative et quantitative de la consultation. (tenue des dossiers, saisie des données sur le logiciel PRO-GDIS...).

Dès que nécessaire, en l'absence (congés, maladie...) de la secrétaire, l'accueillante se charge du travail au téléphone ce qui permet de maintenir un accueil sans interruption pendant les heures d'ouvertures. Inversement, la secrétaire remplace l'accueillante, en son absence, sur ses permanences du samedi ce qui permet une amplitude d'ouverture maximale sur l'année.

Chacun des autres membres de l'équipe peut être amené à remplacer ces deux postes ponctuellement si nécessaire.

De même, les deux éducatrices chargées de la prise en charge socio-éducative ambulatoire et durant les séjours thérapeutiques ne peuvent pas non plus partir ensemble, l'une assurant les suivis de l'autre en son absence.

L'infirmière participe à la prise en charge, au suivi des patients, gère la délivrance des traitements et la gestion du stock de médicaments. En son absence, les médecins et plus particulièrement le médecin généraliste assurent la préparation, le suivi et la délivrance des traitements pour les patients dont le passage, même temporaire en pharmacie n'est pas envisageable (début de traitement, pas encore stabilisé...). Là encore, le médecin et l'infirmière font en sorte de partir en congés à des moments différents.

Le médecin généraliste est chargé de la prise en charge somatique, de l'initialisation des traitements de substitution et de leur suivi.

Les médecins psychiatres suivent plus particulièrement les patients présentant des comorbidités psychiatriques et leurs traitements de substitution.

De la même façon, les médecins se relaient pour qu'une continuité du soin médical soit assurée dans la semaine.

La psychologue est chargée à 0,50 ETP du suivi psychologique des patients du centre de soins et à 0,12 ETP de celui de la consultation jeunes consommateurs. Elle propose soit un accompagnement soit une thérapie, seule à assurer cette fonction, elle ne peut pas pour le moment fonctionner en binôme.

### **3. Modalités organisationnelles de coordination des équipes**

La chef de service, par délégation du directeur, est responsable de l'encadrement et de la gestion de l'activité du CSAPA Val d'Orge.

Les cahiers de messages, de réunion clinique, les panneaux d'affichage administratifs et de formation sont trois outils qui visent à s'assurer que les informations ont été prises en compte. La secrétaire et l'accueillante sont plus particulièrement chargées de s'assurer de cette transmission.

### **3.1. Réunion institutionnelle**

Une réunion institutionnelle regroupant toutes les équipes de l'association (administration, club de prévention, centre de soins du Val d'Orge et pôle « entretiens familiaux ») a lieu une fois par mois. Seuls les médecins et deux des trois thérapeutes familiaux à temps partiels ne peuvent participer à cette réunion. Une transmission est assurée par le responsable des différentes équipes auxquelles ces professionnels sont rattachés. Les questions de fonctionnement institutionnel, les informations générales, les projets associatifs et le travail entre les services y sont traités.

### **3.2. Réunion clinique**

Les équipes du CSAPA, des appartements thérapeutiques et de la consultation jeunes consommateurs, se réunissent une demi-journée par semaine afin de travailler sur les aspects cliniques de la prise en charge des patients et de leur entourage. C'est en coordination et après une réflexion d'équipe que se prennent les décisions concernant les suivis. Le travail partenarial spécifique y est également abordé.

### **3.3. Les coordinations informelles**

Les demandes des patients nécessitent parfois des réponses ne pouvant être différées jusqu'à la prochaine réunion clinique. Une coordination réunissant les professionnels concernés et la chef de service ou le directeur se fait à chaque fois que nécessaire. En leur absence, une coordination téléphonique s'effectue avec l'un d'eux.

### **3.4. La commission de relecture de l'outil d'évaluation des conduites addictives**

Après chaque passation de l'outil d'évaluation, une commission composée du psychologue de la consultation jeune consommateur, du directeur ou du responsable de la CJC si nécessaire, du chef de service et de l'éducateur du service prévention qui a conduit le questionnaire permet une lecture croisée pour une restitution la plus complète possible.

L'objectif de cette commission est :

- d'évaluer si la conduite addictive du sujet est problématique.
- d'évaluer l'emprise de cette conduite sur son quotidien.
- d'identifier les éléments qui pourraient contribuer au mal-être.
- d'évaluer les suites nécessaires à donner (orientation, suivis spécialisés).

- de dépister des signes précurseurs d'une éventuelle entrée dans une pathologie psychique plus lourde.
- de travailler le contenu de ce qui sera restitué au jeune consommateur.

Le nombre et la fréquence de ces commissions varient en fonction du nombre de jeunes consommateurs passant cette évaluation.

### 3.5. La commission d'admission

Elle réunit les éducatrices chargées du suivi des séjours en appartements thérapeutiques, la chef de service ou le directeur. Elle vise à analyser si notre dispositif correspond à la demande des personnes qui souhaitent faire un séjour en Appartement thérapeutique. S'il n'est pas adapté, une orientation est proposée. Elle a lieu après chaque entretien. Trois commissions sont nécessaires pour chaque demande. Nous travaillons cinq situations par commission pour donner une réponse dans le mois qui suit la demande du patient. La commission se réunit en moyenne une fois par mois.

### 3.6. Réunion de services

Elle réunit l'ensemble des cadres dirigeants. Au cours de cette réunion qui a lieu un après-midi par semaine, au vue des orientations associatives, il est évalué et coordonné les projets et analysé le fonctionnement des équipes des différents services et établissements.

## 4. L'évaluation

Notre démarche d'évaluation s'inscrit dans la continuité et cherche à interroger en permanence tant le quantitatif que le qualitatif de nos pratiques au quotidien. Nous fondons notre méthode à partir d'un socle commun constitué à la fois de nos références théoriques communes, mais aussi de textes tel que le référentiel CSAPA DRASS auquel nous avons participé ou les différentes productions de l'ANITEA qui font consensus et définissent des guides de bonne pratique. Autre repère, le schéma régional addiction et son instance de réflexion, la CRA, à laquelle nous collaborons. Nos outils varient, de la réunion clinique hebdomadaire aux commissions appartements thérapeutiques, en passant par les régulations informelles, notre pratique est en permanence interrogée et ajustée afin d'être continuellement en cohérence entre nos missions, notre cadre éthique, théorique et thérapeutique et les demandes ou comportements des patients. L'analyse au long cours s'étaye à partir de nos saisies quantitatives (Pro-GDIS), le recueil des enquêtes de satisfaction et l'étude de notre expérience. La formalisation de l'évaluation interne se poursuivra à partir de l'ensemble de ces éléments et en référence aux critères validés par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux nous permettant de choisir indicateurs et critères représentatifs de notre pratique et de son évolution. Elle aboutira dans les délais fixés par la loi .L'évaluation externe sera conduite, à la suite, par un cabinet d'audit, mandaté pour réaliser ce travail.

# 5. La formation des professionnels

## 5.1. Le plan de formation

Il permet de lister toutes les demandes et besoins en formation de chaque membre de l'équipe, de les planifier en fonction des nécessités de bon fonctionnement du service et aussi d'assurer une actualisation des connaissances de chacun. Il est validé chaque année par les délégués du personnel.

Il permet de définir des priorités en fonction de l'évolution des demandes des patients.

La formation sur les addictions sans substance, l'alcoologie et le sevrage tabagique font partie de ces priorités.

En 2008, le médecin et l'infirmière ont terminé leur formation en tabacologie. La psychologue a approfondi ses connaissances sur l'adolescent et internet. L'infirmière a participé à une journée de réflexion sur les addictions sans substance.

(cf. annexe 13 - p. 169 et annexe 14 - p. 173)

## 5.2. Les colloques, les séminaires

L'échange et la réflexion avec des professionnels d'autres institutions favorisent la mise en question des pratiques de l'équipe pour répondre au mieux aux évolutions du public s'adressant à nous.

## 5.3. L'étude de textes

L'étude de textes cliniques nationaux et internationaux nous permet d'être au plus près des avancées en matière de prise en charge des personnes présentant des addictions sans substance.

Notre participation active aux groupes cliniques de l'ANITEA, nous permettra de contribuer à l'avancée des travaux sur le sujet dans un partage d'expériences cliniques.

## 5.4. Une réflexion clinique en continue

Une réunion clinique hebdomadaire nous assure une réflexion essentielle et nécessaire pour notre pratique surtout dans le suivi des personnes présentant une addiction sans substance car cette pathologie relativement récente pose de nouvelles questions sur la thérapie la plus adaptée à leur prise en charge.

• • •





## **Chapitre X**

# **Les perspectives d'évolution de l'établissement**

# 1. Pour le CSAPA

Les demandes concernant l'addiction sans substance, le sevrage tabagique et l'alcool nous ont conduits à nous proposer comme CSAPA généraliste. Le renforcement de l'équipe est l'un des objectifs que nous nous fixons dans les années à venir.

L'importance de proposer un accueil aux enfants des patients venant consulter nous a amené, dès l'ouverture du centre de soins à aménager un coin spécifique et une attention particulière à ces enfants.

L'expérience capitalisée nous permet de développer un projet allant dans le sens d'une prise en charge précoce des familles confrontées aux problématiques d'addictions par la mise en place d'une équipe spécifique. Ce qui nous a conduits à répondre à l'un des appels à projet MILDT 2009.

# 2. Pour les appartements thérapeutiques

Les demandes de prise en charge psychologique sont de plus en plus fréquentes chez les patients en séjour thérapeutique. Le temps de psychologue du CSAPA ne suffit plus pour répondre aux patients de la consultation ambulatoire et des appartements.

Un temps supplémentaire de psychologue est donc sollicité.

# 3. Pour la consultation jeunes consommateurs

Après bientôt un an de fonctionnement de la consultation jeunes consommateurs, les besoins et attentes du public ne peuvent déjà plus être satisfaits.

En effet, les adolescents et jeunes adultes présentant une addiction à une ou des substances psychoactives nécessitent une prise en charge médicale spécialisée pour le suivi des traitements de substitution. L'entourage demande une aide pour convaincre leur enfant de consulter ou un soutien pendant un moment de crise ou un suivi le temps de la prise en charge de leur enfant. Des partenaires nous sollicitent pour collaborer dans la prise en charge de leur public.

Quelques exemples mettent en évidence la diversité des demandes, des besoins qui nous sont adressés.

Un patient de 17 ans a demandé la reprise de son traitement de substitution et le suivi de son addiction.

Un autre en pleine confusion a été orienté vers le secteur psychiatrique, après un diagnostic révélant que son état n'était pas induit par l'effet de substances psychoactives.

Des partenaires nous ont sollicités pour reprendre le suivi d'un adolescent en traitement de substitution dans un CEF.

Une mère ayant tout essayé pour convaincre son fils (usager de cannabis, dépendant aux jeux vidéo et cloîtré dans sa chambre) de consulter nous a demandé de l'aide.

Toutes ces demandes ne peuvent pas être prises en compte par un seul professionnel. Ce qui nous conduit, à développer des projets permettant de répondre à ces besoins.

Tout d'abord, la nécessité d'augmenter la capacité d'accueil de la consultation jeunes consommateurs et renforcer l'équipe en temps de médecin et de psychologue est essentielle.

D'autre part, les spécificités des demandes de l'équipe du CEF « La Ferme Champagne » de Savigny-sur-Orge nous ont conduits à répondre à l'un des appels à projet MILDT en 2009.

Nous proposons aussi de renforcer les actions des PAEJ en y associant nos compétences spécialisées.

Enfin, l'absence de consultation spécialisée de proximité sur le bassin du Val d'Yerres/Val de Seine nous a conduits à y déposer un projet d'ouverture d'un CSAPA.

• • •



# ANNEXES

# Liste des annexes

<b>1. Plan des bâtiments</b>	<b>111</b>
<b>2. Attestation d'entretien</b>	<b>117</b>
<b>3. Certificat de suivi</b>	<b>119</b>
<b>4. Fiche contact</b>	<b>121</b>
<b>5. Livret d'accueil et de fonctionnement</b>	<b>123</b>
<b>6. Enquête de satisfaction</b>	<b>137</b>
<b>7. Procédure de délivrance des traitements</b>	<b>141</b>
<b>8. Organisation des soins infirmiers</b>	<b>143</b>
<b>9. Contrat de soins méthadone</b>	<b>147</b>
<b>10. Contrat de soins buprénorphine</b>	<b>151</b>
<b>11. Contrat de séjour appartement thérapeutique</b>	<b>155</b>
<b>12. Listing 2008 partenaires</b>	<b>163</b>
<b>13. Plan de formation 2008</b>	<b>169</b>
<b>14. Formation 2008 (hors-plan de formation)</b>	<b>173</b>
<b>15. Projet de convention avec le SPIP</b>	<b>175</b>
<b>16. Projet de convention CHG de Juvisy</b>	<b>179</b>
<b>17. Projet de convention CEF</b>	<b>183</b>
<b>18. Convention tripartite actions de prévention</b>	<b>187</b>
<b>19. Convention CCAS d'Athis-Mons et de Juvisy</b>	<b>195</b>
<b>20. Convention ANPAA 91</b>	<b>197</b>

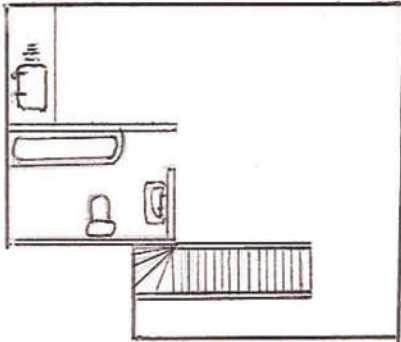
**annexe 1**

# **Plan des bâtiments**

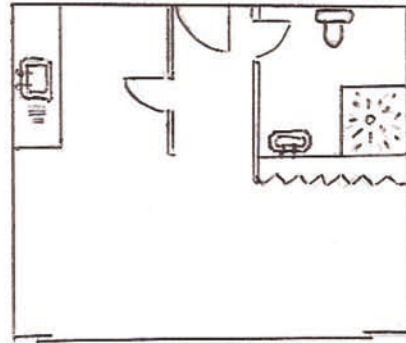


DETAILS PLANS  
APARTEMENTS THERAPEUTIQUES  
JUILLET 09

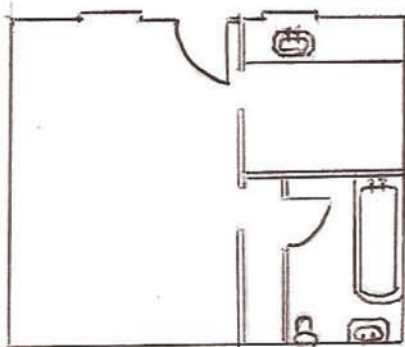
34 Cours de France



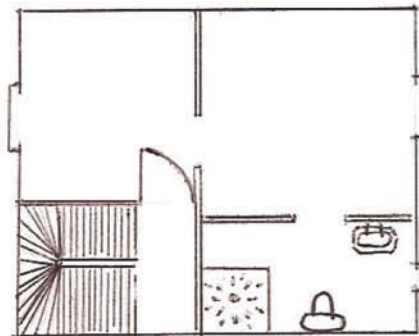
24 rue Hoche



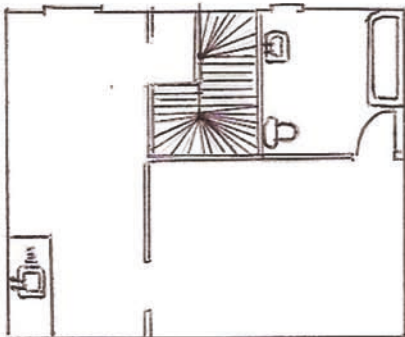
1 rue de Draveil



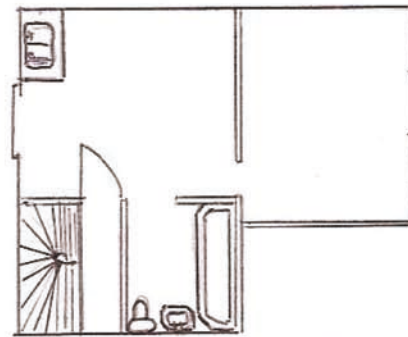
7 bis rue Hoche



4 rue Georges. Sand



61 Cours de France



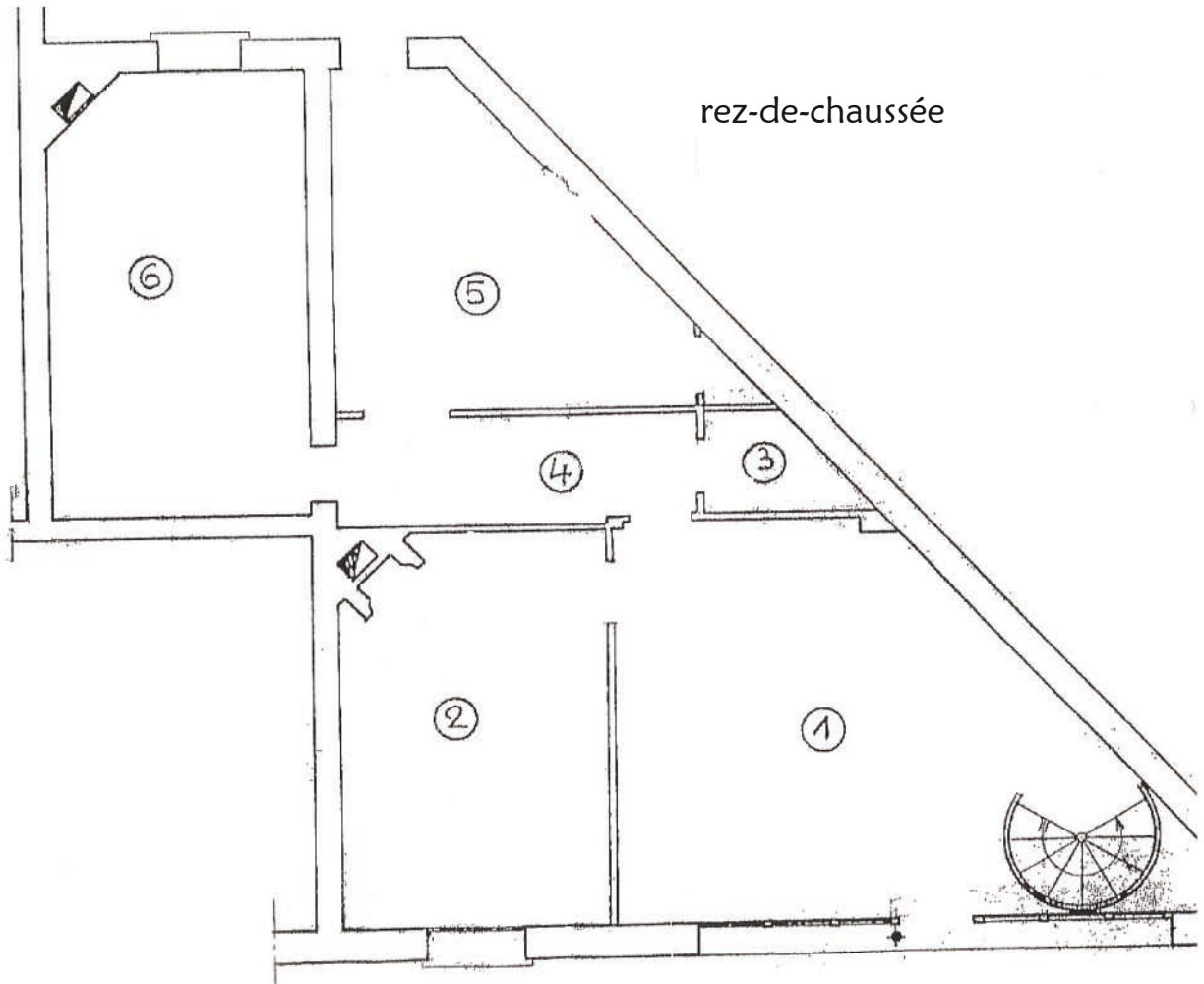


## DETAILS PLAN CSAPA

- 1 – Salle d'accueil
- 2 – Salle d'entretiens / 2 bureaux
- 3 – W.C. public
- 4 – Couloir
- 5 – Cabinet médical
- 6 – Un bureau / salle d'entretiens / salle de réunion clinique
- 7 – Couloir
- 8 – Idem
- 9 – Un bureau / salle d'entretiens / petite salle de réunion
- 10 – Secrétariat / salle du personnel / salle de réunion
- 11 – Rangement
- 12 – Cuisine
- 13 – Deux bureaux
- 14 – Bureau
- 15 – Archives
- 16 - Bureau

# Local CSAPA Val d'Orge

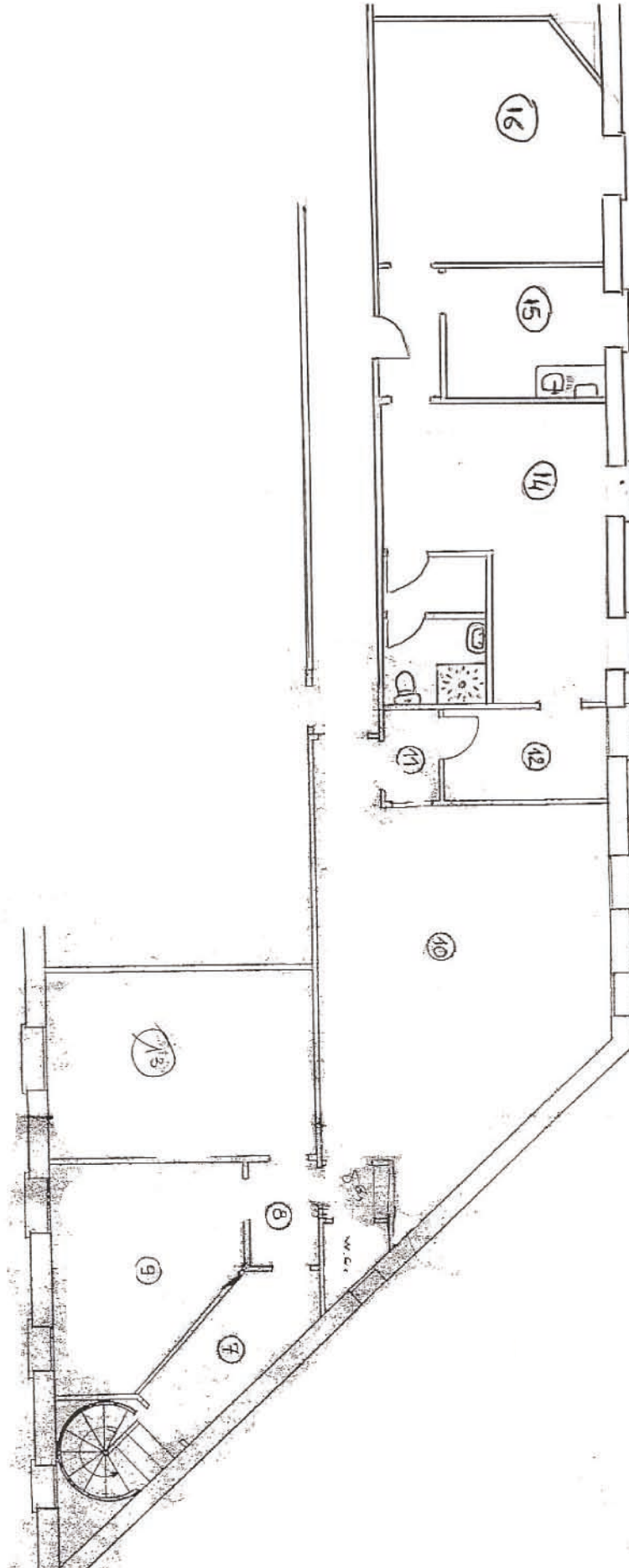
6 avenue Jules Vallès 91200 Athis-Mons



# Local CSAPA Val d'Orge

6 avenue Jules Vallès 91200 Athis-Mons

1<sup>er</sup> étage





**annexe 2**

# **Attestation d'entretien**

## ATTESTATION D'ENTRETIEN

Je soussigné, ..... , au centre de soins de l'Association RESSOURCES, 6 avenue Jules Vallès à Athis-Mons (91200), atteste avoir reçu, ce jour, en entretien Monsieur/ Madame .....

Fait pour valoir ce que de droit,

Remis en main propre à l'intéressé.

Fait à Athis-Mons le .....

P/O  
Denis JOUTEAU  
Directeur

**annexe 3**

# **Certificat de suivi**

## CERTIFICAT DE SUIVI

Je soussigné, ....., au centre de soins de l'association RESSOURCES, 6 avenue Jules Vallès à Athis-Mons (91200), certifie avoir reçu, ce jour, en entretien Monsieur/ Madame .....

Monsieur/Madame ..... est suivi(e) depuis ..... et vient régulièrement aux rendez-vous que nous lui fixons.

Fait pour valoir ce que de droit,

Remis en main propre à l'intéressé(e).

Fait à Athis-Mons le .....

P/O  
Denis JOUTEAU,  
Le Directeur,



**annexe 4**

# **Fiche contact**

## FICHE CONTACT

LE :

TRAITEE PAR :

COORDONNEES :

CT DE :

ACCUEIL DE :

POUR QUI :

ORIENTE PAR :

DEJA SUIVI AU CENTRE :

DEJA SUIVI AILLEURS, SI OUI PAR QUI ?

TYPE DE DEMANDE, DE PROBLEME, DE DEPENDANCE, D'HISTOIRE.....

DECISIONS, SUITE A DONNER, ORIENTATION :

RV POUR :

LE :

HEURE :

**annexe 5**

# **Livret d'accueil et de fonctionnement**

RESSOURCES  
SOINS

# livret *d'accueil*



## Présentation de l'établissement

L'établissement est un Centre de soins spécialisés en toxicomanie (CSST).

Il est ouvert depuis 1994.

Nous accueillons les personnes ayant un problème avec l'usage de produit (drogue, alcool, médicaments...). Nous recevons également l'entourage (conjoint, parents, amis, etc.).

Nous proposons différents types de suivis et soutiens (éducatifs, médicaux, psychologiques et psychiatriques) et disposons d'un service d'appartements thérapeutiques.

Les soins sont gratuits. Nous pouvons vous recevoir quel que soit votre lieu d'habitation.

Le centre de soins se situe à proximité du carrefour de la pyramide (N7). Il est accessible en RER : lignes C ou D (arrêt Juvisy) puis en bus : lignes RATP 285 ou 385 (arrêt Pyramide).

## Horaires d'ouverture

Nous vous accueillons les :

<b>Lundi et mardi</b>	9h30 à 17h30
<b>Mercredi</b>	9h30 à 18h30
<b>Jedi</b>	9h30 à 12h30 17h00 à 18h30
<b>Vendredi</b>	9h30 à 12h00
<b>Samedi</b>	9h30 à 12h00

## Fonctionnement

### Premier contact

À partir de l'espace d'accueil, où vous pourrez venir avec ou sans rendez-vous, il vous sera présenté le fonctionnement du Centre de soins. Il pourra vous être proposé de rencontrer, sur rendez-vous, la psychologue ou l'éducatrice afin d'exposer vos besoins et vos attentes. Vous aurez ensuite la possibilité de bénéficier d'un accompagnement socio-éducatif/psychologique/médical/psychiatrique, exclusivement sur rendez-vous.

L'espace d'accueil vous reste accessible au-delà de vos temps de rendez-vous, pourvu que votre présence s'inscrive dans une dynamique de soins et d'insertion.

### Suivis

Dès le début de votre suivi, il vous sera remis un carnet où sera reporté l'ensemble de vos rendez-vous. Vous pourrez rencontrer, un ou plusieurs membres de l'équipe en fonction de vos besoins et de vos attentes. Votre suivi est personnalisé.

S'il vous est impossible de vous rendre à l'un de vos rendez-vous, il vous est recommandé de prévenir le service. Il vous sera éventuellement proposé un nouveau rendez-vous.

## Droits et devoirs

### • Droits

L'article L355.21 de la loi du 31 décembre 1970, vous autorise à bénéficier de l'anonymat, pourvu que vous en fassiez la demande.

Cependant, « celui-ci ne pourra être levé que pour des causes autres que l'usage illicite de stupéfiants ».

Le secret médical et la confidentialité de votre suivi sont entièrement respectés dans le cadre juridique en vigueur.

Vous pouvez accéder à votre fiche d'information de saisie informatique ainsi qu'aux courriers médicaux et pièces administratives vous concernant. Ceci s'effectue sur demande préalable à un membre de l'équipe et vous sera remis en main propre par un représentant de la direction dans un délai maximum de 72 heures.

Dans le cadre d'une enquête de police, l'accès au dossier est alors exclusivement limité à l'information demandée. La pièce concernée est alors extraite du dossier par le directeur et un des médecins du centre de soins et remis aux services de police.

Afin d'être le plus à l'écoute de vos remarques et dans l'esprit d'améliorer nos services nous vous invitons à remplir l'enquête de satisfaction que nous mettons à votre disposition à l'accueil.

Vous pouvez interrompre votre suivi à tout moment de votre prise en charge. Nous vous recommandons d'en parler, au préalable, à l'une des personnes qui assure votre suivi.

### • Devoirs

Vous devez respecter les lieux et les personnes suivant les règles essentielles de vie en collectivité définies dans le règlement de fonctionnement ci-après.

# Règlement de fonctionnement

## Règles essentielles de vie collective

### Respect des personnes :

- Vous devez vous présenter dans une tenue décente.
- Aucune insulte ne sera tolérée.
- Toute forme de violence sera sanctionnée, les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures administratives et judiciaires.

### Respect des lieux :

- Aucune dégradation de matériel ne sera tolérée.
- Toute utilisation, possession et vente de produits licites ou illicites sont interdites.
- Le port d'armes et/ou tout objet contondant ou coupant sont interdits.

**Le non-respect de l'une de ces règles peut entraîner votre exclusion temporaire ou définitive.**

## Organisation et usage des locaux

- Vous avez librement accès à la salle d'accueil et aux toilettes adjacentes.
- Vous avez accès aux bureaux exclusivement sur invitation d'un des membres de l'équipe.
- Vous n'avez pas accès à l'étage supérieur.
- Vous pouvez utiliser le téléphone sur autorisation d'un des membres de l'équipe, uniquement dans le cadre de vos démarches d'insertion.
- Il pourra vous être offert, un café ou un thé. Vous ne pourrez pas vous servir vous-même.

## Disposition relative aux accompagnements

Au cours de votre suivi, un des membre de l'équipe pourra éventuellement vous accompagner dans vos démarches, en fonction de la situation.



Le moyen de transport qui pourra être utilisé est le véhicule de service de l'association Ressources ou les transports en commun.

### **Mesures exceptionnelles**

Vous serez informé(e) au préalable par voie d'affichage en cas de fermeture du centre de soins en dehors des horaires habituels.

### **Mesures d'urgence**

Vous pouvez prendre connaissance du plan de sécurité incendie affiché sur le mur de la salle d'accueil

En cas de danger, un membre de l'équipe se charge de vous guider vers les issues de secours prévues à cet effet.

### **Mesures relatives à la sûreté des personnes et des biens**

Le dépôt des effets personnels n'est pas autorisé.

### **Modalités concrètes d'exercice des droits**

*cf.* : CASF et loi du 2/01/02, article 7

### **Modalités de rétablissement des prestations**

- ***Si vous avez interrompu votre suivi :***

Vous pouvez reprendre votre suivi à tout moment sur simple appel téléphonique ou en vous présentant à l'accueil pour prendre rendez-vous.

- ***Si votre comportement a entraîné votre exclusion temporaire :***

Au terme du temps d'exclusion qui vous a été signifié vous pouvez reprendre votre suivi à la suite d'un entretien avec un représentant de la direction.

**ANNEXE :**  
**CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES**  
**DE LA PERSONNE ACCUEILLIE**

Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre délégué aux libertés locales, le ministre délégué à la famille, la secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées et le secrétaire d'Etat aux personnes âgées,

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L 311-3 et L 311-4 ;

Vu le code de la santé publique;

Vu le code civil, et notamment son article 375 ;

Vu l'ordonnance n° 45-74 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante;

Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 12 février 2003,

Arrêtent:

**Article 1**

Les établissements, services et modes de prise en charge et d'accompagnement visés à l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles délivrent, dans les conditions prévues à son article L. 311-4, la charte visant à garantir les droits et libertés cités à son article L. 311-3. La charte des droits et libertés de la personne accueillie est annexée au présent arrêté.

**Article 2**

Les dispositions des articles L. 116-1, L. 116-2, L. 311-3 et L. 313-24 sont jointes en annexe à la charte délivrée à chaque personne bénéficiaire de prestations ou de services et affichées dans l'établissement ou le service.

**Article 3**

Lorsque la catégorie de prise en charge, d'accompagnement ou lorsque la situation de la personne le justifie, sont annexées les dispositions des articles L 1110-1 à L. 1110-5 et L. 1111-2 à L. 1111-7 du code de la santé publique en tant qu'elles concernent les droits des personnes bénéficiaires de soins.

**Article 4**

Le non-respect de l'article 1<sup>er</sup>, constaté notamment dans le cadre des contrôles prévus aux articles L. 313-13, L. 313-20 et L. 331-1, emporte application des articles L. 313-14 et L 313-21 du code susvisé.

**Article 5**

Le directeur général des collectivités locales, le directeur général de l'action sociale et le directeur de la protection judiciaire de la jeunesse sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 8 septembre 2003.

Article 1<sup>er</sup>

**Principe de non-discrimination**

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2

**Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté**

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3

**Droit à l'information**

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers oeuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la

loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4

**Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne**

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées

par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5

**Droit à la renonciation**

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6

**Droit au respect des liens familiaux**

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7

**Droit à la protection**

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté

Article 8

**Droit à l'autonomie**

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9

**Principe de prévention et de soutien**

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

## CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

### Article 10

#### **Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie**

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

### Article 11

#### **Droit à la pratique religieuse**

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

### Article 12

#### **Respect de la dignité de la personne et de son intimité**

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

## Présentation de l'équipe

- **Denis JOUTEAU, directeur**

*Il est responsable de l'organisation et du bon fonctionnement général du centre de soins ainsi que des autres activités de l'association.*

- **Christine GUILLOU, chef de service/psychologue**

*Elle coordonne l'organisation du centre de soins. Elle s'occupe également des suivis psychologiques.*

- **Hamida LALI, secrétaire**

*Elle est chargée de l'accueil téléphonique et du secrétariat.*

- **Jocelyne CHAILLOU, accueillante**

*Elle est chargée de vous recevoir sur l'espace accueil du centre de soins. Elle vous informe sur les modalités de prise en charge qui vous sont proposées et/ou vous donne un rendez-vous, si vous le souhaitez, avec l'un des membres de l'équipe. Durant votre suivi, elle vous conseille et vous aide dans la consolidation de votre projet de vie.*

- **Noureddine HEBBAR, médecin généraliste**

*Il est en charge des suivis médicaux et des prescriptions (y compris dans le cadre des traitements de substitution), de la prévention (vaccinations, informations sur les risques associés, les infections sexuellement transmissibles...).*

- **Danièle VALENTE, infirmière**

*Elle est chargée de la délivrance des traitements médicamenteux, de substitution et de leurs suivis administratifs. Elle dispense des soins de première nécessité ou vous oriente vers d'autres structures si cela est nécessaire.*

- **Roque ALDERETE et Robert BERTHELIER, médecins psychiatres**

*Ils assurent les prises en charge psychiatriques ainsi que la prescription et le suivi des traitements de substitution.*

- **Nathalie COUSSY, psychologue**

*Elle assure les suivis psychologiques.*

- **Katty CRUZEL et Fanny GUEMERT, éducatrices spécialisées**

*Elles sont chargées de l'accompagnement socio-éducatif au Centre de soins et de l'organisation et du suivi des personnes hébergées en Appartements Thérapeutiques.*

MAJ 060208

11

## **Nos coordonnées**

Vous pouvez nous joindre :

**Par courrier :**

Association RESSOURCES  
6, avenue Jules Vallès 91200 Athis-Mons

**Par téléphone :**

01 69 38 37 21

**Par courriel :**

[ressources@associationressources.org](mailto:ressources@associationressources.org)

**Site internet :**

[www.associationressources.org](http://www.associationressources.org)





**annexe 6**

# **Enquête de satisfaction**

# Enquête de satisfaction



Date : .....

	S	MS	PS
Horaires d'ouverture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accessibilité du Centre de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'espace d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'offre de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les possibilités de rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S : Satisfaisant

MS : Moyennement satisfaisant

PS : Pas satisfaisant

	S	MS	PS
Le nombre de professionnels soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le temps d'entretien			
Médecin (30 mn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin psychiatre (15-20 mn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmière (15 mn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éducatrice (30-45 mn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue (30-45 mn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le livret d'accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le règlement de fonctionnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La propreté des locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vos propositions et suggestions :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**annexe 7**

# **Procédure de délivrance des médicaments**

## PROCEDURE DE DELIVRANCE DES MEDICAMENTS

ANNEE 2009

### **Traitement médicamenteux :**

La Prescription est faite par les médecins du centre. Les patients vont chercher leur traitement à la pharmacie accompagnés ou non de l'infirmière.

Les médicaments sont stockés dans une armoire forte dans un tiroir étiqueté au nom de chaque patient.

Les piluliers sont préparés par l'infirmière.

Les traitements sont délivrés aux patients par l'infirmière ou le médecin au rythme préconisé par le médecin (quotidien, hebdomadaire etc...) le matin entre 9h30 et 12heures.

En l'absence de l'infirmière les traitements sont préparés à l'avance dans les piluliers nominatifs.

Les délivrances sont notées dans un classeur sur des fiches établies pour chaque patient

### **Traitement de substitution méthadone pour les patients ayant une couverture sociale**

Les prescriptions sont établies par les médecins du CSST. L'achat des traitements se fait à la pharmacie.

Ils sont stockés dans l'armoire forte dans des casiers nominatifs.

La délivrance se fait par l'infirmière ou le médecin au rythme jugé nécessaire et est notée sur les fichiers établis pour chaque patient. Le stock personnel des patients est tenu à jour quotidiennement.

### **Stock méthadone du CSST**

Lorsque les patients n'ont pas de couverture sociale la méthadone est commandée par Ressources chez un grossiste répartiteur, l'OCP. La commande est passée par fax par l'infirmière sous la responsabilité du médecin Psychiatre faisant fonction de Pharmacien pour le centre. Le livreur de l'OCP dépose la commande aux heures de présence de l'infirmière. Les flacons sont stockés dans un coffre fort. Ils sont délivrés selon avis médical quand au rythme – Un registre de stupéfiants est tenu à jour avec entrées, sorties et stock précis vérifié régulièrement.

### **Traitement de substitution par la buprénorphine**

Les patients nécessitant un traitement par la Buprénorphine achètent leurs médicaments à la pharmacie avec la prescription médicale. Ce traitement est conservé dans le casier nominatif du patient et délivré selon le rythme décidé par le médecin aux heures de présence de l'infirmière (entre 9h30 et 12h00)

Les patients stabilisés et disposant d'une couverture sociale gèrent leur propre traitement à domicile. Ils achètent leurs médicaments à la pharmacie avec la prescription d'un médecin du centre.

**annexe 8**

# **Organisation des soins infirmiers**

# **ORGANISATION DES SOINS INFIRMIERS AU CENTRE DE SOINS DE L'ASSOCIATION RESSOURCES ANNEE 2009**

## **I. Organisation du cabinet médical**

1. Rangement
  - du matériel
  - des produits
  - des médicaments
  - des toxiques
  
2. Vérification des dates de péremption

## **II. Protocole de soins**

1. Identification des risques
2. Adaptation des conditions d'hygiène et d'asepsie

## **III. Elimination des déchets**

1. Le collecteur
2. Médicaments périmés

## **IV. Désinfection**

1. Du local
2. Du matériel



## **I. Organisation du cabinet médical**

### ***1. Rangement du matériel***

Tout le matériel médical (kits pour pansement, seringues, aiguilles, compresses, pansements, gants stériles, tensiomètre....) est rangé dans un placard de la salle de soins.

### ***2. Rangement des produits***

Les produits désinfectants, d'hygiène, de soins sont rangés dans un placard de la salle de soins.

### ***3. Rangement des médicaments***

Les médicaments et le registre des sorties et des entrées sont entreposés dans une armoire blindée, à l'étage, dans une pièce inaccessible au public. Les vaccins et les médicaments le nécessitant sont stockés dans un réfrigérateur fermé à clef et uniquement réservé à cet usage.

### ***4. Rangement des toxiques***

Les toxiques sont enfermés dans un coffre fort, à l'étage, dans une pièce inaccessible au public.

### ***5. Vérification des dates de péremption***

L'infirmière fait périodiquement une vérification des dates de péremption de tous les produits de soins, du matériel à usage unique et des médicaments entreposés au centre de soin.

## **II. Protocole de soins**

### ***1. Identification des risques***

Pour le patient, un défaut d'hygiène de sa part ou de celle de l'opérateur peut entraîner une infection locale.

Pour l'infirmier, des risques infectieux et viraux (transmission VHC, VHB, VIH.....) sont présents par piqûre, coupure ou projection.

### ***2. Adaptation des conditions d'hygiène et d'asepsie***

- Utiliser des dispositifs médicaux stériles
- Se laver les mains avant et après chaque soin
- Travailler sur des surfaces propres
- Faire l'antisepsie du site de soins ou de ponction
- Porter des gants stériles à usage unique
- Eviter d'être dérangé pendant les soins

- Placer le collecteur d'aiguilles et de déchets a portée de mains
- Recapuchonner les aiguilles, après usage unique, avant de les déposer dans le collecteur.
- Isoler et identifier aussitôt les flacons de recueil d'urines.

### **III. Elimination des déchets**

#### ***1. Le collecteur de déchets***

Tous les déchets médicaux (pansements, seringues...) sont placés dans un collecteur spécialement prévu à cet usage. Leur récupération est effectuée périodiquement par PROPOLIS ENVIRONNEMENT (organisme spécialisé pour la collecte de déchets d'activités de soins à risques infectieux).

#### ***2. Les médicaments périmés***

Les médicaments périmés sont retournés dans une pharmacie par l'infirmière du centre de soin.

### **IV. Désinfection.**

#### ***1. du local***

- Ménage quotidien et rangement de la salle de soins
- Élimination des déchets
- Désinfectant de contact pour les surfaces

#### ***2. Du matériel***

- Savon antiseptique à disposition
- Utilisation de matériel à usage unique

**annexe 9**

# **Contrat de soins méthadone**

## CONTRAT DE SOINS PAR LA METHADONE

Entre Mademoiselle, Madame, Monsieur,  
.....

Et L'équipe du centre de soins de l'association Ressources.

La Méthadone est un traitement à long terme qui maintient votre dépendance physique et psychologique aux opiacés.

Les objectifs de ce traitement sont de vous aider à trouver un niveau satisfaisant d'équilibre personnel de santé physique et psychique.

Pour que ce traitement vous soit profitable vous devez vous soumettre à un certain niveau d'obligations :

Nous vous garantissons la confidentialité et le secret professionnel dans votre suivi.

**1- Nous communiquer votre identité et vos coordonnées**, vous renoncez donc à votre droit à l'anonymat.

**2- Respecter les personnes et le lieu selon les règles de la vie en société.** La violence ou l'agressivité peuvent entraîner votre exclusion temporaire ou définitive.

**3- Accepter la proposition thérapeutique adaptée à votre situation.**

**4- Il est souhaitable de rencontrer la psychologue** pour faire le point sur les aspects psychologiques de votre traitement et / ou de commencer une éventuelle thérapie.

**5- Accepter les modalités de délivrance de votre traitement** qui sont :

Au début de votre suivi, vous viendrez prendre votre traitement tous les jours dans les locaux du centre de soins.

Votre traitement ne pourra vous être délivré qu'entre 10h et 12h du lundi au vendredi. Ces horaires correspondent aux heures de présence de l'équipe médicale habilitée à vous délivrer votre traitement. Vous vous engagez à respecter ces plages horaires.

Le week-end et les jours fériés votre traitement vous sera confié. Vous en êtes seul responsable. Vous vous engagez à ne pas en faire un autre usage. En cas de perte de votre traitement, il ne pourra être remplacé. Vous vous engagez à ramener les flacons vides.

Au fil de l'évolution de votre suivi, le rythme de la délivrance de votre traitement sera envisagé jusqu'au passage à une prescription par un médecin de ville de votre choix.

**6- Respecter les conditions d'utilisation du traitement :**

Votre traitement se prend par voie orale. Il ne faut pas l'associer à d'autres produits (drogues, alcool, certains médicaments) car ils présentent des risques d'interactions médicamenteuses dangereuses pour votre santé.

**7- Accepter les analyses d'urines :**

Elles permettent d'équilibrer votre traitement et de s'assurer que les traitements associés sont compatibles avec votre prise de Méthadone.

L'administration de votre traitement pourra vous être refusée par vos soignants à chaque fois que cela risque de vous nuire.

**8- La durée du traitement :**

Ce traitement a un début et une fin. La fin de ce traitement ne peut être déterminée à l'avance. Elle dépend de vous et de ce que vous souhaitez pour votre vie.

**9- La résiliation du contrat :**

Elle peut intervenir à tout moment en cas de manquement de votre part à une ou plusieurs obligations.

Vous pouvez résilier ce contrat dès que vous le souhaitez.

**10- L'équipe de soin s'engage à assurer votre suivi dans les meilleures conditions.**

Le / La soussigné(e) confirme avoir pris connaissance de ce contrat et accepte de s'engager selon les conditions précédemment définies.

Athis-Mons

le,.....

Nom, Prénom :

Pour l'équipe du centre de soins

Signature

Le Docteur



**annexe 9**

# **Contrat de soins buprénorphine**

## **CONTRAT DE SOINS PAR LA BUPRENORPHINE**

Entre Madame, Monsieur,

Et l'équipe du centre de soins de l'association Ressources.

Le Buprénorphine est un opiacé de synthèse. Ce traitement, à long terme, permet de travailler sur votre dépendance physique et psychologique aux opiacés, en évitant les symptômes du manque.

Les objectifs de ce traitement sont de vous aider à trouver un niveau satisfaisant d'équilibre personnel de santé physique et psychique.

Pour que ce traitement vous soit profitable, votre démarche doit être librement consentie et il est nécessaire que vous acceptiez le cadre thérapeutique impliquant un certains nombres d'obligations :

**1- Nous communiquer votre identité et vos coordonnées** pour que l'on puisse vous joindre en cas de nécessité. Vous renoncez donc à votre droit à l'anonymat. Nous vous garantissons le secret professionnel, dans votre suivi, dans le cadre de la loi en vigueur.

**2- Respecter les personnes et le lieu selon les règles de la vie en société.** La violence ou l'agressivité peuvent entraîner votre exclusion temporaire ou définitive.

**3- Accepter la proposition thérapeutique adaptée à votre situation**

**4- Il est souhaitable de rencontrer la psychologue** pour faire le point sur les aspects psychologiques de votre traitement et / ou de commencer une éventuelle thérapie.

**5- Accepter les modalités de votre traitement** définies par votre médecin au Centre de Soins.

Si une délivrance quotidienne de votre traitement vous est proposée au Centre de Soins, elle ne pourra s'effectuer qu'entre 10h et 12h du lundi au vendredi. Ces horaires correspondent aux heures de présence de l'équipe médicale, seule, habilitée à vous délivrer votre traitement. Vous vous engagez à respecter ces plages horaires.

Le week-end et les jours fériés votre traitement vous sera confié. Vous en êtes seul responsable. Vous vous engagez à ne pas en faire un autre usage. En cas de perte de votre traitement, il ne pourra être remplacé.



Au fil de l'évolution de votre suivi, le rythme de la délivrance de votre traitement sera adapté jusqu'au passage à une prescription par un médecin de ville de votre choix et en accord avec l'équipe médicale.

**6- Respecter les conditions d'utilisation du traitement :**

Votre traitement se prend uniquement par voie sublinguale. Il ne faut pas l'associer à d'autres produits (drogue, alcool, médicaments hors prescription médicale) car il présente des risques d'interactions dangereuses pour votre santé.

Ce traitement vous est exclusivement destiné. Vous ne devez en aucun cas le céder ou le proposer à quelqu'un d'autre.

Ce traitement est dangereux pour les enfants, vous devez toujours veiller à le garder hors de leur portée.

**7- Accepter les analyses d'urines :**

Elles permettent d'équilibrer votre traitement et de s'assurer que les traitements associés sont compatibles avec votre prise de Buprénorphine.

L'administration de votre traitement pourra vous être refusée à chaque fois que cela risque de vous nuire.

**8- La durée du traitement :**

Ce traitement a un début et une fin. La fin de ce traitement ne peut être déterminée à l'avance. Elle dépend de vous et de ce que vous souhaitez pour votre vie.

**9- La rupture de contrat :**

Elle peut intervenir à tout moment en cas de manquement de votre part à une ou plusieurs obligations.

Vous avez la possibilité d'interrompre votre traitement, à tout moment, à condition d'en informer votre médecin.

**10- L'équipe de soin s'engage à assurer votre suivi, dans les meilleures conditions.**

Athis-Mons le, .....

Nom - Prénom

Signature (précédée de la mention  
« J'accepte et m'engage à respecter  
ce contrat »)

Pour l'équipe du Centre de Soins



**annexe 11**

# **Contrat de séjour en appartement thérapeutique**

CONTRAT DE SEJOUR  
EN APPARTEMENT THERAPEUTIQUE  
2009

Ce contrat est conclu entre l'association Ressources 6, avenue Jules Vallès  
91200 Athis- Mons, représenté par Monsieur JOUTEAU Denis Directeur et  
M.....

Vous demandez à bénéficier d'un séjour en appartement thérapeutique. Cela correspond à une étape dans votre parcours qui nécessite un accompagnement et un soutien.

Nous avons répondu favorablement à cette demande en vous proposant un appartement thérapeutique. C'est un lieu avec un soutien éducatif, pendant un temps. Nous pensons en effet que ce moyen peut utilement compléter l'aide du centre de soins dont vous bénéficiez déjà.

Il est nécessaire que vous preniez connaissance des conditions liées à votre séjour, ainsi que du règlement intérieur, car ils sont là pour que votre séjour en appartement thérapeutique vous soit profitable.

## L'APPARTEMENT

L'appartement que vous allez occuper se trouve :

Celui-ci est meublé. Nous vous demandons de ne pas apporter de mobilier. Vos effets personnels doivent être restreints.

Avant le début de votre séjour, nous évaluerons ensemble la quantité d'objets personnels (hors vêtements) que vous apporterez avec vous.

Au cours de votre séjour, il est impératif que vous informiez l'éducatrice référente avant tout apport d'effets personnels.

### Les clefs :

Les doubles de clefs que nous vous remettons vous sont confiés personnellement, car c'est vous et vous seul qui bénéficiez de cet appartement dont vous devenez responsable. En conséquence, vous ne pourrez ni les prêter, ni les faire reproduire.

Nous pourrions, si nous le jugeons nécessaire, venir à l'appartement. Vous serez prévenu de ces visites sauf dans les situations d'urgences : si nous n'avons pas de vos nouvelles, si un problème d'intendance se produit (fuites d'eau....) et demande une intervention rapide.

**Le téléphone :**

L'appartement thérapeutique est équipé d'un téléphone à carte. Cette ligne n'est pas la votre, vous ne pouvez l'utiliser que dans des cas précis : démarches administratives et contacts avec votre entourage, numéros d'urgence. En conséquence, nous vous demandons, au préalable, de nous informer des organismes et personnes auxquels vous souhaitez communiquer ce numéro.

**Vos affaires dans l'appartement :**

Vos affaires personnelles ne sont pas assurées par Ressources. En conséquence, c'est à vous d'être vigilants à ne pas entreposer d'objets de valeur et à faire preuve de responsabilité lorsque vous invitez quelqu'un à l'appartement. Votre référent appartement thérapeutique pourra vous aider à ce sujet.

Tout ce qui vous appartient et qui reste à l'appartement après la fin de votre séjour sera conservé un mois, passé ce délai, sans nouvelle de votre part, nous les donnerons à une oeuvre caritative.

**L'état de l'appartement :**

Nous effectuons ensemble un état des lieux qui permettra de préciser l'état de l'appartement et du matériel à votre arrivée et nous vous demandons une caution de 120 Euros.

La Chef de Service effectuera deux visites annuelles de l'appartement en votre présence : une à cinq mois de séjour, l'autre à onze mois afin de vous aider si nécessaire dans la tenue de l'appartement.

Un deuxième état des lieux sera effectué à votre départ. Si l'appartement est resté en bon état et que le ménage a été fait, votre caution vous sera restituée. Dans le cas contraire, elle servira à remettre en état ce qui aura été dégradé pendant votre séjour (perte de matériel, ménage, etc...).

**La participation financière :**

Vous verserez en début de chaque mois une participation au séjour équivalente à 16% du montant des ressources du foyer et vous recevrez un reçu. Il ne s'agit pas d'un loyer car vous n'êtes pas locataire. Vous êtes en séjour thérapeutique dans un lieu qui doit favoriser votre autonomie et vos soins.

**Les visites :**

Il vous est possible d'inviter un de vos proches à l'appartement. Celui-ci peut y séjourner mais pas y être hébergé. Dans tous les cas, vous devez, au préalable, en avertir votre référent.

## LE TEMPS

### La durée du séjour :

Elle est de six mois renouvelable une fois. Pendant cette période, auront lieu des bilans réguliers qui nous permettront d'évaluer avec vous l'intérêt de continuer ou d'interrompre votre séjour thérapeutique.

La décision sera prise en fonction de l'avancée de votre projet et de la manière dont s'est passée jusque là votre séjour. Ces bilans auront lieu avec la chef de service et votre référent éducatif.

## LE SUIVI EDUCATIF

### Les bilans :

Ce sont des moments essentiels, car ils permettent de faire le point et de dégager des objectifs vous permettant de réaliser votre projet.

Un premier bilan a lieu au bout d'un mois, les suivants tous les trois mois. Ils se font avec la chef de service et votre référent éducatif.

Des bilans intermédiaires pourront être nécessaires si vous rencontrez des difficultés. Le directeur de l'Association ou votre référent extérieur peut être amené à intervenir.

### Le séjour :

Il se fait en deux étapes :

- Elaboration de votre projet
- Préparation de votre sortie.

### Les entretiens :

Ils sont là pour vous soutenir dans votre démarche de soins et d'insertion, pour utiliser au mieux votre séjour thérapeutique, pour vous aider à préparer votre sortie.

Ils ont lieu chaque semaine dans la journée ou en soirée et sont obligatoires.

En cas de besoin, d'autres rencontres pourront s'ajouter à l'entretien hebdomadaire si vous en ressentez le besoin ou si nous le jugeons nécessaire.

Des visites régulières à l'Appartement seront assurées par votre référent éducatif.

En dehors de ces temps de rendez-vous, vous pouvez nous joindre à :

### **Ressources**

du lundi au jeudi de 9H30 à 12H30 et de 13H30 à 18H30 les vendredis et samedi de 9H30 à 12H30 au 01 69 38 37 21

En cas d'extrême urgence les soirs, les nuits et le Week-end et jours fériés au 06-21-04-03-86

Au début de votre séjour, vous serez amené à rencontrer le directeur, car il assure avec la chef de service la permanence téléphonique en dehors des heures d'ouverture du centre de soins.

Si vous avez un suivi thérapeutique extérieur, il vous est possible de le poursuivre.

Le soutien éducatif lié à l'appartement viendra le compléter.

Vous pouvez être suivi au centre de soin de l'Association Ressources. Votre référent éducatif vous accompagnera dans cette démarche.

### **En conclusion :**

L'association Ressources s'engage à soutenir et accompagner M dans son projet d'insertion et de soin.

Pour sa part, M ..... s'engage à :

- participer aux entretiens hebdomadaires, aux bilans, et à toutes les démarches socio-éducatives qui seront nécessaires, pour stabiliser sa situation et préparer sa sortie.
- respecter le règlement intérieur concernant le séjour thérapeutique.

Athis-Mons le,

Pour le directeur  
L'Educatrice spécialisée

## **REGLEMENT INTERIEUR DES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES**

Ce règlement intérieur, le même pour tous, est établi pour que votre séjour se passe dans les meilleures conditions.

C'est pour cela, que :

- l'usage, le trafic de produits illicites,
- l'échange, le trafic, la consommation hors prescription de médicaments,
- l'abus d'alcool amenant à des comportements incontrôlés et violents,
- la violence sous toutes ses formes,
- le recel,
- la détention d'armes,
- l'hébergement clandestin,
- l'utilisation à des fins professionnelles de l'appartement,
- le non-respect du voisinage, les bruits excessifs ou à des heures tardives,
- le prêt et la reproduction des clefs qui vous sont confiées,
- toutes transgressions de la loi en général,

ne sont pas admis et entraînent des sanctions pouvant aller jusqu'à l'exclusion définitive et immédiate.

Nous vous demandons :

- de régler en début de chaque mois votre participation aux frais d'hébergement.
- de nous informer de tout dysfonctionnement concernant l'appartement (fuites, problèmes électriques, pannes...),
- de respecter les règles d'hygiène (propreté des lieux, ordures ménagères...),
- de ne pas faire installer de ligne téléphonique et Internet à votre nom
- de ne pas accueillir d'animaux dans l'appartement,

Le non-respect de ces conditions remettrait en cause votre hébergement.

M. ....

Lu et approuvé

Pour le directeur



## EN CAS D'URGENCES

Personne à prévenir en cas d'urgences :

M.....

N° Téléphone.....

Adresse .....

.....

M.....

N° Téléphone.....

Adresse .....

.....



**annexe 12**

# **Listing 2008 des partenaires**

# LISTE DES PARTENAIRES

2008

## **Structures spécialisées (CSST, ATR, CTR)**

### **SERVICE D'APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES**

- Centre St Germain Pierre Nicole, 75013 Paris
- Association Charonne, 75013 Paris
- Centre confluences SOS Drogue International, 75014 Paris
- APS, 77871 Montereau
- Horizon, 75 PARIS
- Le trait d'union, 92100 Boulogne
- La Fratrie, 92000 Nanterre
- Aurore, 93200 Gagny
- ADAJE, 75 PARIS

### **SEVRAGE ET SUIVI SUITE À UNE HOSPITALISATION**

- Hôpital Fernand Widal, 75 Paris
- Hôpital Paul Brousse, 75 Paris
- Hopital Manhès, 91 Fleury Mérogis

### **SOINS RESIDENTIELS**

- Espace du Possible, 59 Lille
- APTE, 02 Bucy le long
- Le Haut des Frêts, Association les Amis de Martimpré, 88 Gerbepal

### **STRUCTURES ALCOOLOGIE (CCAA, CURE, POST CURE...)**

- ANPAA, 91 Evry
- Foyer du renouveau, 21 Dijon
- Centre de post-cure l'Avancée, 22 Saint-Brieuc
- Foyer de post-cure Ar Stivel, 29 Brest
- La maison d'Arche, 08 Charleville-Mézières

- Foyer Regain, 59 Tourcoing
- Centre thérapeutique en alcoologie, 62 Maroeuil
- Centre de Post-cure Chelles, 77 Chelles
- Centre de post-cure Beauregard, 50 La Glacerie
- Centre de moyen séjour – centre hospitalier, 65 Bagnière-de-Bigorre
- Centre Armançon, 89 Migenne
- Foyer de post-cure la Fontenelle, 57 Maizeroi
- Val Pyrène 66, Font-Romeu
- Centre de post cure Chelles, 77 Chelles
- Centre Gilbert Raby, 78 Meulan

## **Structures psychiatriques (hôpitaux, post-cure...)**

- Hôpital Bathélémy Durand, 91 Étampes
- DIASPY, 91 Corbeil Essonne
- Entre-Temps, 91 Savigny-sur-Orge
- CMP Juvisy-sur-Orge
- Centre de post-cure psychiatrique Horizon 33, Bordeaux
- Centre de post-cure psychiatrique Robert Schuman, 59 Louvroil
- Centre de post-cure psychiatrique Château de Longues-Aygues, 82 Nègrépélisse

## **Structures sociales (accompagnement social, hébergement...)**

CCAS, Juvisy-sur-Orge

CCAS, Athis-Mons

UDAF, Evry

Collectif Relogement Essonne, Evry

Communauté Jeunesse 91, Athis Mons

SPIP, 91 Corbeil-Essonnes

ADOMA, 91 Massy

Les CHRS de l'Essonne

Espoir du Val d'Oise CHRS, 95 Montmagny

## **Pharmacies partenaires**

- Arpajon 91290, Pharmacie Gervais
- Athis-Mons 91200, Pharmacie du Val d'Athis et Pharmacie du Centre,
- Étiolles 91450, Pharmacie d'Étiolles
- Juvisy-sur-Orge 91260, Pharmacie de la Pyramide et Pharmacie de la poste
- Montgeron 91230, Pharmacie Bellessort
- Savigny-sur-Orge 91600, CAUFMENT Jean et JeanYves, Pharmacie Marais, Pharmacie du Marché (PAUBEL)
- Vigneux sur seine 91270, Pharmacie centrale Val D'OLY
- Viry Chatillon 91170, JORDI Paule
- Paray-Vieille-Poste 91550, Pharmacie de la Vieille Poste

## **Médecins partenaires**

### **Athis-Mons 91200**

Dr ALLENC, 19 av. de Morangis

Dr FIOUZI, 122 av. du 18 avril

Dr COHEN Gérard, 61 bis rue Mutualité

Dr DOMINIQUE Louis, 1 rue Concorde

Dr LANFRANCHI Michel, 115 av Jules Vallès

Dr LE FOULER Yves, 15 av. Maryse Bastié

Dr LE STRAT Philippe, 115 av. Jules Vallès

Dr NAHON Claude, 10 clos Nollet

Dr NEKROUF Philippe, 9 rue Pierre Brossolette

Dr ROUYER Marie-Louise, 147 ter av. Morangis

Dr PATINAUX Sylvianne, 22 bis av de Morangis

Dr SAINT GERMES Philippe, 9 rue Pierre Brossolette

Dr TROLLIET Françoise, 1 bis rue Pitourées

Dr VAIS André, 2 rue Gare

**Juvisy-sur-Orge 91260**

Dr FEUILLET Jean , 4 pl. Maréchal Joffre

Dr FIEVE Ivan, 4 pl. Maréchal Joffre

Dr GOARIN Jean Claude, 1 rue Lacroix

Dr PIMIENTA Philippe, 5 rue Lieut. Legourd

Dr NAHON Claude 84 av. Roger Salengro

**Savigny-sur-orge 91600**

Dr FABREGÉ Gilles, 21 rue Louis Gilles

Dr FERAUD Philippe, 115 bd Aristide Briand

Dr FERRER Juan, 115 bd Aristide Briand

Dr OPRON Philippe, 15 av. Gambetta

**St Michel sur Orge 91240**

Dr DOBROWOLSKI Benoît, pl. Berlioz

**Viry-Châtillon 91270**

Dr GOTTELAND Eric, 8 av. Jean Mermoz

Dr GUILLEMAIN Jean-Louis, 3 square Brasserie





**annexe 13**

# **Plan de formation 2008**

ASSOCIATION OU ÉTABLISSEMENT :

N° Adhérent UNIFAF : 16 2638 0004 F



2008

PARTIE FORMATION

Page n° : 01  
Nbre de pages total : 02

TYPE D'ACTION	ACTION RELEVANT DU PLAN DE FORMATION CATEGORIES D'ACTION	EMPLIS OCCUPÉS PAR LES SALARIÉS NON ET PRECISER NOM ET PRECISER POUR LES ACTIONS INDIVIDUELLES (si applicable)	NOMBRE DE SALARIÉS CONCERNÉS	INITIALE + LIEU DE L'ACTION (insérer le programme de l'action)	NOM DE L'ORGANISME + VILLE + CODE POSTAL N° de déclaration d'activité	DIPLOMANTE	DATES PREVISIONNELLES	DUREE DE L'ACTION (en heures)	BUDGET PREVISIONNEL TOTAL	VENTILATION DU BUDGET				Engagement dimanté (1)																								
										Sur exercice 2008	Report page précédente	Sur exercices suivants	Report page précédente		Sur Fonds d'Intervention	Sur Fonds de Professionalisation																						
<input type="checkbox"/> PLAN FORM <input type="checkbox"/> DIF <input type="checkbox"/> PERIODE PROFESS. <input type="checkbox"/> CDF <input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> CVAE <input type="checkbox"/> AUTRES	Adaptation au poste dans l'emploi ou Maintien dans l'emploi <input type="checkbox"/> Evolution ou Maintien dans l'emploi <input checked="" type="checkbox"/> Développement des compétences	Employé <b>EUXATRIE SPECIALISEE</b>  Nom : ZOKENE Prénom : AGNESS	]	Initiale : action <b>OUFA</b>  Lieu : BLOUAY Code postal : 34003 Ville : CRETEIL  N° de déclaration d'activité : 11191000000000000000	Nom de l'organisme : UNIOBERTÉ PARIS 75 Code postal et ville : 75003 CRETEIL N° de déclaration d'activité : 11191000000000000000	OUI NON	Du : 01/01/08 Au : 31/03/08	Total : ]  Dont hors temps de travail : ]	Frais pédagogiques : 2685 € Salaires temps : € Alloc. Formation : € Transport : € Repas / Hébergement : € Divers : € TOTAL : 2685 €	2009 : € 2010 : 2685 € 2011 : € 2012 : €	Report page précédente : € Report page précédente : €	OUI NON																										
													<input type="checkbox"/> PLAN FORM <input type="checkbox"/> DIF <input type="checkbox"/> PERIODE PROFESS. <input type="checkbox"/> CDF <input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> CVAE <input type="checkbox"/> AUTRES	Adaptation au poste dans l'emploi ou Maintien dans l'emploi <input type="checkbox"/> Evolution ou Maintien dans l'emploi <input type="checkbox"/> Développement des compétences	Employé <b>SECRETARIE</b>  Nom : LAJ Prénom : HATHIA	]	Initiale : action <b>EXCEL NIKOU</b>  Lieu : CADEXE-KANNE Code postal : 11111 Ville : CADEXE-KANNE  N° de déclaration d'activité : 11191000000000000000	Nom de l'organisme : PACEI Code postal et ville : 11111 Ville : CADEXE-KANNE N° de déclaration d'activité : 11191000000000000000	OUI NON	Du : 01/01/08 Au : 31/03/08	Total : 33h  Dont hors temps de travail : ]	Frais pédagogiques : 898 € Salaires temps : € Alloc. Formation : € Transport : € Repas / Hébergement : € Divers : € TOTAL : 898 €	2009 : € 2010 : 898 € 2011 : 1396 € 2012 : €	Report page précédente : € Report page précédente : €	OUI NON													
																										<input type="checkbox"/> PLAN FORM <input type="checkbox"/> DIF <input type="checkbox"/> PERIODE PROFESS. <input type="checkbox"/> CDF <input type="checkbox"/> CBC <input type="checkbox"/> CVAE <input type="checkbox"/> AUTRES	Adaptation au poste dans l'emploi ou Maintien dans l'emploi <input type="checkbox"/> Evolution ou Maintien dans l'emploi <input type="checkbox"/> Développement des compétences	Employé <b>EDUCATRICE</b>  Nom : BEN Prénom : VIGEMIE	]	Initiale : action <b>VAE EDUCATRICE SPECIALISEE</b>  Lieu : VAE Code postal : 11111 Ville : VAE	Nom de l'organisme : IAFSE Code postal et ville : 11111 Ville : VAE N° de déclaration d'activité : 11191000000000000000	OUI NON	Du : 01/01/08 Au : 31/03/08	Total : 24h  Dont hors temps de travail : ]	Frais pédagogiques : 1048,00 € Salaires temps : € Alloc. Formation : € Transport : € Repas / Hébergement : € Divers : € TOTAL : 1048,00 €	2009 : € 2010 : 1048,00 € 2011 : € 2012 : €	Report page précédente : € Report page précédente : €	OUI NON
Total ou sous-total à reporter : 6449 €																																						

Date de réception à la Délégation Régionale :

(1) Possible uniquement pour les heures réalisées hors temps de travail ; pour les actions relevant du Plan de Formation (uniquement la catégorie 3 : développement des compétences), les actions relevant du DIF et la période de professionnalisation.  
 (2) Financement réservé au Plan de Formations (seulement possible pour le DIF et la période de professionnalisation).  
 (3) Financement partiel possible réservé au DIF et à la période de professionnalisation. Pour plus de précisions : contactez le lit adhérent ou contactez votre Délégation Régionale UNIFAF.  
 (4) Pas d'engagement des DIF et de la demande en sur les Fonds d'Intervention sur les Fonds de la Professionalisation.

ASSOCIATION OU ÉTABLISSEMENT :

N° Adhérent UNIFAF :



2008

PARTIE FORMATION

Page n° : 108  
Nbre de pages total : 108

TYPE D'ACTION	ACTION RELIANT DU PLAN DE FORMATION CATEGORIES D'ACTION	EMPLOIS OCCUPES PAR LES SALARIES NOM ET PRENOM POUR LES ACTIONS INDIVIDUELLES (facultatif)	NOMBRE DE SALARIES CONCERNES	INITIALE + LIEN DE L'ACTION (liens de programme de l'action)	NOM DE L'ORGANISME + VILLE + CODE POSTAL (N° de répartition d'activité)	DIPLOMANTE	DATES PÉRIODIQUES	DURÉE DE L'ACTION (en heures)	BUDGET PRÉVISIONNEL TOTAL	VENTILATION DU BUDGET				engagement demandé
										Report page précédente	Sur exercices 2008	Sur fonds mis à disposition	Sur fonds d'intervention	
PLAN FORM DIF PÉRIODE PROFESS. CF CBC CVAE AUTRES	Adaptation au poste Evolution ou Maintien dans l'emploi Développement des compétences	Enghien Thérèse Beez, beke CALICASSO Isabelle		Cap de compétence de l'ingénieur Code postal : 95000 Ville : PARIS	Service Préparatoire Faculté de Sciences Nantes Code postal : 44000 Ville : NANTES	OUI NON	du 20/01/2008 au 30/06/08	28h Dont heures temps de travail	740 € Frais pédagogiques Salaires temps Alloc. Formation Transport Repas / Hébergement Divers TOTAL	6440 €	2009 2010 2011 2012	799,80 € 59,80 € 799,20 €	€	OUI NON
PLAN FORM DIF PÉRIODE PROFESS. CF CBC CVAE AUTRES	Adaptation au poste Evolution ou Maintien dans l'emploi Développement des compétences	Enghien Nancy Pierrot		Initiale action Code postal : Ville :	Service Préparatoire Faculté de Sciences Nantes Code postal : 44000 Ville : NANTES	OUI NON			Frais pédagogiques Salaires temps Alloc. Formation Transport Repas / Hébergement Divers TOTAL	€	2009 2010 2011 2012	€	€	OUI NON
PLAN FORM DIF PÉRIODE PROFESS. CF CBC CVAE AUTRES	Adaptation au poste Evolution ou Maintien dans l'emploi Développement des compétences	Enghien Nancy Pierrot		Initiale action Code postal : Ville :	Service Préparatoire Faculté de Sciences Nantes Code postal : 44000 Ville : NANTES	OUI NON			Frais pédagogiques Salaires temps Alloc. Formation Transport Repas / Hébergement Divers TOTAL	€	2009 2010 2011 2012	€	€	OUI NON
PLAN FORM DIF PÉRIODE PROFESS. CF CBC CVAE AUTRES	Adaptation au poste Evolution ou Maintien dans l'emploi Développement des compétences	Enghien Nancy Pierrot		Initiale action Code postal : Ville :	Service Préparatoire Faculté de Sciences Nantes Code postal : 44000 Ville : NANTES	OUI NON			Frais pédagogiques Salaires temps Alloc. Formation Transport Repas / Hébergement Divers TOTAL	€	2009 2010 2011 2012	€	€	OUI NON

ATTENTION : N'inscrire que les actions de formation qui commenceront en 2008 !  
Date de réception à la Délégation Régionale :  
Total ou sous-total à reporter

(1) Possible uniquement pour les heures réalisées hors temps de travail ; pour les actions relevant du Plan de Formation (uniquement la catégorie 3 : développement des compétences), les actions relevant du DIF ou de la période de professionnalisation.  
(2) Financement réservé au Plan de Formation (uniquement la catégorie 3 : développement des compétences) ; pour les actions relevant du DIF et de la période de professionnalisation.  
(3) Financement partiel possible réservé au DIF et à la période de professionnalisation. Pour plus de précisions : contactez le fil adhérent ou contactez votre Délégué Régional UNIFAF.  
(4) Pas d'engagement dès le PAF si la demande est sur les fonds d'intervention ou sur les fonds de la professionnalisation.



**annexe 14**

# **Formation 2008 (hors-plan de formation)**

## **LISTE DES FORMATIONS 2008 ET ORGANISMES DE FORMATIONS HORS PLAN DE FORMATION**

### **Stage de formation en hapto-psychothérapie du 6 au 9 novembre 2008**

CIRDH 9 Bis villa du Bel Air 75012 PARIS

Pierre Ermery (thérapeute familial)

### **• Colloque « adolescents se raconter sur Internet : à qui ? le 17 octobre 2008**

EPE 5 Impasse Bon-secours 75543 PARIS CEDEX 11

Samira Khelfaoui (éducatrice), Nathalie Coussy (psychologue).

### **• Colloque « Addictions sans drogue » le 10 décembre 2008**

ANITEA 9 passage Gatbois 75012 Paris

Valente Danièle (infirmière), Guillou Christine (chef de service), Jouteau Denis (directeur)

### **• Colloque « Accompagner les parents, pourquoi, comment ? une expérimentation de parents acteur, chercheurs et citoyens : les universités populaires de parents » le 30 mai 2008**

ACEPP 15 rue du Charolais 75015 Paris

Caillard Isabelle (thérapeute familiale)

### **• Colloque « traumatisme : prise en charge expertise et accueil » du 25 au 28 novembre 2008**

CHU de Bal El Oued, Alger

Berthelier Robert, (médecin psychiatre)

### **• Colloque « Violences conjugales, violences familiales » les 19 et 20 janvier 2008**

Société de thérapie familiale psychanalytique d'Ile-de-France

7 rue Ernest Cresson 75 014 Paris

Caillard Isabelle (thérapeute familiale)

**annexe 15**

# **Projet de convention avec le SPIP**

**(service de pénitentiaire d'insertion  
et de probation)**



# DOCUMENT DE TRAVAIL

## PROPOSITION DE CONVENTION DE PARTENARIAT

Entre

Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) de l'Essonne  
9, rue Lafayette  
91814 Corbeil Essonne Cedex  
Représenté par

Et

Le Centre de Soins de l'association Ressources  
6, avenue Jules Vallès  
91200 Athis-Mons  
Représenté par Monsieur Denis JOUTEAU, Directeur sur délégation de Madame le  
Docteur Marie-Hélène LEMEAIRE, Présidente

### **Art. 1 – Objet**

Cette convention a pour objet de formaliser un travail partenarial dans le cadre du suivi et l'accès au soin d'un public commun : Les personnes en obligation de soins présentant une consommation de substances psycho actives.

### **Art. 2 – Modalité**

Les personnes sont orientées vers le Centre de soins par le délégué du service de probation pour le suivi de l'obligation de soins. Un certificat d'entretien ou de suivi est remis à la personne à sa demande.

### **Art. 3 – Objectif**

Aider la personne à s'approprier une démarche de soins malgré la contrainte

### **Art. 4 – Engagements mutuels**

Les professionnels des deux services s'engagent à :

- obtenir l'accord des personnes suivies avant tout échange d'information
- respecter les principes de l'information partagée : confidentialité, secret professionnel
- travailler dans l'intérêt des personnes concernées



**Art. 5 – Engagement du centre de soins de l’association Ressources**

Accueillir et suivre, avec leur accord, les personnes orientées par le SPIP.

**Art. 6 – Engagement du SPIP**

( à finaliser)

**Art. 7 – Evaluation / Régulation**

Une réunion est organisée afin d’évaluer la pertinence du dispositif et de réfléchir sur les modalités permettant si nécessaire d’améliorer le fonctionnement.

Les cadres dirigeants des structures se réservent la possibilité de proposer une rencontre à chaque fois que nécessaire.

**Art. 8 – Durée**

Le présent engagement est conclu pour une durée indéterminée et pourra prendre fin sur simple demande d’une des deux parties au cours d’une rencontre spécifiquement dédiée.

Fait à Athis-mons le .....

Pour SPIP de Corbeil

Pour l’association Ressources

Denis JOUTEAU  
Directeur



**annexe 16**

# **Projet de convention avec le CHG de Juvisy**

**DOCUMENT DE TRAVAIL**  
**PROJET DE**  
**CONVENTION DE PARTENARIAT**

---

Entre

Le Centre Hospitalier de Juvisy/Orge  
Rue Pivert  
91260 Juvisy/Orge

Et

Le CSAPA Ressources  
6 Avenue Jules Vallès  
91200 Athis-Mons

**Préambule :**

La présente convention a pour objet de formaliser les collaborations partenariales autour de la prise en charge des personnes présentant une addiction. Elle a pour ambition de dynamiser les complémentarités de compétences entre les co-signataires et de donner de la lisibilité entre le champ du sanitaire représenté par l'Hospital et le médico-social représenté par l'Association Ressources.

**Art. I : Les sevrages**

Un rapprochement opérationnel est formalisé entre les Services de Médecine et le Centre de Soins afin d'organiser les sevrages dans le cadre hospitalier. Un protocole de sevrage hospitalier ainsi qu'un contrat de sevrage hospitalier sont établies collégialement. Ils fixent les rôles respectifs des structures, ainsi que le cadre d'accueil et d'accompagnement du patient pendant son hospitalisation. La procédure ainsi que le partenariat seront évaluées et critiquées lors d'une rencontre annuelle prévue à cet effet.

**Art. II : Les hospitalisations générales des personnes présentant une addiction**

L'ensemble des Services de l'hôpital, dans le cadre de sujets hospitalisés pour des raisons somatiques, mais présentant des problématiques associées de type addiction, pourront solliciter si nécessaire, une demande d'intervention de Ressources auprès de la personne afin d'apporter une information sur la démarche de soins et travailler l'orientation.

**Art. III : La question des addictions d'un point de vue globale**

L'ensemble des Services de l'hôpital pourront solliciter la permanence téléphonique de Ressources au vu d'un point clinique, d'un accès au soins, d'une orientation ou de tout autres problèmes où la compétence de Ressources s'exerce et peut faciliter la prise en charge d'une personne addictive dans le cadre hospitalier.

**Art. IV : coordination échanges de pratiques**

Les staffs de Médecine et des Urgences rencontreront à chaque renouvellement d'internes, soit deux fois par an, un cadre et un médecin du Centre de soins afin de consolider la coordination et d'aider les internes à mieux identifier le fonctionnement du CSAPA.

**Art. V : durée**

Cette convention d'une durée de trois ans sera reconduite tacitement.

**Art. VI : dénonciation**

Au terme de ces périodes triennales, chaque partie aura la possibilité de dénoncer cette convention au 31 décembre par lettre recommandée, en ayant préalablement convoqué une réunion de médiation.

Fait à Juvisy-sur-Orge le .....

Pour l'association Ressources  
Le Directeur  
JOUTEAU Denis

Pour le Centre Hospitalier de Juvisy  
Le Directeur



**annexe 17**

# **Projet de convention avec le CEF**

## **DOCUMENT DE TRAVAIL PROJET DE CONVENTION**

entre                                    Le Centre éducatif fermé « La Ferme Champagne »  
    91 Savigny sur Orge  
    Représenté par .....

et    Le centre de coins de l'association Ressources  
    6, avenue Jules Vallès  
    91200 Athis-Mons  
    Représenté par Monsieur Denis JOUTEAU,  
    directeur sur délégation  
    de Madame le Docteur Marie-Hélène LEMAIRE, présidente

### **Art. 1 – Objet**

Cette convention a pour objet de formaliser un travail partenarial dans le cadre de la prévention, du suivi et de l'accès aux soins du public du CEF : Les jeunes consommateurs de substance psychoactive et leur entourage

### **Art. 2 – Modalité**

En concertation et en collaboration avec l'équipe du Centre éducatif fermé (CEF) des actions collectives et individuelles seront menées par l'équipe de la Consultation Jeunes Consommateurs (CJC) de l'association Ressources.

Les actions collectives mensuelles auront lieu au CEF, les actions individuelles dans les locaux de la CJC.

### **Art. 3 – Objectif**

- Repérage précoce des comportements addictifs
- Prise en charge précoce des jeunes et des familles
- Echanges partenariaux (mise en synergie des compétences professionnelles...)

### **Art. 4 – Engagements mutuels**

Les professionnels des deux services s'engagent à :

- obtenir l'accord des personnes suivies avant tout échange d'information
- respecter les principes de l'information partagée : confidentialité, secret professionnel
- travailler dans l'intérêt des personnes concernées

### **Art. 5 – Engagement de la Consultation Jeunes Consommateurs de l'association Ressources**

Organiser des actions collectives concertées en direction des jeunes, de leur entourage et des professionnels du CEF



Accueillir et suivre, avec leur accord, les personnes prise en charge au CEF et leur entourage en collaboration avec les professionnels du centre.

#### **Art. 6 – Engagement du CEF**

( à finaliser)

#### **Art. 7 – Evaluation / Régulation**

À partir des réponses aux questionnaires d'évaluation remplis par l'équipe du CEF et des bilans trimestriels, des réunions sont organisées afin d'évaluer la pertinence du dispositif et de réfléchir sur les modalités permettant à chaque fois que nécessaire, d'améliorer le fonctionnement.

Une évaluation externe tous les trois ans sera effectuée.

Les cadres dirigeants des structures se réservent la possibilité de proposer une rencontre à chaque fois que nécessaire.

#### **Art. 8 – Durée**

Le présent engagement est conclu pour une durée indéterminée et reconduit tacitement tous les ans.

#### **Art. 9 – Dénonciation**

En cas de désaccord et après conciliation, la présente convention peut-être dénoncée par l'une des parties par courrier recommandé, avec un préavis d'une année.

Fait à Athis-mons le .....

Pour CEF « La Ferme Champagne »

Pour l'association Ressources

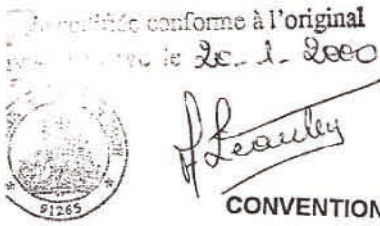
Anne MEIGNAN  
Directrice

Denis JOUTEAU  
Directeur



**annexe 18**

**Convention tripartite  
relative à la mise en œuvre  
des actions de prévention  
dans le département de  
l'Essonne**



**CONVENTION TRIPARTITE RELATIVE A LA MISE EN OEUVRE DES ACTIONS DE PREVENTION DANS LE DEPARTEMENT DE L'ESSONNE**

ENTRE

Le Département de l'Essonne situé Boulevard de France 91000 EVRY

légalement représenté par Monsieur le Président du Conseil Général Monsieur **Michel BERSON**, agissant au nom et pour le compte du Département, en vertu de la délibération n°

D'UNE PART,

**M DEVIDAS** Alain Président de l'Association RESSOURCES, 6 Avenue Jules Valles 91200 Athis-Mons dûment autorisé par délibération de son conseil d'administration en date du 11 Mars 1992.

les communes de Athis-Mons, Juvisy-sur-Orge, Paray-Vieille-Poste, Savigny-sur-Orge, Viry-Châtillon représentées par son Maire,

Mme **LIENEMANN** agissant en vertu des pouvoirs qui lui ont été délégués par délibération de son conseil municipal en date du 16 juin 1995

**M CHAUFOUR** agissant en vertu des pouvoirs qui lui ont été délégués par délibération de son conseil municipal en date du .....

**M JANKIEWICZ** agissant en vertu des pouvoirs qui lui ont été délégués par délibération de son conseil municipal en date du 23 juin 1995

**M MARSAUDON** agissant en vertu des pouvoirs qui lui ont été délégués par délibération de son conseil municipal en date du .....

**M AMARD** agissant en vertu des pouvoirs qui lui ont été délégués par délibération de son conseil municipal en date du 25 juin 1995

D'AUTRE PART,

Considérant la population des moins de 25 ans dans les communes du Département.

Considérant la nécessité pour le Département d'organiser et d'adapter des actions répondant aux besoins des jeunes en voie de marginalisation.

Considérant le souci de concourir à la mise en oeuvre de telles actions.

Vu la loi du 6 janvier 1986, Titre II, Chapitre 1er, sous-section II, article 45 précisant la participation du Département aux actions visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles.

Vu la délibération du Conseil Général en date du 19 décembre 1984 décidant de proposer aux communes de leur confier certaines missions de prévention dont il est devenu responsable en vertu de la loi.

Vu la délibération du Conseil Général en date du 26 JANVIER 1995 adoptant le rapport d'orientation pour les années 1995-1999,



Les parties conviennent ce qui suit:

## TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - La présente convention a pour objet de définir les principes et de déterminer les modalités de la collaboration entre les cocontractants dans l'action de prévention spécialisée menée par le Département de l'Essonne.

ARTICLE 2 - La prévention spécialisée a pour objectif, conformément aux dispositions de l'arrêté du 4 juillet 1972 et de ses textes d'application et de la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale :

- de prévenir la marginalisation,
- de faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles en difficulté ou en rupture avec leur milieu.

L'action de prévention spécialisée s'adresse majoritairement aux jeunes entre 16 et 25 ans qui manifestent des comportements de marginalisation ou de non insertion, et qui vivent une situation de crise.

Cependant, dans le souci de prévention de la récidive, la prévention spécialisée peut être amenée à soutenir le processus de réinsertion et de stabilisation, de jeunes adultes ayant souffert de parcours marginaux longs, ou dont la fragilité économique et/ou psychologique nécessite un accompagnement adapté et limité dans le temps.

ARTICLE 3 - Les actions de prévention spécialisée sont l'un des moyens mis en oeuvre par le Département de l'Essonne dans le cadre de la politique qu'il définit et conduit en faveur de l'enfance et de la famille.

ARTICLE 4 - L'association RESSOURCES déclarée conformément à la loi du 1er juillet 1901, s'engage à exercer une action de prévention spécialisée. Cette action vise toutes les formes d'inadaptation sociale des jeunes concernés et s'exerce dans le cadre des dispositions particulières fixées dans le contrat d'objectifs annexé à la présente convention.

Cette action respectera les principes suivants:

- libre adhésion des jeunes,
- respect de l'anonymat,
- accompagnement des jeunes en difficulté en l'absence de mandat.
- non institutionnalisation des activités.
- un support associatif.

ARTICLE 5 - Cette action a un caractère complémentaire. Elle doit s'inscrire dans le dispositif à caractère social, socio-éducatif existant en collaboration avec les autres organismes, institutions et services publics et privés œuvrant en faveur des jeunes et des familles dans son ou ses secteurs géographiques d'intervention et notamment les services sociaux départementaux.

A cet effet, l'association participera en tant que de besoin aux coordinations et aux réflexions organisées localement entre les partenaires concernés par la prévention. Elle proposera des liens fonctionnels aux partenaires intervenant auprès des publics en difficulté ou auprès de jeunes et classes d'âge fragiles (pré-adolescents et adolescents).

Elle fera connaître aux partenaires avec lesquels elle est engagée sur certains projets (opérations Villes-vie-vacances, contrat ville, contrat d'action prévention, etc. ) ses actions, ses modes d'intervention (travail de rue notamment) l'évaluation qu'elle fait des situations locales rencontrées et elle élaborera en concertation avec les acteurs et institutions concernées (mission ville, mission locale, circonscription d'action sociale, et le secteur associatif) des projets adaptés à l'évolution des situations locales.



ARTICLE 6 - Les contractants garantissent entre eux une circulation de l'information aussi rapide que possible, préservant l'anonymat du jeune, et s'engagent à inciter à la transparence des informations les partenaires impliqués sur le terrain dans les actions de prévention. .../...

Compte tenu de ces engagements, l'association est assurée de l'indépendance de ses choix d'intervention et de ses méthodes de travail conformément aux principes fixés dans le rapport d'orientation.

ARTICLE 7 - Le Conseil d'Administration de l'association est garant des actions menées par l'équipe éducative. Il trouve et met en oeuvre les moyens financiers nécessaires à la réalisation des actions. Il suit l'évaluation et l'adaptation permanente de ces actions aux besoins de la population.

L'association doit communiquer à la Direction de la Solidarité et de la Famille du Département:

- la composition du Conseil d'Administration et ses modifications éventuelles,
- le règlement intérieur et ses modifications,
- les extraits des procès-verbaux des décisions prises par le Conseil d'Administration entraînant des modifications de l'orientation des activités de l'équipe éducative ou ayant des conséquences budgétaires.

ARTICLE 8 - L'Association s'engage à disposer de personnel qualifié en nombre suffisant pour mettre en oeuvre ses actions éducatives et de réinsertion sociale en direction des pré-adolescents, des adolescents et des jeunes adultes en difficulté.

Le Département est habilité à contrôler cette qualification ; à cette fin, l'Association fournit avant tout engagement le dossier individuel du personnel éducatif au Directeur de la Solidarité et de la Famille.

Ce dossier doit comprendre un curriculum vitae ainsi que les photocopies des titres et diplômes des candidats certifiés conformes auxquels seront joints les justificatifs de reprise éventuelle d'ancienneté.

L'Association doit informer immédiatement les services du Département de toute cessation de fonction d'un membre de l'équipe éducative.

L'action éducative conduite par l'Association s'inscrit dans un travail d'équipe pluridisciplinaire ayant un encadrement suffisant en éducateurs spécialisés diplômés. Les personnels employés doivent justifier d'aptitudes professionnelles ou d'une expérience reconnue dans leur domaine de compétence (éducatif, social, sportif ou de l'animation culturelle).

Sous réserve des exigences ci-dessus, l'Association choisit librement son personnel auquel est applicable la convention collective nationale des établissements et services pour personnes handicapées et inadaptées du 15 mars 1966, ainsi que ces avenants agréés dans le cadre des lois et règlements en vigueur.

Le nombre des emplois budgétisés figure dans le tableau des effectifs annexés à la présente convention.





ARTICLE 9 : - Examen du budget prévisionnel

L'association s'engage à présenter son budget prévisionnel auquel sera joint le programme d'actions conforme au contrat d'objectifs annexé à la présente convention, au Département et à la ou les communes avant le 1er NOVEMBRE de chaque année. La présentation de ce budget devra être conforme au modèle joint en annexe de cette convention.

ARTICLE 10 : - Subvention Départementale annuelle de fonctionnement. .../...

En contrepartie des obligations imposées par la présente convention et sous la condition expresse qu'elle en remplisse réellement toutes les clauses, le Département subventionnera l'Association d'une somme correspondant aux salaires et charges sociales des personnels éducatifs conformément aux dispositions de la convention collective nationale du travail auprès de l'enfance inadaptée du 15 mars 1966.

Dans le cadre de transferts organisés par l'équipe éducative 80 à 120 heures supplémentaires pourront être pris en compte par les services départementaux. Au delà de ce seuil, un accord préalable devra être sollicité. Des justificatifs de ces heures supplémentaires devront être transmis avec le compte administratif.

Cette subvention sera fixée par le Département après l'examen du budget prévisionnel qui aura parallèlement été transmis pour avis et acceptation dûment libellé par la ou les communes.

ARTICLE II - Modalités de versement de la subvention départementale.

Le Département s'engage à verser sa participation en deux acomptes et un solde selon les modalités suivantes:

du budget prévisionnel,

- au premier trimestre, un premier acompte représentant le 1/3 des 11/12èmes
- au deuxième trimestre, un deuxième acompte représentant le 1/3 des 11/12èmes du budget prévisionnel,
- le règlement du solde sur production des bilans et compte de résultat de l'exercice précédant.

La non production de ces documents, après mise en demeure au moyen d'une lettre recommandée avec accusé de réception entraîne la suspension immédiate de la participation financière du Département et la nullité de la présente convention.

ARTICLE 12 - Subvention communale annuelle de fonctionnement.

les communes s'engagent à mettre à disposition de l'Association les moyens matériels, logistiques et financiers nécessaires pour assurer le bon fonctionnement de l'équipe de prévention.

Ces moyens doivent être inscrits dans la présentation du budget prévisionnel de l'Association de façon à bien identifier le montant financier qu'ils représentent. Pour tout moyen mis à disposition par la commune, il sera demandé à l'Association de procéder à une valorisation financière. La subvention communale devra être versée selon des modalités similaires à celles de la subvention départementale.

ARTICLE 13 : - Règlement des litiges.

Les litiges susceptibles de naître à l'occasion de la présente convention seront portés devant le Tribunal Administratif de Versailles.

#### ARTICLE 14- Comptabilité

L'Association tiendra une comptabilité conforme aux règles définies par le plan comptable des associations et respectera la législation fiscale et sociale propre à son activité.

#### ARTICLE 15 - Contrôle financier du Département

Sur simple demande du Département, l'association devra communiquer tous ses documents comptables et de gestion relatifs aux périodes couvertes par la convention aux fins de vérification par la personne habilitée par le Département.

Le conseil d'administration de l'association adressera au Département, dans le mois de leur approbation par l'assemblée générale, le bilan, le compte de résultat, le détail des dépenses et les annexes dûment certifiés par le commissaire aux comptes, ainsi que le rapport de ce dernier.

Le contrôle pourra porter sur l'année en cours et les trois années précédentes.

Un commissaire aux comptes ainsi qu'un suppléant seront nommés conformément aux dispositions de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques. Ces dépenses seront prises en charge par le Département.

#### ARTICLE 16 - Obligations diverses - assurances, impôts et taxes.

Les activités de l'association sont placées sous sa responsabilité exclusive. L'association devra souscrire tout contrat d'assurance de façon à ce que le Département ne puisse être recherché ou inquiété. L'association se conformera aux prescriptions réglementaires relatives à l'exercice de son objet.

En outre, l'association fera son affaire personnelle de toutes les taxes et redevances présentes ou futures constituant ses obligations fiscales, de telle sorte que le Département ne puisse être recherché ou inquiété en aucune façon à ce sujet.

#### ARTICLE 17 - Contrôle d'activités.

L'association rendra compte régulièrement de son action conformément au contrat d'objectifs annexé à la présente convention.

Une personne désignée par le Département pourra procéder à tout contrôle ou investigation qu'elle jugera utiles, pour s'assurer du bien fondé des actions entreprises par l'association et du respect de ses engagements vis-à-vis du département.

L'association s'engage à fournir dans le mois suivant son approbation par l'assemblée générale le rapport moral ainsi que le rapport d'activités de l'année précédente.





ARTICLE 18 - Durée et reconduction

La présente convention est conclue pour une durée de trois ans à compter de la date de signature.

Elle pourra être renouvelée par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des parties contractantes signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception, avec un préavis de six mois.

Elle pourra être reconduite par un avenant librement négocié entre les parties.

La présente convention pourra être conclue pour une durée d'une année dans les cas suivants: .../...

- installation d'une nouvelle équipe de prévention.
- restructuration d'une équipe de prévention
- réserve émise par le Département ou les communes lors de l'examen du contrat d'objectif.

Elle pourra être renouvelée par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des parties contractantes signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception trois mois avant son échéance.

Trois mois avant la date d'expiration de cette convention l'une ou l'autre des parties sera tenue de faire connaître son intention quant au renouvellement par avenant de la convention, pour une nouvelle durée d'une année ou pour une durée différente.

ARTICLE 19 - Résiliation

La présente convention sera résiliée de plein droit, sans préavis, ni indemnité, en cas de faillite, de liquidation judiciaire ou d'insolvabilité notoire de l'association.

Par ailleurs, le Département se réserve le droit de mettre fin unilatéralement et à tout moment à la présente convention ou de l'une des clauses de l'un quelconque des avenants à la dite convention, dès lors que dans le mois suivant la réception de la mise en demeure envoyée par le Département par lettre recommandée avec accusé de réception, l'association n'aura pas pris les mesures appropriées ou sans préavis en cas de faute lourde.

ARTICLE 20 - Dénonciation.

En cas de dissolution ou de changement de statut social de l'association la présente convention pourra être dénoncée par lettre recommandée avec accusé de réception par l'une des parties en respectant un préavis de trois mois.

ARTICLE 21 - Election de domicile.

L'association élit domicile à son siège social pour toutes les correspondances, notifications, qui lui seront adressées en ce lieu comme à personne et véritable domicile.

FAIT A EVRY, LE

LES MAIRES

Mme LIENEMAN  
M. CHAUFOUR  
M. JANKIEWICZ  
M. AMARD  
M. MARSAUDON



LE PRESIDENT DU CONSEIL

GENERAL

M. BERSON

Le Maire

G. AMARD

LE PRESIDENT DE

L'ASSOCIATION

M. DEVIDAS

G. JANKIEWICZ, Maire  
de PARAY-VIEILLE POSTE





**annexe 19**

# **Convention d'action avec les CCAS d'Athis-Mons et de Juvisy-sur-Orge**

## CONVENTION D'ACTION

Entre

Le CCAS d'Athis- Mons, représenté par son Président, Monsieur François GARCIA,  
Le CCAS de Juvisy-sur-Orge, représenté par son Président, Monsieur Etienne CHAUFOUR,

Et

L'Association Ressources, représentée par sa Présidente, Madame Marie Hélène LEMAIRE

### Préambule

La présente convention a pour objectif de formaliser un travail en partenariat dans le suivi et l'accès aux soins d'un public présentant un usage de substances psycho-actives ou une addiction.

#### Article 1 : Objet

L'objectif du partenariat est de faciliter l'accompagnement du public concerné par des échanges entre professionnels, des structures respectives afin d'optimiser l'accompagnement social.

#### Article 2 : Modalités

Une séance de travail aura lieu tous les 2 mois et concerne les référents sociaux des deux CCAS et un professionnel de Ressources.

Au cours de ces séances, des situations peuvent être présentées anonymement

#### Article 3 : Engagements déontologiques

Dans l'intérêt des personnes concernées, les professionnels présents s'engagent :

- A travailler dans l'intérêt des usagers
- A respecter les principes d'informations partagées : « confidentialité, secret professionnel »
- A obtenir l'accord oral de la personne dans le cas de la levée de l'anonymat

L'ensemble des personnes s'engagent à ne pas utiliser ces informations au delà du cadre strict de son service ou de sa structure.

#### Article 4 : Engagement du centre de soins de l'Association Ressources

- Assurer la présence d'un professionnel de l'équipe du centre de soins à chaque réunion.
- Accueillir et suivre les personnes orientées avec leur accord.

#### Article 5 : Evaluation

Un comité de pilotage composé des responsables de chaque structure, d'un travailleur social des CCAS et d'un référent de Ressources devra être organisé annuellement, afin d'évaluer la pertinence du dispositif et de réfléchir sur les modalités permettant si nécessaire d'améliorer le fonctionnement

#### Article 6 : Engagement financier

Cette convention d'action ne fait l'objet d'aucun engagement financier puisqu'elle s'intègre dans le cadre des engagements et du conventionnement déjà réalisés entre chaque ville et l'association Ressources.

#### Article 7 : Durée

Cette convention est déterminée pour une durée d'un an et se renouvellera par tacite reconduction

Fait à Athis-Mons, le

Pour le CCAS  
d'Athis-Mons

Le Président  
François GARCIA

pour le CCAS  
de Juvisy-sur-Orge

Le Président  
Etienne CHAUFOUR

pour l'Association  
Ressources

Ass. RESSOURCES  
6, AV. DE LA VALLEE  
91200 ATHIS-MONS  
☎ 01 69 38 37 21  
FAX 01 69 38 75 84

Dr Marie Hélène LEMAIRE

Dr Marie Hélène LEMAIRE

Dr Marie Hélène LEMAIRE

Dr Marie Hélène LEMAIRE

Dr Marie Hélène LEMAIRE

Dr Marie Hélène LEMAIRE

**annexe 20**

# **Convention avec l'ANPAA 91**



**DOCUMENT DE TRAVAIL**  
**Projet de convention de collaboration**  
**ANPAA / Ressources**

Entre l'association Ressources représentée par sa présidente et ANPAA 91, représentée par la présidente du comité directeur.

**Art I.** Cette convention a pour objet de formaliser l'intention motivée d'établir des passerelles de collaboration entre Ressources et l'ANPAA.

**Art II.** Cette convention a pour objectif de préciser les différentes modalités de collaboration possible entre les CSAPA, RESSOURCES et ANPAA.

Afin de répondre au mieux aux besoins de terrain et d'en dégager une convention cohérente les structures respectives souhaitent développer des complémentarités de compétences bénéfiques aux populations ciblées.

**Art III.** L'ensemble des pistes de collaboration exprimé n'est pas exhaustif. Ainsi les structures se réservent la possibilité d'explorer aussi d'autres voies.

**Art IV.** Cette convention fixe des objectifs de principe pour lesquelles les directeurs respectifs s'engagent autant que faire se peut, à les mettre en œuvre. Cependant les associations conservent leur autonomie ainsi que leur libre arbitre.

**Art V.** La mise en œuvre de ces complémentarités cliniques et techniques sera, pour certaines, conditionnées à l'obtention de moyens supplémentaires.

**Art VI. Articulation dans le champ des soins**

L'ANPAA et Ressources, forts d'une longue expérience, capitalisent respectivement des savoir-faire qu'il s'avère utile de croiser. Il s'agit dans le cadre de la mise en place des CSAPA d'élargir l'offre de soins à partir des savoir-faire existants.

**Art VII. Groupe de parole**

Sous réserve de moyens supplémentaires, l'ANPAA détachera le personnel nécessaire afin d'organiser et animer un groupe de parole, en étroite collaboration avec Ressources, sur le(s) CSAPA de Ressources

**Art VIII. Médecin psychiatre**

Ressources, afin de compléter l'offre de soins de l'ANPAA, s'engage, sous réserve de moyens supplémentaires, à mettre à disposition de l'ANPAA du temps médical, afin d'assurer des consultations psychiatriques.

**Art IX.** Les CSAPA, Ressources et l'ANPAA s'engagent à s'orienter les patients qui correspondent aux savoir-faire spécifiques de chacun :

- les patients alcoolodépendants mono/primos-consommateurs pour Ressources
- les patients toxicomanes aux opiacés pour l'ANPAA.

### **Art X. Articulation dans le champ de la formation**

Au vu des activités de formation des deux associations, des collaborations sont envisagées, progressives et à différents degrés de coopération. Il s'agit de répondre à l'importante demande de formation sur les addictions visant le champ des structures sociales, médico-sociales et hospitalières, ainsi que le champ de l'entreprise.

### **Art XI. 1<sup>er</sup> niveau**

Les associations s'engagent à croiser leur participation dans les formations respectivement organisées par chacune. Ainsi, des modules d'intervention pourront être proposés afin de s'inscrire dans les programmes respectifs de formation des structures.

### **Art XII. 2<sup>e</sup> niveau**

Ressources et l'ANPAA 91 mettent en place un des modules de formation dans le cadre d'une co-organisation, l'une des structures restant porteuse du projet.

### **Art XIII. 3<sup>e</sup> niveau**

Ressources et l'ANPAA mettent en place une structure à part entière, dévolue à la formation sur les addictions pour le département, intervenant, tant sur le champ associatif que sur celui de l'entreprise.

Cette structure pourra avoir sa propre forme juridique si nécessaire.

### **Art XIV. Articulation dans le champ de la prévention**

L'ANPAA 91 intervient dans le cadre de la prévention des addictions et facture l'essentiel de son activité.

Ressources intervient, d'une part, dans le cadre de la prévention spécialisée et, d'autre part, dans le cadre de la prévention des addictions. Son activité, financée par ailleurs, est proposée gratuitement.

### **Art XV. Prévention spécialisée/prévention addiction, Ressources-ANPAA 91**

Les équipes s'étant déjà retrouvées sur des projets communs (ex. : « Bœuf-cafet' »), cette collaboration circonstancielle qui a révélé son intérêt mérite d'être explorée plus avant.

La disparité des cadres respectifs nécessite un travail d'identification des espaces de collaboration compatibles sur le plan déontologique, technique et financier. Ce préambule nécessaire n'exclut pas les collaborateurs.

### **Art XVI. Prévention des Addictions**

Dans le cadre de la mutualisation des savoir-faire, nous proposons un état des lieux de collaboration possible avec, là encore, trois niveaux de participation.

- Niveau I : Participation partielle et ponctuel à l'action d'une des structures
- Niveau II : Coconstruction et participation à une action commune
- Niveau III : Création d'un département commun « Prévention des addictions ».

### **ART XVII. Articulation dans le champ logistique**

Un besoin identique, des fournisseurs communs, amènent les structures à penser l'opportunité d'un regroupement (ex. : centrale d'achat) susceptible d'optimiser les coûts structurels.

Les cosignataires n'excluent pas l'élargissement à d'autres structures.

### **ART XVIII. Évaluation**

Les structures cosignataires de cette convention s'engagent annuellement à effectuer un point évaluatif sur l'évolution et la concrétisation des orientations de cette dernière.

Ils en effectuent la critique et en dégagent des hypothèses de travail susceptibles d'améliorer l'objectif recherché.

Pour Ressources,  
La présidente  
M.H. LEMAIRE

Pour L'ANPAA,  
La présidente du  
Conseil départemental