aria
association rhône-alpes
d'insertion et d'addictologie

7 place du Griffon
BP 1111
69202 Lyon cedex 01
tél. : 04 72 10 13 13
fax : 04 72 10 13 19
aria@aria-asso.fr

Rapport d'Activité 2016

aria CSAPA DU GRIFFON

aria CSAPA JONATHAN

aria RUPTURES

aria CHRS APUS

association loi 1901, créée en 2009, déclarée à la Préfecture du Rhône sous le n°W691075114

Sommaire

L'Association ARIA

Rapport moral 5
Jo-Marie COLLARD, Président

Les établissements d'ARIA 7

CSAPA du Griffon

Structure 10

Chiffres clés 2016 et Statistiques 11

Temps forts et événements marquants 2016 12
Olivia KRIMI, Chef de service éducatif

Intervention précoce auprès de jeunes suivis par la PJJ 15
Bénédicte BRISSET, Psychologue Clinicienne

Projet d'une unité mobile de délivrance de MSO à accès facilité 17
Dr Antoine CANAT, Médecin addictologue – responsable du projet

De la réduction des risques aux nouvelles formes d'accompagnement dans un contexte de grande précarité : focus sur une pratique d'une équipe mobile en addictologie 18
Maxence THOMAS, Psychologue Clinicien,
Xavier RICHEN, Médecin Addictologue

CSAPA Jonathan

Structure 23

Introduction 24
Geneviève EYRAUD, Chef de Service Educatif.

Caractéristiques de la population accueillie au regard de la moyenne nationale 27

Faire sans médecin ? 31
Danièle TETAZ, Infirmière
Alice ROCHY, Assistante de service social

Les spécificités du CSAPA Référent 32

Cadre de travail à la maison d'arrêt 32
Thierry ANGEVIN, EducateurSpécialisé

Rapport d'activité, constats et tentative d'analyse 34
Cécile DEVIDAL, Assistante de Service Social

CAARUD Ruptures

Structure 40

Chiffres clés 2016 41

Elaboration et coordination d'un dispositif TREND à Lyon 42
Nina TISSOT, Coordinatrice TREND
Florent MARTEL Chef de service éducatif

Centration de l'action sur la RdR 44

Poursuite du développement du dispositif PEKO 45

Actions sur le Nord du département 45

CHRS APUS

Structure 49

Rapport d'activité CHRS 2016 51
Damien THABOUREY, Directeur

Séjour à la montagne 55
Flavie TOURON Conseillère en Economie Sociale et Familiale

Point d'étape sur la réalisation et le suivi du Plan d'Amélioration Continue de la Qualité 56
Murielle PEYRONNET, Directrice Adjointe

Annexe

Liste des sigles 57

Rapport moral

Jo-Marie COLLARD, Président

Ce rapport moral sera le dernier que j'aurai écrit en tant que Président d'ARIA.

Il introduit, d'ailleurs, la dernière Assemblée Générale Ordinaire de l'histoire de notre association.

En effet, l'événement le plus marquant, à tous égards, de l'exercice 2016, restera la décision prise par le Conseil d'Administration, de s'engager dans un processus de fusion-absorption entre ARIA et l'association nationale Oppelia.

Décision mûrement pesée et réfléchie dès 2015 pour être finalement actée en 2016 : l'essentiel des étapes du processus ayant été désormais franchies, une prochaine Assemblée Générale Extraordinaire liera le destin de ces deux associations, ceci avec un effet rétroactif au 1er janvier dernier.

Il s'agit là d'un choix de positionnement stratégique qui s'inscrit dans la même logique que celle qui avait présidé à la précédente fusion réalisée il y a huit ans, et qui avait donné lieu à la création d'ARIA. Notre Conseil d'Administration, aujourd'hui comme hier, a la conviction que le modèle, qui a longtemps été le nôtre, de petites associations gestionnaires locales, est devenu totalement inadapté au contexte actuel de l'addictologie médico-sociale dans lequel nos projets d'intervention ont vocation à évoluer dans l'avenir.

Pourquoi le choix d'Oppelia ?

Parce que, tous, au sein d'ARIA, bénévoles comme salariés, nous nous reconnaissons dans les valeurs qui sont portées par le projet Oppelia, qu'il s'agisse de nos conceptions respectives de l'accompagnement social, de la place dévolue aux usagers, tout aussi bien que des modalités de gouvernance (participative) et d'organisation (fondée sur la transversalité).

Qu'attendons-nous de cette démarche ?

Une meilleure qualité et, surtout, une plus grande adaptabilité de nos interventions, grâce, notamment, à une mutualisation des ressources disponibles (formation des professionnels, implication des usagers dans la conception comme dans la mise en œuvre des projets, outils de management plus conséquents, diversifiés, performants, etc.).

Enfin, je veux dire, pour clore ce sujet, que je suis particulièrement satisfait que le CA ait fait ce choix dans un contexte particulièrement calme et serein… Nos établissements ne rencontrent pas de difficultés significatives, que ce soit sur le plan des moyens humains comme sur celui des ressources financières. Trop souvent les fusions entre associations gestionnaires sont décidées sous la pression d'une urgence vitale et s'accompagnent de mesures douloureuses, aussi bien pour les personnels que pour la qualité du service à l'usager. C'est loin d'être le cas pour nous aujourd'hui : permettez-moi de m'en féliciter !

Parmi les autres éléments marquants de l'année 2016, j'en retiendrai deux :

Le premier, c'est le fait que l'OFDT ait fait le choix de nous confier, pour deux ans voire plus, la mission TREND (mission de « veille sanitaire » sur les Tendances Récentes et Nouvelles Drogues »). C'est, dans ce cas, non seulement la qualité du travail d'ARIA qui est officiellement reconnue (et, en l'occurrence, celle de notre CARRUD RuptureS) mais la pertinence de son expertise dans ses domaines de compétence.

Le deuxième, c'est la décision, prise par le Conseil d'Administration de relocaliser le CSAPA du Griffon en faisant l'acquisition de nouveaux locaux. La recherche de ces locaux est activement engagée, nous avons aujourd'hui des pistes intéressantes et bon espoir de réaliser ce projet avant la fin de cette année. La localisation historique Place du Griffon avait sans doute toute sa raison d'être il y a quarante ans mais est devenue totalement inadaptée aujourd'hui. Une cohabitation chaque jour plus difficile entre nos usagers et notre environnement urbain, des locaux en étage, malcommodes et, surtout, en location, tous ces éléments nous incitent à trouver rapidement une solution.

Je conclurai ce rapport en rappelant (ce que j'ai déjà eu l'occasion de faire ici ou là) que la décision d'unir notre destin associatif à celui d'Oppelia, loin d'être, pour nous bénévoles, l'occasion de nous décharger de nos responsabilités de gestionnaires sur les dirigeants de cette dernière est, au contraire, celle d'un renforcement de notre engagement militant. Les administrateurs ici présents ont vocation à s'investir dans la création et l'animation du « Comité local » qui défendra, au sein des instances d'Oppelia, les intérêts de nos établissements. Pour ma part, si ce n'est plus au titre de Président, j'ai, pris l'engagement d'en faire partie et ne doute pas de votre présence et votre soutien à mes côtés pour faire de cette évolution une belle réussite !

Merci à tous !

Les établissements d'ARIA

CSAPA DU GRIFFON

Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.
(toutes addictions y compris sans produit).

7 Place du Griffon – 3e étage
BP 1111 – 69202 – LYON CEDEX 01
Tel. : 04.72.10.13.13 – Fax : 04.72.10.13.19
csapa-griffon@aria-asso.fr

RUPTURES

Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues.

36 rue Burdeau
69001 Lyon
tél.: 04 78 39 34 89 - fax : 04 78 30 10 08
caarud.ruptures@aria-asso.fr

CSAPA JONATHAN

Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
(addictions aux produits illicites et sans produits)

131 rue de l'Arc
69400 Villefranche sur-Saône
tél.: 04 74 62 15 92 - fax : 04 74 03 95 47
csapa.jonathan@aria-asso.fr

CHRS APUS

Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

Action spécifique auprès des hommes et des femmes concerné(e)s par la prostitution, rencontrant des difficultés liées à l'orientationsexuelle ou l'identité de genre.

7 place du Griffon – 5e étage
69001 Lyon
tél.: 04 72 00 32 90 - fax : 04 72 10 13 19
chrs.apus@aria-asso.fr

aria
association rhône-alpes
d'insertion et d'addictologie
CSAPA DU GRIFFON

CSAPA DU GRIFFON

7 place du Griffon
BP 1111
69202 Lyon cedex 01
tél. : 04 72 10 13 13
fax : 04 72 10 13 19
csapa.griffon@aria-asso.fr

CSAPA généraliste en ADDICTOLOGIE

- Soins ambulatoires gratuits aux personnes et à leur entourage
- Accueil, évaluation, prise en charge, orientation
- Suivi socio éducatif, psychologique, infirmier, médical et psychiatrique

1 équipe de 20 professionnels

EDUCATRICES SPECIALISEES, EDUCATEUR TECHNIQUE, INFIRMIERES DE, MEDECINS, PHARMACIENNE, PSYCHOLOGUES CLINICIENS, PERSONNEL ENCADRANT, ADMINISTRATIF ET SERVICES GENERAUX

Structure

Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Ce CSAPA généraliste, implanté en centre-ville de Lyon, répartit ses activités en interne et en externe, dans la rencontre et dans l'aller vers des publics concernés.

Des actions spécifiques sont menées en direction de publics précaires et en situation de vulnérabilité (sortants de prison, bénéficiaires du RSA, hébergés en CHRS, jeunes, mineurs PJJ).

L'activité ambulatoire propose un accueil et un accompagnement personnalisé, que ce soit en individuel, en couple ou en famille. L'accompagnement médico-psycho-social, alliant soin et réduction des risques, s'appuie sur une palette de propositions.

Le centre permet la délivrance de traitements de substitution, des consultations spécifiques jeunes consommateurs, une domiciliation.

L'activité résidentielle propose un séjour en appartement thérapeutique relais, avec un accompagnement renforcé et consolidé, au CSAPA et sur le lieu d'hébergement autonome.

La fonction ressource du CSAPA se développe, prenant sa dimension à travers un travail constant et régulier de partenariats, d'actions collectives de prévention menées, de sensibilisation et de formations en addictologie proposées aux équipes de travailleurs sociaux et d'autres champs professionnels concernés.

Chiffres clés 2016

CSAPA du Griffon

- 748 personnes accueillies
- 102 personnes de l'entourage
- 7348 actes
- 22 ateliers cuisine et pique-nique
- 3 groupes sortants de prison (en maison d'arrêt)

Dont 1 service AT

- 6 places
- 7 personnes hébergées
- 1 544 jours d'hébergement
- Séjour moyen : 445 jours, soit 14,8 mois

Dont 1 CJC

- 3 lieux : en CSAPA (Lyon 1, Lyon 3) et en PAEJ (Rillieux la Pape)
- 140 jeunes
- 84 parents / familles
- 399 actes

Dont actions de prévention et d'intervention précoce (CJC)

- 13 actions collectives de prévention
- 197 jeunes (collèges, lycée, mineurs placés par la PJJ)

Dont 1 Equipe Mobile en Addictologie

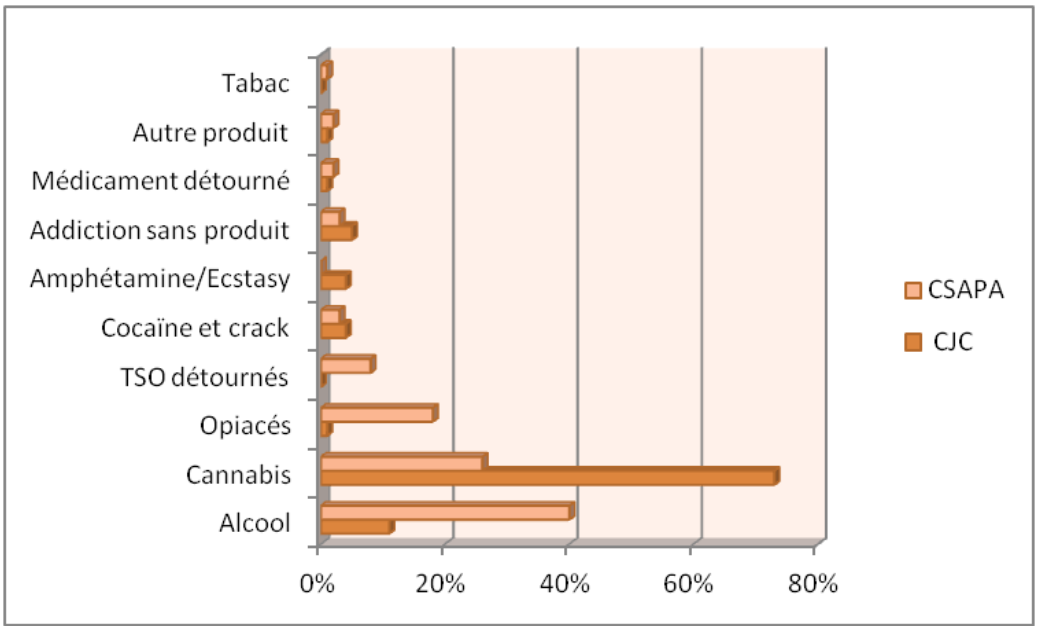
- 9 structures : 6 CHRS, 1 pension de famille, 1 CHU, 1 LAM
- 255 passages en structures
- 97 personnes rencontrées
- 487 actes
- 39 « permanences café »
- 13 groupes de parole

Dont service de domiciliation des personnes sans résidence stable

- 185 personnes
- 2 345 passages, soit environ 10 personnes en moyenne par jour

Statistiques

Les différents produits consommés par les personnes accueillies qui les amènent à consulter



Olivia KRIMI
Chef de service éducatif

Publics accueillis et accompagnés

Les patients sont à plus de 80 % des hommes, âgés entre 30 et 49 ans. Les nouveaux patients représentent 47 % de la file active du CSAPA, l'autre partie étant déjà connue et accompagnée par l'équipe.
Au niveau socio-économique, 25 % d'entre eux ont un revenu issu d'un emploi ou une retraite, 20% touchent le RSA, 18 % sont à la charge d'un tiers et 11 % des chômeurs indemnisés par le Pôle Emploi.
Pour cette démarche en CSAPA, 34 % des patients le font de leur propre initiative ou suggérés par leurs proches, 23 % sont orientés par des institutions ou des services sociaux et 19% par les services de justice.

La fréquentation du CSAPA a augmenté en 2016, la file active étant de +11% par rapport à 2015, et plus particulièrement sur les publics suivants :

- +15 % de personnes de l'entourage, familles et parents de jeunes consommateurs, s'expliquant par une meilleure fréquentation des lieux de CJC sur Lyon et sur Rillieux-la-Pape, ainsi que le développement d'actions de prévention collective auprès de jeunes mineurs suivis par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) ;

- +13 % de personnes demandant un traitement de substitution (méthadone et BHD), en initiation ou en relais d'autres régions, ainsi que des personnes sortantes de détention.

Outils et pratiques d'accompagnement

Des flyers et documents de prévention et de réduction de risques sont mis à disposition et en salle d'attente ou distribués par les professionnels. Du matériel de réduction des risques est accessible et distribué au CSAPA, de manière accompagnée, notamment par l'équipe médicale et infirmière. Un des médecins prescrit le Nalscue et a réalisé une formation aux autres professionnels du réseau addictologique lyonnais à l'utilisation de ce spray nasal pour éviter les overdoses.

Des substituts nicotiniques d'aide à l'arrêt du tabac ont pu être distribués aux patients accompagnés au CSAPA. La pharmacienne, du fait de sa formation initiale et de son intérêt, a conduit en interne une formation de sensibilisation au sevrage tabagique, pour l'ensemble des professionnels du CSAPA et de la CJC.

En fin d'année, s'est mise en place une permanence de bilan somatique, co-animée par un médecin et une infirmière, afin de permettre un bilan de santé pour les patients accompagnés au CSAPA, et de « prendre du temps » avec les patients en dehors de la consultation médicale et de la délivrance des traitements par l'infirmière, en proposant des outils d'évaluation et de dépistage tels que TROD VIH, un test CO2, un test d'alcoolémie, un examen FibroScan, un électrocardiogramme, etc.

Dynamique partenariale

Des rencontres avec les délégués du Procureur des Maisons de Justice et de Droit (MJD) et avec les conseillers du SPIP milieu ouvert et milieu fermé ont été réalisés suite aux orientations régulières de personnes placées sous-main de justice ou reçues au préalable par un délégué du Procureur (dans le cadre de rappel à la loi ou de composition pénale). Ces rencontres partenariales ont permis aux professionnels mutuels de repérer les dispositifs existants et de mieux se représenter le travail réalisé de part et d'autre. Un projet de mise en œuvre de

stages de sensibilisation aux mineurs sur les dangers des stupéfiants est engagé par une convention avec le Parquet de Lyon.

Des conventions partenariales ont été formalisées avec les CHRS avec lesquels l'équipe mobile en addictologie collaborent depuis plusieurs années, à savoir Riboud (LAHSO), La Cité (FADS), Cléberg et Carteret (Alynéa), Chardonnière (FNDSA) et Train de Nuit (Habitat et Humanisme). Des bilans annuels inter-équipes se sont mis en place et prévoient les articulations au sein du CHRS et les perspectives à faire évoluer dans cette collaboration, de projets institutionnels à mener ensemble.

A l'initiative de l'équipe mobile, un colloque a été organisé en mars 2016 avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé et la Direction Départementale de la Cohésion Sociale, en direction des CHRS et des CHU du département. Ce colloque a réuni au total 153 personnes sous la thématique « les règlements de fonctionnement en CHRS au défi des consommations », avec des apports et des regards croisés de responsables de structure, de chargés de mission, de juriste, de travailleurs sociaux, de médecin, de psychologue, d'infirmiers, d'anthropologue, de psychanalyste et de sociologue. Cela a été l'occasion pour la FNARS et la Fédération Addiction de présenter un guide intitulé « Addictions et lutte contre les exclusions : travailler ensemble. »

Projets d'équipe

Des groupes de travail ont eu lieu cette année pour travailler sur certaines activités du CSAPA, dans l'attente de la révision du projet d'établissement en 2017, et avec l'évolution des besoins des publics en lien avec les missions du CSAPA généraliste. Ce travail a concerné les appartements thérapeutiques, l'accueil, les consultations jeunes consommateurs. La mise en place progressive d'un dossier unique partagé et informatisé s'est faite à partir de journées de formation collective au logiciel PRO-G-Dis Addiction.

Dans le cadre d'un programme départemental « Addictions et Précarité » financé par l'ARS, l'équipe mobile en addictologie a travaillé sur un projet inter CHRS Carteret et Riboud pour la mise en œuvre d'un séjour de rupture ou de mobilisation, appelé séjour ressources. Le principe est de permettre à des résidents de ces CHRS un accompagnement en dehors de leur quotidien en CHRS, sur une mobilisation dans leur parcours de vie sur différents plans (projet de vie, insertion sociale, santé, addiction…) L'objectif est de réduire les phénomènes d'exclusion des résidents des CHRS et de leur donner des conditions d'expérimentation d'un mieux-être et de moindre mal dans un cadre différent.

Un projet de bus méthadone à accès facilité a été lancé par l'association ARIA, et piloté par un des médecins du CSAPA, avec une partie de temps dédié à mener ce projet. Une rencontre avec l'Agence Régionale de Santé pour présenter ce projet et l'opportunité de continuer à le travailler s'est faite en 2016.Une équipe projet s'est constituée avec membres du CAARUD RuptureS et du CSAPA du Griffon, ainsi que des partenaires associés à des groupes de travail et de réflexion, et pour certains d'entre eux parties prenantes d'intervenir en collaboration étroite sur ce type de dispositif.

Ré-Organisation

Dans le cadre du suivi du plan d'amélioration de la qualité construit à partir des préconisations d'évaluation interne, les fiches de poste de certains métiers ont été proposées et les entretiens de développement RH et professionnels réalisés en 2016. Deux journées ont été consacrées pour réaliser l'évaluation externe du CSAPA, en présence de deux consultantes extérieures, avec la participation de l'équipe dans son intégralité.

L'année 2016 a été l'occasion de rechercher des nouveaux locaux pour déménager l'activité du CSAPA et améliorer les conditions générales d'accueil et d'accessibilité. L'architecture des locaux situés place du Griffon ne permet pas de garantir la confidentialité des bureaux, la conformité pour l'accès aux personnes handicapées, un accès de plain-pied et non sur 2 étages, une salle de soins et de délivrance conforme et optimale.

Suite à une perte de financement de temps de secrétariat, un changement des horaires d'ouverture du CSAPA a été nécessaire, réduisant l'amplitude horaire hebdomadaire à 31 heures. Les professionnels assurent l'accueil et la consultation durant ces plages sans la présence de secrétaire.

L'équipe éducative du CSAPA s'est rendue plus disponible pour des temps informels et des interventions sans rendez-vous avec des patients déjà accompagnés, de passage pour leur traitement ou leur courrier, en difficulté à venir les rencontrer en entretien individuel. Ces permanences matinales permettent un renfort de disponibilité d'accueil et de lien avec certains patients en grande difficulté.

Formations

Les formations collectives, organisées inter établissements d'ARIA, ont été sur le thème de la protection de l'enfance et sur la sensibilisation en tabacologie en CSAPA. Les formations individuelles ont été variées au sein de l'équipe, dans le cadre du plan de formation continue : capacité en addictologie, DU de thérapies cognitivo-comportementales, CAFERUIS, DU Sexologie, cycle de thérapie systémique familiale.

Certains professionnels du CSAPA sont intervenus et ont mené des formations en addictologie, sur les conduites addictives ou des phénomènes de dépendance, en lien et en partenariat avec des organismes de formation tels que l'IRJB-AHRM et la FNARS. Des cycles de groupes ressources auprès des référents RSA se sont poursuivis au sein du CSAPA, en lien avec une action financée par la Métropole auprès des bénéficiaires du RSA.

Cette année encore, l'accueil et l'encadrement de stagiaires de plusieurs étudiants a été intégré au fonctionnement d'équipe, qu'il s'agisse d'un psychologue en master 2, d'une éducatrice spécialisée en 2ème année de formation, de plusieurs internes en médecine générale (5ème année).

Intervention précoce auprès de jeunes suivis par la PJJ

Bénédicte BRISSET
Psychologue clinicienne

En 2016, nous avons sollicité et obtenu un financement pour développer et renforcer un projet de partenariat avec les structures de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, dans le cadre de **l'intervention précoce de la Consultation Jeunes Consommateurs du CSAPA du Griffon**.

Nous remercions la Mission Inter-Ministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives de soutenir la construction de démarches qui ne prennent sens que si l'on y consacre du temps et l'énergie des volontés.

Historique du projet

Dès 2014, nous avions répondu à une sollicitation pour intervenir auprès de jeunes accueillis dans une Unité Educative d'Accueil de Jour, à Vénissieux. Cette demande était alors portée par une éducatrice, référente santé, qui souhaitait que les questions relatives aux consommations de produits psycho-actifs soient abordées avec les adolescents accueillis. La demande était portée par cette seule professionnelle, et la dimension institutionnelle de la démarche se formulait « en négatif » : « nous ne pouvons ignorer leurs consommations, à peine cachées, mais nous ne savons quelle(s) réponse(s) apporter ».

Nous avons répondu à cette demande avec les « moyens du bord » par la proposition **d'actions collectives de prévention auprès des jeunes, utilisant la médiation comme support à la parole**.
Dans son sillon, une autre demande nous a été formulée, par l'UEAJ de Villeurbanne, à laquelle nous avons répondu de la même façon.
Petit à petit, nous avons été sollicités par d'autres structures de la PJJ qui souhaitaient que nous mettions en œuvre les mêmes réponses dans leurs établissements…

Faute de moyens suffisants, et nous interrogeant sur l'intérêt à « dupliquer » une formule qui répondait sans interroger la difficulté des professionnels dans leurs pratiques, nous n'avons pas pu répondre à ces demandes.
Car, forts de nos expériences de la prévention et de l'intervention précoce, nous savons l'intérêt qu'il y a à **mobiliser un réseau de professionnels autour des jeunes**, en particulier lorsqu'il s'agit d'un public à difficultés multiples (ruptures scolaires, familiales, délinquance, …) tel que celui que nous rencontrions dans le cadre de ces interventions.

Renforcement du projet grâce au soutien reçu de la MILDECA

Nous avons donc souhaité construire un projet qui réponde à plusieurs exigences :

- que notre intervention s'adresse aux professionnels qui travaillent auprès des jeunes, afin de leur proposer un support technique pour s'interroger autour de leurs représentations des consommations de produits psychoactifs, pour leur fournir des informations, les amener à penser leurs postures personnelles et professionnelles, celles construites au sein des équipes et des structures. Ce travail n'est pas conçu comme un travail d'experts qui interviendraient auprès de néophytes, mais, au contraire comme une **recherche de collaboration, dans l'esprit de l'approche motivationnelle : création d'un langage commun, d'outils communs**, facilitant la communication.

- que notre intervention s'adresse aux jeunes en difficulté ou non avec des consommations de produits ;
- que notre intervention repose sur une équipe de professionnels psycho-éducatifs, engagés dans une pratique auprès d'adolescents et de leurs familles.

Nous avons mobilisé l'infirmière de la PJJ qui coordonne l'ensemble des actions santé de la PJJ du Rhône, afin de présenter la démarche et qu'elle nous aide à repérer et à mobiliser un réseau de professionnels motivés et intéressés par cette collaboration.

Les chefs de service et les équipes éducatives se mobilisent à nos côtés, et aux côtés des jeunes pour faciliter la parole et l'orientation des adolescents vers le soin lorsque nécessaire.

Nous intervenons désormais au sein de structures type UEMO, tout en poursuivant et en renforçant notre présence auprès de l'UEAJ.

Nous avons constaté l'intérêt de cette collaboration. Des collègues éducateurs de la PJJ nous adressent désormais des jeunes…

Il s'agit d'une véritable **démarche « d'aller-vers »** qui trouve sa cohérence et un écho tout particulier au CSAPA du Griffon.

Projet d'une unité mobile de délivrance de MSO à accès facilité

Dr Antoine CANAT
Médecin addictologue – responsable du projet

Depuis le troisième trimestre 2015, le CSAPA du Griffon travaille à la mise en place d'une unité mobile de délivrance de Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO) à Accès Facilité sur l'agglomération lyonnaise. Ce projet s'inspire des dispositifs déjà existants dans l'agglomération parisienne et marseillaise.

Loin d'être obsolètes, les dispositifs de délivrance de MSO « bas seuil » ou à « seuil adapté » continuent de fleurir sur le territoire français (Toulouse, Montpellier, Perpignan, etc.) répondant ainsi à un constat d'insuffisance dans l'accès aux MSO des dispositifs dits « classiques ».

Le projet lyonnais s'inscrit donc dans une démarche « d'aller-vers » et se projette dans une fonction passerelle avec les différents partenaires de la métropole.
Elaboré avec les différents CSAPA et CAARUD mais également avec les structures de santé mentale de l'agglomération, le dispositif se veut un rouage dans l'articulation entre la précarité, l'accès facilité aux MSO d'un côté, et le relais vers la médecine générale, les centres spécialisés d'addictologie et la psychiatrie de l'autre.

Fort d'un passage quotidien dans la rue - lieu de vie de certains usagers - avec délivrance de MSO, mais également de toute thérapeutique médicamenteuse si nécessaire, le « bus » constitue un terrain d'action privilégié pour un accompagnement socio-éducatif des usagers afin d'établir un lien de confiance et travailler avec eux l'accès aux droits communs.

Actuellement en cours d'élaboration, ce projet doit être étoffé d'une enquête épidémiologique et qualitative sur le terrain afin d'optimiser le lancement de ce dispositif et de répondre aux intentions des tutelles.

De la réduction des risques aux nouvelles formes d'accompagnement dans un contexte de grande précarité : focus sur une pratique d'une équipe mobile en addictologie

Maxence THOMAS
Psychologue clinicien

Dr Xavier RICHEN
Médecin addictologue

Réduire les risques. Nous aurions pu nous en tenir à cette simple expression, étant entendu qu'elle convoque à elle seule un changement de paradigme, passant d'une addictologie organisée autour du « cure » à des stratégies soignantes fondées sur le « care ». La stratégie du « moindre mal », qui sous-tend souvent la démarche de « l'aller-vers » et de la « RDR » doit cependant pouvoir s'étayer et se développer afin de ne pas sombrer dans les méandres de l'échec contre lequel elle se fonde, à savoir une forme de renoncement faute de mieux, face à une souffrance « résistante ». C'est à ce prix seulement qu'il semble possible d'échapper aux traditionnels raccourcis de langage, donnant à la Réduction des Risques des allures de stratégie du désespoir. Donner de l'alcool aux alcooliques, aider les drogués à se droguer… La perception de la réduction des risques par une partie de la population, peu au fait des problématiques d'addiction, ou paradoxalement parfois trop concernée, traduit le peu de considérations pour les stratégies alternatives relatives aux accompagnements des souffrances liées aux addictions. On peut d'ailleurs penser que ces considérations sont pétries par des représentations sociales encore bien ancrées sur l'idée que la seule guérison possible est l'abstinence, totale, au demeurant sous-tendue par un prétendu courage et de la volonté, « bonne » si possible…

Voilà donc comment les stratégies d'accompagnement et/ou de soins peuvent être assimilées au public auxquelles elles s'adressent et devenir elles-mêmes marginales.

Depuis quelques années la « stratégie RDR » tente de se faufiler dans l'univers de l'alcoologie.

- Sans produits de substitution, sans matériel, comment penser la RDR alcool ?
- Comment proposer des formes de soins autres que l'abstinence ?
- Comment boire sans prendre de risque ?

Paradoxalement, on peut adjoindre à chacune de ces questions son questionnement inverse :

- La RDR se limite-t-elle à la distribution de matériel ?
- L'abstinence est-elle vraiment une forme de soin, ou une privation nécessaire pour réduire tout risque ?
- Comment ne pas boire sans prendre de risque, notamment au regard des sevrages « sauvages » et des crises de manque ?

Il est évidemment impossible de répondre à toutes ces questions, tandis qu'envisager une forme de réduction des risques alcool ne saurait se résumer à invalider l'idée de l'abstinence. Peut-être même que ces deux formes de soins sont complémentaires….

La réduction des risques peut s'avérer être un concept limitatif, connoté et s'il constitue un souffle d'inspiration dans la création de nouveaux dispositifs. Cette appellation pas toujours contrôlée doit-elle alors nécessairement prendre le dessus ? Peut-on créer un dispositif issu des réflexions propres aux pratiques de RDR, sans pour autant résumer ce dispositif à la RDR ?

Dans cette réflexion, nous laissons donc la RDR à sa place, à ce qu'elle nous permet de penser, sans pour autant indifférencier les potentiels dispositifs en les mettant dans un grand sac, flou, estampillé « RDR ».

C'est un peu ce que la réflexion autour d'un dispositif de « cogestion » d'alcool, nous a amené à prendre conscience. Le terme cogestion a parfois alimenté l'idée d'une remise inconditionnelle d'alcool, rendant alors implicitement les professionnels - qui travaillaient courageusement dans ce dispositif - presque « complices ». Nous aurions peut-être dû l'appeler « aide à la gestion des consommations d'alcool », qui semble être un terme admettant, d'une part, une flexibilité relative au mot « aide », flexibilité de donner ou de ne pas donner de l'alcool en rapport à l'état de l'usager. D'autre part, en donnant à la fois à chacun une place différenciée et complémentaire, moins « collée » à la « gestion ».

Cette aide à la gestion s'origine à partir d'une attention particulière aux chutes et blessures contractées par les résidents d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale. Leur proposer de consommer de l'alcool dans un lieu du CHRS correspondait à l'idée de proposer un espace sécure, se substituant ou pas, selon les usagers, aux consommations de rue. Il s'agissait aussi de constituer un point d'ancrage dans une forme d'errance risquée, et permettre une limitation des dommages rencontrés à la rue à cause de ces consommations.

Plusieurs centres d'hébergement se sont saisis de ces expériences, chacun à leur manière et en adéquation avec leur culture associative et institutionnelle, ayant toutefois le point commun de rendre la dépendance à l'alcool moins tabou. L'équipe mobile en addictologie, orientée par les pratiques « d'aller vers » et de « réduction des risques », a joué un rôle facilitateur dans certains cas, en plaidant en faveur de ce type de dispositifs, dans la mesure où ils ne créaient pas plus de dommage que ces dispositifs étaient censés en réduire.

Toutefois, ce qui a porté et porte toujours le travail de l'EMA autour de ces dispositifs, ce sont les usagers eux-mêmes. La pertinence de pouvoir proposer des espaces de paroles et progressivement, selon la demande des patients, de glisser vers un soin en addictologie a été largement favorisé par le décloisonnement institutionnel de la consommation de l'alcool. C'est la pensée du « care » qui continue d'influer sur nos pratiques, notamment à travers le travail d'accompagnement des patients quant au repérage des différents niveaux d'alcoolisation, de l'alcool nécessaire à l'alcool « paroxystique », mais aussi au-delà du produit, de la violence dans le lien, de la fuite, de l'errance et des différentes formes de destructivité.

Ce travail de lien est un peu plus que de « l'aller-vers » et s'aventure quelques pas au-delà de la réduction des risques…

aria
association rhône-alpes
d'insertion et d'addictologie

CSAPA JONATHAN

aria association rhône-alpes d'insertion et d'addictologie — CSAPA JONATHAN

1 équipe de 13 professionnels

EDUCATEURS SPECIALISES, ASSISTANTE DE SERVICE SOCIAL, INFIRMIERES DE, PSYCHIATRE, MEDECIN, PHARMACIENNE, PSYCHOLOGUE CLINICIENNE, PERSONNEL ENCADRANT, ADMINISTRATIF ET SERVICES GENERAUX

Structure

Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Jonathan est un CSAPA situé à Villefranche sur Saône, proche de l'agglomération lyonnaise. Spécialisé drogues illicites, il propose un accueil et un accompagnement médico-psychosocial et assure la délivrance des TSO. Il dispose d'un appartement thérapeutique.

Le CSAPA a développé l'accessibilité aux matériels de réduction des risques et des dommages dans le centre de soin mais aussi en ville par un réseau de 8 pharmacies avoisinantes et propose les TROD.

Il assure la mission de CSAPA référent pour la maison d'arrêt de Villefranche s/s. Il propose des CJC au sein de la Maison des Ados et organise, en s'appuyant sur un large partenariat, des actions de prévention auprès des jeunes du territoire.

Il travaille en lien avec la justice, reçoit les obligations de soins, organise des stages de sensibilisation au danger de l'usage des produits stupéfiants pour les mineurs.

Il propose également la domiciliation pour les personnes sans résidence stable.

Introduction

Geneviève EYRAUD, Chef de Service Educatif.

Le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie Jonathan a vécu une année 2016 difficile sur le plan médical, l'absence de médecins impactant fortement la file active.

Jusqu'à la fin de l'été, la venue de différents médecins généralistes a pu permettre de répondre à minima aux prises en charge intégrant des traitements de substitutions mais l'absence de médecin à partir de septembre a obligé l'équipe à travailler autrement, le texte de deux professionnels « faire sans médecin ? » permet d'éclairer l'adaptation dont il a fallu faire preuve.

Pour autant, l'équipe continue d'évoluer pour répondre au mieux au plan d'amélioration de la qualité issu de **l'évaluation interne**. De plus, la première **évaluation externe** du CSAPA a permis de réfléchir autrement à notre cadre de travail, accompagné en cela par deux intervenantes.

Une ouverture plus large des temps de distribution des traitements, repérés comme surchargés voir saturés, a pu se mettre en place. Le déplacement de la réunion d'équipe du mercredi matin au jeudi après-midi, nécessitant une réorganisation des présences des professionnels, permet depuis l'été, une permanence infirmière tous les matins de la semaine.

Des **formations collectives** pour optimiser l'utilisation du logiciel ProGDis ont permis l'informatisation du dossier Patient depuis l'été, améliorant ainsi le partage d'informations. Une formation sur le thème de la protection de l'enfance a éclairée l'équipe sur les enjeux et les possibilités d'accompagnements des familles en souffrance. Cet apport théorique sera complété en 2017, d'une rencontre avec les professionnels de terrain pour connaitre les spécificités du secteur. Un après-midi de travail sur le tabac, dispensée par la pharmacienne, compétente en tabacologie, a sensibilisé l'équipe à la prise en charge de cette addiction très présente dans notre patientèle.

La **participation des usagers**, processus enclenché en 2015, ne s'est pas confirmée en 2016. Ceux-ci ne se sont pas saisis des réunions programmées. Par contre, en réponse à la réflexion menée en équipe, le premier semestre a vu s'organiser un temps d'accueil collectif un matin par semaine. La majorité des professionnels, par binôme, ont accueilli les personnes se présentant le mardi matin autour d'une collation, installant une dimension collective conviviale favorisant les liens sociaux. C'est dans le local du bas, accessible directement par l'ascenseur, qu'a eu lieu cette rencontre jusqu'en juillet. la difficulté de gérer ces espaces sur deux niveaux nous a obligé à l'arrêter durant les congés d'été. l'équipe voulait aussi clarifier les objectifs de cette animation. Les difficultés médicales ont différé la réorganisation de cet accueil.

Les **prises en charge groupale, alternative à la rencontre individuelle,**

sont proposés sur deux temps. L'atelier « Créa' mouv » a repris, début 2016, son rythme hebdomadaire grâce à l'engagement d'une infirmière. Par contre, il subit la baisse de la file active, d'autant que le peu de participants inscrits sont très irréguliers dans leurs venues. Le groupe « Qu'en dit-on », visant les personnes en obligations de soins, a organisé deux cessions mobilisant 10 patients. Depuis l'été, la psychologue, formée à l'animation de ce groupe, est absente pour congé maternité.

L'agrément pour la domiciliation des personnes sans domicile stable marque toujours son intérêt tant pour les usagers du centre que pour les détenus dans le cadre du CSAPA référent.

L'arrivée des Tests de dépistage rapide, **TROD**, pour le virus de l'hépatite C, a stimulé l'équipe à se former et, dans l'attente de l'agrément, des permanences mensuelles de l'association ADHEC ont permis d'offrir un dépistage large (VIH, VHC, VHB, Syphilis) à notre public.

La distribution de matériel à usage unique dans le centre est bien intégrée par les usagers, ceux-ci viennent se fournir en matériel régulièrement et en fonction de leurs besoins. Ils peuvent aussi hors de nos horaires se rendre dans huit officines réparties sur le territoire, cinq à Villefranche, deux à Belleville et une à Fareins sur les bords de Saône, dans l'Ain qui distribuent des Stéribox®. Au total, ce sont 12730 seringues, soit 20% de plus qu'en 2015, qui ont été délivrées sur le secteur caladois.

La mission de CSAPA référent à la maison d'arrêt de Villefranche s'est étoffée par le doublement du poste de travailleur social, soit un temps plein réparti sur deux professionnels, ce qui a permis d'augmenter les permanences in situ et d'accentuer le travail de partenariat et de liens pour favoriser la prise en charge des détenus durant et après leur détention. L'éclairage de cette mission est développé dans ce rapport d'activité, par une réflexion sur le cadre singulier de la maison d'arrêt et une analyse plus fine de la file active.

Du côté des **Consultations Jeunes Consommateurs,** leur présence au sein de la Maison Des Adolescents de Villefranche a évolué. Le Point Accueil Ecoute Jeune, porté par ARIA, a mis fin à ses activités fin août. En effet, la psychologue en charge de cette mission a pu intégrer la MDA, augmentant ainsi la pluridisciplinarité de cette équipe et permettant à ARIA de passer le relai de cette mission d'accueil généraliste des jeunes dévolue au PAEJ en 2007 dans l'attente de la création d'une MDA. Aujourd'hui les professionnels d'ARIA répondent exclusivement aux problématiques addictives et participent à la clinique de la MDA en apportant cet éclairage spécifique.

Toujours dans le cadre des CJC, le travail avec le Tribunal de Grande Instance de Villefranche perdure avec l'adressage des mineurs condamnés à un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. Un protocole avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse a été validé et permet de faciliter l'accueil de mineurs dans le cadre des mesures de réparation, avec la programmation de trois entretiens individuels, accompagné par le professionnel référent en début et fin de prise en charge.

La formation portée par **l'Atelier Santé Ville** en co-animation avec le CSAPA Sournia de l'ANPAA a été proposée pour de nouveaux professionnels du terrain caladois. Elle s'intitule « les comportements addictifs : comprendre pour mieux accueillir et accompagner sur notre agglomération ». A la suite de cette troisième formation, un temps d'échange a été organisé, invitant la quarantaine de professionnels formés à réfléchir collectivement et régulièrement aux problématiques addictives du territoire.

Des **actions collectives de prévention** des addictions se sont déroulées dans différents contextes auprès de différents publics . Ce sont 383 jeunes, 182 parents et 20 professionnels, qui ont été rencontrés dans ces cadres spécifiques. Le groupe parents, « au fil des échanges », porté par ARIA à la MDA, a accueilli 10 parents lors de 5 séances programmées, son animation a été reprise par la MDA en septembre.

Tous les professionnels du CSAPA participent à des rencontres sur le **territoire caladois** en s'engageant dans les différents espaces partenariaux existants. Cette année un nouveau groupe « périnatalité » sous l'impulsion de la Maison du Département du Rhône s'est mis en place regroupant une quinzaine de professionnels dont deux de Jonathan.

Etayée par des réunions hebdomadaire d'équipe, par une analyse mensuelle des pratiques professionnelles, par des après-midis d'analyse institutionnelle, la **dynamique institutionnelle** est discutée, réfléchie et régulée tout au long de l'année afin de soutenir les professionnels dans leurs pratiques.

Ce **rapport d'activité** analyse dans un premier temps la file active 2016 et ses caractéristiques au regard de l'étude annuelle RECAP, éclaire ensuite, par le texte « faire sans médecin ? », les difficultés mais aussi l'ingéniosité de l'équipe à pallier l'absence médicale et se termine par un focus sur la mission de CSAPA référent avec une étude spécifique de la file active inhérente à cette activité.

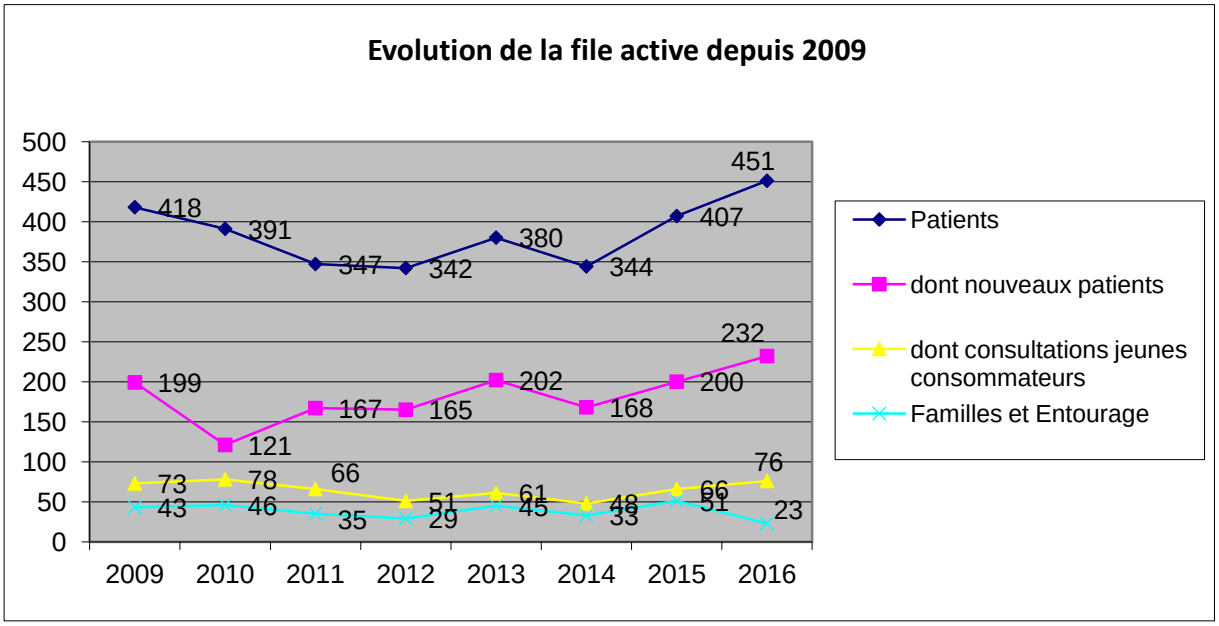
Bonne lecture.

Caractéristiques de la population accueillie au regard de la moyenne nationale

Le profil des patients

Il parait intéressant de repérer les particularités de la patientèle de Jonathan au regard des enquêtes RECAP qui dressent tous les ans le profil du public type en CSAPA. Ces spécificités s'appuient sur l'enquête 2015 mais aussi sur les années antérieures et paraissent significatives dans le temps.

Le CSAPA Jonathan a accueilli 451 patients en 2016 ainsi que 23 personnes issues des familles et de l'entourage.



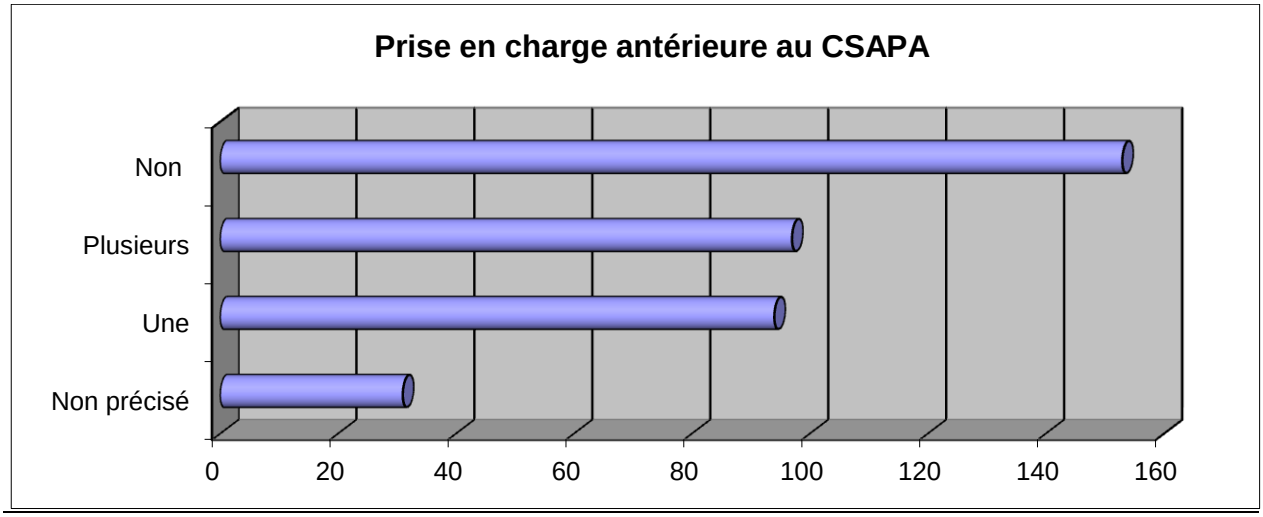
Le public est largement masculin, avec seulement 11 % de femmes. Celles-ci sont peu présentes en regard à la moyenne nationale (11 % vs 22 %).

La moyenne d'âge est de 33 ans. Une majorité de mineurs sont accueillis dans le cadre des Consultations Jeunes Consommateurs où la moyenne d'âge du public accueilli est de 18 ans.

70% des patients ont un logement stable, 22 % connaissent la précarité du logement ou de l'hébergement, 5 % n'ont pas de domicile fixe. Les personnes habitant des logements précaires sont surreprésentées par rapport à la moyenne nationale.

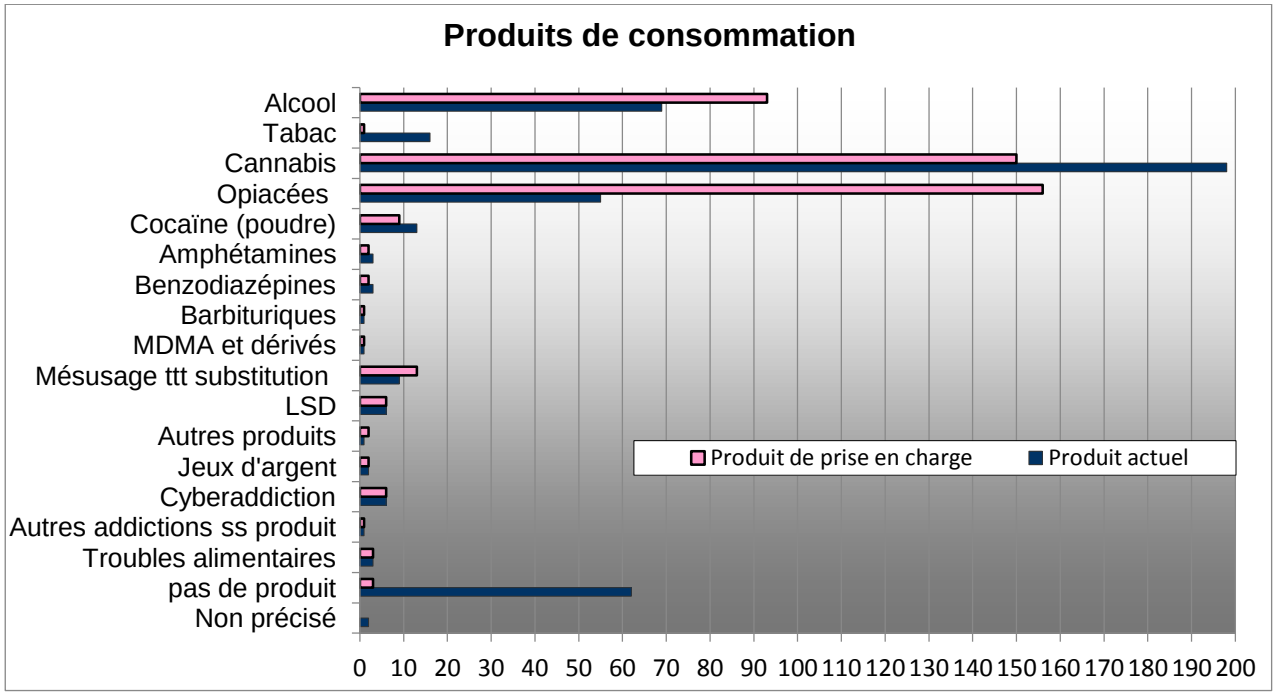
80 % de ce public habite Villefranche sur Saône et les communes de proximité. Mais les usagers sont plus nombreux que la moyenne nationale à venir d'un autre département et hors région.

Chaque année le centre renouvelle son public de moitié. Dans ce nouveau public, la moitié des personnes que nous accueillons a déjà été suivie auparavant , l'autre moitié n'a jamais été pris en charge en CSAPA.



19 % vivent des minimas sociaux (5% AAH et 14 % RSA), 27 % ont des revenus issus de l'emploi, et 10 relèvent de l'indemnisation chômage. 16% sont à la charge d'un tiers et 27 % ont des revenus autres ou sont sans ressource. En comparaison, les patients de jonathan ont moins souvent un emploi stable et continu, plus ont des emplois intermittents, ce qui entraine des revenus moins réguliers voire totalement absents. Quant au niveau d'études, une surreprésentation des personnes ayant au mieux un niveau BEP/CAP est à noter.

40 % des personnes sont orientées par la justice et 57 % ont ou ont eu un problème avec la justice ou ont connu l'incarcération, pourcentages élevés en comparaison à la moyenne nationale.



38 % des patients reçus au CSAPA sont pris en charge pour une consommation d'opiacés auxquels ils sont dépendants, 33 % de cannabis, 20 % d'alcool. Du côté des drogues illicites, le public reçu consomme surtout de l'héroïne et du cannabis, quelques-uns de la cocaïne et des jeunes en CJC du LSD.

Pour ce qui est de leurs consommations actuelles, 44 % des patients déclarent consommer du cannabis, 15 % de l'alcool, 3 % de la cocaïne et 3 % déclarent une addiction sans produit.

14 % des consultants ne consomment pas ou plus de produit et la moitié de la file active ne consomme pas de deuxième produit. Les patients sont moins polytoxicomanes que la moyenne nationale.

Pour les usagers qui relèvent d'une prise en charge pour les opiacés, 7 sur 10 suivent un traitement de substitution géré ou non par le centre. 1 substitué sur 3 consomme encore des opiacés ou mésusage son traitement. 89 % consomme un produit, 65 % en consomme deux, 28 % en consomme trois, sachant que parmi ces usagers substitués, un sur deux fume du tabac.

1 patient sur 4 a eu une pratique de l'injection, plus d'1 sur 10 le fait actuellement. Le mode de consommation des opiacés semble spécifique : si l'utilisation de la voie intraveineuse reste dans la moyenne nationale, les usagers du centre sniffent par contre plus le produit plutôt que de le fumer ou de l'inhaler.

Quelques tentatives d'explication

Villefranche sur Saône est une petite ville de 35 000 habitants qui se situe à proximité de Lyon et son agglomération. Les interactions entre ces deux villes sont nombreuses, particulièrement pour l'emploi. Une part des habitants est venue s'installer en dehors de la métropole face à la cherté des loyers lyonnais et pour profiter d'un meilleur cadre de vie.

Villefranche côtoie le département de l'Ain par la rive est de la Saône, ce qui amène cette population limitrophe (comptabilisée comme hors département) à s'adresser à notre CSAPA plutôt qu'à ceux de Bourg en Bresse.

La spécificité « drogues illicites » du centre Jonathan est confirmée par les prises en charge qui, pour 75% , concernent des consommations de produits illicites.

Comme jonathan est le seul CSAPA « drogues illicites » sur ce territoire, les usagers sont amener à resolliciter ce même centre lors de nouvelles tentatives de soin, ce qui pourrait éclairer le fait que le nouveau public reçu chaque année a déjà connu le soin, et souvent à Jonathan.

La qualification professionnelle de nos usagers qui se situe très majoritairement au niveau « employé » et « ouvrier », en lien avec leur bas niveau d'études, peut expliquer des ressources moindres. De plus, le pays beaujolais offre des emplois saisonniers attirant particulièrement nos usagers, ce qui peut éclairer le nombre de personnes avec des emplois intermittents. Ces emplois, autour des vendanges, attirent aussi un nouveau public en demande de relais de traitement de substitution chaque fin d'été.

Beaucoup de nos usagers se connaissent et se côtoient, le nombre de personnes à qui nous nous adressons ne permet pas l'anonymat d'une grande ville. Les relations ne sont pas toujours simples entre eux, les produits et les trafics amènent souvent des conflits, des règlements de compte, voire des mises à distance obligatoires qui peuvent défavoriser le soin.

Plusieurs couples sont pris en charge, ainsi que des fratries, ce qui nécessite une discrétion et une confidentialité parfois compliquées pour une petite équipe. Différencier les intervenants auprès de ces personnes est une de nos préoccupations à laquelle on tente de répondre dans la mesure du possible.

De plus, l'existence d'un seul CSAPA spécialisé drogues illicites parait parfois freiner la venue de « l' entourage », par exemple une femme n'évoquant pas ses propres soucis quand son conjoint est suivi au centre et qui profite de l'incarcération de ce dernier pour demander un traitement pour elle. Plusieurs situations comme celle là ont pu être repérées, ce qui peut éclairer la faible représentation féminine dans notre public.

La file active du CSAPA référent et les stages de sensibilisation augmentent de fait le nombre de personnes ayant des liens avec la justice, même si, sans celle-ci, ce chiffre reste malgré tout élevé.

Faire sans médecin ?

Danièle TETAZ, Infirmière
Alice ROCHY, Assistante de service social

Depuis l'été 2016, le centre Jonathan se retrouve dans un contexte médical compliqué du fait de l'absence de médecin généraliste et d'une présence de quelques heures de médecin psychiatre, absent lui-même pour maladie depuis décembre. Cette situation a instauré des difficultés concernant la prise en charge médicale des patients et généré une grande inquiétude dans l'équipe.

En effet, le renouvellement des prescriptions et la prise en charge médicale de nouveaux patients n'ont plus été possible dans ce contexte. Afin d'éviter une rupture dans le parcours de soin, l'équipe a dû réfléchir à de nouvelles modalités de prise en charge.

Un courrier à tous les généralistes a permis d'informer ces derniers de la situation au centre et du fait qu'ils seraient sollicités pour les prescriptions.

Une première phase du travail a été faite en collaboration avec les patients dont le traitement était stabilisé. Les infirmières ont initié des relais avec les médecins généralistes tout en insistant sur l'intérêt de maintenir un suivi psycho-socio-éducatif au centre. Ce travail a également été l'occasion d'accompagner les usagers vers la médecine générale et ainsi leur permettre d'avoir un médecin traitant référent pour bénéficier d'un suivi somatique régulier.

Pour ceux ayant déjà un médecin, l'équipe avait constaté que la problématique addictive n'était pas forcément abordée avec lui. Le lien fait avec les médecins généralistes a donc permis de décloisonner la prise en charge somatique et addictive.

Pour les patients plus en difficulté, du fait de leur pathologie et/ou de leurs problèmes sociaux, une orientation en médecine et pharmacie de ville était difficilement envisageable. L'équipe a donc réfléchi à une prise en charge conjointe avec les médecins généralistes. Les infirmières ont contacté ces derniers pour organiser des rendez-vous en ville afin que les patients puissent renouveler leurs prescriptions tout en maintenant une délivrance au centre. L'intérêt de cette modalité est de porter collectivement la prise en charge en soutenant les médecins généralistes tout en privilégiant la continuité du suivi au centre. Des orientations et accompagnements physiques ont également été faits à la PASS pour les patients sans droits sociaux ouverts. Pour ces situations difficiles, ce montage reste possible parce qu'il est temporaire, les médecins prescrivant dans l'attente d'un généraliste au centre.

Le centre a réussi à faire face tant bien que mal à cette pénurie médicale mais la situation reste précaire et tendue. Aucun accueil de nouveaux patients n'a pu se mettre en place pour une initialisation ou un suivi de traitement et l'orientation en ville, réponse qu'il leur a été faite principalement, reste temporaire et pas toujours adaptée. Les médecins généralistes à eux seuls ne peuvent pas pallier à l'offre de soin d'un CSAPA d'autant qu'aujourd'hui l'initialisation de la méthadone n'est pas possible en cabinet de ville.

Les spécificités du CSAPA Référent

La mission de CSAPA Référent se développe à la maison d'arrêt depuis septembre 2014. La présence des professionnels est régulière et repérée tant par les professionnels en intra que par les détenus qui demandent parfois d'eux-mêmes à les rencontrer. Le partenariat s'installe, les travailleurs sociaux du CSAPA sont présents dans la majorité des réunions où leur place se justifie. Leur présence dans les locaux, leurs passages dans les bureaux des équipes in situ participent de leur implantation. Des rencontres régulières sont organisées avec le SPIP (Service Pénitentiaire d' Insertion et Probation) et des réunions cliniques avec l'USN1 (Unité de Soins niveau 1) ont lieu toutes les six semaines pour échanger sur les prises en charge au sein de la maison d'arrêt. Une formation commune à tous ces personnels sur le thème de la substitution en milieu carcéral a été organisée durant deux demi-journées, favorisant les prises en charge et les liens partenariaux.

Pour autant, des difficultés, pour beaucoup inhérentes au milieu carcéral ne facilitent pas le travail des professionnels. Le peu d'espace disponible dans cette maison d'arrêt ne permet pas d'attribuer au CSAPA référent un lieu fixe où une installation physique serait possible, de même il n'y a pas de possibilité d'internet, de téléphone et d'ordinateur. De plus, la rencontre avec les détenus reste aléatoire, en fonction de la situation en intra du moment, de la disponibilité d'un gardien, de la manière dont est présentée notre invitation à l'entretien …

La sensibilisation de tous les professionnels travaillant dans la maison d'arrêt, du personnel de l'administration pénitentiaire, de tous les intervenants extérieurs jusqu'au directeur, favoriserait la prise en compte de cette problématique. Ainsi, ces représentations, « de l'alcoolo au toxico », pourraient évoluer et tendre à mieux considérer la dimension souffrante de ces personnes, facilitant ainsi les prises en charge.

Les textes qui suivent, écrits par les deux professionnels travaillant au sein de la maison d'arrêt, signent la spécificité de cette mission et toute sa complexité dans ce qu'elle nécessite d'énergie, d'adaptation, de temps dans ce milieu si singulier.

Cadre de travail à la maison d'arrêt

Thierry ANGEVIN, Educateur spécialisé

Comment travailler avec ce cadre-là ?

Dans le domaine général de l'aide éducative, il existe de plus en plus des situations d'interventions où les références « classiques », instaurées par la théorie des formations de base puis invoquées constamment dans toutes formations continues, sont parfois mises à l'épreuve de façon radicale. Les limites risquent de devenir floues tant dans la mise en place de l'intervention que dans l'esprit même de l'intervenant.

Le sujet mérite d'être évoqué pour illustrer une extraordinaire modification des conditions de travail dans le contexte de l'intervention éducative à la maison d'arrêt.

En fait, comment passer d'un cadre de travail en CSAPA à un cadre de travail en maison d'arrêt qui lui est propre ? Et/ou comment se référer à une notion forte dans un centre de soins, à savoir le cadre, dans un contexte autre, différent au sein de la maison d'arrêt dont le caractère coercitif prédomine ?

Dans ce contexte, quel est l'évènement inaugural qui instaure une relation d'aide éducative effective ? Cet évènement peut éventuellement s'instaurer lors du premier contact (ce moment est souvent décisif dans ce qu'amène le patient et ce qu'il ressent de la confiance qu'il peut accorder) ou bien se construire pas à pas au fil des entretiens successifs.

Que ce soit dans un CSAPA, à la maison des ados, en maison d'arrêt, il s'agit bien de réussir quelque chose qui est de l'ordre de la « rencontre ».

Cela repose sur un regard, autant qu'une écoute et un dispositif intérieur du travailleur social qui se rend disponible à l'autre.

La posture du travailleur social, la façon dont il incarne sa fonction sont essentielles dans sa capacité à assurer cette rencontre. Le cadre d'un dispositif à la fois en interne dans le service et en externe sur les autres lieux d'interventions est essentiel pour légitimer son rôle et garantir l'attention dans la durée.

La notion de cadre en est un élément essentiel de ce dispositif.

Le cadre d'un CSAPA peut être défini par :

- *la confidentialité, le secret et l'anonymat,*
- *la règle de la neutralité bienveillante,*
- *le lieu, l'espace de l'accompagnement,*
- *la pluridisciplinarité des intervenants,*
- *la fréquence des rencontres,*
- *la gratuité des soins,*
- *la modalité d'intervention (verbale le plus souvent) individuelle ou groupale,*
- *sa dimension institutionnelle.*

Ce cadre énoncé dès le départ est rappelé et soutenu par les différents intervenants.

Porté par l'équipe, il est constitutif de l'accompagnement aux soins du patient.

S'y référer permet aux usagers de se sentir accueillis (avoir une place), protégés et contenus (connaitre les limites), accompagnés (ne pas se sentir seul).

Ce cadre n'est pas uniquement pour le patient ou pour l'intervenant social ; il appartient aux deux.

Il contient l'intériorité des pensées, des réflexions de chacun et l'espace-temps que la rencontre crée. Le monde est dehors, réduit aux bruits de la rue et de la maison, à la couleur du ciel, au temps des montres. C'est un espace préservé où les autres ne sont pas admis, où se déroule la rencontre.

En maison d'arrêt *ce modèle se trouve confronté à des modifications radicales ou du moins à de forts aménagements :*

Les parcours des détenus/patients rencontrés dans la singularité de leurs personnalités confrontent le travailleur social à tenter de négocier (ajuster) puis d'instaurer une relation éducative avec ceux-là qui précisément supportent mal le lien continu tant mis en exergue par nos pratiques en CSAPA.

Nous sommes dans le lieu de la contrainte, de l'amendement, de l'isolement et de son effet sur les personnes détenues.

La première contrainte est celle de la liberté d'aller et venir, contrainte difficile pour tous et de façon plus particulière pour nombre de personnalités addictes fonctionnant avec l'agir.

Alors qu'au CSAPA, les patients possèdent le libre arbitre de circuler à tout moment pour venir au centre.

La deuxième contrainte intervient dans les relations avec l'extérieur, qui se font systématiquement sous la forme de l'écrit. Alors que l'écrit n'est plus beaucoup utilisé tant le discours oral prime dans les rencontres en tête à tête ou téléphoniques. De plus l'écrit renvoie pour beaucoup à des situations d'échec scolaire, d'illettrisme.

La diversité des interlocuteurs (famille, avocat, visiteur de prison, …) rencontrés par le détenu dépend de rendez-vous pris par eux et non par le détenu lui-même. Ces rendez-vous restent sous l'autorisation du juge ou de l'administration pénitentiaire. La seule liberté du détenu est le refus de venir à ce rendez-vous au prix d'une perte de contact.

Une autre contrainte est l'imprévisibilité des modalités ou caractéristiques administratives qui empêchent la réalisation des projets de sortie dont celui du projet de soin (transfert sur une autre maison d'arrêt, rajout d'une peine, liberté conditionnelle, …) qui met à mal la continuité du lien.

C'est avec toutes ces contraintes que se construit le travail de préparation à la sortie en maison d'arrêt. Mais dans le déplacement, accepté par le travailleur social, de la scène où cela se joue (parfois loin du confort du CSAPA), il y a à rechercher sous quelle forme traduire le cadre CSAPA afin de le maintenir et de le garantir, quand tout pousse à l'oublier.

Rapport d'activité, constats et tentative d'analyse

Cécile DEVIDAL, Assistante de Service Social

Au cours de l'année 2016, les deux travailleurs sociaux assurant la mission de CSAPA Référent à la Maison d'arrêt de Villefranche-sur- Saône ont été amenés à rencontrer **97 personnes**. C'est donc 16 détenus supplémentaires que nous aurons pu accompagner par rapport à l'année 2015.

Les personnes accompagnées l'ont été dans le cadre de 99 demi-journées de permanences, soit 24 de plus qu'en 2015. Ce qui représente un total de **297 entretiens** sur 337 programmés, 40 d'entre eux ayant fait l'objet d'un refus du détenu concerné, d'un report par manque de temps ou de surveillant pour que la permanence puisse avoir lieu, ou encore par manque de place dans les locaux où nous assurons habituellement nos permanences. Ces locaux sont les

« sociaux », dédiés aux entretiens des CPIP, Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation, et de l'ensemble des intervenants extérieurs, où se trouvent également la bibliothèque et l'école.

Par ailleurs, la rencontre avec 20 autres détenus n'a pu se concrétiser pour diverses raisons : 2 ont finalement renoncé à leur démarche ; 18 ont fait l'objet d'une décision qui les a amenés à quitter la Maison d'arrêt avant que nous puissions les voir : 7 transferts dans un autre établissement pénitentiaire, 7 aménagements de peine, 4 libérations.

Un frein à une plus grande réactivité pour rencontrer davantage de détenus, en tenant des permanences supplémentaires, provient du volume très conséquent de travail qui découle de chacune d'elles : L'accompagnement adéquat de chaque personne implique des concertations régulières avec l'ensemble des partenaires également engagés dans son suivi. Elles se traduisent par des passages réguliers au SPIP, à l'USN1, des échanges aux sociaux avec les autres intervenants extérieurs, des échanges de courriels ou téléphoniques. Une autre part importante de ce travail vient des démarches nécessaires à l'orientation de la personne vers la structure de soins la plus adaptée à sa situation et à sa demande : Contacts téléphoniques initiaux avec la ou les structure(s) ciblée(s), constitution du dossier de candidature, suivi téléphonique de ce dossier après son envoi, etc… Il nous arrive également d'accompagner les détenus dans le cadre d'une permission à des entretiens préalables à leur admission dans lesdites structures de soins extérieures. Pour l'année 2016, cela représente un total de 516 actes.

Or, nos conditions de travail actuelles à la Maison d'arrêt alourdissent ce travail de prospection et de lien : en effet, les locaux dans lesquels nous assurons nos entretiens ne sont équipés ni de téléphone ni de matériel informatique et accès internet. Et contrairement aux CPIP, nous ne disposons pas par ailleurs de bureaux dans lesquels nous pourrions avoir accès à ce matériel. Tout accompagnement vers un soin extérieur suppose donc des allers retours entre le Centre de soins et la Maison d'arrêt plus nombreux et donc plus chronophages que si nous pouvions, à l'instar de la Mission Locale ou du Pôle Emploi, disposer d'un bureau aux sociaux équipé du matériel adéquat.

- Notre modalité de rencontre avec les détenus est la même que l'an dernier, à savoir des entretiens individuels.

Nous réfléchissons cependant à une modalité de premier accueil groupal, qui nous permettrait de rencontrer davantage de détenus pour leur présenter notre mission au sein de la Maison d'arrêt et leur permettre ainsi de confirmer leur souhait de nous revoir en entretien individuel afin de travailler avec eux un projet de soin. En fonction des éventuelles demandes qui pourraient être formulées lors de cet accueil groupal, nous établirions nos listes de personnes à rencontrer en fonction du projet à envisager et non plus seulement selon la date prévue de mise en liberté, comme c'est encore le cas à ce jour.

- Tout comme l'année précédente, le SPIP reste l'artisan principal de la proposition de rencontre avec un professionnel du CSAPA Référent, avec 67 orientations sur les 97. Les détenus eux-mêmes se sont directement adressés à nous dans des proportions plus conséquentes que l'an passé, avec 18 demandes directes. Puis arrivent les orientations faites par l'USN1 (7), les autres partenaires tels que la Mission Locale, le Pôle Emploi, le GREP, l'association des familles de détenus (5 orientations).

Il est nécessaire de tenter de comprendre l'écart a priori très important entre le nombre de personnes adressées au CSAPA Référent par le SPIP et l'USN1. La notion d'orientation est à entendre au sens d'adressage initial au CSAPA Référent. Or, ces deux partenaires, bien que tous deux amenés à rencontrer l'ensemble des détenus dès leur arrivée dans l'établissement et donc à questionner d'emblée la thématique des addictions, ne vont pas solliciter l'intervention du CSAPA Référent dans le même temps du fait de leurs missions respectives : L'USN1 a comme mission d'initier ou organiser les soins nécessaires pour la personne addicte durant tout son séjour dans l'établissement. Le recours au CSAPA Référent ne s'impose pas dès l'arrivée du détenu. Le SPIP pour sa part, a une mission d'aide à la préparation à la sortie, en favorisant l'accès des personnes incarcérées aux dispositifs de droit commun, dans les domaines du logement, de l'emploi, de la formation ou du soin. L'orientation de la personne vers les partenaires extérieurs intervenant en détention en fonction de ce qu'elle va dire de sa situation à son arrivée et de ses besoins, est donc très rapide.

Les réunions cliniques régulières avec l'USN1, auxquelles participent encore peu de professionnels des équipes, sont pour autant l'occasion pour ceux-ci de revenir sur les situations de personnes pour lesquelles le SPIP nous a souvent déjà interpelés, et donc de construire toujours plus la complémentarité des prises en charge entre travailleurs sociaux du CSAPA et personnels médicaux et psychologiques de ce service.

Les demandes de rencontres des détenus eux-mêmes émanent pour certaines de personnes nous ayant rencontrés lors d'une précédente incarcération et souhaitant reprendre un travail avec nous ; pour d'autres, il s'agit de détenus se réappropriant plus tard la proposition qui a pu leur être faite par le SPIP de nous rencontrer lors de leur arrivée ; pour d'autres enfin, les enjeux à parler de leur addiction à d'autres professionnels sont trop forts. Tout le travail avec eux sera alors de les amener à en parler avec les autres intervenants dans leur projet de sortie dans la mesure où cette addiction peut influer sur la nature ou la réussite du projet travaillé.

Nous prenons le temps de rencontrer ces détenus sur la base de leur seule demande, sans en référer au SPIP ou à l'USN1 au préalable. Ce positionnement nous permet de favoriser la rencontre ou la reprise de lien avec des professionnels du soin en addictologie pour le plus grand nombre de détenus afin de mettre en place un soin adapté et éviter la rupture de celui-ci lors du retour à la vie libre, qui relève de notre mission de CSAPA référent.

En 2016, ils étaient 50 sur 93 pour lesquels la rencontre avec le CSAPA constituait la première prise en charge en addictologie.

- Les détenus rencontrés sont des hommes dont l'âge moyen est de 36 ans. 76 d'entre eux sont seuls, qu'ils soient célibataires, divorcés, séparés, ou veufs. 61 n'ont pas d'enfants.

  Pour les 36 qui sont pères de famille, les situations quant au maintien des liens avec leurs enfants sont très diverses.

Dans l'ensemble, nous constatons une grande fragilité du lien familial, soit parce que s'étant rompu au fil des incarcérations, soit parce que très précaire. Or, son impact dans la forme des soins que le détenu pourra envisager, comme dans leur réussite, est non négligeable. Les entourages familiaux de ces personnes semblent peu en lien avec les lieux de soins pouvant les accueillir et les soutenir dans ce qu'ils vivent avec la personne addicte.

- 81 d'entre eux vivaient dans le Rhône lors de leur incarcération, ce qui représente la même proportion qu'en 2015. Par contre, nous constatons la forte augmentation de public en grande précarité sur le plan de l'hébergement : 56 sont soit sans domicile, soit en hébergement provisoire, chez des tiers ou en institution.
  Ils étaient 35 en 2015.

Cette donne impacte fortement sur la capacité des personnes à se projeter dans une réflexion sur les soins dont elles pourraient avoir besoin à leur sortie dès lors que celle-ci n'est pas construite par ailleurs. Inciter une personne à se soigner, voire l'exiger dans le cadre d'une injonction de justice nous semble être très difficile voire impossible sans un minimum de sécurités de base, comme l'existence d'un hébergement, de ressources minimales.

Or la suppression des financements de l'action RSA Prison en charge de la réactivation des droits RSA pour les détenus proches de la sortie, portée jusqu'en 2016 par ARIA, et le non remplacement de ce dispositif par l'intervention de professionnels de la CAF , le peu de temps dont disposent les deux professionnels du Centre Maurice Liotard en charge du dispositif de recherche d'hébergement pour les détenus en difficulté sur ce plan pour couvrir les deux établissements pénitentiaires du département accroît cette difficulté. Or, comment prétendre favoriser la réinsertion des détenus si les moyens dévolus aux différents acteurs sont sans cesse réduits ?

- Parmi les produits à l'origine de la prise en charge addictologique, l'alcool est très largement majoritaire (62 orientations sur 93). S'il était déjà le premier produit l'an dernier, il l'était dans des proportions moins conséquentes (46 personnes rencontrées sur 84)

Cet accroissement s'explique peut-être en partie par le renforcement des orientations reçues de la psychologue de l'ELSA du centre hospitalier de Villefranche, qui intervient à la Maison d'arrêt pour l'animation de deux groupes à destination de détenus en difficulté avec une consommation d'alcool.

- Les consommations d'opiacés (héroïne, mésusages de buprénorphine et de méthadone) arrivent en deuxième position (19 personnes concernées), puis le cannabis (14 personnes), la cocaïne et le crack enfin.

  23 détenus bénéficiaient d'un traitement de substitution lors de notre première rencontre, avec une forte prévalence de la méthadone (17 personnes dont 3 pour lesquelles ce traitement a été initié en Maison d'arrêt) sur la buprénorphine (6 personnes, pour lesquelles les traitements avaient été initiés avant l'entrée en prison)

- Quant aux orientations mises en place en prévision de la sortie, 35 personnes avaient un premier rendez-vous avec un CSAPA ambulatoire, 6 étaient attendues sur un dispositif d'hébergement thérapeutique (Centre thérapeutique Résidentiel, Appartement Thérapeutique Relais et Famille d'Accueil), 3 en Service de Soins de suite et de Réadaptation Addictologique. Par ailleurs, une d'elle reprenait un suivi antérieur avec son médecin traitant, et une autre, ayant été transférée dans un autre établissement pénitentiaire, a été adressée au CSAPA référent intervenant sur place. 15 détenus n'ont fait l'objet d'aucune orientation, soit parce qu'ils repartaient dans leur pays d'origine à la fin de leur peine (2 d'entre eux), soit parce qu'ils avaient mis fin au suivi, estimant ne pas avoir besoin de le poursuivre ou en ne se présentant plus aux entretiens, soit enfin parce qu'ils ont bénéficié de libérations anticipées par le biais des remises de peine, ne permettant pas que leur orientation vers l'extérieur se finalise.

Contrairement à ce que nous avions pu imaginer l'an dernier, l'accroissement du temps dévolu dans le cadre de la mission de CSAPA référent ne s'est pas traduit par une augmentation du nombre de projets de séjours en structures avec hébergement ou en service hospitalier. Deux pistes d'explication peuvent être avancées : L'une, conjoncturelle, tient à l'arrivée de CPIP pré affectés en septembre, chargés chacun d'une vingtaine de suivis seulement. Ils ont ainsi pu repérer davantage de situations nécessitant une rencontre avec le CSAPA Référent provoquant ainsi une hausse du nombre d'orientations reçues pour un volume de temps de présence à la Maison d'arrêt inchangé de notre côté. L'autre, plus structurelle vient du fait que plus de la moitié des personnes rencontrées n'avaient jusque-là jamais fait de démarche de soin. Le soin en addictologie nécessitant du temps, le premier relais que nous avons souvent pu leur proposer était celui d'un accompagnement ambulatoire, quand bien même parfois un étayage plus conséquent sous forme d'hébergement thérapeutique nous aurait paru plus adapté.

aria
association rhône-alpes
d'insertion et d'addictologie
RUPTURES

aria association rhône-alpes d'insertion et d'addictologie RUPTURES

1 équipe de 11 professionnels

EDUCATEURS SPECIALISES, MONITEUR EDUCATEUR, INTERVENANTS DE PREVENTION SANTE, INFIRMIERES, CHEF DE SERVICE EDUCATIF, SECRETAIRE DE DIRECTION, AGENT DE SERVICE GENERAUX
BENEVOLES

Structure

Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

Le CAARUD Ruptures, installé depuis plus de vingt dans sur les Pentes de la Croix Rousse au centre de Lyon, développe ses activités à partir d'un lieu d'accueil et dans une démarche d'aller-vers les publics ne pouvant ou ne souhaitant pas fréquenter le centre. Il propose un accueil de type « boutique », l'accès au matériel de consommation à moindre risque et un accompagnement individualisé aux démarches de soins et d'insertion.

L'équipe du CAARUD intervient également en travail mobile en maraude en milieux urbain et rural (agglomération lyonnaise et Nord département du Rhône), avec un bus itinérant de réduction des risques, en contexte festifs et sur les campus étudiants.

Il gère également un dispositif de mise à disposition de kits en pharmacie d'officine.

Depuis 2016, Ruptures porte la coordination du pôle régional TREND-SINTES de l'OFDT, dispositif de veille des phénomènes émergents et d'analyse de produits.

Chiffres clés 2016

File active

739 usagers (620 hommes – 119 femmes) fréquentant pour la plupart plusieurs actions proposées par le CAARUD :

Accueil sur lieux fixes
(Boutique, Permanences rdr, temps de suivi individuel)

- 392 permanences
- 632 usagers (535 hommes - 97 femmes)
- 5 749 passages

Travail mobile en milieux rural et urbain + Bus rdr.

- 150 sorties
- 423 usagers (361 hommes – 62 femmes)
- 1 291 contacts

Stands en milieu festif et sur campus universitaires

- 33 tenues de stands
- 4 400 rencontres

.

Personnes relais

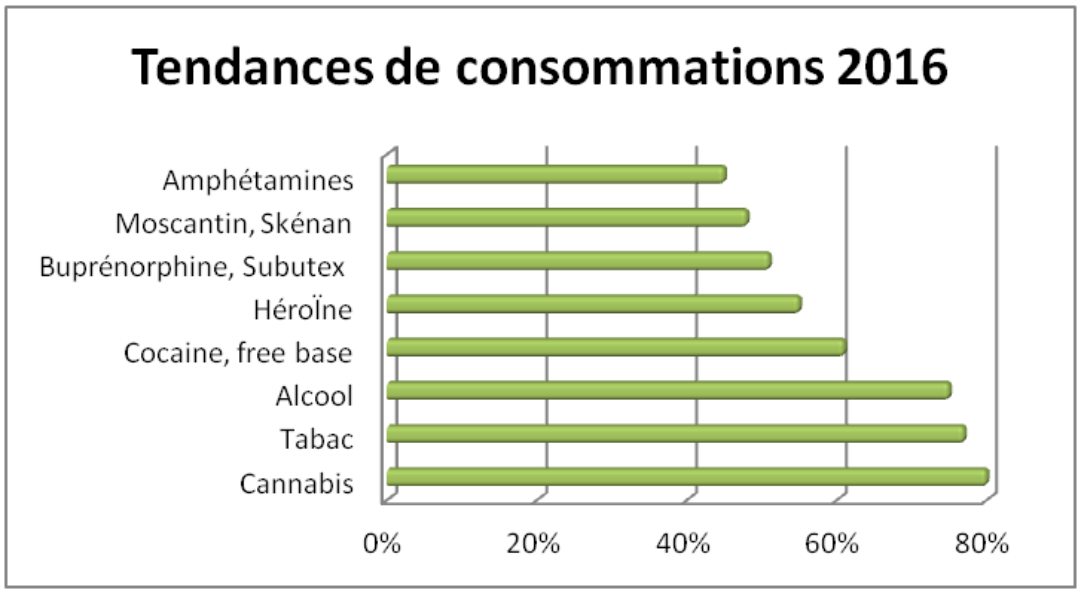
- 725 relais en matériel rdr assurés par des usagers
- 38 677 seringues diffusées

PES en pharmacies

- 7 officines partenaires
- 9 934 seringues diffusées

Matériel global diffusé

- 150 782 seringues dont 19 808 kits
- 19 004 filtres stériles
- 94 153 cups stériles de chauffe et dilution
- 36 068 préservatifs masculins
- 7 125 carnets Roule ta Paille
- 1 937 kits base (consommation de crack)



Elaboration et coordination d'un dispositif TREND à Lyon

Nina TISSOT,
Coordinatrice TREND

Florent MARTEL
Chef de service éducatif

En 2016, le CAARUD RuptureS a été chargé par l'OFDT de l'implantation d'un pôle TREND[1] à Lyon.

Ce dispositif a pour objectif principal d'identifier et de décrire l'évolution des tendances et des phénomènes émergents liés aux produits psychotropes illicites ou détournés de leur usage. Il concentre ses observations sur deux espaces principaux : l'espace urbain et l'espace festif techno.

L'Agence Régionale de Santé ayant en effet financé l'OFDT pour ce projet, nous avons pu nous appuyer sur notre expérience de coordination du dispositif SINTES depuis 2012 pour développer la présence d'un pôle d'observation lyonnais.

Nina Tissot, éducatrice à mi-temps au CAARUD et par ailleurs doctorante en sociologie a pu prendre en charge la coordination du pôle et tisser ainsi un réseau d'observation qui permette la triangulation des informations susceptibles de révéler l'émergence de nouvelles tendances en matière d'usages de produits psychoactifs.

La méthodologie d'observation repose sur la remontée d'information par des observateurs bien insérés dans les milieux de consommation. Un réseau a été bâti, d'une douzaine de personnes fréquentant régulièrement, ou évoluant dans des groupes de consommateurs et/ou participants activement aux événements festifs observés sur les scènes de consommation concernées. Ce mode d'organisation a permis de former et de repérer d'éventuels futurs responsables d'observation auprès de personnes très insérées dans ces milieux et chacune titulaire d'un diplôme en sciences humaines (licence et master anthropologie et psychologie).

Les acteurs avec lesquels la coordination a pris contact évoluent sur les scènes urbaines, festives alternatives et commerciales. Au sein de cette dernière, la scène festive spécifique gay a été distinguée. Une note d'état des lieux (descriptif des scènes et premiers éléments de tendances relatifs aux consommations) a été demandée à certains informateurs, pour initier la mise en place des responsables d'observation. Une recherche de contacts universitaires a par ailleurs été lancée auprès d'étudiants, notamment concernant le milieu rural.

Les outils utilisés par le pôle ont été adaptés, afin de permettre aux nouveaux informateurs recrutés d'être guidé dans leur travail d'observation ethnographique.

Une fiche spécifique a été mise en place pour le CAARUD RuptureS, afin de valoriser l'intégration du pôle au sein du dispositif en permettant une information « en temps réel » au fur et à mesure des observations de terrain. Le second CAARUD de Lyon, a accepté de faire l'objet d'un questionnaire de fin d'année. L'association de santé communautaire Keep Smiling a également accepté de participer activement au réseau TREND, par la formalisation de notes d'observation.

[1] Tendances récentes et nouvelles drogues

Le réseau a pu être mis en place avec le soutien de la direction territoriale de l'Agence Régionale de Santé, ainsi que de la cheffe de projet MILDECA. La constitution des deux groupes focaux, se réunissant une fois par an pour croiser les regards des professionnels du champ du sanitaire et du médico-social, d'une part, et du champ de l'application de la loi, d'autre part, a pu s'opérer. Cette mise en place a permis de construire un réseau participant à la triangulation des informations incluant 5 CSAPA, 2 ELSA, le CEIP de Lyon, l'équipe mobile en addictologie, un service d'urgences psychiatriques des HCL d'une part, et les services des douanes, la gendarmerie départementale, certains groupes d'enquête anti-drogue, un juge d'instruction en charge des affaires de stupéfiants et un brigadier-chef de commissariat d'autre part. D'autres partenaires ont participé à la base d'observation de phénomènes marquants, comme les dispositifs de CJC, le CSAPA pénitentiaire, le service santé de la PJJ, le SAMU social, les pharmacies du programme PEKO coordonné par le CAARUD, l'association Cabiria, action de santé communautaire avec les personnes prostituées.

Enfin, **les observations liées au dispositif SINTES** ont permis d'affiner les représentations et de faire émerger des premières tendances sur le terrain. La mobilité et la plus grande agilité du déploiement du dispositif sur la région permet d'avoir, sur ce réseau, des remontées d'information provenant de la Drôme, de l'Ain, des 2 Savoies, de la Haute-Loire et de l'Isère. L'animation du réseau et l'organisation de rencontres régulières des collecteurs alimente l'observation, à travers le prisme des collectes. Les phénomènes indésirables ou nouveaux ayant amené à une demande de collecte sont en effet un corpus d'informations sensibles dessinant une part des potentiels relevés d'observations sur l'année.

Centration de l'action sur la RdR

A la suite de la loi du 26 janvier 2016, qui réaffirme les principes et outils de la RDRD en France, et après avoir été désigné en 2015 par la Direction Générale de la Santé comme terrain d'expérimentation pour les « kits exper' » (étude d'acceptabilité du futur kit+), le CAARUD RuptureS a naturellement développé ses actions en les recentrant sur l'expertise de la réduction des risques et des dommages.

Les ateliers de formation et de sensibilisation organisés pour servir de support à la diffusion du nouveau kit ont permis aux salariés et aux usagers d'échanger de manière plus fine et plus précise sur l'utilisation réellement faite du matériel distribué. Nous avons travaillé « en situation réelle » de préparation des produits à partir d'une pharmacie professionnelle, permettant d'utiliser les mêmes médicaments que ceux réellement consommés par les usagers. Ce dispositif s'est montré d'une grande pertinence pour faire passer les informations nécessaires à la levée de certaines réticences, notamment en ce qui concerne l'utilisation des filtres « toupies ». Ceux-ci permettent une filtration sans commune mesure avec les filtres précédemment proposés. La manipulation et la démonstration du matériel permettent aux usagers d'apprendre à s'en servir, sans crainte de perdre du produit, et ainsi constater que le temps de mise en œuvre n'est pas supérieur à la durée actuelle de leur préparation. Par ailleurs, l'observation, les échanges et la sollicitation de retours de la part des usagers permet aux professionnels de mieux comprendre les éventuels freins à l'utilisation de matériel précis, ainsi que d'identifier les habitudes et rituels à prendre en compte dans l'adaptation des messages transmis.

Amorcé en 2016, ce travail permettra en 2017 de mettre en œuvre des ateliers hebdomadaires, ouverts à tous, permettant de vérifier par la pratique les discours tenus et d'en améliorer ainsi la portée de Santé Publique.

Nous pouvons remarquer les conséquences de repositionnement pragmatique. Sur l'ensemble des entretiens conduits sur toutes les actions du CAARUD, les thématiques relevant de la Réduction des Risques et de Dommages passent de 5529 en 2015 à 6584 en 2016.

Poursuite du développement du dispositif PEKO

Pour rappel, suite à la demande du CAARUD Pause-Diabolo, un partage a été effectué sur les pharmacies composant le dispositif, en 2013. Le savoir-faire de ce partenaire en termes de communication a permis de mettre en place de meilleurs outils pour faire connaître le dispositif. Cependant, ce mode d'accès au matériel de RDRD reste assez aléatoire, puisque dépendant de l'engagement des pharmaciens inscrits. L'utilisation varie selon que l'officine s'investira plutôt pour un usager bien connu des professionnels, ou parce que la pharmacie est implantée sur une zone où les consommations sont importantes. Nous continuons de défendre l'idée que ce qui fait la pertinence de ce dispositif n'est pas le volume de matériel distribué mais la répartition géographique des points d'accès, et continuons donc de travailler à l'entrée de nouvelles pharmacies dans notre programme.

Actions sur le Nord du département

Depuis les premières observations en 2012, nos actions sur le nord du département se développent, et nous constatons une certaine mobilité des usagers sur cette zone. La file active est donc bien plus instable que sur le lieu fixe. Nous rencontrons en 2016 de nouveaux partenaires et renforçons nos liens existants. Il est projeté pour 2017 de prendre appui plus particulièrement sur la zone de l'Arbresle, où les collectifs structurés font émerger une demande de partenariat en réduction des risques liés aux addictions.

Par ailleurs, le recueil des difficultés rencontrées par les usagers sur le territoire fait apparaître une limite à l'accès aux soins, à la fois par difficultés de locomotion, mais aussi par manque de praticiens ou d'institutions acceptant de prendre en charge un public peu stabilisé, et réputé difficile. La zone géographique en question est en effet peu dotée en interlocuteurs spécifiques pour les plus jeunes, ou pour les usagers les plus éloignés du soin.

La mise en place d'une permanence de notre bus, une fois par mois, le soir, en 2017, est notamment envisagée. Par ailleurs, nous travaillons également à l'affectation du 0,10 ETP médical du CAARUD spécifiquement à ce projet, afin de contribuer à la mise en place d'un réseau d'accès aux soins de dimension locale.

aria

association rhône-alpes
d'insertion et d'addictologie

CHRS APUS

1 équipe de 8 professionnels

EDUCATRICE SPECIALISEE, EDUCATEUR TECHNIQUE, CONSEILLERE EN ECONOMIE SOCIALE ET FAMILIALE, MEDECINS, PSYCHOLOGUE CLINICIENNE, PERSONNEL ADMINISTRATIF ET SERVICES GENERAUX

Structure

Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

Le CHRS APUS accueille et accompagne, avec ou sans hébergement, des personnes en situation de précarité et de difficulté sociale. Il mène aussi une action spécifique auprès des hommes et des femmes concerné(e)s par la prostitution, et/ou des difficultés liées à l'orientation sexuelle ou l'identité de genre.

Il propose une prise en charge qui met l'accent sur l'accès à l'hébergement et au logement, l'insertion sociale et porte une attention particulière pour les questions de santé et d'accès aux soins. De ce fait, l'équipe du CHRS est pluridisciplinaire - travailleurs sociaux, psychologue sexologue, médecins - et propose un accompagnement global.

Le CHRS dispose de :

- 6 places d'hébergement individuel en diffus dans la métropole lyonnaise ;
- 16 places d'accompagnement ambulatoire ou en service de suite.

L'équipe participe aux activités de la Maison de la Veille Sociale (SIAO du Rhône) avec laquelle sont étudiées les admissions en hébergement.

Depuis quelques années, l'équipe du CHRS a cherché à repositionner l'offre d'hébergement et d'accompagnement du CHRS auprès des personnes présentant des troubles de l'identité de genre. Un travail auprès de nos partenaires comme le service de chirurgie de réassignation sexuelle de l'hôpital Lyon Sud ou la Maison de la Veille Sociale du Rhône a permis de mieux faire identifier le CHRS sur la possibilité d'accompagnement de ce public spécifique. Ainsi, nous avons pu accueillir davantage de personnes concernées par cette problématique, en particulier des jeunes, et leur proposer un accompagnement adapté prenant en compte les difficultés spécifiques liées aux troubles de l'identité de genre. Par ailleurs, deux orientations de la Maison de la Veille Sociale ont pu aboutir sur un hébergement de personnes transsexuelles pour lesquelles les dispositifs d'hébergement plus classiques ne semblaient pas, ou plus, adaptés.

Le renforcement de notre travail auprès de ce public spécifique renforce la particularité du CHRS APUS et le positionne plus clairement au sein du dispositif d'hébergement de la métropole lyonnaise.

Rapport d'activité CHRS 2016

Damien THABOUREY, Directeur

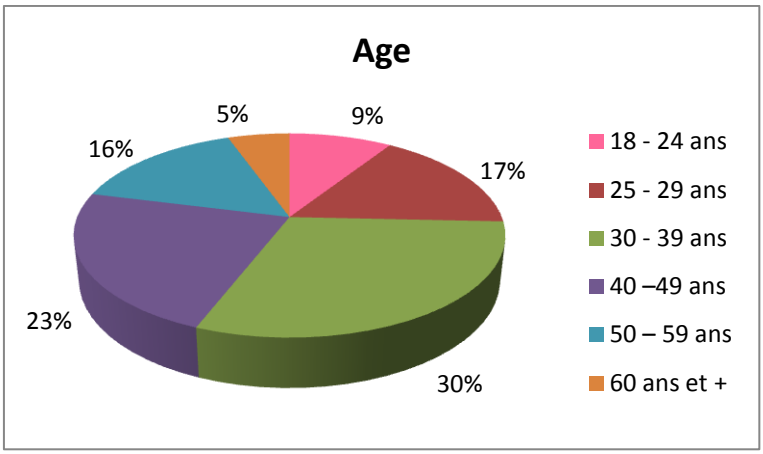
La file active

L'équipe du CHRS a accueilli et accompagné 109 personnes lors de l'année 2016, chiffre en diminution par rapport à 2015 (136 usagers). Cette diminution de la file active, notamment en ce qui concerne les personnes nouvellement accueillies, est difficilement explicable dans la mesure où la grande majorité des usagers, ceux accompagnés en ambulatoire, fréquentent le service sur leur seule initiative.

Un quart des personnes accueillies sont concernées par la prostitution ou les troubles de l'identité de genre, proportion stable par rapport à 2015 et qui confirme l'intérêt de proposer un accompagnement adapté à ce public spécifique.

Depuis quelques années, l'équipe du CHRS a cherché à repositionner l'offre d'hébergement et d'accompagnement du CHRS auprès des personnes présentant des troubles de l'identité de genre. Un travail auprès de nos partenaires, comme le service de chirurgie de réassignation sexuelle de l'hôpital Lyon Sud ou la Maison de la Veille Sociale du Rhône, a permis de mieux faire identifier le CHRS sur la possibilité d'accompagnement de ce public spécifique. Ainsi, nous avons pu accueillir davantage de personnes concernées par cette problématique, en particulier des jeunes, et leur proposer un accompagnement adapté prenant en compte les difficultés spécifiques liées aux troubles de l'identité de genre. Par ailleurs, deux orientations de la Maison de la Veille Sociale ont pu aboutir sur un hébergement de personnes transsexuelles pour lesquelles les dispositifs d'hébergement plus classiques ne semblaient pas, ou plus adaptés.

Le renforcement de notre travail auprès de ce public spécifique renforce la particularité du CHRS APUS et le positionne plus clairement au sein du dispositif d'hébergement de la métropole lyonnaise.



Nous notons cette année encore un rajeunissement de la file active, puisqu'un quart des personnes accompagnées ont moins de 30 ans (ils n'étaient que 15% en 2014). La précarisation des jeunes publics se confirme donc, l'absence de droits au RSA pour les moins de 25 ans constituant une difficulté majeure pour soutenir les démarches d'insertion.

Le public du CHRS reste majoritairement masculin (61 %), sachant que nous notons ici le sexe inscrit à l'état civil, et non pas celui avec lequel la personne se présente dans sa vie quotidienne. Nous notons ici aussi une évolution avec une certaine féminisation du public accueilli, les femmes ne représentaient que 29 % de la file active en 2014.

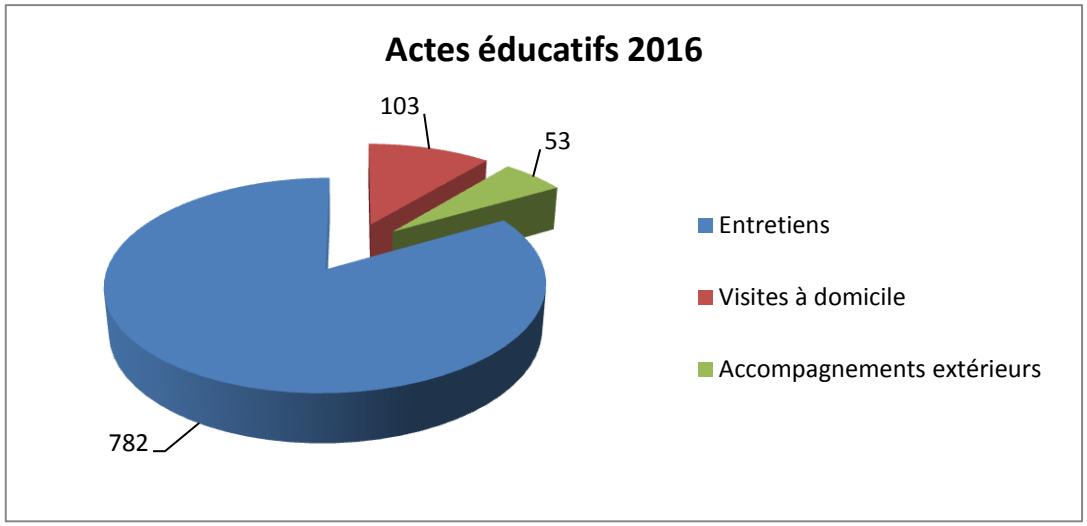
L'activité

Si le nombre de personnes accueillies ou accompagnées a légèrement diminué, le nombre d'entretiens en face à face réalisés par l'équipe est resté stable, montrant l'investissement des professionnels auprès des personnes.

Entretiens et consultations	*Nb total de personnes concernées*	Nb actes pour		Nb d'actes total
		9 personnes hébergées	100 personnes accompagnées en ambulatoire	
Direction-gestion	9	28	1	29
Psychologue	22	23	113	136
Médecins	34	16	74	90
Travailleurs sociaux	99	263	688	951
Total Général	/	330	876	1206

A cela s'ajoutent l'ensemble des contacts téléphoniques, des démarches administratives et des concertations avec nos partenaires nécessaires aux accompagnements. Ce niveau d'activité est à mettre en lien avec la taille de l'équipe pluridisciplinaire (2.2 ETP) composée exclusivement de temps partiels voire très partiels.

Parmi les actes éducatifs, 156 ont été réalisés à l'extérieur de nos locaux, dans le cadre de visites à domiciles ou d'accompagnements à l'extérieur.



Bilan des permanences à Lyon Sud

Dans le cadre de nos relations avec le service de chirurgie de l'hôpital Lyon Sud réalisant les opérations de réassignation sexuelles, et afin de pouvoir rencontrer des personnes susceptibles d'être accompagnées par le CHRS, nous avons mis en place, dès mai 2015, une permanence éducative mensuelle au sein du service de l'hôpital.

Après une année de fonctionnement, le bilan de cette permanence nous permet de relever que la présence régulière de l'éducatrice du CHRS dans le service et la mise à disposition de flyers sur l'existence du CHRS a permis l'orientation de plusieurs personnes qui ont ainsi pu être en contact ou bénéficier d'un accompagnement par l'équipe du CHRS. Au-delà de la présence physique (une seule personne reçue en entretien lors des permanences), ce sont l'interconnaissance des services et la communication ciblée qui permettent les articulations et les orientations. Au total, ce sont 8 personnes fréquentant le service de l'hôpital qui ont été mises en relation avec l'équipe du CHRS et qui ont bénéficié d'une cinquantaine d'entretiens avec l'ensemble des professionnels du service.

Par ailleurs, le fait que deux personnes hébergées par le CHRS soient également en cours de suivi au GRETTIS renforce également les liens entre les équipes, et le projet de réassignation sexuelle peut ainsi mieux être pris en compte dans le projet d'accompagnement de la personne au CHRS.

Au regard du peu de contacts réalisés lors des permanences, il a été décidé, en commun accord avec l'équipe de l'hôpital, de mettre fin aux permanences en juin 2016. Cependant, les contacts entre les deux équipes ont été maintenus, l'équipe du CHRS devant prochainement participer à l'une des réunions de travail du GRETTIS pour présenter son travail et renforcer le partenariat.

La participation des usagers

Initiées en 2015, les réunions d'expression des usagers du CHRS se sont poursuivies durant l'année 2016, leur fréquentation se situant entre 1 et 7 personnes présentes. La régularité de plusieurs personnes à ces rencontres a permis de constituer une certaine dynamique lors des réunions elles-mêmes, mais aussi dans la réflexion et l'élaboration d'activités collectives. Les usagers présents ont en effet rapidement émis le souhait de voir proposées des activités de groupe, plutôt axées sur les loisirs et la découverte, pour rompre leur isolement et remobiliser des ressources internes. La réalisation la plus conséquente est l'organisation d'un séjour à la montagne, présenté plus bas.

La prochaine intégration d'ARIA à l'association Oppelia nous invite également à ne pas rester sur une simple « participation » des usagers mais à prévoir plus largement leur implication dans la vie institutionnelle du service. Nous profitons donc de l'expérience d'Oppelia et de la dynamique enclenchée pour associer les usagers à certains temps forts. Aussi, deux usagers du service ont participé, avec le directeur du service, à un séminaire co-organisé en novembre par Oppelia et l'association Charonne à Paris sur le thème : "Quels sont vos résultats ?!"

Quels sont les impacts de nos interventions, de nos accompagnements, de nos actions de prévention, de soins en addictologie ? Comment évaluer ? Et pour quoi faire ?

Séjour à la montagne

Flavie TOURON
Conseillère en Economie Sociale et Familiale

Le CHRS APUS propose une prise en charge sur un mode essentiellement individuel. En effet, du fait de la multiplicité des parcours et des problématiques rencontrées, il nous est toujours apparu que ce mode d'accompagnement était le plus adapté aux usagers et à leurs besoins.

Cependant, nous faisons également la remarque que les personnes accueillies sont très généralement isolées. En majorité éloignées de l'emploi, des réseaux sociaux, la plupart d'entre elles ont peu de relations familiales ou amicales. L'accès aux loisirs, à la culture, ou à des moments conviviaux est pratiquement inexistant.

En parallèle de ce constat, l'année 2016 voit la mise en place de la participation des usagers via des réunions d'expression ouvertes à toute personne fréquentant le service. Dès la première réunion, la question des temps collectifs est amenée par plusieurs d'entre elles, avec une demande assez claire de temps de rencontres et de partages, permettant de sortir de chez soi, de son quotidien, et rencontrer d'autres personnes sur un mode simple et accessible.

Afin de favoriser l'insertion sociale, le bien-être et la prise en compte de la parole des usagers, nous avons donc décidé de proposer un séjour où les usagers seraient associés à la création du projet via des rencontres à chaque étape de sa mise en œuvre.

En lien avec un cadre défini par l'institution (durée, budget…), ces rencontres ont permis, tout en favorisant le lien social et l'autonomie, d'intégrer les usagers à la construction du projet, à sa mise en place et à son évaluation, tout en les valorisant, permettant ainsi sa réalisation dans les meilleurs conditions.

Au final, nous avons été deux professionnels accompagnés d'une stagiaire et quatre usagers à partir deux jours et une nuit dans un chalet en Savoie. Durant ce court séjour il a été décidé de favoriser des temps de vie quotidienne conviviaux et chaleureux autour de repas, de jeux… où chacun pouvait trouver sa place, ainsi que des activités simples permettant la découverte de la montagne.

Les retours lors du bilan ont été très positifs. La demande est de reconduire ce type d'initiative, l'idée est de chercher à inclure les participants à une démarche participative plus régulière et visant à plus d'autonomie dans le groupe.

Point d'étape sur la réalisation et le suivi du Plan d'Amélioration Continue de la Qualité

Murielle PEYRONNET, Directrice Adjointe

L'année 2015 a été marquée au CHRS par l'enchaînement de deux évaluations, interne puis externe. La succession de ces deux exercices a demandé un effort et un investissement humain et financier important pour cette petite équipe constituée de cinq professionnels.

Néanmoins, le défi a été relevé. Les évaluations se sont révélées comme des moments privilégiés pour les équipes de démontrer la pertinence et la cohérence de leurs actions au regard, d'une part, des missions imparties et, d'autre part, des besoins et attentes des populations accueillies. L'enjeu de l'année 2016 a été de capitaliser cet investissement, et d'inscrire le CHRS dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement.

A l'issue de l'évaluation externe une douzaine de préconisations d'améliorations ont été identifiées. Un plan d'action a été décliné et des mesures opérationnelles ont été planifiées en 2016, 2017 et 2018. Dans le cadre de cet exercice, nous nous attarderons sur les actions correctives menées en 2016. Voici les mesures que nous retiendrons :

- En priorité, nous nous sommes attelés à la **réécriture du projet d'établissement.** Ce projet est le résultat du travail de l'ensemble des professionnels accompagnés d'un consultant. Finalisé en Janvier 2016, le projet d'établissement a été validé par le conseil d'administration le 11 février 2016.

- En matière de gestion des ressources humaines, **les entretiens d'évaluation annuels** des salariés ont été mis en place en Juin 2016.

- La rédaction du **Document Individuel de Prise en Charge** (DIPC), document fondamental de la personnalisation de l'accompagnement, a été finalisé en septembre 2016. Les professionnels ont été associés à l'élaboration de ce document. Mais force est de constater que le travail autour de la généralisation de ce document doit se poursuivre pour que l'équipe se l'approprie davantage et qu'il devienne un réel outil de recueil des attentes et besoins des usagers.

- Une procédure et une fiche **de recueil des plaintes des usagers** a été formalisée en septembre 2016.

- Les **modalités de la participation des usagers** ont été intégrées dans le projet d'établissement ainsi que le règlement de fonctionnement, respectivement en janvier et septembre 2016.

Le PACQ se poursuivra en 2017 avec la réalisation d'autres actions. Cependant, en parallèle des suivis ou des points d'étapes, seront organisés pour s'assurer de la cohérence et de la pertinence des mesures déjà mises en œuvre. Car ce plan d'amélioration de la qualité est bien plus qu'un outil de planification, c'est aussi un levier de management, car il permet d'impliquer et de motiver les équipes dans la rédaction et le suivi de ce programme.

Liste des sigles

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ARHM	Association Recherche Handicap et santé Mentale
AT	Appartement Thérapeutique
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAFERUIS	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale
CEIP	Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre d'Hébergement d'Urgence
CJC	Consultations Jeunes Consommateurs
CPIP	Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
CSAPA	Centre de Soins, d'Accueil et de Prévention en Addictologie
DIPC	Document Individuel de Prise en Charge
DU	Diplôme Universitaire
ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EMA	Equipe Mobile en Addictologie
FADS	Fondation Armée du Salut
FNDSA	Foyer Notre Dame des Sans Abri
FNARS	Fédération Nationale des acteurs de la solidarité Auvergne-Rhône-Alpes
GREP	Groupe pour l'Emploi des Probationnaires
GRETTIS	Groupe de Recherche, d'Étude et de Traitement des Troubles de l'Identité Sexuelle
HCL	Hospices Civils de Lyon
IRJB	L'Institut Régional Jean Bergeret
LAHSo	L'Association de l'Hôtel Social
LAM	Lit d'Accueil Médicalisé
MILDECA	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites Addictives
MVS	Maison de la Veille Sociale
MSO	Médicament de Substitution aux Opiacés
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

PAEJ	Point Accueil Ecoute Jeunes
PACQ	Plan d'Amélioration Continue de la Qualité
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PEKO	Programme Echange Kit Officine
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
RECAP	Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge
RDR	Réduction des risques
RSA	Revenu Social d'Activité
SINTES	Système d'Identification National des Toxiques Et Substances
SIAO	Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation
SPIP	Service Pénitentiaire d' Insertion et Probation
TROD	Test Rapides à Orientation Diagnostique
TREND	Tendances REcentes et Nouvelles Drogues
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
UEAJ	Unité Educative de Jour
UEMO	Unité Éducative de Milieu Ouvert
USN1	Unité de Soins Numéro 1