

Rapport d'Activité 2015

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

Sommaire

L'Association ARIA

Rapport Moral	3
<i>Jeanine FRIESS, Présidente.</i>	
Liste des membres du Conseil d'Administration de l'Association ARIA au 14/09/2015	5
Les établissements et services d'ARIA	7
Introduction Générale	9
<i>Damien THABOUREY, Directeur.</i>	

Le CSAPA du Griffon

Introduction	15
<i>Olivia KRIMI, Chef de Service Educatif</i>	
Missions et cadre d'intervention du CSAPA du Griffon	17
L'équipe du CSAPA du Griffon en 2015	19
Vers la création d'un bus méthadone ?	23
<i>Dr Antoine CANAT, Médecin Généraliste.</i>	
Consultations Jeunes Consommateurs	25
<i>Anne BILLON, Psychologue Clinicienne.</i>	
Du « dedans » au « dehors » : l'action « sortants de prison » au CSAPA du Griffon	31
<i>Gaëtane REDON, Educatrice Spécialisée.</i>	
La transgression chez les sujets addicts	43
<i>Lucile BOUILLET, Stagiaire Psychologue.</i>	
Le corps en marge	47
<i>Maxence THOMAS, Psychologue Clinicien.</i>	
<i>Intervention en binôme avec le Dr Xavier RICHEN, Médecin Addictologue.</i>	
Illustration clinique de l'équipe mobile en addictologie	51
<i>Dr Xavier RICHEN, Médecin Addictologue</i>	
<i>Intervention en binôme avec Maxence THOMAS, Psychologue Clinicien.</i>	
Quand l'institution met en scène la problématique des usagers	53
<i>Bénédicte BRISSET, Psychologue Clinicienne.</i>	
Suivi et mise en œuvre du PACQ en 2015 Plan d'Amélioration Continue de la Qualité	57
<i>Olivia KRIMI, Chef de Service Educatif.</i>	

Rapport Moral

Jeanine FRIESS, Présidente.

Cette assemblée générale est un peu particulière cette année. Sans doute s'agit-il de la dernière d'ARIA.

En effet, depuis plusieurs années (j'en ai d'ailleurs fait état dans mon rapport moral chaque année), nous avons eu la préoccupation de repenser le positionnement stratégique de notre association. C'est ainsi que nous nous étions efforcés de favoriser un regroupement régional des associations gestionnaires du secteur de l'addictologie qui ont une histoire commune. Nous répondions mieux ainsi à l'organisation de notre administration de contrôle, désormais régionale (l'Agence Régionale de Santé) et, l'union faisant la force, nous nous rendions plus solides, plus efficaces et plus pertinents à l'égard de nos usagers, plus cohérents, plus crédibles et plus adaptables à l'égard de nos différents partenaires.

Malgré notre engagement, nous avons dû nous résoudre à l'idée que ce projet n'aboutirait pas, chacun des autres dirigeants associatifs, dans les autres départements, suivant une évolution différente. Ayant conservé la conviction qu'un projet de regroupement restait incontournable si l'on voulait assurer l'avenir de notre association, la qualité et l'évolution et ses services, nous avons étudié différents scénarios.

Nous avons, finalement, arrêté notre choix sur OPPELIA, association nationale qui nous a paru défendre les mêmes conceptions et les mêmes valeurs, en ce qui concerne l'accompagnement et la prise en charge des usagers, que celles qu'ARIA a toujours défendu dans son histoire.

Après plusieurs rencontres entre les membres des deux conseils d'administration et ses directeurs, nous avons engagé ce processus de rapprochement tout début 2016. Le travail devra se poursuivre encore plusieurs mois pour aboutir à une fusion/absorption par OPPELIA et par conséquent à la disparition d'ARIA comme entité juridique indépendante. Nous aurons à voter dans un instant à la validation de ce processus visant cette fusion avec OPPELIA.

Nous sommes convaincus que notre fusion avec OPPELIA nous permettra de défendre et de soutenir les projets qu'ARIA porte actuellement. Certains administrateurs resteront présents au sein des instances d'OPPELIA pour défendre, aux côtés des dirigeants, les intérêts de nos établissements dans notre région et la réalisation de leurs projets. En outre, nous devons créer des comités locaux composés d'administrateurs, de professionnels et d'usagers afin d'assurer les liens nécessaires à un fonctionnement de qualité entre nous puis entre la région et le national.

D'autres points ont été abordés cette année sur lesquels notre association a dû statuer. Mais tout d'abord, la très mauvaise nouvelle qui aura marqué la fin d'année 2015.

Il s'agit de la suppression, par les administrations concernées, du financement d'une action que nous réalisons depuis 1996, par l'APUS puis ARIA en 2010, intitulée « Préparation à la sortie de prison ». Dans une logique de préparation à la sortie et de prévention de la récidive, cette action visait à favoriser l'insertion sociale et professionnelle des détenus libérés.

Non pas que cette intervention ne soit plus considérée comme pertinente. Cette action menée par une équipe de deux assistantes de service social très engagées avait toujours donné toute satisfaction. Mais elle ne faisait, semble-t-il, plus partie des priorités. S'il appartient aux décideurs politiques de choisir les interventions qu'ils souhaitent (ou ne souhaitent plus) financer, nous ne pouvons que nous étonner que l'aide sociale et l'accès aux droits pour les personnes détenues puissent ne plus faire partie des priorités des pouvoirs publics.

Ainsi, ces restrictions budgétaires et ces choix politiques nous ont contraints, la mort dans l'âme, à la suppression des deux postes de travail concernés et, donc à procéder à deux licenciements pour motif économique.

Par ailleurs, le Conseil d'administration a pris acte que les locaux sur trois étages de l'immeuble d'habitation que nous louons place du Griffon ne sont plus adaptés à notre activité. Plus de 800 personnes y sont accueillies chaque année. Les incidents se sont multipliés ces derniers temps, le maintien de la sécurité et de la sérénité des personnes accueillies, des professionnels et du voisinage est désormais difficilement garanti. Par conséquent, nous recherchons activement des locaux pour le CSAPA du Griffon, le CHRS APUS et le siège.

Pour terminer, je souhaite vous informer de ma décision de ne pas re-solliciter cette année la fonction de présidente. J'ai demandé à notre collègue et ami, Jo-Marie COLLARD, ici présent, de me succéder à la Présidence. Il a soutenu activement ce projet de fusion à mes côtés et tient à continuer, après la fusion, à défendre l'intérêt de nos structures, tant au sein d'OPPELIA qu'auprès de ses différents partenaires. Une des raisons de cette prise de relais, ce sont ses compétences techniques indéniables dues à un long parcours comme dirigeant d'établissements médico-sociaux, ce qui lui donne les qualités requises, outre ses qualités humaines, pour accompagner l'évolution juridique dans laquelle nous nous engageons. Je vous assure, quant à moi, de la poursuite de mon engagement au sein de la nouvelle organisation.

Je remercie très sincèrement et chaleureusement les professionnels d'ARIA, pour leur travail, leur implication, leur dynamisme, ils nourrissent la vitalité actuelle de notre association. C'est cette vitalité qui nous amène à vouloir un meilleur portage dans les années qui viennent, pour lesquelles, nous le savons, les temps sont aux restrictions budgétaires et, par conséquent, à davantage d'innovations et de créativité.

Liste des membres du Conseil d'Administration de l'Association ARIA au 14 septembre 2015

(après élection du Bureau)

	Nom, prénom	Fonction
1.	FRIESS Jeanine	Présidente
2.	GEREY Nicole	Vice Présidente
3.	MEUNIER Frédéric	Vice Président
4.	COLLARD Joseph -Marie	Trésorier
5.	FAILLA Gemma	Trésorière Adjointe
6.	RELAVE Thierry	Secrétaire
7.	ARNAUD Jacques	Membre
8.	COR Jean-Louis	Membre
9.	DURAND Jean	Membre
10.	GERFAUD Emmanuel	Membre
11.	HERRMANN Monik	Membre
12.	HOESTLANDT Benoît	Membre
13.	MORLOT Michel	Membre
14.	RAGUIN Gilles	Membre

Les établissements et services d'ARIA



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

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



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



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'orientation sexuelle ou l'identité de genre.

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



APUS Préparation à la sortie de prison
auprès des détenus des prisons de Lyon-
Corbas et Villefranche sur Saône et
Saint Quentin-Fallavier

Maison d'arrêt de Lyon-Corbas
Service pénitentiaire d'insertion et de probation
40 boulevard des Nations
BP 351 / 69962 Corbas
tél.: 04 72 48 35 92 + 04 72 48 35 93
fax : 04 72 48 36 01
rsa.prison@aria-asso.fr



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



Point Accueil Ecoute Jeunes et
Consultations Jeunes Consommateurs de
cannabis et autres substances psychoactives

Maison Des Adolescents
22 rue Dessaigne
69400 VILLEFRANCHE SUR SAONE
tél.: 04 74 60 59 00
lintermede@aria-asso.fr

Introduction Générale

Damien THABOUREY, Directeur.

Initiée il y a maintenant quelque années, l'orientation donnée à nos activités de sortir de nos murs, de s'ouvrir aux autres, vers l'extérieur, de s'appuyer sur les compétences et les forces de nos partenaires, d'aller à la rencontre des personnes qui pourraient bénéficier de nos actions sans attendre qu'elles ne passent la porte de nos structures, cette orientation donc, a été particulièrement renforcée cette année 2015.

Vous trouverez dans les différents rapports d'activités la présentation de ces actions et souvent, pour aller plus loin, une réflexion sur le sens que nous donnons à ce travail. Cela me donne l'occasion de remercier ici les professionnels d'ARIA qui ont accepté d'écrire pour le rapport d'activité de leur établissement. Leur participation à ce travail de restitution vient renforcer la dimension collective de notre action et apporte sans aucun doute une plus-value à ces documents qui sont, nous avons eu plusieurs retours en ce sens, particulièrement appréciés.

En tant qu'acteurs associatifs, gestionnaires d'établissements et services sociaux et médicosociaux, nous défendons cette volonté d'ouverture pour répondre à une impérieuse nécessité de nous adapter à trois évolutions majeures.

La première concerne indiscutablement les mutations que connaît depuis plusieurs années le secteur social et médicosocial. Avec les deux grands textes que sont la loi 2002-2 et la loi HPST, les pouvoirs publics ont intensifié leur rôle en termes de normalisation des interventions, de régulation des autorisations et de leur renouvellement. Evaluation interne et externe, droits des usagers, appels à projets, démarche qualité, contraintes budgétaires, hyper-réglementation sont autant d'éléments devant être pris en compte par les dirigeants associatifs pour positionner leurs structures dans cet environnement en mouvement, de plus en plus concurrentiel, de plus en plus exigeant. Nous devons donc nous adapter aux évolutions que connaît notre secteur. Cela nous demande, en plus d'une organisation administrative solide, de mettre en place des actions innovantes et performantes, plus légères et plus réactives. Et moins chères. Les contraintes budgétaires nous obligeront de toute façon à faire mieux, avec moins... C'est ce que nous faisons lorsque nous développons, pour prendre deux exemples, l'intervention mobile sur le nord du département par l'équipe de RuptureS ou le partenariat fort sur les missions des CJC du CSAPA du Griffon avec nos collègues de Lyade. La très forte implication de l'équipe du CHRS APUS dans les évaluations interne et externe que nous avons réalisées en 2015 montre également notre capacité à faire la synthèse entre respect des textes réglementaires, renforcement du sens et amélioration des pratiques professionnelles.

La deuxième évolution que nous devons intégrer dans notre positionnement d'acteur est celle du champ des addictions lui-même. Nous avons parfois tendance à l'oublier, mais ce champ d'intervention est très jeune. En France, l'addictologie en tant que « discipline » n'a pas encore 20 ans. Les premiers CAARUD ont fêté leurs 10 ans en 2015 et les premiers CSAPA ont été créés en 2009... Nous intervenons donc dans un champ professionnel en construction, tant sur le fond que sur la forme. Comment intégrer les fondamentaux de la réduction de risques dans l'ensemble de nos actions ? Comment développer la prévention et l'intervention précoce pour intégrer ces nouvelles missions obligatoires dans les CSAPA ? Comment positionner les structures dans leurs missions à la fois comme pivot et ressources sur les territoires ? Bien d'autres questions vont se présenter à nous – et la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 en apportera également – et nous devons être en capacité d'y apporter des réponses concrètes, en phase avec les enjeux du champ des addictions et du secteur social et médicosocial dans son ensemble. Le travail initié cette année par le CSAPA Jonathan auprès des médecins généralistes et le projet de microstructures qui pourrait en découler va dans ce sens. L'implication des professionnels des CJC de Lyon et de Villefranche dans un programme de formation de formateurs à l'entretien motivationnel en lien avec l'Education Nationale participe également de cette évolution de nos pratiques et de notre place d'acteur privilégié.

Troisième et dernière évolution qui me semble primordiale de prendre en compte : celle des personnes accompagnées et de leurs besoins. Dans une société de l'information, du 2.0 voire du 3.0..., avec un mouvement de fond qui replace les personnes, et en particulier dans le champ de la santé, comme les acteurs principaux de leur choix et de leur destinée, nous accueillons et accompagnons des usagers mieux informés de leurs droits et plus exigeants sur les prestations et leur qualité. La relation soignant/soigné se modifie, la place des usagers dans les structures évolue au profit d'une citoyenneté et d'une responsabilité individuelle réaffirmée. Nous devons continuer et intégrer cette évolution au cœur de nos pratiques professionnelles, d'une part dans la relation que nous proposons à partir des accueils et des accompagnements, mais aussi dans les bases mêmes de nos actions, en prenant appui sur les compétences et l'expérience des usagers, en les associant encore plus à l'élaboration, à la réalisation et à l'évaluation de nos activités. La mise en place des réunions de participation des usagers au sein des établissements d'ARIA, et même si celles-ci ne répondent pas encore à l'ensemble de ces objectifs, est une première étape dont les équipes ont su se saisir pour soutenir leur réflexion.

Tous ces enjeux liés aux mutations que connaît notre champ professionnel sont régulièrement évoqués et débattus dans les différentes instances de notre association. Et c'est parce que le Conseil d'Administration en a pleinement conscience qu'un rapprochement était indispensable, et que le projet de fusion avec Oppelia est rapidement apparu comme une évidence. Nous sommes convaincus qu'ensemble, plus forts, nous pourrions faire de ces contraintes des opportunités pour permettre à nos établissements de s'inscrire dans la durée en étant capables d'intégrer ces différentes dimensions.

Malheureusement, comme souvent, les bonnes nouvelles sont accompagnées de mauvaises... La baisse de financements publics et la définition de nouvelles priorités pour l'attribution des subventions auront finalement eu raison de l'action RSA Prison. Les trois financeurs, la Métropole de Lyon, l'Etat et le Conseil Départemental du Rhône nous ont informés, en fin d'année 2015, du non-renouvellement de leur soutien. Faute de pouvoir mobiliser des financements alternatifs, et ce malgré le soutien de nos partenaires dont en premier lieu le SPIP du Rhône, le Conseil d'Administration d'ARIA n'a malheureusement pas eu d'autre choix que de mettre fin à l'action. Avec toutes les conséquences qui s'ensuivent et, en premier lieu, le licenciement pour motif économique de nos deux collègues. Portée dès 1996 par l'APUS, puis par ARIA, cette intervention originale et tellement utile pour les détenus bénéficiaires du RSA s'arrête donc, après vingt années d'activité. Que tous les professionnels ayant œuvré à la réalisation de cette action soient ici vivement remerciés pour la qualité de leur travail et pour avoir porté, parfois à bout de bras, cette action qui nous paraissait pourtant être indispensable à l'accès aux droits des personnes incarcérées. Cette disparition de l'action RSA Prison nous rappelle, et assez durement, que notre secteur n'est malheureusement pas épargné par les restrictions budgétaires et, que nous les approuvions ou pas, par les orientations politiques des financeurs. Une raison de plus pour rester attentifs aux évolutions de notre société et pour nous engager sur la voie de ce rapprochement avec Oppelia.

Pour conclure, je remercierai tous les salariés d'ARIA qui œuvrent au quotidien pour faire vivre notre association, pour inscrire ses activités au plus près des personnes que nous accueillons et accompagnons, dans une recherche de sens, de pragmatisme et de qualité. Nous avons devant nous, nous l'avons vu, un certain nombre de défis à relever... et j'ai de bonnes raisons de penser que, collectivement, nous allons y arriver.

Bonne lecture !



Introduction

Olivia KRIMI, Chef de Service Educatif

Je vous invite à découvrir le rapport d'activité 2015 du CSAPA du Griffon qui tente humblement, comme chaque exercice annuel, de vous illustrer nos actions quotidiennes vers les personnes concernées par nos missions d'accueil et d'accompagnement.

Pour 2015, nous avons choisi de mettre en relief certaines de nos activités qui sont nombreuses et diversifiées. Les professionnels vous proposent de découvrir l'action spécifique auprès des personnes sortantes de prison, les consultations jeunes consommateurs (menées en partenariat avec LYADE-ARHM), l'accompagnement des personnes en obligation de soin, et le travail d'aller-vers de l'équipe mobile en addictologie.

Les professionnels souhaitent également vous faire partager nos réflexions d'équipe, de là où nous en sommes, à travers ce que nous vivons au sein de l'institution, sur notre engagement suite au processus d'évaluation interne et des préconisations retenues pour la mise en œuvre de l'amélioration et de la qualité du CSAPA, sur des projets de développement en direction des usagers de nos dispositifs.

Je vous en souhaite une belle lecture/découverte à tous, et profite de remercier les écrivains dans l'équipe, et nos futurs lecteurs de leur intérêt.

Missions et cadre d'intervention du CSAPA du Griffon

Le CSAPA du Griffon inscrit son action dans les dispositions du décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et de la circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

Les missions générales du CSAPA sont réparties entre missions obligatoires, avec ou sans spécialisation, et missions facultatives.

Le CSAPA du Griffon est dit « généraliste », c'est-à-dire sans spécialisation pour les drogues illicites ou les drogues licites ; il prend également en compte les addictions sans substances. Ses missions concernent donc l'ensemble des conduites addictives.

Les missions obligatoires sont :

- l'accueil de toute personne se présentant au CSAPA ou contactant le centre par téléphone, courrier ou courrier électronique, qu'il s'agisse de la personne concernée ou de son entourage ;
- l'information des usagers sur les possibilités d'accompagnement et de prise en charge, ainsi que sur leurs droits ;
- l'évaluation médicale, psychologique et sociale des personnes, et notamment le niveau de consommation, afin de proposer la prise en charge la plus adaptée ;
- l'orientation des usagers en fonction de leur besoin, que ce soit en interne (proposition de prise en charge) ou en externe vers des structures proposant des offres de soin et d'accompagnement plus adaptées ;
- la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ;
- la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative comprenant le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion. Le CSAPA assure également le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés.

Le CSAPA du Griffon répond également aux missions facultatives suivantes :

- le repérage précoce des conduites addictives avec les Consultations Jeune Consommateurs, réalisées au centre et dans des consultations de proximité au sein de Points Accueil Ecoute Jeunes (dans le cadre d'une convention partenariale) ;
- la rencontre et la prise en charge de personnes en situation de grande précarité, dans une démarche « d'aller-vers », par différentes interventions :

- de l'équipe mobile en addictologie dans des structures d'hébergement de l'agglomération lyonnaise ;
 - des éducatrices et d'une infirmière pour la préparation à la sortie de prison auprès des détenus de la maison d'arrêt de Lyon Corbas, en articulation avec le CSAPA Antenne Toxicomanies (CSAPA interne en milieu pénitentiaire) et de prévention et de réduction des risques pour les sortants de prison de Lyon-Corbas, Villefranche sur Saône, Saint-Quentin Fallavier, Bourg en Bresse, Roanne... ;
 - d'une infirmière pour l'accès aux soins des personnes bénéficiaires du RSA confrontées à des problématiques addictives ;
- le soin résidentiel individuel avec six appartements relais thérapeutiques ;
 - la prévention et la formation auprès des partenaires associés par des actions collectives mises en places (synthèse et réunions partenariales, interventions sur les problématiques addictives, groupes ressources auprès de travailleurs sociaux référents RSA...).

L'équipe du CSAPA du Griffon est composée de :

L'équipe du CSAPA du Griffon en 2015

Fonction	ETP
1 directeur Damien THABOUREY	0,36
1 directrice adjointe Murielle PEYRONNET	0,36
1 chef de service éducatif Olivia KRIMI	1,00
2 secrétaires de direction Odile SAPIN Muriel BOTTON	0,82
1 comptable Roselyne PAVAILLI Corinne SOUJOL (<i>remplacement</i>)	0,36
2 secrétaires d'accueil Elyane BAS Muriel DOLARD	0,79
3 médecins Antoine CANAT Xavier RICHEN 1 poste vacant de psychiatre	1,76
3 infirmières Mireille TARAYRE Karine RENAUD (<i>partie en juillet 2015</i>) Claudie RIFAUD	1,70
1 pharmacienne Véronique CHARMETANT (<i>arrivée en septembre 2015</i>)	0,10
5 psychologues cliniciens Bénédicte BRISSET Laura MONIN (<i>remplacement</i>) Maxence THOMAS Céline SUET Anne BILLON (<i>arrivée en janvier 2015</i>)	3,19
3 éducatrices spécialisées Sylvie BOLOPION Dominique DORILLAT Gaëtane REDON	1,97
1 éducateur technique Michel DURAND	0,40
1 agent de service intérieur Manaëcha BAFAKIH	0,23

Missions Obligatoires	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
Accueil	<ul style="list-style-type: none"> - créer les conditions d'accueil favorisant l'émergence d'une alliance thérapeutique ; - donner envie de revenir ; - accueillir les publics divers. 	<ul style="list-style-type: none"> • réserver des temps d'accueil conséquents aux nouveaux patients ; • travailler sur la posture d'accueillant du professionnel dédié à l'accueil ; • harmoniser les pratiques au sein du CSAPA avec les publics spécifiques ; • offrir et garantir une qualité d'accueil ; • faciliter l'accès au CSAPA par un accueil souple et adapté à chaque public.
Information	<ul style="list-style-type: none"> - donner au patient l'ensemble des éléments nécessaires lui permettant de faire son choix ; - permettre la libre adhésion du patient à la proposition d'accompagnement du CSAPA. 	<ul style="list-style-type: none"> • présenter le CSAPA et ses modalités de fonctionnement, avec livret d'accueil, charte de la personne accueillie et règlement de fonctionnement ; • informer le patient des risques liés à sa situation ; • informer par des documents et flyers, en libre accès en salle d'attente ou en lui donnant lors d'un entretien.
Evaluation Pluridisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> - proposer un accompagnement personnalisé, ajusté aux besoins, attentes et possibilités exprimés par la personne accueillie. 	<ul style="list-style-type: none"> • réaliser une co-évaluation entre le patient et le professionnel ; • co-construire un projet d'accompagnement qui tienne compte à la fois du patient et des recueils des professionnels ; • proposer une prise en charge pluridisciplinaire et la formaliser (document individuel de prise en charge ou contrat de séjour).
Orientation Interne ou externe	<ul style="list-style-type: none"> - apporter une réponse à toute personne accueillie au sein du CSAPA. 	<ul style="list-style-type: none"> • orienter en interne suite à une évaluation conjointe de la situation pour un accompagnement pluridisciplinaire • développer le repérage des ressources territoriales en activant les réseaux et les partenariats.
Réduction des risques	<ul style="list-style-type: none"> - réduire la mortalité, la morbidité et les risques psycho-sociaux liés à l'usage de drogues. 	<ul style="list-style-type: none"> • favoriser l'accès au matériel de réduction des risques et à l'information ; • accompagner l'utilisateur pour des pratiques à moindre risque
Prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative	<ul style="list-style-type: none"> - accompagner les personnes dans une dynamique de changement, avec une approche globale de leur situation sociale, familiale, médicale, psychologique et environnementale. 	<ul style="list-style-type: none"> • organiser la prise en charge autour de 3 axes : médical, socio-éducatif, psychologique ; • coordonner et articuler les dimensions à partir de la personnalisation de cet accompagnement.

Missions facultatives	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques
Addictions sans substances	<ul style="list-style-type: none"> - conduire les missions du CSAPA en direction des personnes confrontées aux addictions sans produits ; - offrir les mêmes prestations aux personnes confrontées aux addictions sans produits qu'avec produits. 	<ul style="list-style-type: none"> • faire savoir que la prise en charge des addictions sans produits est possible au CSAPA ; • donner les moyens à l'équipe de réaliser cette prise en charge spécifique ; • repérer les pluri addictions qui sont mal identifiées.
Consultations jeunes consommateurs	<ul style="list-style-type: none"> - éviter l'aggravation des consommations ou des addictions comportementales des jeunes. 	<ul style="list-style-type: none"> • proposer des lieux d'écoute en CSAPA et hors CSAPA (maison des ados, PAEJ, etc.) pour le jeune et sa famille ; • informer les partenaires de la possibilité d'intervention et des lieux de consultations.
Intervention en direction des détenus ou sortants de prison	<ul style="list-style-type: none"> - prévenir et réduire les risques de récidive et/ou de rechute pour les sortants de prison ; - assurer la continuité des soins entre milieu carcéral et milieu ordinaire, entre dedans et dehors. 	<ul style="list-style-type: none"> • maintenir les liens avec les détenus à la sortie ; • préparer les sorties avec relais de prise en charge pour les sortants de prison.
Consultations avancées ou délocalisées en CHRS, lieux de vie	<ul style="list-style-type: none"> - garantir l'égalité et l'équité de l'accessibilité aux soins proposés en CSAPA pour des personnes en situation de grande précarité. 	<ul style="list-style-type: none"> • aller vers, à la rencontre des publics vulnérables, précaires et plus éloignés du soin, en s'appuyant sur un réseau partenarial ; • être ressource sur la problématique addictive auprès de professionnels qui accueillent les publics précaires ; • accompagner les équipes de CHRS dans leur expertise et leur manière de prendre en compte les addictions dans le projet personnalisé.
Appartements thérapeutiques relais	<ul style="list-style-type: none"> - prolonger et renforcer des soins en addictologie engagés au préalable en prenant appui sur l'hébergement ; - accompagner la personne hébergée dans son autonomisation et sur son savoir habiter. 	<ul style="list-style-type: none"> • continuer un accompagnement pluridisciplinaire après la prise de distance avec une consommation de produits ; • travailler sur le mieux-être, le changement, l'expérimentation d'une autonomie de la vie quotidienne, d'un accès à un logement autonome.
Prévention formation recherche	<ul style="list-style-type: none"> - participer à la prévention et à la recherche ; - être ressource en matière de formation en addictologie à partir de l'expertise clinique de l'équipe. 	<ul style="list-style-type: none"> • participer activement à l'observation de l'évolution des pratiques addictives (enquêtes) ; • renforcer l'expertise des équipes en interne et en externe ; • mettre en place des actions de formation collective, des actions d'aide aux aidants.

ACTIVITES ET INTERVENTIONS 2015 DU CSAPA DU GRIFFON

ACTIONS AUPRES DES PUBLICS			CARACTERISTIQUES DU PUBLIC				ACTIONS AUPRES DES EQUIPES ET DES PARTENAIRE
		<i>File active</i>	Hommes	591	Femmes	111	Groupes ressources auprès de référents RSA, échanges et repères en addictologie auprès de travailleurs sociaux
CSAPA généraliste ambulatoire		771	Age	<20 ans	100		2 cycles de 3 groupes avec 22 participants
CSAPA résidentiel (6 places ATR)		11		<18 ans	70		
Accueil	Information et Orientation			20-24 ans	84		
Accompagnement	Prise en charge			25-29 ans	83		Travail de sensibilisation auprès des équipes de CHRS partenaires de l'équipe mobile en addictologie (EMA)
Prévention	Réduction des risques			30-39 ans	215		Passages réguliers sur 6 à 8 équipes de CHRS
				40-49 ans	160		
				50-59 ans	51		
				>60 ans	9		
Permanence et ouverture au public			Logement				Actions de prévention collective en milieu scolaire et en milieu justice de protection de la jeunesse (PJJ)
<i>à l'intérieur du CSAPA</i>	<i>37h30 / semaine</i>	496	Durable		492		1 lycée de Rillieux-la-Pape, 60 élèves de 16-18 ans
CJC Griffon	4h00 / semaine	50	Provisoire / précaire		143		2 collèges de Rillieux-la-Pape, 185 élèves de 14-16 ans
<i>à l'extérieur du CSAPA</i>	<i>36h00 / semaine</i>	286	SDF		48		UEAJ Charpenne (PJJ), 8 mineurs de 13-16 ans
CJC Gambetta	9h00 / semaine	114	Non renseigné		19		
CJC Rillieux	4h00 / semaine	36	Ressources				Intervention sur la RDR alcool auprès de l'équipe de l'Hôpital de jour, Clinique Villa des Roses (10 personnes)
CHRS Riboud	6h00 / semaine	28	Revenus de l'emploi		161		
CHRS Cité FADS	6h00 / semaine	21	RSA		123		Formation à l'entretien motivationnel auprès d'IDE
CHRS Carteret	4h00 / semaine	11	Ressources d'un tiers		111		3 jours avec 14 participants (dont 1 AS) du Rectorat Lyon
CHRS Train de Nuit	3h00 / semaine	10	Autres		95		
CHRS Chardonnière	2h00 / semaine	17	Indemnités Assedic		65		
CHRS Cléberg	2h00 / semaine	24	AAH		45		
Maison arrêt Corbas	4h00 / mois	20	Autres prestations		25		
ALIS	2h00 / 4 mois	5	Non renseigné		77		
			Produit de consommation				FORMATION ET RECHERCHE
Publics types accompagnés			Alcool		269		Encadrement de stage et formation d'étudiants :
Consommateurs quel que soit le produit		702	Cannabis		179		1 master 2 de psychologie
Entourage et familles des consommateurs		80	Opiacés		71		1 éducatrice spécialisée en 2ème année
Consommateurs substitués (TSO)		122	TSO détournés		48		1 infirmière DE 3ème année
Personnes sous main de justice		150	Pas de produit		43		
Personnes en situation de précarité		102	Médicaments détournés		41		Thèse d'un psychologue clinicien en cours intitulée :
Personnes sortantes de prison		42	Cocaïne/crack		22		Addiction, errance et grande précarité : exploration et mises en scène du corps
Jeunes consommateurs (12-25 ans)		136	Addictions sans produit		16		
Parents de jeunes consommateurs		64	Autres produits		12		Professionnels du CSAPA intervenant comme formateur en partenariat avec l'IRJB - AHRM :
			Tabac		1		Addictions et Précarités (psychologue, IDE et médecin)
							Addictions et insertion (psychologue, médecin et éducatrice spécialisée)

Vers la création d'un bus méthadone ?

Dr Antoine CANAT, Médecin Généraliste.

Le champ de l'addictologie clinique amène les professionnels de santé et de prévention à apprivoiser un public souvent précaire et dans l'errance. Les usagers ou patients, c'est selon, se rendent en centre de soins pour tenter de se saisir des outils mis à disposition par nous, professionnels, ou par les tutelles, afin d'inverser une dynamique interne où la conduite addictive est un soin vers un soin de la conduite addictive. Cette inversion passe indubitablement par une prise de conscience de l'état psychique ou somatique ou social des patients/usagers, ou mieux, par l'ensemble de ces composantes.

Apprivoiser consiste à amener l'individu à adopter un comportement moins farouche, plus sociable, plus en adéquation avec nos modèles thérapeutiques, ou plus globalement, avec notre société. C'est également l'amener, parfois par une forme de séduction, à s'affranchir de la crainte, voire de l'hostilité à l'égard d'un modèle qui l'a quelques fois rejeté.

La discipline de l'addictologie s'est fondée lentement autour de questions de produits, de personnalités, de comorbidités, mais elle a toujours su progresser quand son investissement s'est orienté au profit de l'autre : dans l'accueil, la tolérance, l'ouverture. C'est ainsi que sont nés les programmes de mise à disposition de matériels de réduction des risques, des traitements de substitution, des unités mobiles d'addictologie (de bus méthadone, de rdr, d'accompagnement à l'injection...), des CSAPA-CAARUD, de l'ouverture de salles de consommations à moindre risques, de l'héroïne médicalisée...

Ainsi l'addictologie, comme l'intervenant, gagne aussi à se laisser apprivoiser par le milieu avec lequel elle évolue et travaille.

Le travail « d'aller vers » est une action militante de chaque instant puisqu'il doit transformer une pulsion de peur, de recherche de protection, en une énergie d'ouverture et de rencontre. Le dispositif en addictologie ne peut se cantonner à rester en sécurité dans son propre cocon, il se doit régulièrement de franchir sa coque rassurante et de s'envoler vers l'autre et l'inconnu.

Les années passent et reste cette impression que le soin hors les murs en addictologie peut encore se développer sur Lyon. Pour une population transitoirement ou plus durablement dans l'incapacité de répondre aux exigences des centres de soins classiques, il semble indispensable de multiplier les initiatives de « l'aller vers » afin de proposer une couverture de soins plus vaste et engendrant moins d'exclusions. Ces initiatives ne se définissant pas comme des modèles devant prendre le pas sur ceux préexistants mais bien en tant qu'initiatives complémentaires. Le soin en tant que tel ne peut pourtant trouver sa place hors les murs sans les dimensions éducatives et psychologiques puisqu'elles participent à la création de liens multimodaux entre individus.

L'heure, me semble-t-il, est de réaffirmer notre place aux côtés des publics les plus précaires sur les plans psychologique, social, addictologique, somatique ou psychiatrique. Le développement de dispositifs de soins mobiles, telles qu'ils existent dans d'autres villes françaises (Paris, Marseille), doivent venir compléter l'offre de prévention et de réduction des risques déjà existante sur Lyon. La forme de « bus méthadone » déjà éprouvé depuis la fin des années 1990 apparaît comme une nécessité et reste plus que jamais d'actualité (projets de Bordeaux et Clermont-Ferrand), c projets ayant par ailleurs déjà démontré à la fois leur fiabilité, leur intérêt et leur impact.

Consultations Jeunes Consommateurs

Anne BILLON, Psychologue Clinicienne.

Depuis plusieurs années, les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), dispositif destiné aux jeunes jusqu'à 25 ans et leur entourage, sont mises en place au CSAPA et, en tant que « consultations avancées », au sein des Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ).

Les psychologues des PAEJ recevaient des "jeunes CJC", dans le cadre d'une convention avec le CSAPA du Griffon. Le rattachement au CSAPA s'incarnait notamment dans des réunions de travail entre les différents professionnels PAEJ/CJC et les psychologues du CSAPA intervenant dans les CJC. Cette année, nous avons fait évoluer le dispositif, en accord avec les attendus des tutelles, en faisant que les intervenants des CJC soient des professionnels des CSAPA. C'est ainsi que, j'ai rejoint l'équipe du Griffon, intervenant dans les CJC de Lyon-Gambetta et de Rillieux-la-Pape.

Ce changement répondait aussi à la volonté de développer les CJC en banlieue, peu fréquentée jusqu'alors par les jeunes. Par ailleurs, la question des consommations était rarement le motif unique avancé lors de la prise de rendez-vous, plus souvent intégrée à une demande multiple.

L'enjeu est de trouver comment rendre ces dispositifs plus visibles, plus accessibles, sans perdre le flou relatif qui permet d'accueillir des jeunes qui ne se seraient pas nécessairement adressés à un CSAPA. En effet, cette nouvelle configuration interrogeait un fondement de la pratique et du cadre existants : l'articulation entre des lieux spécialistes de l'addictologie et des lieux plus généralistes, spécificité d'une CJC avancée. Les CJC en banlieue sont installées dans des lieux de proximité, peu "institutionnalisés" et moins identifiés du côté du soin. Précisément, car pour certains, s'adresser à un lieu spécialisé impliquerait (dans les représentations des jeunes, pas dans la réalité, bien sûr) d'avoir une demande claire (d'arrêt, de réduction des consommations ou des risques...), ou a minima, l'idée même d'interroger sa consommation.

Cela interrogeait aussi un renversement de la représentation des jeunes consommateurs : primauté de la question des problématiques addictives, du symptôme des consommations, ou primauté du processus adolescent et ses vicissitudes. En effet, les rencontres entre les professionnels des CSAPA et des PAEJ nous avaient déjà permis de noter qu'un point de différenciation dans les demandes, selon le lieu auquel elles étaient adressées, reposait sur la place donnée à la consommation dans la problématique plus générale de la famille ou du jeune. Consommation mise au premier plan vers les CSAPA, plus en arrière plan dans l'autre cas (avec des nuances entre les consultations ayant lieu à Lyon, déjà très identifiées du côté des CJC, et celles de banlieues). Schématiquement, on pourrait dire que la consommation (ou plus souvent sa découverte par l'entourage) est le motif de la demande dans un cas et le déclencheur d'une demande dans l'autre. Il va de soi que ces distinctions sont ici réductrices, et recouvrent une grande variabilité de situations, et qu'elles engagent toujours un travail qui vise à ne pas réduire au symptôme mais bien à traiter sa fonction.

Précisons quelques effets du changement après cette année de fonctionnement à la CJC de Rillieux-la-Pape (effets liés aussi à l'augmentation du temps d'ouverture) :

- une augmentation de la file active des jeunes et parents reçus, avec notamment un nombre plus important de parents reçus seuls au sujet de la consommation de leur enfant. Mais aussi une augmentation de l'âge des jeunes reçus ;
- des demandes adressées à la CJC clairement posées du côté de consommations exposées par le jeune ou son entourage comme problématiques ;
- une plus grande diversité des produits consommés : jusque-là les demandes concernaient quasi exclusivement le cannabis, l'alcool ou les troubles alimentaires. Cette année sont apparues quelques demandes nouvelles liées à des poly-consommations, et d'autres produits (MDMA, cocaïne).

Ces indicateurs laissent penser que le rattachement plus direct au CSAPA, mieux affiché pour le public et les professionnels partenaires qui orientent les jeunes, a pu être opérant. Le premier effet est la légitimité accordée, notamment par les professionnels qui orientent les jeunes, avec une expertise supposée qui pouvait s'étendre au-delà des représentations des "petits fumeurs de joints". Cela interpelle sur la perception des consommations et des différentes offres d'accompagnement proposées. Le constat était jusque-là que les professionnels partenaires orientaient plus facilement des situations où étaient repérées des consommations jugées comme pouvant éventuellement devenir problématiques, tandis que les situations perçues comme plus préoccupantes appelaient une orientation directe en CSAPA (se heurtant alors parfois au refus du jeune de s'investir dans cette démarche). Comme si l'orientation venait déjà dire quelque chose de ce qui a été tranché : consommation qui prendrait sa place comme symptôme au sein de la problématique adolescente, ou consommation qui s'en détacherait pour passer du ressort de l'addictologie.

Précisons, encore une fois, que nous parlons des représentations, sans considérer la spécificité effective de l'accueil des jeunes au sein des CSAPA. L'évolution de la consultation avancée dans sa nouvelle configuration, à la fois plus intégrée au CSAPA en restant extérieure au lieu, trouve sans doute sa place dans cet intermédiaire, un dedans/dehors permettant de répondre aux différentes représentations qui précèdent l'adresse d'une demande, configuration qui contiendrait selon les attentes, le cadre souple et non spécifique du lieu et le caractère rassurant d'un lieu spécialiste des addictions.

Ceci amène une grande hétérogénéité des demandes et des situations rencontrées :

- hétérogénéité des connaissances (réelles ou supposées) des produits allant du jeune annonçant consommer du « K2 AK47 » (cannabis de synthèse) au jeune indiquant qu'il ne fume que du « tamien » (cannabis) « surtout pas de cannabis » qui crée trop de dépendance ;

- hétérogénéité des représentations des consommations : d'une jeune femme qui a réduit considérablement sa consommation de cannabis mais se désespère de ne pas être abstinent, à celle dont la consommation quotidienne d'alcool préoccupe son entourage mais qui a toujours refusé les orientations vers le soin, persuadée que l'on exigerait d'elle un arrêt des consommations ou une cure de sevrage, en passant par tous ceux qui clament d'entrée qu'ils ne sont pas dépendants avant même que l'on n'ait posé la moindre question ;
- hétérogénéité des demandes de l'entourage : du parent qui vient seul, n'osant pas aborder le sujet avec son fils, décrire ce qu'il a trouvé dans la chambre pour qu'on lui dise de quoi il s'agit, à celui qui indique faire passer chaque semaine un test de dépistage. Du parent qui appelle indiquant « mon fils se drogue » à celui qui se demande si la consommation pourrait expliquer les changements observés chez son fils ou le désintéret pour les activités qu'il affectionnait jusque-là ;
- hétérogénéité des représentations du lieu dans lequel ils sont et de ce qu'ils viennent y chercher : du parent exigeant que l'on dise à son fils « que c'est grave, sinon ça ne sert à rien », tandis que celui-ci attend que l'on explique à sa mère qu'aujourd'hui tous les jeunes fument et qu'il n'y pas de quoi s'inquiéter.

Premières rencontres en CJC

Dans beaucoup de ces situations, les jeunes accueillis viennent (presque) malgré eux, poussés par leur entourage. Il s'agit souvent de la première rencontre avec un professionnel à ce sujet. Ce sont les particularités et les enjeux des premiers entretiens que nous allons présenter ici.

En effet, ils sont l'occasion de travailler autour des représentations (des produits, de leur consommation, du lieu dans lequel ils viennent...) ayant présidé à la demande. Pour ouvrir la possibilité d'un accompagnement éventuel, l'accueil nécessite alors de prendre le temps de définir l'objet de la rencontre, les places et les attentes de chacun (jeune, parent et professionnel).

La demande adressée se situe souvent dans un premier temps, pour les parents notamment, du côté d'un supposé savoir des professionnels qui permettrait de répondre immédiatement à la question : "est-ce que c'est grave?" La déception est parfois perceptible quand nous ne pouvons répondre à une question qui n'a aucune réponse dans un absolu applicable à tous. Pour la même raison, le soulagement est parfois perceptible, cette impossibilité à répondre garantissant que nous allons tenter de comprendre ensemble ce qui les amène et de quoi il s'agit. Sans minimiser l'importance de cette question, l'expérience nous montre que les angoisses qui y sont liées sont indépendantes de l'importance, des conséquences ou de l'ancienneté des consommations.

Si la place accordée aux consommations dans la demande, puis au fil des rencontres, est variable d'une situation à l'autre, elle parle toujours de la place qui leur est accordée dans la famille. Et elle donne aussi à voir les représentations que les jeunes ont du lieu dans lequel ils arrivent et du professionnel qu'ils ont en face. Il s'agit alors souvent, paradoxalement, de n'être pas tout à fait à la place à laquelle nous sommes convoqués.

Convoqué à la place d'expert qui évaluera les consommations pour trancher de leur caractère problématique ou non, nous veillons à élargir le cercle des points abordés pour saisir et tenter de faire saisir quelque chose du contexte dans lequel les consommations viennent s'inscrire. Tandis qu'il va parfois s'agir de poser, quand même, la question initiale des consommations, tant elles sont éludées rapidement par le jeune pour ne pas les interroger du tout, ou pour confirmer à l'entourage inquiet que nous nous y intéressons suffisamment.

Travail d'équilibriste pour tâcher de répondre en partie, pour que la rencontre ait lieu (si on est trop éloigné, l'autre ne trouve rien de ce qu'il attend dans la rencontre), tout en s'en dégageant suffisamment pour ne pas coller à la problématique ou au symptôme. C'est l'enjeu des alliances nécessaires préalables à tout travail d'accompagnement, notamment dans les entretiens réunissant le jeune et ses parents.

La clinique des CJC a ceci de particulier qu'elle se situe à la croisée de la clinique des addictions et des problématiques adolescentes. La question « est ce que c'est grave ? » revêt ici une importance singulière tant elle vient percuter de plein fouet les questionnements identitaires tels qu'ils se déploient à l'adolescence. Il importe, de plus, de considérer qu'elle ne porte pas seulement sur l'actuel mais qu'elle engage, pour eux, à ce moment, leur avenir.

« Est ce que c'est grave ? » glisse rapidement dans les problématiques adolescentes du côté de « est ce que c'est normal ? », interrogeant « est-ce que je suis normal ? ». Récurrente dans la construction identitaire de l'adolescent aux prises avec les bouleversements psychiques majeurs qu'il tente de contenir, une question apparaît en filigrane : celle du normal et du pathologique. Comme certains jeunes viennent en PAEJ affirmant qu'ils ne sont pas fous, nombreux viennent en CJC affirmer qu'ils ne sont pas dépendants (mot détaché alors de son sens qui vient simplement dire qu'il n'y a aucun problème avec leur consommation).

L'expérience auprès des jeunes permet d'apprécier la saveur des déclinaisons infinies du mot « normal ».

« Vous fumez du cannabis ? » « Ben, un peu, ouais, comme tout le monde » « Combien par jour environ ? » « Je sais pas, pas trop non plus, enfin normal quoi ». Tentative d'élargissement du champ d'investigation : « Et sinon, comment ça se passe pour vous au lycée ? » « Ben, normal » « A la maison, comment vous vous entendez avec vos parents ? » « Ben, ça va, normal quoi. Des fois ça gueule un peu mais... » « Oui ? » « Ben normal, comme dans toutes les familles. » Relations avec les autres ? « Normal », etc. Je note : entretien normal en CJC.

Il serait dommage d'entendre ce « tous les jeunes fument aujourd'hui », incessamment répétés par nombres de jeunes, comme la seule tentative de banalisation d'une consommation pour mieux la justifier auprès des adultes qui s'en inquiètent. Car, après tout, si tous les jeunes fument, n'est-ce pas là une preuve absolue d'être un jeune comme les autres, un « jeune normal, quoi »...

Ce qui rassure avant tout, c'est d'apaiser les craintes d'un « diagnostic » immédiat (de dépendance ou de pathologie), crainte qui n'est souvent que la projection de leurs propres inquiétudes ou de celles qu'ils perçoivent dans leur entourage (craintes augmentées par ailleurs pour certains, par le présupposé qu'en bon psychologue, on va nécessairement leur trouver un problème quelque part...). Ce qui apaise, c'est d'affirmer l'absence de nécessité de répondre immédiatement à cette question et surtout, l'absence de prédictibilité de leur état actuel sur leur devenir.

Notons que tout le paradoxe adolescent s'incarne à l'inverse par la véhémence des réactions « du-jeune-normal-qui-fume-comme-tous-les-jeunes » lorsque ses parents lui renvoient l'idée qu'il fume pour faire comme les autres. Paradoxe de l'adolescent qui s'évertue à être différent mais pas trop, singulier mais comme les autres. Pour les jeunes que nous rencontrons, c'est bien ce travail de subjectivation et de construction identitaire qui est en jeu, en écho aux questions de séparation/individuation autour desquelles viennent se nouer les consommations, surtout lorsqu'elles deviennent le cœur des oppositions dans la famille.

Au fil des rencontres, cette construction identitaire se tisse par le jeu des identifications autour des différentes possibilités ou assignations identitaires auxquelles le jeune est confronté, avec lesquelles il se débat pour porter un regard sur lui-même ou son comportement :

Jeune dépendant qui a besoin de sevrage. Jeune malade qui a besoin de soin. Jeune toxicomane, promis à la rue pour ses parents. Jeune délinquant qui transgresse les lois sociales et règles parentales. Jeune qui se soumet à la loi des pairs et à la pression du groupe. Jeune qui profite de la vie. Jeune qui noie son mal-être dans les effets des produits. (Voir à ce titre la dernière campagne TV des CJC qui met en lumière ces différentes perceptions du consommateur par sa famille, ses amis, la société...).

La question est de savoir s'il faut trancher pour en choisir une ou certaines, si elles sont compatibles entre elles, et surtout, si elles sont figées ou mouvantes. Régulièrement, les rencontres font ressortir de manière prégnante l'écart entre le rejet affiché de l'identité assignée, ou supposée assignée, par les parents (banalisation des consommations en leur présence), et les préoccupations qui peuvent se dire dans les rencontres individuelles témoignant d'un regard plus nuancé ou plus à même d'interroger les différentes facettes.

La capacité à jongler avec ces différentes identifications participe de ce bricolage identitaire. Cela permet aussi progressivement de s'éloigner de l'idée que pour être soi, il faudrait ne pas se préoccuper des autres ou de l'image qu'ils renvoient, pour utiliser cette incertitude identitaire et découvrir qu'il est possible de façonner quelque chose de ces identifications multiples.

Parfois, les jeunes semblent dans l'incapacité de se saisir de ces différentes représentations et refusent de les interroger lors des entretiens, entendant dans chaque question une tentative d'assignation de la part de l'interlocuteur. Cela se diffuse jusque dans l'impossibilité de dire quoi que ce soit des consommations, ne nous permettant même pas de nous faire une première idée de sa consommation (quotidienne ou

occasionnelle ? Seul ou en groupe ? A quel moment ? Etc.). L'appui sur le discours de son entourage (présent ou sur lequel nous l'interrogeons) permet alors de médiatiser la rencontre en lui permettant de ne pas trop engager de lui-même. Si lui ne voit aucun problème dans ses consommations, pourquoi son entourage s'en inquiète ? Ce prisme décale progressivement les intentions qui nous sont attribuées, autour des figures parentales que nous incarnons alors. Il s'agit d'indiquer que ce qui nous préoccupe, c'est cette impossibilité à en dire *quelque chose*.

Ceci est d'autant plus central que l'absence de discours du jeune ou le refus de dialogue avec son entourage autour de cette question engendre un autre flot de représentations : celles associées aux causes de cette consommation. Souvent vécues comme des affirmations extérieures qu'il ne peut s'approprier, le jeune est parfois tenté de les rejeter dans un premier temps, arguant qu'il n'y a pas de raison. « Dis-nous pourquoi tu fumes, alors » si ce n'est pas pour faire comme les autres, parce que tu vas mal, que tu as un problème dont tu ne nous parles pas, etc. Là encore, l'enjeu des premières rencontres est de rassurer le jeune, sommé de dire pourquoi il consomme, que nous n'avons pas de réponse prédéfinie à cette question et acceptons que lui-même n'en ait pas. Et, là encore, il s'agira d'encourager le jeune et/ou sa famille, à se saisir de ces propositions, les rejeter, les reprendre et en garder, éventuellement, certaines qu'ils seront intéressés de traiter. Au travers de ces échanges, peut commencer à se dessiner quelque chose de la fonction du symptôme à la fois signe extérieur d'un conflit ou d'une difficulté, et tentative de résolution. Car ces explications sont autant de tentatives de remettre en lien les consommations et le contexte dans lequel ils s'inscrivent pour le sujet, et de trouver un sens à ce qui fait crise. Autant de tentatives de reprendre un dialogue, là où les consommations viennent cristalliser les difficultés ou impasses de communication dans la famille.

Pour conclure, les jeunes que nous recevons viennent souvent avec le bagage des différentes assignations (diagnostiques, identitaires, de causes, etc.) qui leur sont faites. L'accueil en CJC se doit d'être garant de *l'indécidabilité* comme réponse à ces questions : il n'y a pas à décider d'emblée si les consommations sont en soi graves ou non, si elles viennent dévoiler un fonctionnement psychique particulier. Il ne s'agit pas là de minimiser les risques ou conséquences des consommations, mais de permettre au jeune de s'approprier une demande qui a souvent été faite pour lui, et de (re)trouver la capacité à s'interroger sur ce qui se passe pour lui. Ce qui apparaît en premier lieu, dans le refus des jeunes de venir dont nous font part les parents ou professionnels qui essaient de les orienter, c'est l'affirmation qu'ils ne sont pas dépendants et n'ont pas de problèmes. Ce que nous pouvons en entendre, c'est la crainte de confirmer des affirmations dans lesquelles ils ne se reconnaissent pas ou ont trop peur de se reconnaître. Comme si, dans un renversement, c'est le fait de venir qui risquerait de leur confirmer, à eux, qu'ils ont un problème et de les figer dans cette identité. « *Je fume peut-être (un peu, beaucoup, trop...) mais j'en suis pas à ce point là !* ».

S'il n'y a là pas de différence entre les CJC en et hors CSAPA, la particularité des CJC avancées est que le lieu porte en lui quelque chose du flou qui entoure le rapport de l'adolescent à ses consommations. Lieu perçu comme spécialisé ou généraliste, perçu tantôt du côté de l'addictologie, tantôt du côté de l'adolescence, destiné selon les représentations aux personnes qui ont un problème avec leur consommation, à celles qui se posent des questions ou aux « jeunes-qui-fument-comme-tous-les-jeunes », il permet à ces jeunes ou aux familles de formuler leurs attentes d'un côté ou de l'autre, du moment qu'il leur permet de s'adresser à un autre.

Du « dedans » au « dehors » : l'action « sortants de prison » au CSAPA du Griffon

Gaëtane REDON, Educatrice Spécialisée.

Présentation de l'action

Voici plus de trois ans que nous menons au CSAPA une action en direction des sortants de prison ayant une problématique addictive.

Nous accueillions déjà ce public auparavant mais sans partenariat établi ni information/orientation du milieu pénitentiaire avant ou à la sortie de la personne, ce qui rendait difficile l'accueil de ce public au CSAPA, public qui se caractérise par de multiples besoins dont certains sont essentiels et donc urgents pour accéder aux droits sociaux et aux soins.

Nous avons donc voulu faire reconnaître ce travail et surtout améliorer l'accompagnement des sortants de prison en intervenant en amont de la sortie et en lien avec les intervenants médico-sociaux des maisons d'arrêt de la région.

Dès lors, nous avons sollicité un financement auprès de la MILDT devenue ensuite MILDECA ; financement qui nous a été accordé et qui est reconduit depuis 3 années.

Nous avons signé une convention avec le CSAPA référent Antenne Toxicomanie de la Maison d'Arrêt (M.A) de Corbas, qui prévoit, entre autre, l'intervention d'une éducatrice du CSAPA du Griffon au sein de la prison dans le cadre de la préparation à la sortie.

Par ailleurs, nous avons communiqué sur notre action auprès des différentes maisons d'arrêt de la région (Villefranche, St Quentin, Bourg en Bresse, Roanne) afin que les intervenants concernés anticipent et préparent le plus possible la venue des personnes au CSAPA (lorsque celle-ci est envisagée), en nous prévenant, au minimum, de leur arrivée prochaine, ou, au mieux, en nous transmettant les informations utiles dans le cadre d'une orientation.

Les objectifs de cette action sont donc de :

- prévenir les risques de rechute, de re-consommation et/ou de dégradation sociale en évitant les ruptures de soin ;
- atténuer l'effet « libération » des personnes sortant d'un cadre contenant (prison) par une proposition d'accompagnement rapide à la sortie ;
- soutenir à la sortie de prison les démarches de soins addictologiques et d'insertion sociale initiées en détention ;
- améliorer/renforcer la coordination entre les intervenants du milieu carcéral et du CSAPA, favoriser des passerelles entre le « dedans » et le « dehors ».

Pour ce faire, plusieurs moyens ont été mis en œuvre.

La convention passée avec le CSAPA référent de la M.A de Corbas (CSAPA Antenne Toxicomanies) permet l'intervention d'une éducatrice du CSAPA du Griffon au sein de la prison pour réaliser des entretiens individuels avec des personnes repérées par le CSAPA référent comme étant en difficulté avec leurs consommations et proches de la sortie, (soit environ deux mois avant celle-ci). L'éducatrice recueille/évalue les besoins du détenu, les confronte aux possibilités du « dehors » dans la réalité des situations, favorise/organise la venue au CSAPA à la sortie de détention...

Concernant le CSAPA du Griffon, nous avons fait le choix d'accueillir les sortants de prison en dehors des permanences d'accueil « classiques » afin surtout de limiter les délais d'attente au regard de l'urgence de certaines situations.

Ainsi, ce sont deux éducatrices qui assurent majoritairement l'accueil de ce public (rendez-vous programmé en amont ou sollicité après la sortie, avec ou sans orientation du milieu carcéral ou judiciaire).

Les infirmières sont également amenées à accueillir les sortants de prison selon leurs besoins rapides en termes de traitement de substitution aux opiacés (TSO). Elles sont aussi les interlocutrices privilégiées des services médicaux des maisons d'arrêt (SMPR, UCSA).

Nous arrivons à recevoir les personnes demandeuses dans la semaine où elles sollicitent le CSAPA. Selon les demandes et les besoins, elles peuvent être ensuite accompagnées par différents professionnels de l'équipe.

Nous avons la possibilité d'instruire les demandes RSA et CMU-C des sortants de prison pour lesquels ces démarches n'ont pas été démarrées en détention, ce qui leur évite d'attendre le rendez-vous de la CAF ou de la CPAM et ainsi de gagner un peu de temps.

Enfin, les financements obtenus nous permettent aussi d'apporter des aides financières aux sortants de prison reçus au CSAPA, le temps qu'ils perçoivent leurs premières ressources, généralement le RSA, ce qui peut prendre plusieurs semaines si le dossier n'a pas été instruit avant la sortie de détention. Ces aides financières leur permettent notamment de :

- subvenir à leur alimentation (40 euros par semaine jusqu'au premier versement RSA) ;
- ouvrir un compte bancaire ;
- financer le timbre fiscal (25 euros) et les photos (5 euros) nécessaires pour l'obtention d'une carte d'identité ;
- financer des nuitées d'hôtel lorsque la personne est à la rue et qu'elle a une perspective rapide d'hébergement/logement ;
- se déplacer en transports en commun sans être en fraude ;
- etc.

Données chiffrées

Avant de témoigner concrètement de cette action, il me paraît essentiel de rappeler des données chiffrées et concrètes au niveau national sur les principaux délits condamnés, les peines ordonnées, les durées d'incarcération et le public concerné, ceci afin d'avoir un aperçu du contexte qui précède notre intervention.

Selon un rapport du Ministère de la Justice datant de juin 2014 intitulé « La prévention de la récidive et l'individualisation des peines », le nombre de personnes détenues a augmenté de 35 % entre 2001 et 2012.

38 % des personnes détenues pour des peines inférieures à 6 mois souffrent d'une addiction aux substances illicites et 30 % d'une addiction à l'alcool.

Au moins un trouble psychiatrique ou une addiction est identifié chez 8 hommes détenus sur 10.

Le taux de suicide parmi la population carcérale est 10 fois supérieur à celui de la population générale.

En 2012, 93,9 % des condamnations sont des délits. Parmi ceux-ci, on trouve :

36 % de délits routiers.

20 % d'atteintes aux biens

15 % d'infractions à la législation sur les stupéfiants

14 % d'atteintes aux personnes

6 % d'atteintes à l'ordre administratif et judiciaire (outrages, rébellion...)

L'emprisonnement ferme (22 %) ou avec sursis (31 %) représente plus de la moitié des peines prononcées pour délits.

1 délit sur 5 est puni de prison ferme.

La durée moyenne de l'emprisonnement ferme pour délit est de 7,7 mois. Plus de la moitié des peines fermes prononcées pour délits sont inférieures à 6 mois.

Le taux de condamnation en état de récidive légale¹ est en constante augmentation, de 4,9 % en 2001, il s'élevait en 2011 à 12,1 %.

61 % des sortants de prison sont réincarcérés dans les 5 ans qui suivent la sortie, contre 32 % des condamnés avec sursis.

Les personnes bénéficiant de libération conditionnelle ou d'aménagement de peine montrent des taux de récidive moins importants mais 80 % des détenus sortent sans aménagement, ce taux monte à 98 % pour les peines inférieures à 6 mois, soit la grande majorité de celles prononcées pour délits.

Aussi, seules 30 % des personnes jugées sont incarcérées immédiatement une fois jugée. Pour les autres il faut attendre ! Parfois de longs mois.

Ces délais sont renforcés par la loi pénitentiaire de 2009 qui prévoit que toute peine inférieure à 2 ans (ou 1 an en cas de récidive légale) doit être examinée par le juge de l'application des peines pour envisager un aménagement (placement sous surveillance électronique (PSE), en centre de semi-liberté (CSL) ou placement extérieur) qui ne sera pas toujours accordé, et qui participe à rallonger le délai entre jugement et incarcération.

Enfin, le taux d'activité professionnelle des personnes à l'entrée en détention est inférieur à 50 % et 48 % de personnes détenues n'ont aucun diplôme.

¹ Commission d'une nouvelle infraction dans un certain laps de temps après une première condamnation pour une infraction proche ou équivalente

Constats et freins

Tous ces chiffres, dont la lecture est un peu fastidieuse, je vous l'accorde, **mettent** en évidence les freins et obstacles qui balisent l'accompagnement des sortants de prison.

Caractéristiques du public sortant de prison

Nous accueillons principalement des hommes. Seules 2 femmes ont été orientées depuis le début de l'action et une autre a sollicité elle-même le CSAPA une fois sortie.

Les sortants de prison reçus au CSAPA ont été condamnés pour des délits qui concernent du plus grand nombre au plus petit :

- les infractions à la sécurité routière sous l'empire de l'alcool (beaucoup) et/ou du cannabis (de plus en plus),
- les infractions à la législation des stupéfiants (possession, usage, cession, transport, revente...),
- des atteintes aux personnes sous l'empire de l'alcool et/ou stupéfiant,
- des atteintes à l'ordre administratif et judiciaire sous l'empire de l'alcool et/ou stupéfiant,
- des atteintes aux biens sous l'empire de l'alcool et/ou stupéfiant.

Evidemment, toutes ces personnes ne se trouvent pas en difficulté de la même manière avec leurs consommations. Au sein de toutes ces situations judiciaires je rencontre des états de dépendance comme des usages à risque voire de simples usages !

Pourtant la réponse judiciaire est généralement la même, notamment en matière d'obligation de soin.

Pour une grande partie, la « problématique délinquante » est antérieure à la problématique addictive et occasionne davantage de dommages.

J'observe une légère augmentation des sorties dans le cadre d'un aménagement de peine (le plus souvent placement en CSL et PSE).

Cette année écoulée on note une baisse des orientations du CSAPA référent de la M.A. de Corbas et une augmentation des orientations de celui de la M.A. de Villefranche S/Saône.

Les conseillers d'insertion et de probation (CIP) de la région nous sollicitent plus régulièrement en amont de la sortie ainsi que les services médicaux (SMPR, UCSA) qui contactent les infirmières par téléphone pour communiquer les traitements et posologies des personnes orientées.

Concernant les revenus auxquels peuvent prétendre les sortants de prison, le RSA est largement majoritaire, puis l'AAH² ou les ARE³ de Pôle Emploi. Ceux qui n'ont pas accès à ce type de revenus peuvent bénéficier une fois dans leur vie de l'Allocation Temporaire d'Attente versée par Pôle Emploi pour un an à hauteur de 350 euros /mois. Dans de rares cas, les personnes rencontrées ont un revenu d'activité professionnelle car elles possédaient une promesse d'embauche et la sortie a été aménagée en ce sens.

Concernant le logement à la sortie, on trouve trois types de situation : les personnes qui regagnent leur propre logement, celles qui sont hébergées par la famille ou des proches et celles qui se trouvent sans solution. Ces dernières sortent de prison pour vivre à la rue, faute de places en centre d'hébergement sur l'agglomération lyonnaise, que la sortie ait été préparée ou pas.

Une très grande majorité des personnes sortent sans emploi ni formation ni projet professionnel.

Nombreuses sont celles qui sortent en ayant besoin de soins psychiatriques sans qu'il ait été organisée de prise en charge à l'extérieur. Or, les délais d'obtention de rendez-vous en CMP ne permettent pas une prise en soin à la sortie dans une temporalité acceptable et adaptée.

Presque tous sortent avec des obligations judiciaires, généralement les mêmes, ce qui interroge sur l'individuation des condamnations :

- engager des soins ;
- exercer un emploi pour certains/rechercher un emploi pour d'autres ;
- payer les parties civiles ou amendes diverses liées aux délits commis ;
- répondre aux convocations du CIP ;
- fournir les justificatifs des démarches attendues au CIP.

Freins liés au « dedans »

Une inégale préparation à la sortie

Concernant la préparation à la sortie, ce sont les CIP⁴ de la prison qui sont chargés, entre autre, de repérer/anticiper les besoins des détenus, mettre en œuvre et accompagner les démarches nécessaires afin que la sortie se fasse dans de bonnes conditions, à savoir au minimum posséder des droits sociaux et une solution de logement.

Il se trouve que ces conseillers sont débordés et n'ont pas les moyens à eux-seuls, au regard du nombre de détenus par conseiller et des autres missions qui leur sont confiées de prévoir, organiser et mettre en œuvre toutes les démarches nécessaires. **Certaines sorties sont donc plus ou moins préparées** et les personnes sortent dans des conditions défavorables. Or, les rencontres que je fais en détention montrent que plus le détenu est stressé par ces conditions matérielles de sortie moins il ne peut penser et projeter le soin à l'extérieur.

² Allocation Adulte Handicapée

³ Allocation de retour à l'emploi

⁴ Le code de procédure pénale stipule que « le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation doit permettre au détenu de préparer sa libération dans les meilleures conditions (...), à l'égard de toutes les personnes qui lui sont confiées (...), à quelque titre que ce soit (...). Le SPIP doit prendre toutes les mesures destinées à faciliter leur réinsertion sociale »

Je constate aussi une inégalité entre les maisons d'arrêt en termes de préparation à la sortie en fonction des professionnels intervenant en détention qui vont aider le CIP à mettre en œuvre les démarches: présence ou pas de CSAPA référent, d'intervenants sociaux internes ou externes, de services administratifs...

Les situations fréquentes de transferts d'une M.A. à l'autre annulent toute préparation à la sortie, défavorisant ainsi les détenus concernés.

Ces inégalités peuvent en outre concerner les démarches administratives liées à l'accès aux droits et aux soins lancées en amont de la sortie.

Ainsi, je rencontre des personnes qui sortent en ayant déjà un dossier RSA et de CMU-C en cours d'instruction, notamment dans les maisons d'arrêt où le service Rsa Prison intervient, et d'autres pour qui rien n'a été préparé. Certaines ne connaissent même pas les informations de base concernant les droits auxquels elles peuvent prétendre.

Il n'est pas rare que les personnes sortent sans pièce d'identité valide ni compte bancaire utilisable.

Conséquences directes et concrètes: sans compte bancaire pas de possibilité de percevoir de revenus; sans pièce d'identité pas de possibilité d'ouvrir un compte bancaire ni de s'inscrire à la CAF ou au Pôle emploi, ni de prétendre à une embauche. Pour obtenir une carte d'identité, il faut payer un timbre fiscal or, sans argent, pas de timbre fiscal, donc pas de carte d'identité, donc rien de possible.

Une personne sous prescription médicamenteuse peut aussi sortir sans traitement d'avance, sans ressource, ni CMU-C et ne peut alors se faire délivrer son traitement en pharmacie une fois dehors.

Je relève enfin que les « sorties sèches » sont encore courantes alors qu'il est démontré que les aménagements de peine induisent moins de récidive et permettent de mieux préparer la sortie et la mise en place des obligations judiciaires post-incarcération.

Le recours aux aménagements de peine devrait être plus important dans les années futures avec « la libération sous contrainte » en vigueur depuis janvier 2015 qui favorise leur recours en vue de faciliter la réinsertion des personnes incarcérées et prévenir la récidive.

Un laborieux accès aux professionnels du médico-social

L'incarcération ne permet que trop rarement de travailler sur la responsabilité individuelle à partir de l'infraction commise, sur les difficultés présentes avant l'incarcération, les soins et solutions à envisager pendant et après la détention, faute d'accès simple et rapide des détenus aux services médicaux, psychologiques et sociaux au sein des M.A.

Les détenus doivent écrire pour demander à rencontrer tel ou tel intervenant, parfois à plusieurs reprises. Ils n'ont pas toujours de réponse. S'ils en reçoivent une, elle précise parfois une date et horaire de rendez-vous qui ne prend pas en compte les possibles autres rendez-vous / activités qui peuvent avoir lieu au même moment, comme la promenade, le travail, le parler... Le détenu doit alors faire un choix.

Le rendez-vous peut avoir lieu comme prévu ou pas. Il n'est pas rare que les surveillants ne viennent pas chercher le détenu ou beaucoup trop tard, ou pas le bon jour...

Je constate que plus l’incarcération est courte moins les détenus ont accès aux intervenants médico-sociaux.

Or, les chiffres précédemment cités montrent que les incarcérations inférieures à 6 mois sont majoritaires et qu’un nombre conséquent de détenus souffrent de troubles psychiatriques et/ou d’addiction et ont besoin d’être pris en charge.

Je suis ainsi amenée à accueillir des personnes qui n’ont pas été suivies en détention sur le plan médical ou psychologique, des fois les deux, alors qu’elles en ont fait la demande, alors que le juge a ordonné des soins...

Notons, malgré tout, que les consultations médicales sont les plus accessibles en détention et les prescriptions médicamenteuses nombreuses (anxiolytique, antidépresseur en majorité).

Toutefois, elles ne sont que trop rarement accompagnées d’espace/rencontre dédié à la parole. Si le détenu a le sentiment que le soin médical s’est limité en détention à une proposition de traitement médicamenteux ou une prescription, la représentation du soin médical à la sortie est souvent faussée, péjorative et révèle un manque de confiance évident envers ce corps professionnel.

Il est alors difficile de les orienter vers un collègue médecin, alors même que cette orientation semble justifiée voire évidente. Il est nécessaire de prendre le temps de déconstruire ces représentations tronquées et de mettre en confiance les personnes réfractaires. L’accès au soin médical est, dans ce contexte, plus long et pas garanti.

Une des conséquences de ce difficile accès aux professionnels sanitaires et sociaux réside dans le ressentiment des personnes arrivant au CSAPA envers les systèmes judiciaires et carcéraux qui n’ont pas répondu à leurs demandes en détention mais qui obligent à des soins une fois dehors ! Donner du sens à l’obligation de soin à laquelle elles sont soumises devient alors un objectif en soi.

Déresponsabilisation et perte d’autonomie

L’objectif de l’incarcération est de priver la personne de liberté. Pour ce faire, d’autres privations entrent en jeu.

Les détenus sont notamment privés d’autonomie et d’initiatives individuelles. La liberté de choix est ainsi franchement mise à mal puisque c’est l’autorité carcérale qui décide de tout pour eux (ex. : horaires de lever, repas, sommeil, promenades fixés par le règlement de la M.A....).

L’enfermement met le détenu dans une position d’acceptation passive, que peuvent trouver confortables certaines personnes mais qui a des effets terribles sur l’autonomie à la sortie et les ressources individuelles mobilisables.

A. JACQUARD⁵ souligne que « *pour certains, cette passivité est ressentie comme (...) un retour à l’état d’enfant, aux jours faciles où les parents se chargeaient des choix. Cette infantilisation peut être ressentie avec une certaine satisfaction ; elle permet au criminel de se sentir non coupable, puisqu’elle fait de lui, rétroactivement, un être non responsable* ».

⁵ Dans « Un monde sans prisons ? » p.160, Ed. du Seuil 1993

Le phénomène d'idéalisation du « dehors » participe aussi à banaliser et minimiser les difficultés des personnes précédant l'incarcération. Ceci est renforcé par le fait qu'en prison le détenu n'est plus confronté aux problèmes matériels ni aux relations familiales et sociales potentiellement source de conflits ou violences. Il en est même protégé. Dès lors la réalité du « dehors » est embellie et il se sent assez fort pour maîtriser ses comportements/consommations problématiques.

Comment ne pas relever les contradictions à l'œuvre, sachant que les principaux objectifs de l'enfermement sont : protéger (la société contre ceux qui la mettent en danger), punir (les auteurs d'actes illégaux), remettre dans le « droit chemin » (ceux qui s'écartent de la norme) et dissuader (du passage à l'acte ceux qui seraient tentés par l'illégalité, de la récidive les autres) ?

Comment un détenu peut « se remettre dans le droit chemin » sans penser ses actes ?

Comment peut-il « être remis dans le droit chemin » si sa responsabilité individuelle est niée et son autonomie entravée ? Quel changement peut-il vouloir et agir ?

En quoi, dans ces conditions, la société est-elle protégée ?

Le « je » se perd dans les méandres de cette déresponsabilisation institutionnalisée, entre vie collective imposée (où l'intimité est malmenée) et abrutissement occupationnel (omniprésence et hébétude télévisuelle, activité pour tuer le temps...) et le détenu sort souvent avec moins d'autonomie qu'à son entrée en détention.

Nous voyons clairement que l'incarcération rend difficile le travail éducatif qui s'appuie sur les notions d'autonomie, de responsabilisation et de socialisation et qu'elle ne favorise en aucun cas les conditions d'une préoccupation individuelle concernant les consommations et la prise en soin addictologique qui, lui, repose sur une dynamique de changement.

Les conditions de détention

Il m'est impossible de parler des freins sans évoquer les conditions d'enfermement et leurs impacts sur les détenus.

D'abord, notons, pour information, que l'enfermement est reconnu comme provoquant des effets néfastes puisqu'il est précisé jusque dans le code de procédure pénale que « le SPIP doit participer à la prévention des effets désocialisants de l'emprisonnement sur les détenus, favoriser le maintien des liens sociaux et familiaux et les aider à préparer leur réinsertion sociale⁶ ».

Les vécus d'humiliation et d'insécurité liés à la promiscuité sont fréquents et participent largement à attaquer un narcissisme déjà fragile. Je constate fréquemment que les difficultés individuelles des personnes présentes avant l'incarcération se sont renforcées à la sortie de celle-ci.

⁶ Art. D.573 et D.574 du Code de la procédure pénale

De même l'OIP⁷ s'indigne pour « *ces hommes, dont la société se protège, sont loin d'être protégés par cette société au cours de leur enfermement, bien au contraire : la prison, avec sa surpopulation, sa crasse et sa misère génère un univers d'ultra violence dont personne ne peut sortir indemne...* ».

Les freins liés au dehors

Que la préparation à la sortie ait pu se faire ou pas, l'accompagnement des sortants de prison est contraint par le contexte socioéconomique du « dehors ».

Le logement à la sortie

Une personne qui sort de détention sans solution de logement n'a pas de possibilité de trouver un hébergement, même d'urgence, dans des délais raisonnables.

Pour rappel, il faut sur l'agglomération lyonnaise minimum 9 mois pour qu'une réponse favorable soit donnée à une demande d'hébergement d'urgence (qui devient relative) pour les hommes et 24 mois pour l'obtention d'un logement social. Les résidences sociales ont des délais plus courts mais ont aussi de nombreuses demandes.

L'absence de logement ou d'hébergement durable des sortants de prison génère indéniablement des re-consommations et/ou mésusages. Etre en squats avec des consommateurs actifs ne favorise pas la mise à distance des produits. L'insécurité et l'hostilité de la rue non plus. Les conditions de vie à la rue sont un réel frein au bon déroulement du projet de soin, « *fragilisant les trajectoires individuelles et hypothéquant les tentatives de réinsertion et/ou de soins de la dépendance*⁸ ».

Lorsque les personnes sont hébergées par leur famille ou par des proches à la sortie, il s'agit bien souvent d'une solution qui se veut provisoire. Or les délais indiqués ci-dessus pour accéder à un hébergement ou un logement condamnent cette solution provisoire à devenir durable, ce qui n'est pas toujours possible. Il arrive que ces personnes soient obligées de quitter leur lieu d'hébergement sans solution et se retrouvent alors elles aussi à la rue.

Si la rue malmène le soin, elle accroît aussi les difficultés en termes d'activité professionnelle et de liens familiaux et sociaux. Elle n'est pas non plus étrangère à la récidive.

Les droits sociaux

L'accès aux droits sociaux est un enjeu majeur de la préparation à la sortie et une problématique récurrente des sortants de prison. Il participe à réaffirmer leur place dans la société et peut permettre d'éviter le recours à des circuits parallèles pour subvenir à leurs besoins.

⁷ Observatoire International des Prisons

⁸ *La difficile prise en charge des usagers précaires*. S. AUBISSON. Article publié dans SWPAS n° 40-41. 2005

Lorsque les démarches n'ont pas été initiées en détention, elles prennent beaucoup de temps à l'extérieur pour aboutir. Pour les situations administratives simples, il faut compter 2 mois pour le traitement des demandes CMU-C et RSA, ce qui veut dire 2 mois sans ressources ni couverture sociale ! Pour les situations complexes (absence de pièce d'identité, de compte bancaire...), l'accès aux droits peut prendre plus de 6 mois. On voit très bien pourquoi, alors, il est indispensable d'initier les démarches en amont de la sortie...

Les ressources

Les faibles revenus des personnes et les situations d'endettement fréquentes et antérieures à la détention ne permettent généralement pas de régler les parties civiles et les autres obligations pécuniaires (loyers en retard, pensions alimentaires...).

Les personnes peuvent alors rester en dette longtemps et subir la pression et l'inconfort qu'implique une telle situation.

J'observe que le stress généré par les difficultés financières favorise la reprise des consommations et, que, plus généralement, les conditions de vie précaires malmènent le soin.

L'insertion professionnelle

Pour rappel, moins de la moitié des personnes qui entrent en prison **ont** une activité professionnelle et quasiment toutes à la sortie ont une obligation d'exercer/rechercher un travail. Si on croise ces données avec le marché de l'emploi actuel, on comprend vite que cette obligation, qui est souvent aussi un objectif des personnes elles-mêmes, ne va pas de soi et est loin d'aboutir concrètement.

Pour répondre à l'obligation d'exercer une activité professionnelle, le soutien aux personnes est insuffisant. Il est prévu que le CIP soit une personne ressource mais compte tenu de la charge de travail qu'il a, il peut difficilement les accompagner dans leurs recherches. On se doute que les services de Pôle Emploi ne peuvent suffire. Quant aux bénéficiaires du RSA, ils ne sont pas tous accompagnés par un référent. Enfin, les services du GREP⁹ ne peuvent être proposés qu'à des personnes qui sortent en aménagement de peine, or, comme nous l'avons vu, ce sont des conditions de sortie minoritaires !

Sans aide spécifique et individualisée, l'accès à l'emploi d'un sortant de prison ayant une problématique addictive devient impossible car ce dernier souffre d'un manque de qualifications et/ou d'expériences et du double stigmatisme prison/drogue ou alcool.

Les réincarcérations

Les réincarcérations, parfois proches de la sortie de prison, viennent arrêter les démarches mises en route et renforcer la précarité des situations en occasionnant toujours plus de ruptures administratives, sociales, familiales, professionnelles. Tout le travail social et éducatif mis en route est malmené par le retour en prison.

Il n'est pas rare que des personnes sortent de détention sachant qu'elles ont encore d'autres peines à effectuer, dont de l'emprisonnement ferme, ce qui interroge sur la nécessité de les faire sortir de détention pour les réincarcérer peu de temps après. Je ne parle pas ici du phénomène de récidive mais bien du temps judiciaire qui peut décider d'une incarcération sans la mettre en application dans l'immédiat.

⁹ GRoupe pour l'Emploi des Probationnaires

Des temps en mal d'articulation

Sur le terrain, je ne peux que constater avec impuissance qu'il est bien souvent impossible de faire cohabiter les différentes temporalités qui rythment la situation d'un condamné avant, pendant et après la prison.

Cette articulation manquée des temps judiciaires, pénitentiaires, médicaux, sociaux et individuels est un frein majeur au bon déroulé des missions des différentes institutions impliquées.

On peut regretter aujourd'hui qu'en France des rencontres évidentes ne se font pas, comme celle du temps judiciaire (celui des procédures et des délais de décision) et celle du temps carcéral.

Le temps carcéral est soumis au temps judiciaire ; les temps médico-sociaux sont eux soumis aux deux ! Quant au détenu, il dépend de ces différents temps, parfois paradoxaux, sans pouvoir se les approprier tant ils sont désaccordés. Sa propre temporalité perd ainsi toute maîtrise par la dépendance aux autres temps qui organisent sa vie.

Concrètement, c'est la Justice qui décide d'une entrée en prison ou de sa sortie, jamais le directeur de la prison qui ne peut s'y opposer, même s'il n'y a plus de place pour de nouveaux détenus.

La présence de tels ou tels professionnels dans la prison dépend de décisions prises par le directeur de l'établissement...

Les rendez-vous prévus entre détenu et professionnels sont honorés si le temps carcéral le permet, en fonction de l'organisation et de la charge de travail du jour. Sinon, ces rendez-vous n'ont pas lieu et ni le détenu ni le professionnel concerné n'a le pouvoir d'y faire quelque chose.

La prison est bien souvent informée au dernier moment de la libération d'un détenu.

Les intervenants à l'intérieur comme à l'extérieur peinent à obtenir les informations et les détenus sont souvent les derniers renseignés.

C'est ainsi que des personnes suivies durant leur incarcération sortent de détention sans ordonnance avec, pourtant, des traitements conséquents en cours, le service prescripteur en détention n'ayant tout simplement pas été informé de la date de sortie et n'a donc pas vu le détenu avant celle-ci. D'autres professionnels accompagnant la même personne peuvent avoir eu l'information mais ne l'auront pas forcément partagée avec l'ensemble des intervenants.

Autre exemple, avant d'être incarcérée, une personne peut attendre de longs mois sans savoir quand elle va l'être. Je constate d'ailleurs que parmi les personnes que j'accompagne, ce temps suspendu, entre jugement et entrée en prison, peut rarement être mis à profit par les personnes car il empêche toute projection et construction.

Comment se projeter quand on sait que l'on va être incarcéré sans maîtriser pour autant la date de cette incarcération ?

Il s'agit donc d'un temps suspendu qui fige, immobilise la personne concernée, voire la paralyse. Comme si sa vie était mise en attente. Il n'est pas rare, durant cette période, que les consommations augmentent, voire que la situation générale de la personne se dégrade davantage.

Aussi, les sorties des personnes ne sont trop souvent que partiellement préparées faute d'une réelle articulation des différents intervenants inscrits dans une temporalité propre à leurs missions et leurs contextes.

C'est ainsi que des personnes sortent sans ressources ni droits sociaux, non pas qu'il ne soit pas prévu que les démarches se fassent en amont de la sortie, non pas que les professionnels dédiés n'interviennent pas en détention, mais seulement parce que les personnes sont parfois oubliées dans ces différents temps, égarées repérées ou retrouvées trop tardivement.

Conclusion

Un réel travail de réflexion des différents acteurs judiciaires et médico-sociaux existe et donne lieu à des réflexions et formalisations diverses et pertinentes qui visent toutes à améliorer la préparation à la sortie de prison des personnes en difficulté avec leurs consommations en termes de continuité ou d'accès aux soins¹⁰.

Les conditions les plus favorables à mettre en œuvre pour optimiser la préparation à la sortie sont donc repérées, connues, plutôt partagées et les propositions d'action sont concrètes.

Pourtant, nous avons vu que sur le terrain, et notamment au sein des maisons d'arrêts où les rotations d'effectifs et transferts sont nombreux, les manquements et dysfonctionnements en termes de préparation à la sortie sont fréquents et fortement préjudiciables pour les détenus, rendant complexe la prise en soin « dehors ».

L'accompagnement des sortants de prison ayant une problématique addictive est plus que jamais nécessaire mais il est parfois décourageant, tant la pénalisation des usages aggrave les situations individuelles des personnes rencontrées et, finalement, freine voire empêche l'accès au soin addictologique.

Dans tout projet ou toute action, il y a des écarts entre les objectifs visés et les moyens mis en œuvre pour les atteindre. Les écarts sont importants concernant la préparation à la sortie des sortants de prison en général et de ceux ayant une problématique addictive en particulier.

Les responsabilités sont partagées voire diluées entre les différentes institutions concernées (carcéral, judiciaire, administrative...), ce qui freine et complexifie la mise en place d'actions concrètes pour réduire ces écarts.

L'enjeu de la réussite de la préparation à la sortie, nous l'avons vu, réside pour beaucoup dans l'articulation à la fois des institutions concernées entre-elles et de leur propre temporalité.

Pour participer à améliorer ces articulations, il est nécessaire de poursuivre les efforts engagés notamment en facilitant les échanges entre les services sur nos besoins respectifs pour mener à bien nos missions.

¹⁰ Guide pratique de la Fédération Addiction « soins des personnes détenues », expérimentation d'un programme à l'initiative du ministère de la Justice et de la MILDECA visant « la lutte contre la récidive des personnes ayant une problématique addictive » avec le tribunal de grande instance de Bobigny...

La transgression chez les sujets addicts

Extrait de mémoire de master 2 professionnel psychologie clinique victimologie-criminologie 2014-2015 « La Loi dans le soin en addictologie »

Lucile BOUILLET, Stagiaire Psychologue.

Assez rapidement, j'ai constaté que beaucoup de personnes reçues venaient pour des obligations de soins, d'où ma volonté d'orienter le sujet de mon mémoire dans cette direction. Je l'ai finalement élargi aux personnes ayant une problématique judiciaire de manière générale sans que cette mesure ait forcément été prononcée.

Eric-Pierre Toubiana (2009) parle de la toxicomanie comme d'« un symptôme parmi d'autres au sein d'une structure » (p. 19). Je me suis alors posé la question de l'addiction qui serait un symptôme d'une tendance à transgresser. Comme je l'expliquais dans la sous-partie précédente, le produit est souvent ce qui permet l'entrée dans un centre de soins dans lequel on pourra, entre autres, traiter cette tendance à transgresser la loi.

Mais d'abord, qu'est-ce que la transgression ? Dans le dictionnaire il est écrit :

« Transgression : action de transgresser. »

« Transgresser : passer par-dessus (un ordre, une obligation, une loi). »¹¹

Il y a alors cette idée que l'on est au-dessus des règles, qu'elles ne s'appliquent pas à nous, comme s'il y avait ce sentiment de ne pas devoir s'y conformer. Il est alors intéressant de faire le parallèle avec ce sentiment de supériorité presque divin que nous retrouvons chez les personnes ayant consommé un produit de manière excessive et qui, dans l'euphorie, s'imaginent avoir davantage de facultés, de pouvoirs... C'est d'ailleurs souvent dans ces moments-là que les actes délinquants sont commis.

J'ai rencontré deux sortes de transgression dans ce stage.

- Il y a d'abord le simple fait de consommer un produit illégal comme l'héroïne, la cocaïne, etc.
- Et il y a, ensuite, les comportements délinquants souvent associés à ces consommations, en particulier la violence et les conduites en état d'ivresse pour les plus courantes.

C'est d'ailleurs pour la deuxième raison que nous sommes le plus souvent amenés à les rencontrer quand ils sont orientés par la justice.

¹¹ *Le Petit Robert 2010* (2009). Paris : Le Robert.

J'ai parfois eu l'impression que la question de l'addiction se posait plus pour la transgression que pour le produit en lui-même (pour Nicolas par exemple). C'est-à-dire que les sujets semblaient parfois plus addicts à la violence, à la prise de risque, à la délinquance qu'à un produit. E.P Toubiana (2009) dit que « le sujet addicté ne l'est pas à un toxique ou à un comportement, mais à une situation de risque qui, en le mettant dans une proximité exquise avec la mort [psychique ou somatique], va devenir sa seule raison d'être » (p. 28).

Dans le même article, l'auteur estime qu'il faut trois « critères fondamentaux » pour qualifier un comportement d'addictif : « la répétition compulsive, la dépendance et la prise de risque » (p. 20).

T. Ferragut (2004) pose justement la question de savoir ce que l'on soigne et parle de « symptomatiser le délit » (p. 184). Est-ce que c'est la tendance à commettre des délits qu'il faut soigner dans ce cas ? Et comment ? L'auteure ajoute que « lorsqu'il y a une répétition où le système judiciaire intervient en tant que régulateur, le problème a plus de chance (mais pas toujours) de se résoudre dans le domaine privé du soin que sur la scène publique de la justice » (p. 184). Mais viendra-t-il se soigner si la justice ne l'y oblige pas ?

La clinique rencontrée en stage m'a donné l'impression que certains patients recherchaient cette justice et, par ce qu'elle représente, recherchaient une autorité qui mettrait des limites. Ainsi, Nicolas m'a parlé d'injustice à son égard.

Comme si, pour lui, la justice - à travers les services sociaux - et même l'autorité de manière générale - à travers ses parents notamment -, n'avaient pas été présentes à un moment dans sa vie où il aurait eu besoin qu'elles le protègent. Et, encore maintenant, c'est comme s'il cherchait la justice à travers ses actes de délinquance. Il dit, d'ailleurs, aimer les courses-poursuites avec la police. Il cherche les règles, les limites à travers la justice. Des limites qui le protégeront de l'injustice qu'il exprime, mais qui le protégeront également de lui-même.

Selon Piera Aulagnier, « tout acte, dès la motricité du bébé, a une fonction relationnelle » (Florian Houssier, 2010, p. 41), et les actes transgressifs seraient des appels envoyés aux figures parentales. Cela nous renvoie bien aux discours des patients, en particulier d'Eddy et Nicolas, sur ce besoin d'attention dont ils ont manqué et de ce choix alors de tomber dans la délinquance qu'ils expriment presque comme une fatalité, pour que l'on fasse attention à eux.

A travers ces actes délinquants et cette attirance vers les produits addictifs, se pose la question d'actes d'autodestruction.

Maurice Corcos et Philippe Jeammet (2006) expliquent que les conduites addictives « ont en commun de constituer un acte d'autodestruction du corps, des liens et de la capacité de penser du sujet [...]. La partie de soi attaquée ou rejetée apparaît être une partie désinvestie par les parents ou surinvestie » (p. 84). J'ai vu des patients dont la relation aux parents revenait très souvent au cours des entretiens et qui semblaient, en effet, avoir été complètement désinvestis ou au contraire trop investis par ceux-ci.

Ces actes d'autodestructions peuvent être mis en lien avec les conduites à risque, souvent très présentes dans cette clinique. Elles ne sont pas sans rapport avec le fait que, malgré un public adulte, j'ai parfois eu l'impression de recevoir des patients avec des comportements, des verbalisations qui ressemblaient plus à ceux d'un adolescent.

Un adolescent avec une immaturité affective, qui attend que ses parents viennent lui dire stop et qui, finalement, ne trouve ces limites qu'à travers la justice : « Le délinquant, en transgressant un interdit, se met dans une position particulière par rapport à la loi : vouloir la défier, la dénier ou l'incarner, mais aussi l'appeler pour qu'elle advienne » (Epstein, 2006, p. 159).

Cela peut aussi nous renvoyer à des conduites plus archaïques, comme celle d'un enfant dans la toute-puissance, intolérant à la frustration et qui a besoin qu'un tiers vienne le séparer de sa mère, tiers qui peut alors être joué par la justice.

Les personnes souffrant d'addiction verbalisent souvent un passé difficile avec des vécus d'abandon, de perte qui engendrent souvent des problématiques de vide. Les toxicomanes expriment souvent un manque d'attention, d'affection, de soutien, etc.

La surconsommation d'un produit donne cette impression de « tentative insatiable de remplissage » (Benghozi, 2014, p. 111). Ces personnes trouvent une solution dans la consommation d'un produit qui ne sera pas défaillant, pas source d'abandon. Il est courant d'entendre que l'alcoolique « se marie » avec la bouteille. En effet, celle-ci est toujours présente, il n'y a pas le risque de la voir partir, elle n'est pas décevante et répond toujours à l'appel quand on la demande.

H. Sztulman (2010) parle de difficultés d'élaboration, d'intégration chez ces patients, qui sont à l'origine des « comportements impulsifs et antisociaux » (p. 45) souvent observés. Ils fonctionnent beaucoup par le passage à l'acte dans un mouvement de sidération de la pensée et qui se traduit souvent par des comportements à risque.

Henri Sztulman parle de « dépendance anaclitique » (c'est-à-dire en appui sur autrui) et « d'incapacité à tolérer la frustration » (Sztulman, 2010, p. 45) chez les personnes sujettes aux addictions.

Dans cet article, il explique que c'est souvent à l'adolescence que nous commençons à observer cette « intolérance absolue à la frustration et à la douleur psychique » (p. 45). Nous allons alors voir apparaître une capacité d'élaboration altérée, une tendance à se couper de tout affect. « L'issue ne peut être trouvée que dans des actes symptomatiques et dans le recours à un objet partiel transitoire, objet d'addiction ou néo-besoin » (Sztulman, 2010, p. 45).

Cela rejoint les difficultés souvent rencontrées chez les adolescents à se sentir vivants, à se sentir exister, à se sentir sujet à cause de cette sensation de vide très présente.

D'où cette tendance à rechercher des sensations fortes avec des conduites à risque et la consommation excessive de produits.

Le corps en marge

Intervention dans un Atelier lors des journées nationales de la Fédération
Addiction de Lille (juin 2015)

*Maxence THOMAS, Psychologue Clinicien.
Intervention en binôme avec
le Dr Xavier RICHEN, Médecin Addictologue.*

Mon propos s'origine à partir de notre pratique professionnelle dans une équipe mobile d'addictologie. Elle est rattachée à l'association ARIA, et notamment à l'un de ses CSAPA dans la région lyonnaise. Cette équipe a été financée pour aller à la rencontre des personnes en situation de grande précarité, le plus souvent dans des centres d'hébergement. Nous tentons de faire émerger une demande, là où ce qui fait le plus souvent symptôme est soit du côté de l'isolement, soit du côté d'un comportement violent. Ces expressions symptomatiques sont mises en lien avec le produit, avec l'idée, pour une grande partie de nos partenaires, que c'est bien l'addiction qui serait à l'origine des troubles, et donc qu'en supprimant ces produits les choses deviendraient possibles. Nous, ce que nous constatons, ce sont des personnes qui s'enfoncent dans les conduites addictives. Nous remarquons aussi un mal-être global, incarné par le besoin de consommer des produits psychoactifs, mais incarné seulement, car le déséquilibre est bien plus vaste. On ne peut résumer les troubles de ces patients uniquement à la consommation d'un produit.

Ce que nous avons choisi de présenter aujourd'hui, c'est l'importance de la dimension corporelle chez ces personnes. C'est parfois le seul moyen d'entrer en contact avec eux, c'est parfois le seul élément concret qui nous permet de dire que les choses ne vont pas. Le corps est presque utilisé comme média : il parle pour un sujet qui ne peut plus rien dire. Nous avons donc une attention particulière pour le corps et ce qu'il dit de la personne.

Le lien entre corps et psychisme

Pour illustrer notre propos, j'ai voulu vous faire partager une métaphore utilisée par Ch. Dejours dans un de ces ouvrages (« le corps d'abord ») :

Il faut s'imaginer un cours d'eau. Un cours d'eau avec un débit assez fort. Puis un moulin est placé sur ce cours d'eau, il s'appuie sur la puissance du courant pour transformer l'énergie. Il l'utilise pour transformer des matières premières en farine, poudre ou grain destinés à être utilisés. Par ailleurs, le moulin régulerait aussi le cours d'eau, empêcherait les crues, les inondations, en transformant l'énergie.

On a là une métaphore du lien entre le corps et le psychisme : l'énergie somatique est le cours d'eau, source de vie, mais aussi potentiellement destructrice à l'excès (inondation, crue, noyade...). Le moulin représente le psychisme, appareil de transformation de l'excitation somatique, à un stade primaire, c'est à dire à un moment où l'excitation n'a pas encore de mot pour se représenter. Le moulin va transformer cette énergie, il va lui donner un sens, lui permettre de se canaliser, de s'apaiser.

Nous proposons ici, sur la base de cette métaphore, une réflexion sur nos patients et sur le dysfonctionnement de leurs "moulins", de la "dérégulation de leur cours d'eau" et sur les "dégâts" que cela produit en "aval". Autrement dit, nous nous penchons sur l'idée d'une dérégulation entre psyché et soma. L'idée de « dérégulation » est particulièrement importante, nous reprenons notamment ce terme des travaux de Jean-Pol Tassin sur les addictions et sur la dérégulation des circuits sérotoninergiques, noradrénergiques et dopaminergiques. Il parle aussi de découplage, avec l'idée qu'un retour à la régulation, au couplage, n'est possible qu'avec l'aide du produit. Nous sommes là aux confins de la limite entre corps et esprit. Ce qu'il faut retenir, le plus important, c'est l'idée d'une dérégulation.

A. Damasio, neurobiologiste, introduit une différence entre émotion et sentiment, qui rejoint nombres de travaux de psychanalystes : l'émotion est vécue prioritairement dans le corps et le sentiment est une forme de pensée bien plus élaborée et nuancée, témoignant d'un travail psychique de transformation de l'émotion. Par ailleurs, comme en écho, J. McDougall qui a ouvert la voie à une théorie des pathologies borderline et qui a importé le terme addiction de l'anglais en France, postule que l'addiction est une solution somato-psychique, et non pas unilatéralement somatique ou psychique. L'idée est de penser nos patients comme coupés de leurs émotions, coupés d'une partie du registre de la sensation et donc d'une partie de leur corps. C'est une forme de dérégulation entre corps et esprit.

Grande-précarité, corps et addiction

Tous ceux qui travaillent avec les précaires le savent, c'est une clinique du paradoxe. Le corps et la façon dont il est investi par ces patients n'échappe pas à la règle : tuméfié, scarifié, égratigné, coupé, lacéré, parcouru d'abcès et d'infection, ce corps ne semble pour autant pas forcément faire souffrir. Bien entendu, les produits anesthésient, ils modifient le rapport du sujet à son corps, mais même lorsque nous les rencontrons et qu'ils ne sont pas sous l'emprise d'alcool ou de drogue, ces sujets ressentent peu la douleur. En tout cas, ils en parlent peu, uniquement lorsque le corps est poussé dans ses derniers retranchements, en marge, sur la limite, là où le risque est ultime.

Et pourtant, s'il est mis au second plan, le moins que l'on puisse dire c'est que ce corps parle. Ce que l'on perçoit au premier abord, l'état de saleté, le visage rougi par l'alcool, les mains gonflés par les injections... sont autant de stigmates qui parlent d'un rapport particulier des sujets addicts avec leur corps, mais peut-être de manière encore plus sensible chez les patients précaires. Les cicatrices parlent d'un temps traumatique, mais gardent traces du passé. Elles sont inscrites sur la peau, surface de contact du corps avec l'extérieur mais aussi citée comme l'un des premiers contenant du psychisme par

D. Anzieu. Tout fonctionne comme si quelque chose, chez ces patients, devait rester à un état primaire, dans le corps, car ce quelque chose tarderait à s'inscrire dans le psychisme.

Pour poursuivre avec notre « moulin », il semblerait que chez les patients précaires, le moulin ne soit plus en mesure de réguler le courant, de lui donner un sens, de le dévier suffisamment pour qu'il ne détruise pas son lit. Le courant est alors brutalement rejeté en contrebas, et ce n'est plus le moulin qui fait office de régulateur, mais l'environnement dans lequel le cours d'eau se déploie.

Le psychisme est un régulateur du vivant. Le psychisme s'étaye sur les fonctions biologiques pour pouvoir réguler, dévier, subvertir, transformer ou différer les pulsions à l'état brut. Lorsque le psychisme est confronté à l'insupportable, les choses s'inversent, et c'est le corps qui devient alors le régulateur d'un psychisme saturé. C'est le corps qui va encaisser, qui va être chargé du travail de transformation de ses propres excitations. Tout fonctionne à l'inverse, les cicatrices vont tenter de figurer le traumatisme, les scarifications vont permettre à celui qui se les inflige d'éviter d'agresser un autre, et en même temps de traiter sa propre culpabilité. Les abcès parlent parfois - pas toujours, il ne faut pas en faire une loi - de quelque chose qui sommeille et qui tente de remonter à la surface. Le corps devient alors un espace d'expériences symbolisantes, une surface d'inscription permettant au psychisme, coupé de son support somatique, de rester sauf... Pour encore quelques temps.

Et les drogues, et l'alcool dans tout cela ? Peut-être que les produits psychoactifs jouent un rôle de relais, de convertisseur, de paratonnerre lorsque la souffrance psychique revient au galop... Les produits psychoactifs permettraient une subversion, retourneraient et convertiraient ce qui se présente sous forme de pensée en forme de sensation somato-psychique, comme une forme de régression. Ils serviraient à revenir à un niveau primaire de l'expérience somato-psychique. Il s'agirait de barrer rapidement la voie au sentiment pour reverser vers le mouvement émotionnel, artificiel bien sûr, mais teinté de plaisir. La représentation déployée aux quatre coins de l'expérience somato-psychique ne serait alors plus menaçante.

Illustration clinique de l'équipe mobile en addictologie

Intervention dans un Atelier lors des journées nationales de la Fédération
Addiction de Lille (juin 2015)

*Dr Xavier RICHEN, Médecin Addictologue
Intervention en binôme avec
Maxence THOMAS, Psychologue Clinicien*

M. D est un homme d'une quarantaine d'année, originaire du Sénégal.

Il a grandi à Lyon où ses parents vivent toujours, ainsi que la majorité de ses 5 frères et sœurs.

Il vit actuellement dans un CHRS dans le centre de Lyon, où il est arrivé, il y a 4 ans maintenant, au moment de sa sortie de prison.

Avant la prison, sa vie était essentiellement faite d'alcool, de produits divers, de violence, de délinquance, mais également de bribes de vie familiale, que ce soit avec ses parents, ses frères et sœurs, ou bien son fils qui a maintenant 14 ans.

Lors de notre premier entretien, je me rends compte qu'il s'agit d'un patient qui a subi de nombreux traumatismes physiques : fracture du tibia, du nez, des doigts, un œil de verre... bref, de nombreuses effractions de son enveloppe corporelle. Ces nombreux traumatismes et interventions chirurgicales qui ont suivi y ont laissé de nombreuses cicatrices, des traces visibles de son histoire.

J'ai été interpellé par les travailleurs sociaux du CHRS car il avait quitté prématurément l'hôpital où il était hospitalisé depuis 2 jours pour une nouvelle pancréatite aigüe sur un problème d'alcool. On me demande de le voir pour refaire le point avec lui sur cette pancréatite, et réévaluer la nécessité de se rendre de nouveau à l'hôpital.

C'est cette atteinte somatique en profondeur qui va cette fois-ci être la porte d'entrée vers le soin...

Il n'a jamais eu de suivi en addictologie, en dehors d'une hospitalisation pour sevrage, C'est donc la première fois qu'il voit un médecin addictologue en dehors de l'hôpital.

Il ne voit pas ailleurs aucun autre médecin régulièrement. Il n'a vu des médecins jusqu'ici que lorsque que son corps touchait des limites, et quelles limites...

Notre premier échange tourne autour de la nécessité, ou non, de retourner à l'hôpital. Il a mille raisons de ne pas y retourner, je n'en n'ai qu'une seule, sa santé physique, ses symptômes, sa douleur.

Il ne retournera pas à l'hôpital, son corps n'était pas au centre de son attention ou tout simplement l'attention pour son corps n'existait plus à ce moment-là. Les signaux douloureux émis par son pancréas étaient redescendus dans une zone moins critique, et ne trouvaient donc plus de récepteurs pour les accueillir.

Mais le lien est resté avec les soignants de l'équipe mobile.

Nous avons pu parler d'alcool et de ce que cela signifiait pour lui. Il a pu mettre progressivement des mots sur des émotions, sur des symptômes.

Il a finalement refait un séjour de sevrage de 15 jours. A l'issue de ce sevrage, M. D est devenu plus à l'écoute de son corps, et a finalement été opéré d'un kyste douloureux, au niveau, du pancréas.

Il a repris l'alcool rapidement après ce sevrage, mais a rapidement demandé de l'aide pour boire moins et en particulier une aide médicamenteuse.

Il boit toujours, mais cela fait deux ans qu'il n'a pas refait de pancréatite, ni n'est même repassé aux urgences.

Cela fait deux ans également qu'il ne s'est pas blessé, qu'il n'a pas de nouveau porté atteinte à son enveloppe corporelle.

Une écoute plus attentive de son corps lui a permis de réduire les dommages qu'il lui faisait subir.

Quand l'institution met en scène la problématique des usagers

Bénédicte BRISSET, Psychologue Clinicienne.

Après mon envie, et mon impossibilité à écrire l'an dernier sur la parole, je souhaite cette année faire une place dans ce rapport d'activités à ce que nous vivons comme « bizarrerie » parfois au CSAPA.

Peut-être ce texte paraîtra-t-il décalé, car pour le produire, il m'a fallu me dégager de la commande, (ou de ce que j'imaginai de la commande), et m'engager avec le risque que cette pensée n'ait plus sa place dans le représentant de l'activité institutionnelle qu'est le rapport d'activités... En somme, me protéger d'autant de risques d'effraction de la pensée.

A l'heure où nous cherchons à (re)définir notre projet, à clarifier nos missions, à évaluer notre travail... il me paraît plus que jamais nécessaire, et plus que jamais difficile de se concentrer, de se recentrer sur les réalités cliniques qui sous-tendent et qui animent notre travail collectif, réalités cliniques auxquelles nous souhaiterions paradoxalement nous (ré) ajuster.

Je propose ce texte comme un retour à la nature, un retour à ma nature de psychologue, un retour à la nature de mon travail. Je souhaite soumettre au lecteur une lecture clinique de scènes (presque) quotidiennes que l'on peut vivre au centre de soins, en relatant le déroulement d'une réunion clinique qui a eu lieu dans un sentiment d'insécurité.

Notre travail commun consiste parfois à faire parler des « agirs » ou des agissements qui condensent, en peu de mots, mais en beaucoup de bruit, beaucoup de non-dits... pour différentes raisons, ce travail est parfois empêché, malaisé.

Les réunions cliniques sont hebdomadaires et durent 2 heures ; tous les membres de l'équipe se réunissent pour échanger autour des usagers dans la salle de réunion, longue salle ouverte en ses deux extrémités.

Ce jour-là, au début de la réunion, la secrétaire d'accueil est entrée dans la salle pour signaler qu'un usager se trouvait dans la salle d'attente, visiblement au plus mal, et réclamant de voir un médecin. Elle s'est excusée de nous avoir dérangés, mais elle ne souhaitait pas prendre seule la responsabilité du probable refus. Il fut décidé que le médecin alors en poste viendrait dire à cet usager son impossibilité de répondre à sa demande et l'orienter vers une autre structure susceptible de l'accueillir.

La réunion se poursuit donc sans elle, jusqu'à ce qu'un cri inquiétant se fasse entendre. Les deux hommes de l'équipe alors présents se précipitaient dans la salle d'attente au cas où la collègue fut en difficulté. Au bout d'un temps (qui était véritablement

suspendu), ils revinrent bredouilles : il n'y avait rien d'anormal dans la salle d'attente, la secrétaire n'a rien entendu, tout est calme. Mais la collègue n'est pas revenue, et l'on commence à se demander où elle peut bien être, puisqu'elle n'était pas dans la salle d'attente. Cette fois, c'est la chef de service qui part à sa recherche. Elle revient, nous disant que le médecin est dans la salle d'attente avec l'utilisateur qui se sent très mal et qui attend un taxi. On en conclut que le cri devait venir de dehors.

Quand ça agit

Plusieurs éléments me paraissent très importants dans cette petite vignette qui met en scène, en plusieurs « actes » de nombreux fantasmes vécus par l'institution.

Ce sont les échanges entre le dedans et le dehors qui se révèlent dans leur confusion. En premier lieu, la secrétaire d'accueil, qui se trouve à l'interface et qui a à gérer les rapports entre le dedans et le dehors se trouve en position délicate. Elle vient demander une aide à l'intérieur de l'institution en agissant, en « effractant » l'espace de la réunion, et ce, en réponse à une peur liée à la difficulté de ne pas répondre à la demande pressante, urgente d'un usager. Cette intrusion, sur un mode actif, répond à une menace provenant du dehors.

Le médecin se mobilise également sur un mode actif. Elle va tenter de gérer le refus, de signifier la limite de l'institution, sans que ce soit trop menaçant et persécuteur pour l'utilisateur.

Nous avons perçu le cri comme provenant du dedans, comme si le fait d'avoir posé une limite au-dehors revenait sous forme de violence au-dedans. Il serait donné à penser à l'institution que ce qui ne serait pas organisé pour ses usagers concernerait la distinction entre ce qui provient du soi et/ou de l'autre, entre le dedans et le dehors.

Nos usagers ne trouvent-ils pas d'ailleurs une problématique commune dans le fait qu'ils aient ou cherchent des sensations intérieures qui proviennent d'une source non seulement extérieure mais aussi extérieure et dangereuse ?

Je ne comprends toujours pas comment il a été possible que ceux qui étaient partis voir ce qui se passait n'aient pas vu le médecin, alors qu'elle se trouvait dans la pièce. Il y a bien quelque chose de fou dans tout ça ! La fragilité des limites entre dedans et dehors entre ce qui provient de soi ou de l'autre pourrait mener au délire, à la folie. Il m'apparaît que pour certains, la problématique addictive pourrait constituer une construction défensive contre la psychose.

Mon rôle de témoin passif, de spectateur, m'a permis de questionner la dimension du regard dans cette scène. Je tiens à souligner combien j'ai été sensible au fait que les « acteurs » qui ont agi en se déplaçant pour « aller voir », pour aller chercher (une partie de ceux qui se sentent investis d'un rôle de protection vis-à-vis des autres), ont utilisé les deux portes de la salle, les laissant ouvertes derrière eux. Je les voyais passer en pensant « il s'en passe », puis « ça passe et ça est mal contenu ».

Il me semble pouvoir parler d'un retournement : les usagers, dont on craint qu'ils passent à l'acte, qu'ils soient actifs, font agir l'équipe, et lui font vivre un état de confusion interne.

Le corps institutionnel ne parvenait pas à contenir et à organiser en représentations les éléments pulsionnels qui le traversaient. L'agir semble avoir permis de ne pas vivre dans l'impuissance, des affects, déliés de toute représentation.

En effet, moi qui étais restée dans la salle de réunion, j'ai ressenti une grande inquiétude quant à ce qui se passait sur l'autre scène que représentait la salle d'attente.

Et voici le fantasme d'une scène (primitive) sur laquelle se déroule quelque chose de violent, dangereux, inquiétant, dont j'étais exclue et sur laquelle je n'avais aucune prise. Je l'ai vécue sans image, ne percevant que l'aspect potentiellement destructeur et violent de la scène, dans l'effroi et la sidération. C'est un profond sentiment d'impuissance par rapport à ce qui pourrait se passer que j'ai ressenti. Seul mon regard me permettait de tenir le danger à distance.

Le fait de vivre ce fantasme de scène primitive « sado-masochique » dans l'effroi et l'impuissance ou bien, dans la curiosité et l'excitation, détermine-t-il, même pour partie, le destin du sujet ?

La crainte, le sentiment d'insécurité est à mettre en lien avec plusieurs événements vécus dans l'institution, (et hors de l'institution aussi, sans doute) ainsi qu'avec un événement qui fait partie de l'histoire « transgénérationnelle » du CSAPA, jadis, du temps de l'APUS : deux personnages cagoulés, une prise d'otages, une équipe couchée par terre dans la salle de réunion... probablement des usagers...

Le fantasme qui est agissant est un fantasme qui concerne le viol, comme répétition d'une scène primaire sado-masochique, qui fait écho à la crainte éprouvée par l'institution d'être « effractée ». Comme si ce qu'on faisait pouvait se retourner contre nous... menace, persécution qui pourraient venir de n'importe quelle issue : fenêtre, porte de devant, de derrière... Comme si ce qui transitait entre le dedans et le dehors, des éléments pulsionnels pouvaient déchirer l'enveloppe institutionnelle, ouvrant sur une béance sans représentant possible.

Le mode de lien entre les usagers et l'institution se fait sur un registre très primaire, sur le registre de l'identification projective. Ce mode de lien n'est pas mentalisé et se situe du côté de l'agir, de l'agir sur le corps en tant qu'il représente le lieu d'échange entre le dedans et le dehors, entre soi et l'autre.

Notre équipe est quotidiennement soumise à des « tiraillements », qui « morcellent » le corps institutionnel, entre vécus d'urgence à répondre, mais frustration à ne pouvoir le faire, entre répondre aux demandes des usagers mais nécessité de tenir des cadres de régulations et de respirations qui n'ont plus tellement souvent d'effet apaisant pour l'équipe. Perdant de leur sens, ces temps peuvent parfois être vécus comme une contrainte, et un effort à produire, comme une nécessité de se confronter à ce qui est douloureux.

Bien entendu, ces vécus viennent en écho aux douleurs et aux histoires de vie des usagers dont nous sommes dépositaires, histoires de vie marquées par des traumatismes vécus qui continuent parfois longtemps d'être « actifs » et destructeurs tant qu'ils ne peuvent faire l'objet d'une appropriation « subjectivant », symbolisant ces expériences ?

Comment, dès lors, pouvons-nous garantir un cadre suffisamment cohérent pour favoriser ce processus ?

Il me paraît important de se rappeler que le rôle d'une institution comme la nôtre est peut-être d'abord de tenir, de résister, de se laisser utiliser comme objet de dépendance, (haï ou infiniment aimé, auquel les usagers se soumettent ou qu'ils persécutent) ? Quel rôle l'institution doit-elle accepter de jouer dans ces scénarii d'emprise ? Quelle(s) limite(s) faut-il se donner pour ne pas détruire et/ou se laisser détruire ?

Suivi et mise en œuvre du PACQ en 2015

Plan d'Amélioration Continue de la Qualité

Olivia KRIMI, Chef de Service Educatif.

Notre évaluation interne réalisée en 2014 a mis en évidence des axes d'amélioration et les étapes de leur mise en œuvre. Fort et dynamique de ce processus d'évolution et d'amélioration, le travail d'équipe s'est poursuivi en 2015. Cette manière de travailler dans une démarche qualité nous amène à nous positionner et à nous réajuster dans notre pratique quotidienne de l'institutionnel et de la clinique, et d'adopter une culture d'équipe différente.

Au sein de l'équipe, nous avons constitué trois groupes de travail par thématique afin de mettre en œuvre le dossier unique partagé, la participation des usagers, et la gestion des risques. Les groupes pluri-professionnels de 4 à 5 personnes étaient chargés de faire des propositions à partir des étapes annoncées dans le rapport d'évaluation interne de fin 2014. Pour chaque groupe, un référent a été désigné pour animer ce travail et en faire une restitution lors du comité de pilotage réuni pour veiller au suivi et à la mise en œuvre de ces axes retenus.

Dossier unique partagé

L'objectif principal est de constituer un dossier patient unique et partagé, informatisé sur le logiciel PRO-G-Dis Addiction, accessible aux professionnels et à l'utilisateur comme la loi le permet, dans le respect des textes réglementaires.

Avant la mise en place de ce dossier, le groupe technique a travaillé sur l'éthique des professionnels avec des métiers et des déontologies différentes, sur le contenu des écrits, sur le secret partagé. Il a réfléchi à la plus-value de la mise en commun au sein d'un dossier, et de ses limites. Au CSAPA, nous faisons le constat de l'existence de plusieurs cultures professionnelles, et deux tendances peuvent s'opposer dans le processus de mise en commun : culture de la statistique et culture de la clinique, approche médicale et approche psycho-sociale.

Historiquement, la culture de l'oral était omniprésente, et la place de l'écrit dans le dossier, pauvre. Au moment du passage en CSAPA, et du renforcement de l'approche médicale, les dossiers écrits des patients avec volet infirmier et volet médical ont été créés. Les dossiers avec volet éducatif existaient déjà, les psychologues prenaient des notes personnelles. Chaque professionnel est détenteur d'éléments relatifs au patient qui se mettent parfois en commun lors des réunions cliniques, à l'oral, dans l'échange ; mais ces éléments sont absents du dossier informatique constitué, non écrits. Et la situation de chaque patient n'est pas abordée en réunion d'équipe, faute de temps bien évidemment...

Nous avons fait le choix de passer à l'informatique sans avoir recours au dossier papier (initialement prévu comme une étape préalable à l'informatisation), qui aurait demandé une organisation importante au sein du CSAPA. Et un temps conséquent... Avant de mettre en place une formation au logiciel informatique afin d'optimiser le dossier unique commun et partagé au sein de l'équipe, nous avons réalisé une formation avec le CREA Rhône-Alpes sur les réglementations du dossier et les écrits professionnels. Cette formation de deux journées a été une amorce pour que l'équipe mette en commun cette culture du partage, pour la sensibiliser à la nécessité du dossier unique et de son fonctionnement, et de pour lui permettre de s'y projeter concrètement.

Au cours de cette formation sur le dossier, l'équipe a mis en commun ses besoins et ses attentes vis-à-vis des écrits des autres professionnels, ce qui a permis de mettre en évidence les nécessaires informations utiles au dossier pour chaque nouveau patient accueilli. Nous avons aussi travaillé à partir d'un dossier existant, nous permettant d'évaluer les manques et les aspects à améliorer quant au contenu des écrits laissés dans le dossier. L'équipe a pu apprécier que l'écrit ne s'oppose pas à l'oral, qu'ils sont bien évidemment complémentaires, et que les principes de mémoire, de traçabilité, de conservation des éléments du dossier doivent être garantis.

Participation des usagers

Réaffirmé par une volonté associative, l'objectif principal est celui de créer des espaces d'expression ou des outils de recueil de la parole des usagers du centre de soins, de recueillir leurs propositions en vue d'améliorer et d'ajuster le service proposé. L'objectif sous-tendu est celui de donner et d'affirmer au patient son statut de personne citoyenne, responsable et autonome dans sa capacité de choix et de consultation au sein d'une institution dont il est bénéficiaire. Cela est d'autant plus important pour les personnes que nous accueillons, qui souffrent de la relation au monde et aux autres.

Nous avons ouvert depuis plusieurs années une boîte aux lettres en salle d'attente, somme toute très peu utilisée. A l'initiative de certains professionnels, des questionnaires ont été proposés aux usagers, ciblés sur les effets du traitement méthadone, sur les absences au rendez-vous médicaux, sur les besoins de participation à des groupes. Ces questionnaires ont donné lieu à des échanges ou à une reprise partielle avec certains usagers, et les résultats de ces questionnaires et des réponses des usagers ont donné à l'équipe du CSAPA une représentation des attentes et des besoins des usagers sur tel ou tel aspect de l'activité existante (délivrance des traitements) ou à développer (prise en charge groupale).

En 2015, nous avons mis en place des réunions d'expression des usagers, en nous appuyant sur un cadre institué et un espace permettant des temps formels d'échanges et de partages entre des membres de l'équipe, de la direction et des usagers du CSAPA. Quatre réunions ont eu lieu entre avril et décembre 2015, à partir d'un affichage fait en salle d'attente, et d'une sollicitation de certains usagers désireux de participer. Des membres de l'équipe, de la direction et quelques usagers se sont retrouvés en salle de réunion, avec convivialité et partage, mais au final, plus de membres de l'équipe que

d'usagers. Le constat est que deux personnes se sont plus investies à venir, mais le taux de participation a été faible au regard du nombre d'usagers concernés fréquentant le CSAPA.

En parallèle aux réunions d'expression, un groupe technique de membres de l'équipe pluridisciplinaire s'est créé pour soutenir et préparer la mise en œuvre de la participation des usagers. Des propositions faites au sein du groupe technique ont été discutées lors des réunions avec les usagers, essentiellement celle de créer un espace au CSAPA d'une salle ou d'un bureau des usagers, afin de développer le soutien et une entraide entre pairs. Deux usagers ayant participé à ces réunions restent intéressés et prêts à s'engager dans ce projet. Le choix des réunions d'expression est à revoir en équipe étant donné le peu de fréquentation des usagers, qui ne se retrouvent peut-être pas sur ce format proposé. D'autres formes de participation sont à explorer...

Gestion des risques

Cette thématique retenue lors de l'évaluation interne du CSAPA du Griffon renvoie à la gestion des risques professionnels et psycho-sociaux au sein de l'établissement. Plusieurs indicateurs de risques ont été identifiés au sein de l'équipe dans leur participation à l'évaluation interne, d'où le choix d'une continuité sur cette thématique en 2015, l'optique étant la constitution d'un DUERP (Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels). Un groupe technique pluri-professionnel s'est constitué et a continué à travailler à la mise en œuvre d'outils relatifs à la gestion des risques, à partir des préconisations du rapport d'évaluation interne.

Une fiche d'amélioration et une procédure ont été proposées par la Direction puis travaillées avec ce groupe, à partir de modèles, afin que chaque salarié puisse déclarer un évènement indésirable ou un dysfonctionnement dans l'exercice de sa fonction. Ces évènements sont en référence avec plusieurs domaines concernant : le matériel technique et logistique ; les relations avec les usagers ou les patients ; les relations entre direction et professionnels ; l'hygiène et la sécurité ; l'organisation du travail ; l'usage des locaux ; la santé des professionnels ; la santé des usagers ou des patients. Les évènements sont classés en 3 niveaux de gravité, selon qu'ils sont mineurs (en décalage avec le bon fonctionnement du service), majeurs (entraînant une gêne dans le fonctionnement du service), ou graves (compromettant la santé et la sécurité des professionnels ou des usagers).

Après indication faite aux salariés, une phase expérimentale de lancement et de traitement de fiches d'amélioration s'est déroulée durant 6 mois de l'année 2015. Une commission gestion des risques (GDR) est alors constituée afin de traiter et d'analyser les fiches recueillies, commission constituée de salariés et d'un membre de la Direction. Le principal rôle de la commission GDR est d'apporter des indicateurs de mesures correctives et de mesures préventives à partir des évènements déclarés ou s'étant produits dans le service. Le traitement et l'analyse des fiches est reporté dans un tableau de suivi et transmis à la Direction de l'association pour avis et validation, et des mesures essentiellement préventives à prendre en conséquence.

La phase expérimentale étant concluante, nous avons fait le choix de poursuivre ce fonctionnement de fiches d'amélioration pour 2016. La poursuite de recueil de ces indicateurs doit permettre la constitution du DUERP avec des repères de risques professionnels récurrents ou se répétant au sein du service. L'objectif initial est que le DUERP puisse se faire à partir d'indicateurs fiables et réels émanant des professionnels intervenant au CSAPA, et de pouvoir intervenir en amont de risques professionnels aggravés.

Partenariat CSAPA/CAARUD

Lors du travail d'évaluation interne, ce partenariat existant entre le CSAPA du Griffon et le CAARUD RuptureS appartenant à la même association, entre deux structures en proximité géographique, était à améliorer en termes d'articulations, de coordination et d'échanges. Les équipes respectives sont volontaires pour travailler ensemble, se compléter dans l'accompagnement des personnes, et il est apparu que des représentations étaient à partager et à discuter, à la fois sur le fonctionnement du CAARUD, sur celui du CSAPA, sur les attentes du CAARUD, et celles du CSAPA, que sur les réponses apportées et à apporter, de part et d'autre...

S'est donc mis en place un groupe technique CSAPA/CAARUD composé des professionnels de chaque structure et d'un membre de la direction, afin de favoriser les passerelles et orientations mutuelles, et dans un premier temps de favoriser les relais des demandes de traitements de substitution des usagers du CAARUD vers le CSAPA. A partir de partages d'expériences et d'identification des pratiques de chaque structure, d'autres thèmes s'abordent au fil du groupe technique qui se réunit tous les 2 mois, et des interventions mutuelles nouent cette collaboration partenariale.