

**CENTRE D'ADDICTOLOGIE**

**LOGOS**

**PROJET D'ÉTABLISSEMENT**

**Janvier 2009**



## SOMMAIRE

Projet thérapeutique .....	3
Les missions du CSAPA .....	7
Organisation interne de l'établissement .....	9
Méthadone : bas seuil-haut seuil, quel enjeu pour l'institution ? .....	10
La fonction d'accueil : un lieu, un temps, un discours .....	14
La fonction éducative .....	16
La fonction du médecin dans un CSAPA .....	19
La fonction de l'infirmier au centre de soins.....	21
La fonction du psychologue .....	24
Réduction des Risques .....	28
Projet Ateliers .....	31
Travail avec les familles au soin.....	34
Projet Thérapeutique addiction sans substances.....	35
Mission de prévention .....	36
Évaluation des pratiques .....	38

Le concept de « projet » sous entend un parcours dans le temps, dont l'objectif, pour être thérapeutique, serait :

- ✓ De partir d'une situation existante, insatisfaisante pour l'utilisateur, d'un diagnostic de situation.
- ✓ De définir des objectifs à atteindre.
- ✓ De mettre en œuvre les moyens humains et matériels pour y parvenir.

Dans la problématique addictive :

- ✓ **La situation existante** est corrélée à tout usage, abus ou dépendance d'une substance psychoactive ou d'un objet problématique pour la personne en demande de soins ; une évaluation, un repérage de cette situation est nécessaire.
- ✓ **Les objectifs** à atteindre, seraient d'améliorer la qualité de vie, permettre un meilleur équilibre entre l'utilisateur et son comportement addictif, voire de l'accompagner à s'en dégager complètement, de favoriser une amélioration de sa santé physique, psychique et sociale.
- ✓ **Les moyens** à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs définis feront appel à des intervenants professionnels usant de techniques spécifiques à leur formation, avec la nécessité d'une pluri et transdisciplinarité qui respectera les trois composantes de la santé de l'individu (équilibre (homéostasie) physique, psychique et sociale).

L'analyse de la situation, les objectifs à atteindre et les moyens à utiliser devront tous s'articuler sur le désir de l'utilisateur qui est au centre de la prise en charge.

### QU'EST-CE QUE L'ADDICTOLOGIE ?

C'est la science, l'étude des addictions.

Cette notion a pris le pas sur le mot toxicomanie en élargissant la problématique à des comportements moins stigmatisant.

Le rapport du professeur PARQUET offre la possibilité de mettre de côté l'approche « produit » en faveur du concept de comportement d'usage.

- ✓ Le cloisonnement « produit » ne répond pas à la réalité de terrain observé.
- ✓ La polyconsommation, et/ou polydépendance, le passage d'un produit à un autre dans l'histoire d'une même personne, obligent à avoir une vision « généraliste » de l'addiction.

Au sens étymologique, l'addictologie est référée à la contrainte par corps.

Ad-dicere du latin « dire à », est l'attribution de quelqu'un en esclave pour régler une dette.

- ✓ L'addicte est celui qui paye par son corps et son comportement. C'est une personne encline à des attachements à des conduites précises.
- ✓ L'addictologie vise plus l'aliénation, la dépendance que la toxicomanie qui centre sur le produit. Elle élargit la vision, réduite à la substance, au rapport d'aliénation contraignante entre un individu et un objet extérieur.

Paradoxalement comme l'observe **P. COURTY** dans [**Volutes et Nocives**].  
*« On peut difficilement préciser si la contrainte s'exerce par le sujet sur le corps ou si un objet extérieur, par son manque vient contraindre le sujet et/ou le corps. »*

En France, ce terme a d'abord été utilisé au sujet de l'alcoolisme.

Plus tard, à travers le rapport **PARQUET** et l'**OMS** (1971) selon un consensus international trois comportements distincts de consommation de substances psychoactives seront définis.

### **USAGE – USAGE NOCIF – DEPENDANCE**

Le pouvoir « addictogène » d'une substance sera par ailleurs développé en un schéma tridimensionnel de potentiel, et de dangerosité : toxicité somatique – pouvoir de modification psychique – potentiel addictif = capacité à créer une dépendance « par **A. MOREL** ».

#### Les définitions

**Usage simple** : usage ponctuel et sans danger pour la santé de l'utilisateur. Il n'y a pas de référence au caractère licite ou illicite de la substance psychoactive.

L'usage ne relève pas d'une nécessité de soins mais d'actions de prévention « si cet usage n'est jamais dommageable par définition, il est toujours à risque (Lowenstein).

**Usage nocif** ou **abus** : usage ponctuel ou discontinu mais provoquant des dommages somatiques, psychoactifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son entourage selon DSM IV (1994) :

- ✓ L'abus est un mode de consommation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du comportement ou à une souffrance

cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois;

- ✓ Consommation répétée d'une substance débouchant sur l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison (par exemple : absences répétées, mauvaises performances au travail, exclusions scolaires, négligence des enfants ou des tâches ménagères);
- ✓ Consommation répétée d'une substance dans des situations présentant une dangerosité physique (par exemple : conduite d'un véhicule ou fonctionnement d'une machine-outil) ;
- ✓ Problèmes judiciaires répétés liés à la consommation d'une substance psychoactive;
- ✓ Poursuite de l'usage de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple : bagarres à répétition, disputes conjugales, violences familiales).

**La dépendance** : Usage continu jugé nécessaire par le sujet même, s'il occasionne des dommages.

« C'est la perte de la liberté de s'abstenir ». Définition DSM IV(1994) :

La dépendance correspond au mode d'utilisation d'une substance entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent au moins trois des sept manifestations suivantes survenues, à n'importe quel moment, au cours d'une même période de douze mois :

- 1) Tolérance définie soit par un besoin de quantités nettement majorées pour obtenir l'effet désiré, soit par un effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance ;
- 2) Sevrage dont témoigne soit un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, soit la nécessité de prendre la même substance pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- 3) Substance prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé ou souhaité ;
- 4) Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommation ou récupérer de ses effets ;

- 5) Abandon d'importances d'activités sociales, occupationnelles ou de loisir en raison de l'usage ;
- 6) Poursuite de la consommation malgré la connaissance d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance ;
- 7) Désir persistant, ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler la consommation.

De plus, la dépendance physique n'étant pas indispensable (et suffisante) pour parler de dépendance aux substances psychoactives, il est nécessaire de préciser si cette dernière est avec ou sans la première :

- ✓ Avec dépendance physique : items 1 ou 2 présent ;
- ✓ Sans dépendance physique : items 1 et 2 absents ;
- ✓ Substitution.

Néanmoins, la seule notion de dépendance ne suffit pas à considérer qu'il y a « pathos. »

Le développement des neurosciences montre les mécanismes neurologiques quel que soit le produit qui induit une dépendance, a permis de décloisonner les prises en charges et probablement de favoriser des accompagnements plus précoces.

L'aspect propriété chimique est par ailleurs variable selon les modalités de consommation.

Le mode d'administration (absorbé, inhalé, injecté) qui fait varier la rapidité d'action, la quantité absorbée et les molécules associées, modifient les critères de dangerosité.

La fragilité individuelle, tant psychique (co-morbidité psychiatrique) que physique, doit faire l'objet d'une évaluation car elle est prédictive et symptomatique de la difficulté de l'usager.

Enfin, le contexte social, l'environnement affectif et l'histoire relationnelle de la personne en demande de soins influenceront sur les différentes étapes de la prise en charge.

Le projet d'établissement du centre Logos s'inscrit dans :

Le respect de la loi 2002-2

L'intérêt majeur de cette loi est que le patient est au centre du dispositif et qu'il est acteur de sa démarche de soins. Ces deux notions ont fait évoluer de façon notable les représentations et les pratiques professionnelles.

La transdisciplinarité

Il s'agit d'organiser la synergie des différentes fonctions des professionnels de l'équipe, œuvrant dans le champ de la santé somatique et psychique, dans le champ du social et dans le champ administratif, pour concourir au soin des personnes reçues au centre.

L'accueil de toute personne en problématique d'addiction

Les personnes reçues le sont dans le respect de leur parcours de vie, de la situation dans laquelle ils sont en arrivant au centre et quel que soit le type d'addiction dont ils souffrent. En fonction de l'addiction repérée, une orientation sera organisée ou une prise en charge sera proposée.

La prise en compte des problèmes de santé physique et psychique

La population que nous recevons est très souvent concernée par des pathologies psychiatriques et/ou des pathologies virales type VIH, VHC, VHB... Des actions spécifiques sont menées pour la prévention, la réduction des risques et le soin de ces comorbidités.

La nécessité d'une évaluation des pratiques professionnelles et de l'évolution de celles-ci.

Il est indispensable que nos pratiques professionnelles s'adaptent aux modifications des besoins des populations que nous rencontrons pour y répondre aux mieux et que nous soyons en capacité à faire des propositions originales.

Le respect des quatre missions obligatoires, à savoir :

L'accueil : Nous proposons un accueil individualisé et chaleureux, car franchir le seuil d'un CSAPA n'est pas toujours un acte facile à réaliser, il faut donc savoir se rendre disponible. Du temps est consacré à cette mission que nous considérons un préalable au bon fonctionnement de la prise en charge.

L'information : il s'agit de donner les éléments d'informations nécessaires pour que les usagers se repèrent dans la structure à laquelle ils s'adressent. Celle-ci se fait par écrit à travers le livret d'accueil, les panneaux d'affichage dans la salle d'accueil, le DIPEC... verbalement lors de rencontres individuelles ou collectives.

L'évaluation médicale, psychologique et sociale.

Cette évaluation s'organise dans le cadre d'un fonctionnement transdisciplinaire qui permet la prise en compte globale de l'individu.

L'orientation : elle est proposée après évaluation des situations des personnes rencontrées. En effet, après celle-ci il s'agit de construire avec les usagers les réponses, en interne ou en externe, les plus adaptées à leurs demandes.

La mise en œuvre des missions obligatoires pouvant faire l'objet d'une spécialisation est organisée au centre Logos, à savoir :

- La prise en charge médicale
- La prise en charge psychologique
- La prise en charge sociale et éducative
- La réduction des risques

La mise en place des missions facultatives définies dans la circulaire du 28 février 2008, à savoir :

- Les consultations de proximité et repérages précoces
  - Les activités de prévention, de formations et de recherches
  - Les prises en charge des addictions sans substances
  - Les interventions en Maison d'Arrêt
  - Participation au dispositif d'alerte
-



Dans le cadre du projet d'établissement en tant que futur CSAPA, le centre Logos se propose d'intervenir auprès des usagers consommateurs de produits psychoactifs et souffrant d'addiction aux jeux video et internet .

Le centre Logos existe depuis plus de 20 ans et s'appuie sur une pratique affirmée et reconnue par les partenaires auprès desquels nous sommes engagés. Ses principes de travail s'incrivent dans le respect des usagers et des partenaires.

Nous nous appuyons sur une équipe qui reflète la vision que nous avons d'un établissement médico-social, elle est pluridisciplinaire et le principe qui régit les liens professionnels est la transdisciplinarité.

Ce principe, renforce l'aspect médico-social de notre structure :

- ✓ Hiérarchie transversale
- ✓ Administration peu envahissante
- ✓ Réunion de travail en équipe
- ✓ Prise en charge à étayage multiple
- ✓ Souplesse d'adaptation aux situations rencontrées
- ✓ Capacité de réaction rapide aussi bien en interne qu'en externe pour répondre aux besoins des usagers et/ou des partenaires
- ✓ Partages des pratiques avec les autres structures
- ✓ Montage de projets en partenariat
- ✓ Diversité d'actions allant du soin à la prévention

Nos actions peuvent s'inscrire dans la durée pour les usagers qui le nécessitent. Il n'est pas question d'avoir une file active captive par une réticence à mettre en place des relais de ville : l'établissement se veut être un passage dans la vie des usagers. Il est donc important que dès que possible ils soient orientés en médecine de ville.

Pour certains on sait qu'il faudra du temps du fait de leur problématique psychique, comportementale et de précarité, et qu'un accompagnement au long cours sera bien souvent nécessaire. L'équipe de Logos est en situation de pouvoir faire également un accompagnement spécialisé du fait de la structuration de son équipe avec des consultations de psychiatrie en partenariat avec le CHS d'Uzès et les consultations d'hépatologies en partenariat avec le CHU de Nimes.

Le traitement substitutif aux opiacés (TSO) par chlorhydrate de Méthadone est référé à un cadre de prescription rigoureux (cf. annexe A.M.M Méthadone). La primo-prescription de Méthadone® est possible pour TOUT MEDECIN exerçant en établissement de santé ou en centre de soins spécialisés pour toxicomanes.

Elle est réalisable par les médecins généralistes après que cette primo prescription soit stabilisée, (situations médico-psychosociale équilibrée)

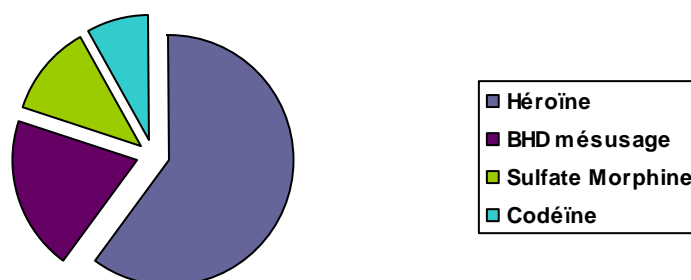
Le CSAPA Logos propose la poursuite de cette pratique débutée en 1994, en repérant les évolutions constatées et prévisibles :

✓ Evolutions constatées

Les indications de ce traitement « Dépendance majeure aux opiacés » majoritairement posées par des consommateurs d'héroïne ayant échoué plusieurs tentatives de sevrage (1994) ont évolué vers des usagers dépendants de Sulfates de Morphine et ou dépendants du mésusage (voie IV ou sniff) de la Buprénorphine, ainsi qu'aux consommateurs réguliers d'héroïne, ils sont plus jeunes lorsqu'ils amorcent leur demande de soins.

Il existe quelques indications pour les toxicomanies à la codéine délivrée sans ordonnance en pharmacie.

En 2007 les pourcentages d'indication d'instauration de traitement par Méthadone se répartissent selon le schéma suivant :



Cf. en annexe Cadre prescription monographie Méthadone

Il n'y a plus de délai d'instauration pour ce traitement compte tenu de l'absence de limite de place contrairement aux premières années de nos pratiques.

✓ Evolutions prévisibles :

Si les consommateurs de cocaïne consultent davantage (alors qu'il n'existe pas de traitement de substitution pour cette addiction) cela s'intègre souvent dans une polyconsommation avec usage d'Héroïne pour gérer les « descentes » de Cocaïne.

Les poly consommateurs représentent la majorité des patients sous TSO.

Nous rencontrons maintenant depuis plusieurs années des demandes de prises en charges en centres spécialisés, des personnes qui ont des profils très différents :

- Très jeunes, 22- 24 ans, hommes ou femmes, héroïnomanie récente, rupture familiale et sociale, marginalisation, polyconsommation, début de désocialisation, pas de droits sociaux, (non accès au R.M.I)

- Hommes, pathologies psychiatriques qui tentent de modifier leurs symptomatologie psychiatriques en ayant recours aux toxiques, début de psychoses ou syndrome dépressif sévère.

- Toxicomanie ancienne, substituée, reprise de consommations au décours d'une décompensation affective, professionnelle, rechute, demande de soutien

- Premier contact pour interruption de traitement ,(perte de droit sociaux, sortie de prison, sans logement

- Etranger en situation irrégulière

- Personnes présentant des complications infectieuses locales, (abcès) ou générales, hépatites virale... I.S.T

- Usagers aux comportements et psychopathologies non adaptés à l'univers hospitalier, (chiens, agressivité, intolérance à la frustration. ....)

Les différents profils des usagers d'opiacés que nous recevons nous conduisent à adapter les traitements afin de sécuriser et permettre un apaisement des tensions vécues par l'usager. Depuis plusieurs années, la prise en « soins » des usagers de drogues se pose sur une sorte d'antagonisme entre le « HAUT SEUIL », d'exigence demandé aux usagers et le « BAS SEUIL » d'accès aux soins pour les personnes les plus désocialisées qui ne seraient pas en mesure de répondre aux « attentes » des soignants.

Les soignants doivent en permanence innover, inventer, savoir utiliser leurs compétences cliniques pour évaluer au mieux et au plus vite, les situations rencontrées et les besoins repérés.

Cette capacité et cette expérience permettent de proposer des réponses humaines et respectueuses de chaque cas individuel.

Nous voudrions donc de parler d'un traitement d'accès facilité à haute exigence de qualité et d'empathie des soignants intervenant dans les traitements médicamenteux des addictions.

Notion de haut seuil thérapeutique d'accès facilité à la Méthadone

Le projet thérapeutique par méthadone que nous proposons en 2009 repose sur 4 principes :

- Une équipe pluridisciplinaire qui travaille dans le transdisciplinarité, à dimension humaine, à fonctionnement cohérent dans une unité de lieu
- L'utilisation d'outil d'appréciation d'évaluation, de gestion de situations, validées s'appuyant sur les conférences de Consensus.
- La garantie d'assurer la sécurité des usagers qui peuvent être dans des conduites à risque en tout genre.
- L'évaluation des actions menées entre autres par des enquêtes de satisfactions auprès des patients.

Dans quel esprit rédige t-on une ordonnance de méthadone ?

**BAS SEUIL** : Patient instable, forcé par les évènements, environnement familial peu propice à l'aider, voire néfaste, errance médicale et sociale ,insécurisé.

Conduite à tenir possible au CSAPA

Accueil sans rendez-vous par IDE et/ou l'éducateur.

Evaluation immédiate de sa situation sociale, environnement familial, lieu de vie....., (Squatt, SDF, appartement ?)

Evaluation paramédicale ; prises des paramètres vitaux: (Tension,artérielle, fréquence respiratoire, repérage des méfaits cutanés abcès, hygiène....)Test urinaire rapide, Type MP

Cette première évaluation qui prend environ 30 minutes permettra à l'équipe de solliciter le médecin présent dans l'établissement afin que celui-ci juge de l'indication ou non d'une prescription de traitement.

Si l'indication est retenue, la posologie sera limitée au maximum à 30 mg, selon la réglementation en vigueur avec une prise sur place.

Il sera demandé à l'usager de repasser chaque jour afin de sécuriser cette prise d'opiacés médicalement assistée.

**HAUT SEUIL** : Le patient exprime le souhait et manifeste la capacité de s'engager dans un soin et une abstinence au long cours, à traiter ses comorbidités, (hépatites, dépression) à accepter les rendez-vous psychothérapeutiques, reprendre une activité professionnelle.

Le patient est reçu dans le cadre de rendez-vous programmés.

L'instauration du traitement est prévue à la date qui lui convient.

Le rythme de passage au centre devient hebdomadaire même si la posologie est supérieure à 100 mg par jour. En effet, ce n'est pas la posologie qui régule le rythme de passage au centre, mais le comportement clinique de l'usager et l'évaluation des prises de risques, évaluation menée en partenariat avec le patient et l'équipe.

Nous constatons que ces patients s'engagent plus facilement dans les consultations spécialisées proposées au centre auprès du gastro entérologue et ou du psychiatre.

Le haut seuil est alors ce que nous proposons aux patients

Les représentations que l'on a à propos des consommateurs simples, abuseurs ou dépendants de substances psychoactives, sont extrêmement variables en fonction de chacun.

Dans la même catégorie sociale qu'est le corps médical, cette représentation est multiple, il en va de même pour les représentations que se font les soignants entre eux et en particulier, les intolérances que nous avons pu observer, surtout des idéologies validant ou critiquant des modalités d'accompagnement qui ont bien souvent desservi les usagers.

L'absence de nuance dans l'approche thérapeutique ralentit considérablement l'accès aux soins.

Nous voulons démontrer que la pluridisciplinarité, le climat de confiance entre les professionnels, le partage des pratiques permettent de rendre un service optimal à l'utilisateur.

Enfin, nous réfléchissons à la possibilité d'un accès facilité de primo prescription par Méthadone pour des usagers situés dans les secteurs semi ruraux éloignés de Nîmes. Il s'agit pour nous de répondre aux besoins des usagers en tenant compte de la spécificité du département.

En effet, à part à Nîmes, Alès, Bagnols/Cèze et le Vigan qui sont des villes ayant des infrastructures suffisantes pour offrir la possibilité d'un accès à la Méthadone en primo prescription pour le reste du département, ce n'est pas encore le cas.

En attendant de pouvoir créer des antennes du Csapa sur Uzès, Sommières, Beaucaire et St Gilles en collaboration avec l'ANPAA 30 dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyen, nous envisageons dans le respect des règles de prescription et de délivrance du traitement par Méthadone de nous adosser sur les permanences du CAARUD à Uzès et Sommières. Nous permettrons un accès facilité à ce type de traitement référencé à l'expérience de l'équipe déjà existante à Nîmes, les professionnels peuvent déployer leur activité sur les sites en créant des micros unités avec les médecins et pharmaciens libéraux.

Le médecin, infirmier et psychologue du CSAPA intervenant alors en collaboration technique comme nous l'avons réalisé en 2000 au Vigan. Cette expérience avait permis une efficacité maintenant reconnue sur ce site éloigné du département.

Il s'agit d'une ébauche de projet qui va nécessiter de plus amples réflexions.

Un lieu :

Le centre de soins est situé au centre ville. Le fait qu'il s'adresse à des toxicomanes n'apparaît pas sur la plaque. Nous veillons ainsi à assurer la discrétion et l'anonymat.

Un temps, Un discours :

L'accueil fait partie intégrante du soin dans un objectif de prise en charge globale afin que celui-ci fasse parti du processus thérapeutique.

Qui accueille ?

✓ En premier lieu la secrétaire, (formation et compétence) ainsi que toute l'équipe qui se rend disponible et reste à l'écoute (présence, attention).

Il est important de préciser que la notion d'accueil est la disponibilité et fait partie intégrante du projet de soin. L'accueil à Logos soins est une dimension importante, qui permet aux toxicomanes de se sentir reconnus et attendus. Il s'agit pour chacun de faire l'effort de s'approcher de lui pour l'inviter à entrer et l'aider à formuler une demande.

Des notions fondamentales tels que respect, écoute et empathie de la part de l'accueillant permettent aux toxicomanes la possibilité d'investir ce lieu. Cet accueil a aussi pour fonction la mise en relation du toxicomane avec les différents professionnels : médecins, psychologues, infirmiers, éducateurs. Il est nécessaire, pour que l'orientation soit pertinente d'être en lien étroit avec chacun des intervenants. La notion de pluridisciplinarité prend là tout son intérêt.

Par ailleurs, la fonction de la secrétaire, dans le cadre du premier accueil s'en trouve modifiée et permet donc plus de disponibilité pour évaluer la demande sur un registre global. En effet, la demande du patient n'est pas toujours formulée explicitement et il y a nécessité de prendre le temps pour en repérer le sens et proposer une orientation adaptée, afin de ne pas mettre le patient ou l'intervenant en difficulté.

Créer un lien

- ✓ Mettre à l'aise, écouter pour pouvoir évaluer une situation, une demande
- ✓ Informer
- ✓ Orienter en interne et externe

Etre Présent au moment de l'accueil, permet de prendre en considération la situation avec un repérage précoce. On peut alors, dans l'instant, dans un souci de discrétion et d'approche professionnelle recevoir individuellement toute personne.

- ✓ L'accueil augure de la relation de soin future.
- ✓ L'accueil n'est pas seulement un temps premier de la rencontre, il est permanent constant.

- ✓ L'accueil a pour objectif de permettre l'accès simplifié au centre.
- ✓ La salle d'attente est alors investie comme un lieu de convivialité.

Accueillir le patient c'est aussi, en effet, « soigner le premier contact »

- ✓ La convivialité doit néanmoins être cadrée avec rappel des règles si nécessaire afin que toute personne travaillant dans ce lieu se sente en sécurité, ainsi que les usagers présents).

- ✓ Chacun est vigilant afin que cet espace soit garanti quant aux trafics et à la violence. Il est soumis à un paradoxe d'ouverture le plus libre possible avec la nécessité de repérer et de « canaliser » les situations rencontrées. L'accueil peut être téléphonique ou de visu, pour la première fois ou pour un usager connu. Il peut être anonyme.

Etre présent au moment de l'accueil permet de prendre en considération la situation d'une ou de plusieurs personnes.

- ✓ Cette mission appartient à tout professionnel de l'établissement.

Comment se fait l'accueil ?

- ✓ La disponibilité doit permettre à tout moment, dans un souci de professionnalisme et de discrétion de recevoir individuellement (avec ou sans rendez-vous) l'usager et/ou ses proches.

- ✓ Le professionnel évalue et peut faire préciser une demande (pas toujours exprimé), qui peut se manifester sous des registres urgents.

Cette disponibilité permet d'emblée d'offrir une écoute, de rassurer, et d'organiser les priorités dans la prise en charge à venir ou en cours et de proposer l'orientation la plus adaptée.

L'accueil garantit fortement la qualité de la prise en charge.

Situer la fonction éducative au centre Logos demande en premier lieu à la relier aux autres fonctions sur le registre du soin. En effet, elle ne se situe pas en relais des différentes fonctions telles que médicale, infirmière ou psychologique, mais serait plutôt transversale relativement au parcours du patient toxicomane en soin. Il ne s'agira pas ici de lister de manière exhaustive la multiplicité des tâches inhérentes à la fonction, mais de décliner les axes essentiels sur lesquels l'éducateur peut ou doit se situer.

Accueil, information, évaluation sociale et accompagnement éducatif du bénéficiaire au centre de soin :

L'éducateur est très souvent en première ligne lors de la réception du demandeur dès sa première visite. Il s'agit de rencontrer la personne, c'est-à-dire tenter de l'amener dans ce lieu, de faciliter l'expression de sa problématique afin de cerner la demande, explicite ou non. Le recueil des données essentielles de cette demande est présenté au cours d'une réunion dans la journée au reste de l'équipe pluridisciplinaire. Ainsi, une nouvelle prise en charge prend effet, et comme chacune, elle sera particulière.

L'accompagnement social et éducatif consiste très souvent à permettre au patient de recouvrer ses droits sociaux (RMI, CMU), à l'aider à régler ses problèmes liés au logement quand il ne s'agit pas tout simplement de trouver un hébergement, de rétablir le contact avec les services d'insertion et de probation, ou à s'inscrire ou se ré-inscrire dans une activité professionnelle, d'insertion ou de formation.

Si la prise en charge ne demande pas d'accompagnement éducatif au départ, elle pourra en faire l'objet à un moment donné, si besoin est. La communication établie autour de cette situation garantit l'intervention au moment indiqué.

Il en ira de même pour les différentes fonctions opérant sur le registre du soin, la transversalité existera à propos de chaque prise en charge.

L'accompagnement éducatif hors les murs :

Il n'est pas rare qu'une prise en charge nécessite un accompagnement physique à l'extérieur de la structure de soin. Qu'il s'agisse de questions administratives, de rencontres à domicile lors de moments particulièrement difficiles lors du parcours des patients du centre Logos, de visites lors d'hospitalisations ou encore pour d'autres motifs, l'éducateur adapte son accompagnement à la situation rencontrée à partir de la position de l'équipe soignante.



Créer et entretenir le partenariat :

Créer ou entretenir des liens avec des partenaires de toute nature est nécessaire afin de favoriser un accompagnement adapté. Etre et rester en contact avec les structures sociales, sanitaires ou judiciaires, les administrations diverses et les professionnels qui évoluent en leur sein permet d'entretenir ce réseau d'outils indispensable à l'évolution de la situation des personnes que nous accompagnons.

Ainsi, nous sommes associés par conventions avec certains partenaires. Par exemple l'administration pénitentiaire de la Maison d'Arrêt nous permet de rencontrer nombre de détenus toxicomanes, certaines cliniques psychiatriques de Nîmes et ses environs nous contactent lorsque cela leur est nécessaire, ou bien nous les sollicitons si nous avons besoin d'un lieu de sevrage hospitalier ou autre soin. Là encore, même s'il n'est pas le seul à maintenir le contact, l'éducateur est l'élément le plus sollicité pour œuvrer dans ces types de contextes et assure la continuité des liens lors des différentes phases du soin.

Actions d'information et de prévention :

La fonction éducative a aussi pour charge de recevoir les demandes d'interventions concernant l'information, la sensibilisation ou bien la prévention relatives à l'usage des substances psychoactives et les risques associés à cet usage, quelle que soit la nature, le degré ou le mode de la consommation. La demande sera transmise à l'équipe afin de répondre de manière adaptée à chaque public concerné.

Ces demandes peuvent se décliner en deux axes :

-Celui de l'information en temps que telle, concernant les usages de substances, les comportements et les risques liés à ces usages. L'éducateur sera amené à ces occasions à penser et mettre en place ces actions d'information de manière à ce que celles-ci soient adaptées au public visé. Il s'agit avant tout de favoriser l'accès à un lieu de consultation pour le cas où cela deviendrait nécessaire, plus que de transmettre un savoir empirique.

-Le second axe concerne les actions de formation à l'attention de professionnels de l'éducation, de l'insertion, de la formation professionnelle, etc. recevant des usagers de drogues. Il s'agit ici pour la fonction éducative de faire le lien entre les différentes institutions et la structure de soin. C'est à la fois un temps d'échange de pratique professionnelle mais aussi de temps d'apport théorique concernant la prise en charge des conduites addictives.

Par ailleurs, l'éducateur aura alors pour objectif de mettre en place un travail de support technique à l'attention des professionnels demandeurs. Ainsi pour exemples, nous

pouvons citer des actions de formation mises en place dans des centres de formation en apprentissage du département (Nîmes, Marguerittes, Alès), auprès de l'Education Nationale, des professionnels du Ministère de la Justice, etc.

Création et animation d'ateliers thérapeutiques :

A partir d'expériences ponctuelles tentées ces dernières années, une autre modalité de rencontre et de soin voit le jour actuellement. Il s'agit de la création d'ateliers thérapeutiques dont la co-animation par des fonctions divers (infirmier, psychologue, éducateur) viserait à travers un espace social la possibilité pour des usagers du Centre Logos de tenter de trouver une autre façon de s'inscrire dans le monde.

Un atelier en groupe génère une dynamique à laquelle aucun participant n'échappe car cela produit du mouvement, engendre des satisfactions ou encore des difficultés. A travers ces ateliers, l'idée est de remettre du quotidien, du familier, du partage où s'éprouve le lien aux autres. Il s'agit également de favoriser l'émergence de la parole, que ce soit dans l'espace social ou par la suite, dans l'espace plus confiné et sécurisant du « thérapeute ».

Pourrait-on en conclure avec la fonction éducative en rappelant simplement que la spécificité de l'éducateur serait d'être apte à guider, accompagner un individu insuffisamment autonome dans tout contexte ou situation de la vie quotidienne tout en veillant à donner ou redonner du sens à l'action entreprise. Cet accompagnement aurait comme visée pour le bénéficiaire de ce service un gain d'autonomie et de confiance en soi -donc d'estime- par la répétition et la multiplicité d'expériences, l'apprentissage de la mise en contact avec les autres.

Le CSAPA Logos oriente ses prises en charge sur des consommateurs de substances psychoactives.

Le médecin intervenant en Csapa doit prendre en charge l'ensemble des consommations de ses patients

Le caractère licite ou illicite du toxique entre peu en considération pour le soignant qui traite de l'interaction entre l'humain et son objet chimique, voire physique désigné par l'usager comme problématique.

Pour cela, le regard médical offre une approche neurobiologique, pharmacologique, thérapeutique directement issue de la formation médicale classique.

Les formations spécialisées continues ou universitaires sont nécessaires à la bonne compréhension des mécanismes complexes de l'action-interruption sur le corps humain des différents « toxiques » utilisés par les usagers de drogue.

Le médecin doit évaluer et traiter les méfaits provoqués par ces substances chez la personne en demande de soins (dépendance, surdosage, toxicité neurologique, viscérale...), les complications directes (abcès, infections locales, pathologies transmises selon le mode de consommation et les prises de risques (hépatites, VIH, MST...))

L'évaluation médicale doit prendre en compte les états préexistants fragilisant l'organisme (antécédents somatiques traumatiques, psychiatriques).

Il semble intéressant de parler de trajectoire du toxicomane pour avoir à l'esprit la composante dynamique de cette problématique.

Le médecin procède à un examen clinique et établit un dossier médical type (cf. annexes) qui sert de base à ses consultations.

Le médecin réalise des examens complémentaires, biologiques et spécialisés.

La formation en médecine générale doit être complétée par des notions neuropsychopharmacologiques spécifiques au concept d'addiction

Le médecin psychiatre et le gastro-entérologue intervenant dans un Csapa doivent eux aussi se sensibiliser à ce concept afin que les prises en charge soient cohérentes.

Les médecins du CSAPA ont pour mission de traiter les patients selon les règles validées par les conférences de consensus.

Au centre Logos, sont donc instaurés des traitements de substitution par Buprénorphine haut dosage, en plus de la Méthadone en fonction du profil de l'usager.

Les comorbidités psychiatriques sont traitées et les orientations en vue d'hospitalisation sont régulièrement réalisées.

Les traitements anti VHC sont eux aussi prescrits après bilan en partenariat avec les spécialistes gastro-entérologues et psychiatriques vacataires au CSAPA.

Le programme d'éducation thérapeutique est maintenant bien expérimenté par l'infirmière référente du soin HVC.

Les médecins et infirmiers sont formés aux techniques d'entretiens motivationnels permettant des approches intéressantes autour des thérapies courtes.



Article 1 – décret IDE – 4311

*"La profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution du recueil de données cliniques et épidémiologiques, ainsi que la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.*

*Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment au secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social, médico-social et du secteur éducatif."*

Cette introduction du décret infirmier bien que très formelle, cadre assez bien l'activité de l'infirmier dans tout service. Elle ouvre sur le champ large des activités possibles de notre métier.

Au centre Logos il est important de souligner la possibilité pour chaque professionnel d'exercer sa fonction mais aussi de dire l'ouverture faite à l'initiative de chacun dans sa singularité. Position qui dynamise et diversifie le travail.

Autre axe important, l'équipe pluridisciplinaire, il s'agit en effet pour chacun de nous au-delà de notre spécificité propre de travailler dans la transdisciplinarité avec nos collègues médecins, psychologues et éducateurs ceci autour du patient accueilli. Ce terme rend compte de l'interpénétration des concepts issus des différentes disciplines.

Il est entendu que nous recevons des personnes souffrant d'une problématique addictive, venant de leur plein gré avec une demande.

La fonction d'infirmier au centre de soin s'articule selon plusieurs axes qui sont les suivants :

- ✓ L'accueil, l'accompagnement, le soin de personnes dépendantes de substances psychoactives, et les soins des dommages liés à ces consommations.
- ✓ La réduction des risques, la prévention, ainsi que l'éducation à la santé.
- ✓ Le travail en partenariat.
- ✓ La formation

Ces compétences sont développées afin d'améliorer la prise en charge des personnes, le patient étant au centre du dispositif de soin.

Le suivi des personnes sous traitement de substitution à la méthadone constitue une part

importante du travail de l'infirmier au centre de soin.

En début de traitement, nous avons un rôle d'évaluation clinique du traitement de l'usager, ceci par l'observation, la prise des constantes (tension, pulsations, analyses d'urines, état de conscience) et l'interrogatoire.

La stabilisation du traitement s'effectue à partir du ressenti du patient d'une part et de notre observation au quotidien. Nous travaillons en étroite collaboration avec le médecin qui établit la prescription.

La place de l'infirmier au centre de soin est importante et nécessite réflexion; nous sommes dans la rencontre quotidienne avec le patient, pris dans le familier et nous fonctionnons au regard de règles de prescriptions d'une part et de règles institutionnelles d'autre part. En première ligne, il est primordial que nous sachions prendre position à la fois en référence à la prescription médicale et à l'équipe pluridisciplinaire, à l'institution.

La demande du patient sur son traitement méthadone nous est souvent directement adressée, les collègues de l'équipe orientent vers nous, comment répondre? Ne pas déroger à la règle? Tous les jours il faut questionner notre pratique, faire ce pas de côté nécessaire à la prise en charge adaptée à la personne.

Ce qui fait la difficulté de la fonction est dans le même temps notre outil de travail !

A partir de ces rencontres régulières s'organise le soin somatique, le soin des dommages liés aux consommations et le soin psychique. En effet il est important de permettre, de proposer aux personnes que nous recevons un accès facilité, accompagné au soin dans le temps de leur passage au centre logos. Plusieurs actions ont été mises en place en interne et avec les différents services de l'hospitalisation publique et privée.

En interne :

- √ Depuis 2003 le Dr Didier RIBARD consulte au centre de soin ceci dans le cadre du soin des hépatites, nous proposons une consultation d'éducation thérapeutique infirmière, avec dépistage sérologique, instauration des traitements hépatites et suivi des personnes. Nous travaillons en équipe afin de permettre aux personnes de suivre leur traitement jusqu'au bout, traitement difficile, pour des personnalités souvent en précarité psychique et ou sociale.
- √ Nous accompagnons les patients et avons établi des liens avec les services hospitaliers, la psychiatrie privée (conventions...) .L'accompagnement vers le soin est une part importante de notre travail.
- √ La réduction des risques, la prévention et l'éducation à la santé s'exercent dans le quotidien du travail mais aussi en externe en lien avec les partenaires, nous sommes attentifs à aller au devant de populations précaires qui ne

fréquentent pas la structure. Différents projets ont été menés au sein du centre de soin.

- √ Le travail en partenariat traverse toutes nos actions, le lien avec les différentes institutions dans le champ de la santé, dans le champ social ouvre pour les patients une possibilité d'étayage à plusieurs dans des prises en charge souvent lourdes, un retour au droit commun pour chacun.

La formation se décline selon plusieurs champs :

- √ La formation des élèves : le centre logos accueille en stage des infirmiers, des éducateurs et des psychologues nous sommes donc très mobilisés et sollicités dans cette fonction. La population reçue et le fonctionnement institutionnel de l'association sont une expérience originale pour un étudiant. Nous intervenons dans les IFSIS.
- √ Dans le cadre du partenariat afin d'optimiser l'offre de soin nous rencontrons de nombreuses équipes d'autres institutions, nous contribuons à faire tomber les représentations sur les personnes toxicomanes et précaires que nous recevons. Il s'agit là aussi de transmettre notre savoir-faire, c'est un échange de pratiques, nous nous enrichissons également de ces rencontres.

Le travail au centre de soin est très diversifié, il permet de développer nos compétences, d'enrichir nos connaissances dans de nombreux champs d'action.

### Objectifs généraux

*« La reconnaissance et le respect de sa personne psychique sont un droit inaliénable de l'être humain. Ce droit fonde l'exercice de la psychologie » (code déontologique des psychologues). Le même énoncé pourrait être repris pour la parole « la reconnaissance et le droit de sa parole sont un droit inaliénable de l'être humain. Ce droit fonde l'exercice de la psychologie ».*

Le psychologue vise à garantir, faire entendre, reconnaître la dimension psychique et la subjectivité dans ses actions auprès des patients. Il s'attache à permettre aux usagers de repérer la spécificité de ses interventions. Ceci a d'autant plus d'importance au Centre Logos, où les patients qui consultent au nom d'une dépendance ne demandent pas forcément d'emblée, ou de façon privilégiée, la rencontre avec le psychologue.

La parole n'apparaît pas de façon évidente comme une réponse à la demande d'aide et de changement faite à l'institution.

Le psychologue dans un centre de soin en addictologie est un interlocuteur « adossé » à la réponse institutionnelle sur la question de la toxicomanie, la nécessité d'en traiter les effets sur la santé, en termes de complications sociales, d'hébergement, d'apporter un apaisement de la dépendance, notamment par les traitements de substitution. Il lui incombe donc la responsabilité de solliciter et de veiller à inscrire les patients dans la rencontre et la régularité, sans préjuger d'un engagement ou non dans un travail thérapeutique. C'est dans la rencontre qu'une demande adressée au psychologue peut se construire et s'élaborer.

Il importe donc d'aller au devant des patients, de faire en sorte que cette rencontre soit possible.

### Fonction auprès des usagers

Quels usagers ?

- ✓ Les patients sous traitement de substitution méthadone dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.
- ✓ Les patients sous Subutex. Dans ce cas, l'orientation sur le psychologue est faite par le médecin du centre, au cas par cas.
- ✓ Les usagers rencontrés lors d'un premier accueil ou reçus et orientés par un de ses collègues.



- ✓ Les personnes déjà suivies et adressées par un membre de l'équipe ou qui en font la demande au début ou en cours de prise en charge.
- ✓ Les usagers adressés par les partenaires extérieurs.

Le psychologue peut être l'interlocuteur unique de l'utilisateur ou travailler conjointement avec un ou plusieurs intervenants dans les suivis hors prescription méthadone ou subutex. Quoiqu'il en soit, son action reste toujours référée à l'institution.

#### Quels objectifs ?

Le psychologue référé à la théorie psychanalytique considère l'addiction comme une modalité, une solution pour tenter de s'arranger avec l'existence et de traiter la vie, s'inscrivant, pour chacun, de façon particulière, en fonction des coordonnées singulières de son histoire, modalité qu'il s'attache à repérer. S'il participe, dans l'institution à en traiter les ravages (y compris psychiques), il prend en compte cette dimension de solution et témoigne de la plus grande prudence avant de considérer que le patient peut s'en passer. Le travail thérapeutique vise à ce que cette solution puisse perdre de sa valence absolue au profit d'autres modes de composer avec la vie. Il ne s'agit pas toujours de l'arrêter mais de la réguler, mais aussi, qu'à un moment du parcours du soin, certains sujets puissent s'en séparer. Le psychologue tente de permettre l'invention de nouvelles façons d'en découdre avec les difficultés de l'existence, moins ravageantes, plus pacifiées.

#### Quelles modalités d'action ?

L'entretien individuel et un travail psychothérapeutique ne sont pas les seules modalités de rencontre pour le psychologue d'un Csapa à qui la demande ne s'adresse pas majoritairement en première intention. Il peut écourter la durée de l'entretien, en espacer le rythme, accepter qu'il se fasse en présence d'un membre de l'entourage ponctuellement, etc....

Dans le cadre du traitement de substitution à la méthadone, il explique la raison de la rencontre obligatoire avec le psychologue – l'engagement dans un changement a des effets, il s'agit de faire le point, de les repérer, d'en parler, « comment ça se passe, comment ça bouge, ça s'arrête », les difficultés mais aussi les bénéfices, les apaisements, les améliorations, élaborer ensemble la façon de les traiter...- .

Il importe d'aller là où le patient peut et désire aller, il ne suffit pas d'offrir un espace de parole et un lieu d'écoute qui ne conviennent pas à tous les patients. Le psychologue oeuvre pour une réconciliation avec la parole et la dimension psychique comme un droit mais aussi une possibilité de créer de nouvelles solutions pour l'amélioration de la qualité

de la vie, quels que soient et en tenant compte de la structure et de l'engagement de chacun. Le travail psychothérapeutique se fait avec un certain nombre. La sollicitation à des rencontres régulières, adaptées et modulées au cas par cas, peut ouvrir sur ce travail et en susciter la demande, permettre d'en éprouver dans la rencontre, le désir. Celui-ci surgit souvent pour le patient comme un effet inattendu, de surprise.

Parfois le patient restera au plus près de la question du traitement de la toxicomanie, de dimensions somatiques, sociales, ou bien encore en dire juste ce qu'il faut.

Pour d'autres il s'agira qu'il offre une possibilité de négocier avec un autre persécuteur, de réguler la proximité et l'éloignement « viables » pour la personne. Se déplacer du « je viens parce que je suis toxicomane » à un « je suis quelqu'un qui a mal, qui cherche un logement, qui ne sait plus, qui aimerait acheter un camion et faire la route, qui devient père ou mère, qui a trouvé un travail ou une formation qui l'intéresse, qui dort mieux, qui se sent plus paisible, qui ne veut pas parler parce qu'en ce moment ça ne va pas.

Il s'agit aussi de faire avec les non plaintes, le silence, les vies chaotiques, les ravages, accueillir, borner, tenter de faire tenir. Faire aussi avec les consommations qui peuvent ponctuer le parcours ou continuer : autant de modalités de s'inscrire dans l'espace et le temps de la rencontre avec le psychologue, autant de modalités humaines, de vies, de dire ou de résistances avec lesquelles travaille le psychologue, avec lesquelles il œuvre, manœuvre, dans sa participation en équipe pluridisciplinaire et en collaboration avec ses collègues à la visée d'un mieux-être du patient dans son humanité et son existence et dans les limites de la subjectivité de ceux qu'il accompagne dans le soin.

### Quels outils ?

Les compétences techniques et méthodologiques sont les suivantes :

- . Entretiens cliniques individuels
- . Utilisation de la parole
- . Il détermine au cas par cas les protocoles de rendez-vous, la régularité et la durée des rencontres, la conduite et l'évaluation de la proposition (rencontre ponctuelle, suivi, psychothérapie) et de ses modifications.
- . Il module ses offres et ses objectifs en fonction du désir et des possibilités subjectives du patient.
- . Son écoute est orientée dans le repérage de la réalité psychique et des modalités de transfert
- . Il offre une neutralité bienveillante.

## Quelle évaluation ?

Lors de la première venue d'un patient, il s'agit d'évaluer la demande avec laquelle il se présente, l'histoire de sa toxicomanie et la situation actuelle à l'origine de cette première demande. Dans le temps, la place psychique des produits et des consommations pourra se préciser. L'évaluation, toutefois, est constante : lors du premier temps de l'accueil, d'une reprise du suivi après une interruption, régulièrement au fil de la prise en charge

Le psychologue s'attache à évaluer les variations de la position subjective (la façon dont le patient « personnalise » ce qui lui arrive) dans le soin et les différents champs de l'existence (l'inscription sociale, la santé, la vie affective) :

Dans le domaine du soin, il s'agit, par exemple, de repérer les modifications dans la régularité, les appels pour avertir de l'annulation ou du report d'un entretien, les types d'empêchement invoqués, la cession de ces mêmes empêchements, les mouvements du transfert etc....

Dans le domaine de la vie socio-affective, il s'agira, par exemple, de repérer, si et comment le patient s'inscrit dans les liens affectifs et sociaux, l'engagement professionnel, les obligations administratives..., si et comment d'autres intérêts, une diversification des investissements, permettent que les produits perdent leur exclusivité.

Dans le domaine de la santé, on pourrait dire que « plus il y a du corps et moins il y a de la subjectivation, de la parole ». Il s'agit donc de repérer les somatisations, les recours aux produits, aux médicaments..., la façon dont le patient prend en compte également sa santé, ses traitements...

Le psychologue propose son évaluation et l'articule à celles de ses collègues dans le travail clinique auprès des patients.

## **Fonction auprès de l'équipe**

Le psychologue est inséré dans une équipe pluridisciplinaire, il est inséré dans le dispositif de soin avec la tâche d'œuvrer pour que ses actions soient également repérables au sein de l'équipe et de l'institution. Il articule son travail aux autres intervenants, il participe à l'évaluation et la définition des modalités de prise en charge, s'inscrivant donc également dans la transdisciplinarité.

L'une des missions des CSAPA est de permettre la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives.

Avant tout il est important d'évoquer quelques considérations sur le risque en général, et comment celui-ci est intégré dans notre discours à travers la réduction des risques.

Notre société véhicule un discours sur le risque qui est paradoxal : elle tend à nous faire penser que le risque zéro est possible et en même temps elle nous montre qu'il y a un risque partout.

Si l'on considère la question du risque : on peut tout d'abord noter que le risque est souvent mis en perspective avec ce qu'il pourrait advenir dans le futur.

En outre, la question du risque renvoie selon François Hervé, à la question du choix, de la décision. Le discours sur le risque renforce l'obligation de responsabilité faite à l'individu face à son destin, qui dès lors semble reposer sur les bonnes décisions qu'il prendra, pour éviter, limiter les risques qui le concernent directement. Mais ce faisant, ce discours ne renforce t'il pas la culpabilité ou la honte, voire l'exclusion sociale de celui qui a pris de mauvaises décisions ?

De plus, il faut toujours un enjeu au risque, qu'il soit le bien être, la santé ou la mort. Il n'y a pas de risque qui ne renvoie peu ou prou à la mort. Le risque est consubstantiel de l'existence humaine.

Pour chacun le risque renvoie à une position subjective : le risque des uns n'est donc pas celui des autres. Nous prenons des risques au quotidien, puisque nous engageons sans cesse une partie de nous même sans en connaître l'issue.

Lorsque l'on fait de la réduction des risques dans un centre de soins, on s'attache à réduire les conséquences possibles d'un comportement actuel. Alors que si on utilise la traduction anglophone du terme « harm reduction », on parle de réduction des dommages, des méfaits : on s'attache donc à minimiser des conséquences avérées d'une action passée. On entend donc, que la pratique des drogues est dangereuse. Alors que lorsqu'on dit que l'on réduit les risques, c'est dire que le danger est incertain, on est dans l'illusion que l'on peut avoir un usage maîtrisé des drogues.

La réduction des risques a en elle-même un effet paradoxal : on va pouvoir assurer que l'on va pouvoir se droguer sans risque : la jouissance toute. Il va s'agir de ne pas être pris dans cette jouissance mais de la borner.

Le risque zéro est une finalité inatteignable. On met en place un certain nombre de choses, d'objectifs qui nous permettent, à nous soignants de borner et surtout de permettre à l'autre de dire le risque qu'il a pris.

Dans le cadre de la réduction des risques le centre de soin travaille dans diverses directions : d'une part la réduction des risques liés à l'usage de substances psychoactives d'autre part des dommages inhérents à ces pratiques.

Nous abordons donc deux niveaux, il s'agit de permettre aux usagers consommateurs actifs et en cours de soins de se protéger au plus près de leur consommation, dans un second temps de permettre le soin et l'accès aux soins aux personnes souffrants des dommages (physiques, psychiques et sociaux) liés à des prises de risques, des prises de produits.

Nous disposons de plusieurs outils :

- ✓ Les traitements de substitution sont proposés depuis 1994 pour la méthadone et 1996 pour le subutex, ces traitements sont des éléments importants de la réduction des risques. Depuis 14 ans l'accessibilité au traitement méthadone à beaucoup évolué ;

- ✓ Cette activité est une part importante de la fonction infirmière, développée dans le chapitre « fonction infirmière ». Cependant nous réfléchissons à l'idée de proposer un accueil bas seuil méthadone au centre Logos.

- ✓ La mise à disposition de préservatifs et de "roule ta paille" est déjà opérationnelle dans les salles d'attente de Nîmes et Alès.

- ✓ La mise à disposition matériel stérile d'injection se pratique sur l'antenne d'Alès depuis des années (kits et matériel à l'unité comme les tampons alcoolisés, les flacons d'eau stérile, les stérifilts, les pommades antiseptiques, les dosettes d'acide citrique, les cupules de dilution et de chauffe.)

- ✓ Ce même matériel, du fait de la proximité du Caarud Logos Accueil, était accessible en accompagnant les personnes dans l'infirmierie du Caarud, il est désormais accessible à l'étage du CSST.

- ✓ Depuis 2003 la présence de consultations d'hépatologue a permis de développer une offre de soins autour des hépatites, du VIH. Nous proposons d'effectuer les prises de sang sur place, d'instaurer les traitements pour les hépatites. Nombre de patients précaires ont pu être ainsi traités. Nous réfléchissons constamment à de nouveaux outils pour élargir cet accès facilité au soin pour chacun, amener l'information au plus près des besoins et des comportements de consommation des usagers, par exemple la sensibilisation au dépistage par salivettes.

- ✓ L'accès au soin psychiatrique nous a engagés à penser des montages originaux avec des institutions psychiatriques nîmoises : Les cliniques privées telles que les Sophoras, la clinique du Pont du Gard et la clinique du Mont Duplan. Avec les deux premières des conventions ont été réalisées, avec le Mont Duplan, ceci est en cours de réalisation. Avec l'association « Le Peyron » qui gère sur Nîmes un hôpital de jour et des appartements thérapeutiques, nous travaillons ensemble sur des actions de prévention et

d'éducation à la santé auprès de publics psychotiques qu'ils reçoivent ; de plus nous avons un projet d'appartements thérapeutiques réservés aux personnes psychotiques, souffrant de problématiques addictives.

✓ Nous sommes inscrits dans l'accompagnement à la santé globale du patient et travaillons en lien avec les services hospitaliers.

Au centre de soins la réduction des dommages liés aux usages de substances psychoactives est une part essentielle du travail ; la réduction des risques nous regarde de la même façon, dans un souci de limiter les futurs dommages. En effet, nous recevons des personnes qui restent des consommateurs actifs, en particulier de jeunes consommateurs sous substitution aux opiacés mais encore pris dans des consommations autres (speed, kétamine, cocaïne, etc.) Le respect de leur mode de vie souvent assez marginal est nécessaire pour que la rencontre ait lieu.

---

## OBJECTIFS

Ce projet de travail en ateliers avec des groupes de patients se veut une autre modalité de soin, une autre proposition, une autre offre de rencontre entre les membres de l'équipe et les patients que les propositions existantes (sans pour autant qu'elles s'excluent). En tant que tels, ces ateliers s'intègrent et s'articulent à la visée et au cadre thérapeutiques de Logos.

La visée et le cadre thérapeutique de Logos ne sont-ils pas que chaque patient puisse trouver sa façon de s'inscrire dans le monde, d'en passer par le monde, les autres, pour soutenir l'existence ? On pourrait dire que le centre de soin n'est autre qu'un espace social où il s'agit de mettre en mouvement et au travail le lien social qui nous fonde, et œuvrer pour que s'ouvre la possibilité de soutenir de façon plus pacifiée les risques de l'existence mais aussi d'éprouver les bénéfices de cet incontournable passage par l'autre. Il n'y a pas Logos, bien qu'il ait son cadre particulier, et le monde extérieur, pas un dedans et un dehors. L'espace social est là, partout, devant la porte, dans le couloir, dans la salle d'attente, dans chacun des bureaux, avec chaque membre de l'équipe lorsqu'il reçoit un patient: les rapports sociaux ne se limitent pas au lien avec les soignants, ils existent entre les patients, dans la contiguïté entre différentes personnalités le temps d'attente du rendez-vous...; Patients, parents, soignants, partenaires, et autres: le groupe et ses phénomènes sont bel et bien présents, et comment ne le seraient-ils pas? Le repérage des variations qui s'y produisent pour les patients est d'ailleurs, tout à fait important dans l'évaluation du soin. Il s'agit, dans la reprise des ateliers, de se saisir de cette dynamique, au même titre que toute manifestation de la vie subjective, et de les mettre au travail.

L'idée d'un travail en groupe n'est, du reste, pas nouvelle. Elle a donné lieu à quelques tentatives. Des groupes ont été proposés aux patients en termes de groupe de parole mais ont été abandonnés, à défaut de la présence de ceux à qui ils s'adressaient. L'idée nous est venue que la parole n'allant pas sans quelque difficulté, l'intitulé de la proposition était peut-être plus propre à soulever les résistances qu'à attirer les foules. L'atelier cuisine qui, en 2005, a donné lieu à 9 rencontres, a constitué une expérience permettant d'en mesurer l'intérêt et les difficultés. Peut-être en attendions-nous trop, avons-nous lâché trop vite ? Le groupe produit du mouvement, avec ses effets de surprise, ses difficultés, ses ratages, mais aussi des satisfactions, comme dans tout acte

de soin. L'idée de travail en groupe nous traverse donc depuis un certain temps mais reste une pratique nouvelle, inédite, entamée et arrêtée, non sans un bout d'expérience mais nécessitant encore ce parcours d'invention, de création qui n'est autre d'ailleurs que celui que nous invitons nos patients à faire : le parcours de soin, de changement, n'est-il pas une offre d'invention pour que chaque patient puisse créer de nouvelles façons d'en découdre avec l'existence ?

Nous reprenons aujourd'hui cette idée d'ateliers en les pensant donc comme une modalité différente, une autre offre de soins, un autre bout, pour travailler la question fondamentale du lien social et par-là, comme un acte de soin à intégrer dans les propositions existantes et en articulation avec le projet thérapeutique. Il ne s'agit pas de faire pour faire, ni d'amener « un plus ». Cela demande l'attention nécessaire à tout acte de soin, que les professionnels soient présents dans le moment de l'action, repèrent et régulent ces moments.

#### PROPOSITIONS D'ATELIERS

Pour le redémarrage, nous proposons des ateliers dans divers champs, en lien avec la vie quotidienne (cuisine, séjours thérapeutiques, sortis...) mais aussi en lien avec le monde, le social (revue de presse, ateliers d'écriture...). Nous partirons d'un média, d'un outil qui rassemble chacun et permet le pas de côté, pour ne pas être en prise directe avec un point trop chargé subjectivement, sachant qu'une reprise individuelle pourra être proposée si nécessité. Nous proposons également de nous en tenir pour l'heure à des actions en interne, avec l'idée, à plus long terme, d'envisager de les ouvrir sur la ville, en faisant intervenir par exemple des personnes extérieures.

Dans l'immédiat, quelques propositions possibles seraient :

- ✓ Un atelier cuisine deux fois par mois.
- ✓ Une revue de presse une fois par mois à partir de journaux de la presse locale et nationale.
- ✓ Une sortie cinéma une fois par mois (pourquoi ne pas en débattre le jour de la revue de presse ?)
- ✓ Un atelier écriture une fois par mois.
- ✓ Deux séjours thérapeutiques par an.

Ces ateliers menés régulièrement pendant une période déterminée seront évalués, repris lors de groupes de parole par un temps en fin d'atelier où il s'agira, sans forcer la parole, d'inviter à un dire sur l'activité partagée. Ils pourraient être co-animés par deux professionnels du CSST (psychologue et autre professionnel).



Il sera important de poser, pour chaque atelier, un cadre de fonctionnement, des règles de vivre ensemble. La civilisation amène des satisfactions mais exige tout autant des renoncements, le consentement aux décisions prises par la majorité, par exemple.

#### A QUI S'ADRESSENT CES ATELIERS ?

Nous étions partis de la question que posent de façon récurrente certains patients dont on dit qu'ils « ne rentrent pas dans le cadre institutionnel ». De fait, pour un certain nombre il y a de l'impossible à s'inscrire dans les coordonnées du soin tel qu'il est proposé. Pour ceux-là, le risque est toujours de les en exclure, de rationaliser l'impossible en le mettant du côté du patient « hors normes institutionnelles », quand bien même l'institution organise des espaces pour faire la part, dans une situation inacceptable, de ce qui nous revient, de ce qui revient à la psychose, à la toxicomanie, aux chaos, aux ravages avec lesquels nous tentons de faire. Il nous a semblé important, pour ceux-là donc, de prendre le risque de nouvelles façons de les rencontrer, de s'ouvrir à d'autres propositions, de « tricoter » autrement, à partir de ce qu'ils sont, de ce qu'ils manifestent, de là où ils en sont. Avec l'idée que ces différentes propositions ne s'excluent pas pour autant, avec l'idée d'un mouvement possible entre elles.

Puis, notre cheminement nous a conduit à penser qu'en tant « qu'outil du lien social » (qui, de fait, se vit déjà dans l'institution), le groupe pouvait aussi s'intégrer dans les propositions comme élargissement, déploiement de l'espace social pour d'autres patients et que chaque professionnel puisse s'en saisir en fonction des constats qu'il fait dans sa rencontre avec les patients et de l'intérêt qui peut lui apparaître pour certains d'entre eux. Que chacun puisse s'en saisir, lui donner son objectif, son cadre, et le penser pour certains patients : L'atelier cuisine a été pensé par exemple dans l'idée de remettre du quotidien, du familier, du partage où s'éprouve le lien aux autres, une façon de « mettre la main à la pâte » pour des patients plutôt isolés, précarisés. Ce peut-être un groupe d'entraide pour les patients traités pour l'hépatite par exemple ; un groupe thérapeutique pour favoriser la prise de parole en entretien individuel ; Un groupe d'expression à partir de l'écriture, la presse...; Une sortie, visite, cinéma, exposition, un séjour thérapeutique pour les patients isolés, en situation de précarité financière par exemple... En fait, l'idée, c'est : à chacun son invention.

Le centre de soins a également pour missions d'informer, d'accueillir les membres de l'entourage concernés par la consommation d'un de leurs proches, que celui-ci soit ou non rencontré par le CSST, d'évaluer la situation, d'accompagner et de travailler l'orientation la plus appropriée lorsqu'elle apparaît nécessaire. Cet accueil se fait le plus souvent en première instance par téléphone. La personne bénéficie, dans ce temps, d'une écoute, d'une première évaluation de la demande et de la situation et sera orientée vers un membre de l'équipe le plus adéquat en fonction de cette première évaluation.

L'accueil permet que tombe un tant soit peu l'angoisse avec laquelle les familles arrivent le plus souvent. L'accompagnement met en mouvement pour elles la possibilité de prendre en charge ce qui arrive plutôt que d'être arrêtées par l'impuissance qu'elles amènent, là aussi le plus souvent. Ça laisse le temps et le champ pour réfléchir. Le moment où elles arrivent peut, mais ne coïncide pas nécessairement, avec celui où elles apprennent la consommation de leur proche mais bien plus souvent celui où elles disent que « ça n'est plus possible pour elles. Ça s'énonce comme un temps d'arrêt, un point de butée, de limite, où elles viennent dire que leur « savoir-faire » jusque là avec ce fils ou cette fille se trouve en défaut : « on ne sait plus quoi faire », « on ne sait plus quoi lui dire ». Le point de départ de la demande, c'est la consommation, qu'il faut arrêter, avec sa charge de culpabilité et d'angoisse. Angoisse de perdre celui ou celle « qui se détruit », d'avoir à se faire l'agent de la transmission de ce point limite, là où elles sentent en devoir de mettre en acte le fait que « ça ne peut plus continuer comme ça » : Accepter... Surveiller... Contrôler... Empêcher.... Contraindre.... Protéger de la prison, des dettes... ?

D'autre part, les produits consommés ne sont pas articulés à quelque chose qui fait référence pour elles, comme l'alcool, « sur la drogue, je n'ai aucun repère ». Elles viennent dire que le savoir leur fait défaut pour pouvoir s'autoriser à. Au cas par cas, il s'agit de les amener à retrouver une position, de les accompagner dans ce qui est réalisable par rapport à cette consommation, trouver avec eux une modalité de positionnement pour sortir de cet impossible. Dans le discours de ces familles, apparaît rapidement que la consommation n'est cependant pas isolable des liens familiaux, de l'histoire. C'est quand le discours des parents prend en compte cette articulation que l'on repère un tant soit peu, comment cela s'est noué.

Toutefois, la mission auprès des familles n'est pas de leur proposer un soin mais de pouvoir dégager avec elles quelques points problématiques, quelques nœuds, à partir desquels elles puissent penser leur façon de s'y prendre et soutenir une parole, sans se sentir « impuissantes » par « la drogue ».

Depuis la création de la consultation jeunes consommateurs, il nous est arrivé à plusieurs reprises de recevoir des jeunes gens ayant un usage excessif du jeu vidéo. Cette pratique du jeu était associée à une consommation de substances psychoactives, en particulier de cannabis.

La création des CSAPA, et leur ouverture à d'autres formes d'addictions, va désormais nous permettre d'accueillir des personnes ayant un usage excessif des jeux vidéo. Il s'agit dans un temps d'apprécier la manière dont le cheminement, jusqu'à la consultation s'effectue par l'intermédiaire de l'entourage ou si se sont des personnes « volontaires » dans leur démarche.

Dans la rencontre nous proposons de faire le point sur la situation et son évolution, par rapport au temps du jeu mais aussi sur d'autres activités.

La manière dont ils vivent leur usage va se trouver questionnée : le trouve t-il problématique ou pas ? Ont-ils l'impression que leur existence est mise à mal par leur engouement pour les jeux vidéo ?

La consultation a pour but de permettre aux gens de s'appuyer sur cet accueil pour poser leurs difficultés, de faire un pas de côté par rapport à leur usage du jeu, et de comprendre en quoi cette pratique abusive est révélatrice d'autres problèmes.

Cette rencontre va surtout être l'occasion de voir si les investissements affectifs et sociaux sont maintenus. Il va s'agir d'évaluer la place de la pratique du jeu dans la vie de la personne et repérer un éventuel rétrécissement de la vie affective, intellectuelle et sociale.

Dans le champ des addictions sans substances associées, on peut évoquer l'addiction à internet. Cependant, il est à noter qu'il est difficile de parler d'addiction à Internet en soi. Il s'agit plutôt, au cas par cas, de voir à quoi, dans Internet, un sujet tend à devenir dépendant. En effet, on peut considérer qu'Internet est plus un facteur favorisant des conduites addictives qu'une forme spécifique d'addiction. C'est un support sur lequel peuvent se développer des addictions « classiques », comme la dépendance au jeu d'argent et de hasard, aux achats sur Internet...

C'est plutôt le renouvellement d'une addiction existante par ailleurs mais qui bénéficie d'un nouvel accès à domicile.

Au centre Logos, l'ensemble de l'équipe est mobilisée par la question de la prévention mais elle se décline différemment selon la fonction d'une part et la personne à qui on s'adresse d'autre part... On parlerait donc « de préventions singulières » plutôt que de "La Prévention" en général.

Qu'est-ce qu'on prévient ? De quoi s'agit-il ? Suffit-il de « savoir » pour être « prévenu » ?

C'est la question de la santé... que l'on pourrait considérer plus comme un processus que comme un état.

Un processus propre à chacun, visant un mieux-être et une responsabilisation, là aussi, propre à chacun.

Y a t il une Bonne Santé pour tous ? En fait, nous nous appuyons sur la définition de l'OMS qui définit la santé comme : « un état de bien être total physique, social et mental de la personne. Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité. »

Notre approche se fonde sur un questionnement éthique et non sur une vision moralisatrice. Elle vise à restaurer pour l'individu des possibilités de choix concernant son bien-être et son inscription dans la société.

La prévention, c'est pouvoir renvoyer à chacun la question de sa propre santé, de son bien-être.

De même, on envisage la question de la prévention avant tout comme une rencontre. Les outils que nous utilisons en sont des prétextes.

Il s'agit pour nous d'organiser un temps et un espace favorable à une rencontre, à du lien, à un transfert, à la mise en mot des représentations de chacun. C'est la particularité et la qualité de cette rencontre qui aura un effet préventif.

En ce sens, il nous semble essentiel de nourrir nos actions de prévention, par un étayage clinique et de fonder ces actions à partir de réalités de terrain : aller à la rencontre des usagers sur des temps festifs... intervenir sur les lieux de vie etc.

L'étayage clinique nous permet également d'adapter au mieux nos actions de prévention, c'est à dire au plus près de réalités sociales, physiques et psychiques des personnes à qui l'on s'adresse ; Ainsi intervenir auprès d'adolescents nécessitera pour nous de prendre en considération la particularité de ce moment de vie et orientera nos modalités de rencontre.

Il s'agit surtout de favoriser l'échange et renforcer les connaissances des lieux ressources en cas de problème.

Ainsi la particularité et la richesse de la consultation jeunes consommateurs est l'articulation entre deux axes qui semblent être indissociables l'un de l'autre : la clinique et la prévention.

C'est ainsi que d'un lieu à l'autre, d'une année sur l'autre, se créent, s'inventent de nouvelles façons d'intervenir auprès des jeunes comme des adultes. La prévention ne serait pas un acte formaté, calibré qui s'adresserait à tous sans distinction mais qui serait engagé d'une façon singulière avec les partenaires.

Au fil du temps les interventions de prévention sont passées d'actions ponctuelles auprès des partenaires, à un travail plus engagé sur du long terme.

Cette modification est le témoin d'une exigence et d'une position différente dans les actes de prévention. En effet, il ne s'agit pas simplement d'être prestataire d'un savoir sur les produits psychoactifs, mais plutôt d'être dans une interaction avec les personnes rencontrées. C'est être engagé différemment sur la question de la prévention.

De fait, la mise en place de projets à long terme, nécessite un temps important dans la préparation des interventions.

Il s'agit tout d'abord d'interpeller les adultes qui nous sollicitent pour intervenir : Qu'est ce qu'il s'agit de prévenir ? Quelles représentations ont-ils de la question de la dépendance ? C'est aussi l'occasion de pouvoir échanger sur nos pratiques professionnelles respectives. Parce que nous ne sommes pas dans le quotidien avec les jeunes pour lesquels on nous sollicite, il nous paraît essentiel au travers de nos actions et de notre travail en partenariat de renforcer les compétences éducatives de nos commanditaires. Il s'agit de leur permettre d'accéder à un savoir mais aussi de s'en décaler afin de ne pas considérer la question des consommations indépendamment d'un contexte de vie, d'un environnement social, culturel, familial, et d'un état d'être du jeune. Il nous semble que le travail de prévention puise sa légitimité dans la relation à l'autre et pas seulement dans un discours de savoir.

D'autre part, nous avons l'exigence d'un retour sur nos actions. Qu'est ce que vous en avez entendu ? Et qu'est ce que vous en avez fait ? Il est nécessaire d'évaluer les actions que nous menons, les comptes rendu, les questionnaires de satisfaction sont les outils que nous utilisons

De l'évaluation nous en faisons en permanence. C'est une nécessité. On ne peut pas travailler sans l'évaluation.

Elle vise une qualité clinique dans l'accompagnement du soin. Elle permet de penser l'orientation de la prise en charge en fonction des possibilités de la personne et d'orienter au cas par cas la prise en charge.

L'évaluation vise une orientation qualitative. Elle répond à la responsabilité dans la prise en charge.

On peut la retrouver à plusieurs niveaux :

Il y a tout d'abord l'évaluation de l'activité de l'institution, grâce aux outils informatiques, tel que Progris. Les rencontres dans le cadre du GRANIT (Groupement Régional de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie) permettent, dans la rencontre et l'échange avec les autres institutions, de confronter et par la même d'évaluer notre pratique. Il ne s'agit pas seulement de dire ce qui est fait, mais dire la manière dont on pense l'activité institutionnelle (le soin, le partenariat, les actions, les projets, notre inscription dans contexte local...).

Concernant l'évaluation du fonctionnement de l'établissement, nous utilisons les documents de référence mis en place par l'Agence Nationales de l'Evaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux.

- ✓ Le guide des recommandations et des bonnes pratiques de l'ANESM.
- ✓ Le référentiel d'autoévaluation en addictologie élaboré par l'Anitéa et F3A à la demande de la DGS.
- ✓ Le rapport d'activité
- ✓ La fiche de poste de chaque professionnel avec un entretien d'évaluation annuel.
- ✓ Les enquêtes de satisfactions

L'évaluation c'est aussi l'évaluation de nos propres positions en tant que soignants. L'analyse des pratiques avec un psychanalyste nous permet de travailler l'aspect qualitatif clinique. On peut ainsi travailler le repérage de la pratique clinique avec chaque usager mais aussi nos propres positions en tant que soignants. De la même

manière cela nous permet d'évaluer comment la prise en charge fluctue et se répartie entre les différents membres de l'équipe.

Ce principe d'évaluation est mis en œuvre par l'institution à travers :

- ✓ Les modalités techniques et de réflexion, c'est à dire les temps de réunions cliniques et institutionnelles.
- ✓ L'analyse des pratiques.
- ✓ Les RPI (rencontres pour projet individuel).
- ✓ Le logiciel Progdis.
- ✓ Le DIPEC (document individuel de prise en charge).
- ✓ Les formations.
- ✓ La mise en commun des repérages et l'évaluation propre à chaque fonction. Ni un « il va bien » ou « il va mal » : trop global, ni « chacun un bout ». On a affaire à un individu. Chaque professionnel fait avec son écoute spécifique, mais la transdisciplinarité permet l'évaluation de la personne dans ce qui constitue l'être humain et l'existence particulière de chacun.

Il est important de souligner que même les outils d'évaluation ne sont pas coupés de la clinique particulière. En effet, les outils d'évaluation sont à utiliser au cas par cas, dans une dimension toujours particulière en fonction des personnes.

---