

PROJET D'ETABLISSEMENT



CSAPA
Argile
de
Colmar

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

argile

*Association de prise en charge des addictions
et de réduction des risques*

2010 - 2014

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	6
A. L'ASSOCIATION ARGILE.....	6
B. LE PROJET ASSOCIATIF.....	7
1. LES FONDEMENTS.....	7
2. LES VALEURS	8
1. LES PRINCIPES D'ACTION DE L'ASSOCIATION ARGILE REPOSENT SUR :.....	9
2. LES ACTIONS DE L'ASSOCIATION ARGILE	10
C. PHILOSOPHIE DU PROJET D'ETABLISSEMENT	12
D. FINALITE DU PROJET D'ETABLISSEMENT.....	12
E. METHODOLOGIE DU PROJET D'ETABLISSEMENT	14
II. BILAN DE L'EXISTANT	15
A. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT :.....	15
1. TYPE ET FORME DE GESTION.....	15
2. HISTORIQUE.....	16
3. MISSIONS ACTUELLES.....	16
4. EVOLUTION DE L'ACTIVITE 2002-2008.....	16
5. POPULATION ACCUEILLIE EN 2008.....	17
6. CAPACITE.....	18
7. CONDITIONS D'ACCES.....	19
8. ZONE D'INTERVENTION.....	19
9. SITUATION CONVENTIONNELLE	20
B. ENVIRONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT :.....	20
1. ENVIRONNEMENT GENERAL	20
2. ENVIRONNEMENT SANITAIRE.....	20
3. ENVIRONNEMENT MEDICO-SOCIAL ET ASSOCIATIF.....	21
4. ENVIRONNEMENT JUDICIAIRE.....	21
5. PARTENARIAT	22
C. EQUIPE PROFESSIONNELLE :	24
1. ORGANIGRAMME ACTUEL	25
D. LOCAUX :.....	26
1. CONFIGURATION GENERALE	26
2. DESCRIPTION	26
III. ANALYSE DES BESOINS.....	27
A. LES BESOINS DEFINIS PAR LE SHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE :	27
1. LES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES.....	27
2. LES CONSEQUENCES SUR LA SANTE	28
3. LA SUBSTITUTION	29
4. LA REDUCTION DES RISQUES.....	29
B. LES OBJECTIFS TRANSVERSAUX DU SHEMA REGIONAL MEDICO SOCIAL D'ADDICTOLOGIE ET ARTICULATION AVEC LES PLANS ET PROGRAMMES PORTANT SUR LES ADDICTIONS.....	30
C. LES ORIENTATIONS DU SHEMA CONCERNANT L'ASSOCIATION ARGILE	36
1. ZONES DE PROXIMITE DE COLMAR.....	36
2. ZONE DE PROXIMITE DE GUEBWILLER.....	38
3. AUTRES ZONES.....	41
D. LES BESOINS	42

1. L'EVALUATION INTERNE	42
2. LES OBJECTIFS DU PROJET D'ETABLISSEMENT :	43
IV. PROJET STRATEGIQUE	49
A. SPECIALISATION DU CSAPA ARGILE DE COLMAR	49
B. VALEURS FONDAMENTALES ET PRINCIPES D'ACTION	49
C. PROJET QUALITE	50
D. PROJET DE VIE	57
E. PROJET DE SOINS	59
F. PROJET SOCIAL	63
G. COORDINATION	66
V. PROJET D'ACTIVITE DU CSAPA ARGILE DE COLMAR	67
A. INTRODUCTION	67
B. ACCUEIL	67
1. INTRODUCTION	67
2. L'ESPACE DE SOCIALISATION	68
3. LES ACTIVITES DE SOCIALISATION	71
C. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE, PSYCHOLOGIQUE, SOCIALE ET EDUCATIVE	77
1. INTRODUCTION	77
2. DEROULE DE LA PRISE EN CHARGE TYPE : SUBSTITUTION PAR LA METHADONE	77
3. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE	82
4. LE MEDICAL	86
5. LES SOINS PSYCHIATRIQUES	90
6. L'ACTIVITE PSYCHOLOGIQUE	92
7. L'ACTIVITE SOCIALE	94
8. L'ACTIVITE EDUCATIVE	96
D. LES PRESTATIONS DE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE	98
1. LA REDUCTION DES RISQUES LIES A LA CONSOMMATION DE PRODUITS	98
2. LES PROTOCOLES DE DEPISTAGE ET DE VACCINATION	109
3. LES PROTOCOLES DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION	113
4. LES SUBSTITUTS NICOTINIQUES	122
5. LA PROPOSITION DE SEVRAGE	122
6. LES PROTOCOLES RELATIFS AUX ANALYSES BIOLOGIQUES	123
E. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DEPENDANTES A D'AUTRES PRODUITS QUE LES OPIACEES	128
1. L'ALCOOL	128
2. LES BENZODIAZEPINES	128
3. LA COCAINE	128
4. LES PRODUITS FESTIFS	128
F. INTERVENTION EN MILIEU CARCERAL ET SORTANTS DE PRISON	129
1. LA PERMANENCE PSYCHOLOGIQUE	129
2. LES SUIVIS EN DETENTION	129
3. L'ACCOMPAGNEMENT A LA SORTIE	130
G. LA CONSULTATION JEUNES CONSOMMATEURS	131
1. LE CAHIER DES CHARGES	131
2. LE FONCTIONNEMENT	132
H. LES CONSULTATIONS DE PROXIMITE	136
I. L'ACCOMPAGNEMENT DES PROCHES	136
J. L'HEBERGEMENT	137
1. INTRODUCTION	137
2. LE COMITE DE PILOTAGE DEPARTEMENTAL HEBERGEMENT	139

3.	LES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES RELAIS.....	140
4.	LE DISPOSITIF TIPI	143
K.	LA COORDINATION.....	145
1.	LES REUNIONS D'EQUIPE	145
VI.	PROJET D'ACTIVITE DE L'ANTENNE CSAPA ARGILE DE GUEBWILLER.....	146
A.	INTRODUCTION	146
B.	LA PHASE DE CREATION DE LA STRUCTURE	147
1.	PRISES DE CONTACT	147
2.	RECHERCHE DE LOCAUX	147
3.	CONSTITUTION DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE	147
C.	L'ACTIVITE PREVISIONNELLE DE L'ANTENNE CSAPA	148
VII.	ACTIVITES COMPLEMENTAIRES EXISTANTES	150
A.	PREVENTION, FORMATION ET RECHERCHE.....	150
1.	LA PREVENTION	150
2.	LA FORMATION.....	150
VIII.	PROJET D'ACTIVITES COMPLEMENTAIRES :.....	151
A.	FORMATION	151
B.	IMPLANTATION D'UN TOTEM SUR COLMAR.....	151
C.	IMPLANTATION D'UN DISPOSITIF D'HEBERGEMENT POUR DETENUS SOUS BRACELETS ELECTRONIQUES SUR LA JURIDICTION DE COLMAR – SELESTAT	151
D.	LA REFLEXION SUR L'OPPORTUNITE D'OUVRIR UN CAARUD A COLMAR	152
E.	LA REFLEXION SUR L'OPPORTUNITE D'UN CAARUD MOBILE DANS LE HAUT-RHIN.....	152
IX.	LES MODALITES D'EVALUATION :.....	153
A.	INTRODUCTION	153
B.	L'EVALUATION ANNUELLE.....	153
1.	LES RAPPORTS STANDARDISES.....	153
2.	LE RAPPORT D'ACTIVITE ANNUEL.....	153
C.	L'EVALUATION INTERNE	153
1.	INTRODUCTION	153
2.	LE REFERENTIEL D'EVALUATION INTERNE ACME	154
3.	LA MISE EN ŒUVRE.....	157
D.	L'EVALUATION EXTERNE.....	158
X.	BESOINS MATERIELS ET HUMAINS NECESSAIRE A LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT.....	159
A.	LES BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES.....	159
1.	ORGANIGRAMME PREVISIONNEL DU CSAPA ARGILE DE COLMAR.....	159
B.	LE PROJET ARCHITECTURAL.....	161
1.	CSAPA ARGILE DE COLMAR.....	161
2.	CSAPA DE GUEBWILLER	161
XI.	ANNEXES:	162
A.	LES CONVENTIONS.....	162
B.	AUTRES COLLABORATIONS	164
1.	MEDECINS GENERALISTES ET PHARMACIENS.....	164
2.	RMS	164
3.	LE COREVIH.....	164
4.	LE PRAPS	164
5.	ACME.....	164

C.	LE LIVRET D'ACCUEIL ET LE REGLEMENT INTERIEUR	165
D.	LE CONTRAT DE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.....	165
E.	LE CONTRAT DE SEJOUR.....	167
F.	LES TEXTES REGLEMENTAIRES D'APPUI AU PROJET D'ETABLISSEMENT	177

PROJET D'ETABLISSEMENT

CSAPA ARGILE DE COLMAR

I. INTRODUCTION

A. L'ASSOCIATION ARGILE

Argile est une association de droit privé, loi 1901, modifiée par les dispositions du statut de droit local de 1908. L'association a été créée en 1980. Elle a son siège à Colmar, et est inscrite au Tribunal d'Instance de Colmar sous le volume N° 57, folio 18.

En 2002, l'association a modifié ses statuts. D'une association de lutte contre la toxicomanie, Argile est devenue une association de prise en charge des addictions et des pathologies associées, notamment les hépatites et le VIH.

Avant 2002, l'association était essentiellement centrée sur la toxicomanie, à l'exclusive de pathologies comme le VIH et les Hépatites, qui étaient peu prises en compte. Le conseil d'administration de l'époque a ainsi tiré les enseignements des 20 années écoulées, en voulant manifester clairement que la prise en charge des personnes ne pouvait plus faire l'impasse sur ces pathologies, tout en renforçant la volonté de travailler également de manière approfondie les questions des comorbidités psychiatriques.

L'objet associatif est décrit dans l'article III de ses statuts. L'association s'inscrit dans la prise en charge des addictions et la réduction des risques sanitaires liés à la consommation de produits psychoactifs.

Cette Association a pour but:

- D'identifier et de faire connaître l'ensemble des besoins des personnes touchées par les addictions ou toute affection s'y rattachant, y compris les risques infectieux, et notamment les hépatites et le sida.
- De créer et de participer à des réseaux de soutien aux personnes vivant avec les addictions et/ou leurs conséquences, pathologiques ou sociales, et leur entourage, pour répondre à leurs besoins sociaux, médicaux, psychologiques, juridiques et financiers.
- De défendre et promouvoir les droits et la dignité des personnes vivant avec des addictions, notamment en favorisant l'émergence et en soutenant des groupes d'autosupport.
- De diffuser une information fondée, en collaboration avec les institutions médicales, de recherche, et les associations partenaires de santé communautaire et d'actions sociales.
- D'organiser et de soutenir des campagnes publiques et des actions adaptées d'information, de prévention et de réduction des risques, en direction des personnes les plus exposées et auprès du public le plus large.
- D'assurer l'information et la formation des personnes susceptibles d'intervenir dans le domaine de l'information sur les addictions, de la réduction des risques infectieux et de la prise en charge des personnes touchées par les addictions.
- De publier ou favoriser la diffusion de tous documents et supports relatifs aux addictions et à la réduction des risques infectieux, leur connaissance, leur traitement et leur prévention.

Elle met en œuvre tous les moyens nécessaires à la réalisation de cet objet.

B. LE PROJET ASSOCIATIF

1. LES FONDEMENTS

A la lecture de l'objet statutaire de 2002, il convient de préciser les modèles philosophiques sur lesquelles reposent les grandes lignes du projet associatif.

En effet, les « refondateurs » qui ont pris en main la destinée de l'association sont pour la plupart issus de la santé communautaire telle qu'elle est pratiquée à AIDES.

En ce sens, les fondements sont directement inspirés de Foucault, de Daniel Defert, et du personnalisme communautaire d'Emmanuel Mounier, et se basent sur quelques points simples :

- Quel que soit le comportement (hétérosexualité, homosexualité, délinquance, toxicomanie, consommation de produits psycho actifs...), chacun est d'abord considéré comme une personne en tant qu'homme ou que femme.
- Chaque personne est actrice de son propre cheminement thérapeutique. En ce sens la santé est la propriété pleine et entière de la personne, et les intervenants ne sont que des partenaires du projet personnel de chacun, et non pas des propriétaires de la santé de ces personnes. De fait, la prise en charge globale part du principe que chacun doit être accueilli, écouté, accompagné dans son altérité.
- Chaque personne est un citoyen à part entière, et rien ne peut se faire sans la mobilisation des personnes

La santé communautaire est donc bien comprise dans son acception de mobilisation citoyenne visant à mener des actions dans le sens d'un mieux-être sanitaire et social, ce qui implique que les personnes concernées par nos actions doivent être pleinement associées à tous les niveaux d'action, y compris à l'administration de l'association. Là encore, les salariés sont au service du public cible, et non l'inverse.

EN CONSEQUENCE, L'APPROCHE ASSOCIATIVE DES ADDICTIONS EST LA SUIVANTE :

- ARGILE traite les addictions d'abord comme un comportement qui pose un problème de santé publique et communautaire affectant les personnes et leurs proches.
- ARGILE traite le VIH et les hépatites d'abord comme des maladies qui posent un problème de santé publique et communautaire affectant les malades et leurs proches.
- Cela oblige à :
 - Une réponse communautaire, et de ce fait, ARGILE associe :
 - Les personnes consommatrices de produits psychoactifs, et les personnes touchées par les virus.
 - Les personnels médicaux
 - Et, plus généralement, l'entourage des personnes.
 - Une relation d'aide :
 - L'aide est subordonnée à l'écoute
 - Une démarche de proximité

CECI EST LE FONDEMENT DU TRAVAIL DE TOUS LES INTERVENANTS DE L'ASSOCIATION :

- Qui s'élabore par :
 - Une reconnaissance et un respect total pour l'individu.

- Qui tient compte :
 - Des engagements affectifs du demandeur
 - De son entourage culturel
 - De ses peurs
- Et qui s'appuie sur :
 - Les expériences passées de l'intervenant.

2. LES VALEURS

Le cadre éthique repose sur la « rencontre ». Chaque personne accueillie est un être singulier, pris en compte dans son altérité et sa subjectivité : nous ne leur voulons rien qu'elles même ne veulent.

Nous travaillons constamment sur la relation, dans le sens où nous acceptons le principe (tout en allant au bout de nos propres limites) d'entrer dans la « folie » de l'autre, afin de « saisir » l'opportunité, dans des éclairs de lucidité, d'ouvrir un espace dans lequel la personne peut bâtir quelque chose qui lui facilitera un « bout » de chemin vers le mieux être.

C'est donc tout naturellement que les principes d'action d'Argile reposent sur la santé communautaire, avec une volonté affirmée d'associer le plus systématiquement possible chacun à son cheminement thérapeutique.

Est-il besoin de préciser qu'Argile s'inscrit dans le champ sanitaire, et se veut une association contributrice à l'élaboration des politiques sanitaires dans les domaines de la toxicomanie, du VIH et des Hépatites ?

Certainement, pour préserver l'idée que c'est la responsabilité des Pouvoirs Publics de répondre efficacement aux défis lancés à la société par ces pathologies, et qu'Argile n'a pour seules responsabilités que de mener à bien les missions qu'elle s'est confiées et/ou a acceptées.

L'originalité d'Argile repose sur le fait que l'association accepte de mener des missions et/ou propose des réponses que les pouvoirs publics sont dans l'incapacité de mener eux-mêmes.

Et c'est dans cette approche qu'Argile va tout simplement au-devant des personnes dont aucune structure n'accepte de s'occuper dans leur globalité.

Et c'est précisément à l'aune de cette activité que des besoins nouveaux se font jour, et qu'Argile propose des actions innovantes, destinées à infléchir les politiques sanitaires dans le but d'une meilleure réponse aux problématiques.

Et c'est en conséquence logique qu'Argile s'inscrit résolument dans le développement d'une politique de réduction des risques sanitaires liés à la consommation de produits psycho actifs, avec pour ambition de contribuer à faciliter l'intégration citoyenne des consommateurs de produits.

Argile s'inscrit en conséquence dans une logique d'innovation. Les services proposés n'existent donc pas pour assurer la pérennité d'une structure pour elle-même, ni pour assurer le salaire des intervenants, mais bien pour permettre aux quelques 818 personnes (chiffre 2008) qui nous fréquentent d'accéder à des soins, à une prise en compte thérapeutique, qu'elles ne trouveraient nulle part ailleurs.

Et ce sont aussi les raisons pour lesquelles l'accessibilité aux prestations est posée sur la base d'un accès bas seuil, que se soit au niveau de l'accueil, de la réduction des risques, des soins, ou de l'accompagnement.

Enfin, Argile ne saurait travailler avec quiconque ne s'inspirerait pas des principes posés dans le projet associatif, que se soit en interne, ou en externe.

LES PRINCIPES D'ACTION DE L'ASSOCIATION ARGILE REPOSENT SUR :

➤ **L'INDEPENDANCE IDEOLOGIQUE :**

- L'association est indépendante de toute famille religieuse, morale ou politique.
- Elle s'arroge le droit, sur une base objectivée, et une analyse pragmatique, d'interpeler les pouvoirs publics, et de prendre part au débat politique conformément à ses buts.

➤ **LE PLURALISME :**

- Argile porte un intérêt identique à toute personne consommatrice de produits psychoactifs et/ou atteinte par le VIH et/ou les Hépatites.

➤ **LA CONFIDENTIALITE**

- Argile adhère aux principes fondamentaux de la déontologie médicale.

➤ **LE RESPECT DE L'IDENTITE DE CHACUN**

- Argile respecte l'identité culturelle de chacun, son orientation sexuelle, son style de vie.
- Argile ne fait aucune discrimination, et respecte le droit fondamental de chacun d'être accueilli, écouté, accepté, et traité dans son entière dignité, dans une attitude de non jugement, et selon le principe de la libre participation.

➤ **LA LIBERTE D'EXPRESSION**

- Argile est un espace de libre confrontation des idées et des choix sur tous les problèmes et les comportements liés aux addictions, au VIH, et aux Hépatites.

➤ **LE « ICI ET MAINTENANT »**

- Argile traite toute personne dans le respect de son altérité et de sa subjectivité, au moment où elle s'exprime.

3. LES ACTIONS DE L'ASSOCIATION ARGILE

Les actions de l'association Argile se déclinent en plusieurs champs, qui sont :

- La prévention par :
 - Des campagnes « grand public » et des campagnes spécifiques
 - Des conférences, colloques, des interventions en milieux professionnels, scolaire et de santé.
 - Des productions écrites spécifiques (parutions, études, enquêtes, site internet, brochures...)
 - Des actions d'information et de sensibilisation
 - Des actions de formation

- La réduction des risques par :
 - Des campagnes de travail de rue
 - Le développement d'espaces d'accueil, des programmes de distribution et d'échange de matériel d'injection, la promotion du Strawbag et des outils de prévention, y compris les testings de produits.
 - La promotion de l'ouverture de salles de consommations à moindre risque en France

- Le soin par :
 - L'accueil et l'accès pour tous à une prise en charge médico psycho sociale de qualité
 - L'accessibilité aux programmes de substitution, et au-delà à une prise en charge globale

- L'écoute par :
 - L'accueil du public et la convivialité
 - Le développement d'actions de santé communautaire
 - La participation des personnes aux actions

- Le soutien par :
 - Les groupes de parole
 - Les groupes d'autosupport
 - Les activités d'aide pratique (ateliers d'expression....)
 - Les activités d'accompagnement des personnes
 - L'accès à l'information et le partage des savoirs comme supports du cheminement individuel

- L'entraide internationale par :
 - L'échange d'information, d'expériences et de pratiques avec les associations d'autres pays en matière de réduction des risques et de politique sanitaire en direction des usagers de drogues
 - Le développement d'actions de soutien aux associations d'autres pays

Concrètement, Argile gère en 2009:

- Un centre spécialisé de soins aux toxicomanes à Colmar. Cet établissement est un établissement médico-social agréé par le Préfet, et est régi par les dispositions de la loi du 2 janvier 2002 relative à la modernisation du système de santé et des textes réglementaires qui en découlent.
- Une consultation cannabis qui devient une consultation « Jeunes consommateurs ».
- Un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue: le CAARUD Bémol à Mulhouse. Cet établissement est un établissement médico-social agréé par le Préfet, et est régi par les dispositions de la loi du 2 janvier 2002 relative à la modernisation du système de santé et des textes réglementaires qui en découlent
- Une section d'appartements thérapeutiques relais répartis sur Mulhouse et Colmar.
- Le dispositif TIPI qui permet l'accompagnement aux soins et à la réinsertion d'usagers de drogues sous main de justice sur Colmar, et le dispositif équivalent sur Mulhouse, dénommé PARIS.
- Diverses actions d'information, de réduction des risques, de prévention, de soutien, et de convivialité menées par les volontaires de l'association, en lien avec les salariés.

TOUS LES MEMBRES (LES VOLONTAIRES) DE L'ASSOCIATION CONCOURENT A CES OBJECTIFS ET AUX ACTIVITES PAR :

- LE DON BENEVOLE D'UNE FRACTION DE LEUR TEMPS
- LE PAIEMENT D'UNE COTISATION ANNUELLE
- LA PARTICIPATION EFFECTIVE AUX ACTIVITES ET REUNIONS
- LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES ACTEURS

TOUS LES SALARIES DE L'ASSOCIATION CONCOURENT A CES OBJECTIFS ET AUX ACTIVITES PAR :

- LA MISE AU SERVICE DE L'ASSOCIATION D'UNE FRACTION DE LEUR TEMPS MOYENNANT REMUNERATION
- LA MISE EN OEUVRE DE LEURS COMPETENCES PROFESSIONNELLES AU SERVICE DE L'ASSOCIATION
- LA PARTICIPATION EFFECTIVE AUX MISSIONS, ACTIVITES ET REUNIONS QUI LEUR SONT ASSIGNEES
- LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE DES ACTEURS

C. PHILOSOPHIE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Dans la présentation de l'association qui précède, il est donc tout naturel que le projet d'établissement s'inscrive dans le droit fil du projet associatif.

L'esprit de la « maison » est donc tout naturellement tourné vers l'accueil des personnes, quelles qu'elles soient, et dans quelle qu'activité que se soit. L'accueil correspond à un état d'esprit permanent pour tous les intervenants d'Argile, et n'est pas une activité cantonnée aux seules heures d'ouverture de l'activité d'accueil.

Et c'est dans ce cadre d'accueil que la « rencontre » telle que définie supra, trouve sa place pleine et entière, et constitue le socle de toute collaboration entre les personnes qui viennent et les intervenants.

Les principes d'action de l'association constituent le socle déontologique et éthique sur lequel tout le projet est bâti.

Et la santé communautaire en est une des pierres angulaires, en ce sens que les « usagers, ou ex-usagers » sont mobilisés systématiquement pour participer en tant qu'acteurs. De ce fait, le conseil d'administration est composé en partie de personnes ayant, ou ayant eu recours à nos services.

En effet, un consommateur de produits psychoactifs est un expert, et à ce titre peut tout à fait être en capacité de mener des actions auprès de ses pairs, voire contribuer à former les professionnels qui interviennent dans un champ qu'à la base ils connaissent mal. L'éducation par les pairs est en conséquence un aspect essentiel à développer dans les années qui viennent.

D. FINALITE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Le projet d'établissement s'inscrit dans un processus d'amélioration de l'offre sociale et médico-sociale s'exerçant tant sur le plan externe qu'interne. Ce processus obéit à une « philosophie générale » dont il convient de préciser les principales orientations.

- ***La démarche d'assurance qualité :***

Le projet d'établissement a pour objectif d'améliorer la qualité des prestations sociales et médico-sociales dans son acception la plus large et la plus noble.

En définissant le choix et le dimensionnement des activités sociales et médico-sociales, le projet d'établissement s'affirme clairement comme l'élément structurant de l'ensemble des autres composantes managériales de l'établissement.

- ***La dynamique du changement :***

Véritable vecteur du changement, le projet d'établissement vise à mobiliser les ressources et potentialités de la structure afin de répondre le mieux possible aux sollicitations externes et internes.

Il s'efforce d'accroître la flexibilité de la structure par rapport à ses acteurs et à ses utilisateurs.

- **La démarche participative :**

Le projet d'établissement repose sur la mobilisation d'un maximum d'acteurs de l'établissement.

Le processus doit permettre une perception et une appropriation concrètes par chaque membre du personnel.

- **La vision prospective et stratégique :**

Le projet d'établissement repose sur une réflexion prospective qui s'attache à analyser :

- les évolutions futures de l'environnement,
- les changements internes qui pourraient survenir à moyen ou long terme.

Cette étude prospective permet ainsi d'identifier des évolutions probables que l'établissement devra prendre en compte et auxquelles il lui faudra s'adapter, en s'y préparant dès que possible.

Elle conduit également à définir le champ des actions volontaristes réalisables pour contribuer, même modestement, à modeler son environnement.

- **L'approche globale et cohérente avec l'organisation sociale et médico-sociale :**

Le projet d'établissement traduit un double effort de synthèse :

- d'une part, la mise en cohérence des différentes logiques sociales, médico-sociales, économiques et culturelles,
- d'autre part, l'adéquation des options proposées avec les orientations et les priorités régionales et nationales.

Il sera ici notamment vérifié que le projet d'établissement est parfaitement en accord avec les préconisations et les propositions du schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale en addictologie.

De manière globale la finalité du projet vise à contribuer à la cohésion sociale en s'inscrivant dans le paysage sanitaire et social de la zone de proximité, en travaillant auprès du public cible à rendre les personnes le plus autonome possible, en prenant en charge les addictions aux produits illicites, et/ou aux substances détournées de leur usage légal (médicaments), avec une visée thérapeutique au long cours.

Le présent projet a également une ambition stratégique de mise en œuvre d'une palette de prestations et services de qualité au service de la santé des personnes, santé au sens de la définition de l'O.M.S (Organisation Mondiale de la Santé)

Le projet d'établissement s'inscrit dans les attendus du schéma régional médico social d'addiction 2009 – 2013, et constitue de fait une mise en chantier contributive aux objectifs du schéma.

Logiquement la visée stratégique interne est également managériale, en ce sens que :

- Les intervenants amenés à concourir à la mise en œuvre du projet verront leurs compétences accrues, seront sollicités pour adapter leurs pratiques, et seront de fait participants d'une démarche qualité.
- Les développements futurs en termes de missions vont favoriser la promotion interne, la création de certains postes, la mobilité et la motivation des personnels, assortis d'une politique de formation continue adaptée.

La transformation du CSST Argile de Colmar en CSAPA drogues illicites permettra de contribuer à la politique de santé publique définie par la Tutelle, mais également d'apporter des formes de réponses préalablement objectivées et innovantes.

E. METHODOLOGIE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

Le présent projet d'établissement est le fruit d'un travail collectif associant les usagers, les volontaires, les salariés et les administrateurs de l'association.

Quatre séminaires de travail échelonnés sur 2007 et 2008 ont précédés l'écriture du projet.

L'écriture du projet d'établissement a été réalisée par Christian Verger, Directeur, avec la collaboration de Christiane Dillmann, chef de service.

L'ensemble des salariés et volontaires ont contribué à la réflexion et à la rédaction des fiches action et protocoles, et les usagers y ont été associés.

Le présent projet a été validé par le conseil d'administration lors de sa séance du 31 mars 2009, et sera approuvé par l'assemblée générale de l'association courant 2009.

II. BILAN DE L'EXISTANT

A. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT :

1. TYPE ET FORME DE GESTION

Actuellement, l'établissement est un CSST (Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes), devenu établissement médicosocial en 2003, géré par une association de droit privé régie par la loi de 1901 et les articles du code civil local alsacien mosellan de 1908.

L'établissement correspond à l'une des activités de l'association Argile, gérées par un conseil d'administration issu de l'assemblée générale des membres, et présidé par Monsieur Emmanuel Houzé.

Les activités de l'association sont dirigées par un directeur lui-même employé par le conseil d'administration, Monsieur Christian Verger, depuis le 1^{er} décembre 2002. Le directeur est le chef du personnel de l'association. (Voir en annexe la lettre de délégation au directeur)

DESIGNATION		Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes de Colmar
NATURE		Etablissement médico-social
ADRESSE	Rue et numéro	15, rue de Peyerimhoff
	Commune	68000 COLMAR
	Département	Haut-Rhin
NUMERO FINESS		680013646

NOM DE LA PERSONNE MORALE QUI ASSUME LA GESTION DE L'ETABLISSEMENT		ASSOCIATION ARGILE
ADRESSE DE LA PERSONNE MORALE	Rue et numéro	15, rue de Peyerimhoff
	Commune	Colmar
	Département	68000
FORME D'EXPLOITATION DE LA PERSONNE MORALE	Type	Association de loi 1901 modifiée 1908
	Immatriculation au registre du Tribunal d'Instance	Tribunal d'Instance de Colmar Volume 57 Folio 18
	Date de publication ou d'approbation des statuts	Approuvés par l'assemblée générale du 19 septembre 2002.
REPRESENTANT LEGAL DE LA PERSONNE MORALE	Nom et prénom(s)	Monsieur Emmanuel Houzé
	Qualité	Président
	Adresse personnelle	11, avenue Auguste Wicky 68100 Mulhouse

2. HISTORIQUE

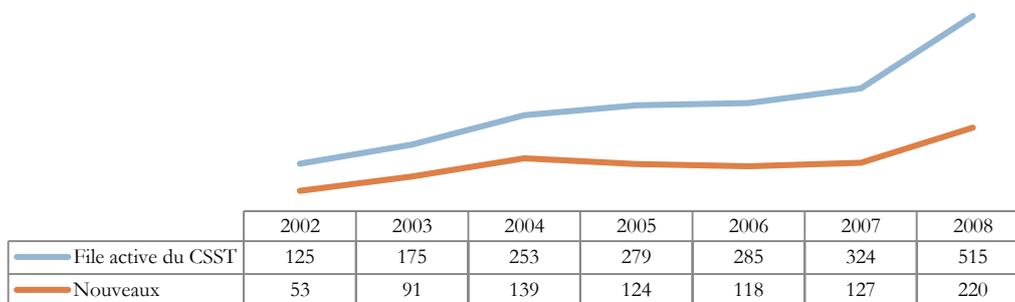
L'ouverture d'un CSST de Argile à Colmar date de 1989. La section d'appartements thérapeutiques relais (ATR) fut créée en 1993. La prise en charge des patients par la méthadone fut démarrée en 1998. L'implantation dans les locaux actuels date de 1999. Le passage du CSST en établissement médico-social date de 2004. L'ouverture d'un espace d'accueil fut décidée en 2004, et la mise en place d'un programme d'échange de seringues (PES) eut lieu en 2007.

3. MISSIONS ACTUELLES

Le CSST Argile de Colmar a pour missions en 2009:

- L'accueil, le soin, et la prise en charge en ambulatoire des personnes consommatrices de produits illicites et /ou détournés de leur usage légal, notamment par le biais de la substitution à la Méthadone,
- La tenue d'une consultation « jeunes consommateurs »,
- L'accueil, et la réduction des risques auprès du public consommateur de substances,
- La section d'appartements thérapeutiques relais du Haut-Rhin,
- Le dispositif TIPI d'appartements à visée d'accès aux soins, à la réinsertion socioprofessionnelle de toxicomanes sous main de justice.

4. EVOLUTION DE L'ACTIVITE 2002-2008



La file active globale du CSST a été multipliée par 4 en 7 ans, avec notamment un bond quantitatif en 2008, lié à l'ouverture fin 2007 d'un programme d'échange de seringues en relais du S.A.U. des Hôpitaux Civils de Colmar.



La file active médicale des personnes substituées à été multipliée par 3 en 7 ans, avec une stagnation en 2008, liée à l'absence de médecin titulaire sur le centre, et au recours à des vacations de médecins pour assurer une couverture médicale minimale visant notamment à assurer la continuité des soins, en attendant le recrutement d'un nouveau médecin.

5. POPULATION ACCUEILLIE EN 2008

La file active globale du centre en 2008 est de 515 personnes versus 324 en 2007, et 125 en 2002.

Elle se répartit comme suit :

- Accueil : 157 personnes dont 77 nouvelles.
- Plateau de soins : 259 personnes dont 114 nouvelles
- Consultation jeunes consommateurs : 66 personnes dont 26 nouvelles
- Appartements thérapeutiques relais : 10 personnes dont 3 nouvelles
- TIPI : 23 personnes

Au niveau du plateau de soins, la file active de 318 personnes se répartit comme suit :

- File active médicale : 164 personnes
- Préparation au sevrage : 2 personnes
- Parents, proches : 13 personnes
- Milieu carcéral : 11 personnes
- Suivi socio-éducatif : 128 personnes

6. CAPACITE

Initialement, en 1998, l'unité méthadone d'alors, avec la section d'appartements thérapeutiques relais, et hors personnel administratif, comprenait un mi-temps de médecin, deux mi-temps d'IDE, une assistante sociale à temps plein, un temps plein de psychologue, et deux éducateurs à temps plein, soit 5,5 etp à 39 heures (donc un total hebdomadaire de 214,5 heures) pour une capacité fixée par les Autorités à 50 places méthadone et 10 places en appartements thérapeutiques relais, soit 60 personnes.

Aujourd'hui, nous disposons, pour le plateau méthadone, et la section d'appartements thérapeutiques relais, et hors personnel administratif, de 0,6 etp de médecin, de 1,5 etp d'infirmière, d'une assistante sociale à temps plein, de 1 etp d'éducateur, de 1 etp de psychologue, soit 4,1 etp à 35 heures (donc un total hebdomadaire de 143,5 heures) pour une file active médicale de 164 personnes, et une file active globale du plateau de soins de 318 personnes, dont 10 places en appartements thérapeutiques relais.

Autant dire que les limites en termes de capacité sont dépassées dans la configuration actuelle, autant au niveau de la couverture médicale que de la couverture éducative. En effet, le temps travaillé financé a fortement diminué, le passage aux 35 heures n'ayant pas été compensé par des créations de postes, et des postes ayant été supprimés lors de la restructuration imposée en 2002, alors que la file active, liée notamment à l'attractivité de la structure à été multipliée par 5.

Les missions actuelles du CSST sont élargies à :

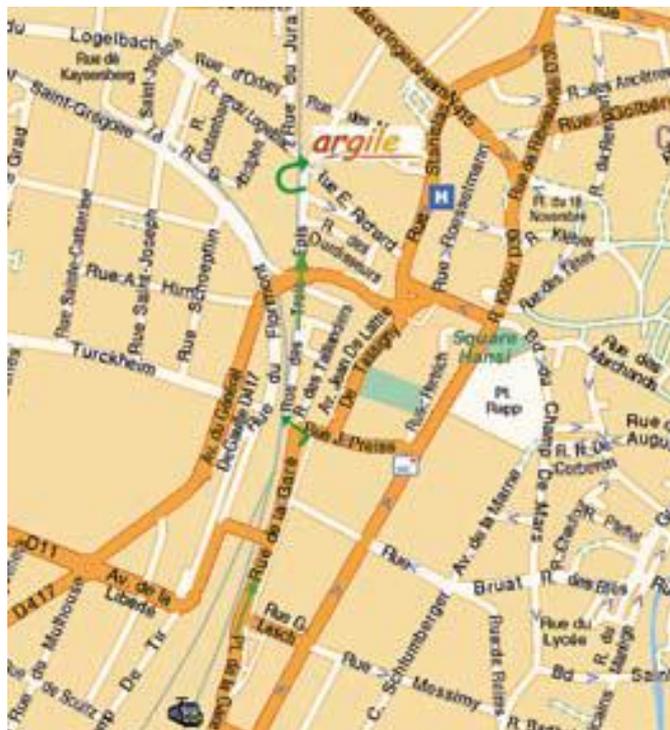
- Une consultation « Jeunes consommateurs » ouverte en 2007, qui comprend 0,5 etp d'éducateur et 0,2 etp de psychologue pour une file active de 30 personnes.
- Un accueil généraliste ouvert sur la ville destiné à tout public consommateur de produits, ouvert en 2004, et qui dispose aujourd'hui de 0,5 etp d'apprenti éducateur pour une file active de 188 personnes. Heureusement que des volontaires de l'association, et la contribution des salariés (qui ponctionnent sur leur temps de travail dévolu au soin), permet de tenir cette activité.
- Le dispositif TIPI, destiné aux toxicomanes sous mains de justice et présentant des pathologies lourdes (VIH et/ou VHC et/ou comorbidités psychiatriques), porté depuis 2004, comprend 1 etp d'éducateur pour 23 personnes suivies.

Sur le plan administratif, pour gérer toutes les missions et établissements de l'association, une comptable (0,9 etp), une secrétaire (1 etp) , un chef de service et un directeur à temps plein, soit 3,9 etp au total avec un nombre croissant de missions et un budget doublé en quatre ans, constitue l'encadrement minimal pour une structure de cette taille.

Aussi, tant sur le plan administratif que des activités et missions, aucune évolution dans le sens de l'accroissement de la capacité, ni de l'augmentation des missions ne saurait intervenir sans création des postes correspondants.

7. CONDITIONS D'ACCES

L'établissement est idéalement situé à 5 minutes à pied du centre ville de Colmar, à 10 minutes de la gare, dans un quartier calme, et dispose d'un accès discret favorisant l'anonymat des personnes.



8. ZONE D'INTERVENTION

La zone d'intervention du CSAPA Argile de Colmar correspond à la zone de proximité de Colmar. Jusqu'à présent le public fréquentant la structure provient d'une large portion du territoire Alsacien allant d'Ensisheim et Guebwiller, jusqu'aux portes d'Erstein, et englobe toute la plaine le long du Rhin.

Provenance géographique du public en 2007/2008:

- Zone de Guebwiller : 10 en 2007, et 17 en 2008 ¹
- Zone de Colmar : 236 en 2007, et 294 en 2008

dont de la vallée de Sainte-Marie-aux-Mines

- Zone de Sélestat-Obernai : 56 en 2007, et 61 en 2008
- Hors région Alsace : 14 en 2007, et 8 en 2008

¹ Chiffre auquel il faut rajouter les patients de la zone qui vont sur Mulhouse au Cap ou à Alter'Native.

9. SITUATION CONVENTIONNELLE

A ce jour l'établissement n'a pas conclu de convention pluriannuelle avec l'Assurance Maladie et la DDASS.

B. ENVIRONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT :

1. ENVIRONNEMENT GENERAL

L'établissement est implanté dans la commune de Colmar, Haut-Rhin, région Alsace.

	Colmar	Guebwiller	Haut-Rhin	Alsace
Population	66 886	11 980	750 893	1 847 064
Taux de chômage			7,1%	6,7%
Taux de mortalité				0,76%

2. ENVIRONNEMENT SANITAIRE

Colmar dispose des Hôpitaux Civils de Colmar présentant tous les services de santé nécessaires à la population du Centre – Alsace, et notamment concernant la spécialité du CSST, les services suivants :

- Une filière addiction
- ECIMUD
- Un CCAA
- Un service de tabacologie
- Un hôpital de jour en addictologie
- Un réseau Maternité et Addictions via la Clinique du Parc
- Un S.A.U. et son équipe médicale intervenant à l'UCSA de la Maison d'Arrêt
- Une pharmacie
- Un laboratoire
- Un service de dermatologie
- Un service de gastro-entérologie

La zone de proximité de Colmar dispose en 2007 de :

- 211 Médecins généralistes dont 44 sont prescripteurs de Méthadone et 67 de Buprénorphine Haut dosage.
- 50 officines dont 39 délivrent des traitements de substitution.
- 19 médecins de la zone (soit 16%) sont des prescripteurs réguliers, dont une dizaine sur Colmar même.

A noter sur la zone la présence d'une microstructure médicale implantée à Colmar.

Enfin, l'Hôpital Psychiatrique est implanté à Rouffach, et les secteurs I et III sont missionnés sur la toxicomanie.

3. ENVIRONNEMENT MEDICO-SOCIAL ET ASSOCIATIF

De par la transversalité de la problématique de consommation de produits dans la population, l'ensemble des structures du champ médico-social est concerné et/ou peut être sollicité, mais plus particulièrement :

- L'association Espoir et ses CHRS
- L'association l'Echelle et son LHSS
- L'association Le Portail
- La Manne

4. ENVIRONNEMENT JUDICIAIRE

La circonscription judiciaire de Colmar englobe le sud du Bas-Rhin, et notamment Sélestat.

Le public cible de l'établissement ayant souvent un parcours judiciaire, l'ensemble des acteurs de la Justice est concerné, mais plus particulièrement :

- Le SPIP
- La Maison d'Arrêt
- Le juge d'application des peines
- Le centre d'action éducative
- Le foyer d'action éducative

5. PARTENARIAT

Partenariat dans le domaine social, médico-social et judiciaire

Type de partenariat	Partenaires	Objet du partenariat	Date de mise en œuvre
Convention	LHSS de l'Association l'Echelle	Orientation et accueil/échange de pratiques/prises en charges conjointes	11/06/2008
Convention	SPIP de Colmar	Prise en charge de détenus toxicomanes sous bracelets électroniques	En cours de négociation
Comité de pilotage hébergement (TIPI, PARIS, ATR)	CCAS – SPIP –Unité Santé Justice – Espoir – CCAA -	Evaluation, orientation du dispositif – mise à disposition d'intervenants des structures dans le cadre du suivi de l'accompagnement des personnes sur un mode collégial	Juin 2004
Charte	Réseau Social Santé Justice		

Partenariat dans le domaine sanitaire

Type de partenariat	Partenaires	Objet du partenariat	Date de mise en œuvre
Convention cadre	Hôpitaux civils de Colmar	Collaboration avec les services – Rétrocession médicamenteuse – analyses biologiques (dépistage, urines...)	En cours de négociation, sur la base de la révision de la convention de 2004
Convention	FILIERE ADDICTION	Collaboration - prises en charge conjointes – continuité des soins	En cours de rédaction
Convention	ECIMUD	Collaboration - prises en charge conjointes – continuité des soins	En cours de rédaction
Convention	CCAA de Colmar	Collaboration - prises en charge conjointes – continuité des soins – échanges de pratiques – articulation de toutes les antennes des structures	En cours de finalisation
Convention	Hôpital de jour en addictologie	Collaboration - prises en charge conjointes – continuité des soins	En cours de rédaction
Convention	Tabacologie	Collaboration - prises en charge conjointes – continuité des soins	En cours de rédaction
Convention	Clinique du Parc – réseau maternité et addictions	Collaboration - prises en charge conjointes – continuité des soins	En cours de négociation
Convention	Centre Psychiatrique Hospitalier de Rouffach	Mise à disposition d'une vacation de psychiatre pour la prise en charge des comorbidités lourdes	Depuis 2007
Convention	Psychiatrie de secteur I et III	Collaboration - prises en charge conjointes – continuité des soins – articulation de la prise en charge psychiatrique et toxicomaniaque	Prévu en 2010

Partenariat civil

Type de partenariat	Partenaires	Objet du partenariat	Date de mise en œuvre
Convention	E.D.C.	Elimination des déchets infectieux et des flacons de verre ayant contenu de la Méthadone	Depuis 2009
Convention	Banque Alimentaire du Haut-Rhin	Mise à disposition d'aliments en vue d'offrir des collations à l'accueil	Depuis 2008
Convention	S.O.S Hépatites	Permanences de l'association au CSAPA	En cours de finalisation

C. EQUIPE PROFESSIONNELLE :

En janvier 2009, le futur CSAPA ARGILE compte 15 salariés pour 10,322 Etp. versus 23 salariés pour 17,65 Etp. pour l'ensemble de l'association ARGILE.

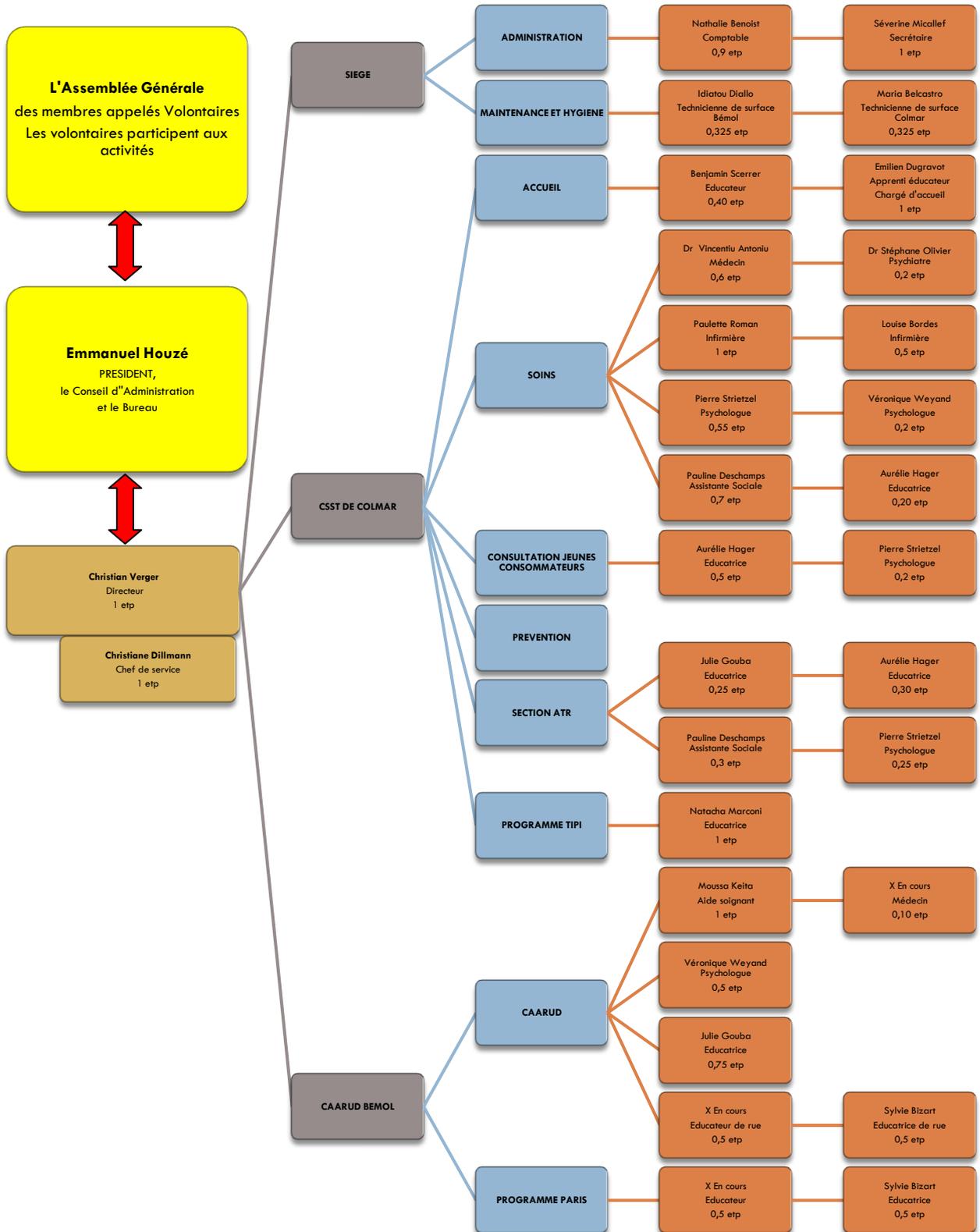
L'ensemble de l'équipe intervient dans les activités référées à l'accueil, à la réduction des risques, à l'accompagnement et aux soins. Elle est épaulée par près de 15 volontaires, intervenant bénévolement dans le cadre des activités.

Chaque professionnel a ainsi connaissance de ce qui fait le quotidien des usagers, quel que soit le moment de leur trajectoire ou du cheminement qu'ils effectuent, durant le laps de temps durant lequel nous sommes amenés à nous côtoyer.

Pour assurer sa mission, le CSST dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée comme suit de professionnels compétents, motivés et régulièrement formés :

- Un directeur, un chef de service, une comptable et une secrétaire pour le volet administratif et l'encadrement des deux établissements de l'association.
- Un médecin, un psychiatre, deux infirmières, deux psychologues, une assistante sociale, deux éducatrices, un apprenti éducateur et une technicienne de surface pour les activités d'accueil, de réduction des risques, de soins, et d'hébergement.

1. ORGANIGRAMME ACTUEL



D. LOCAUX :

1. CONFIGURATION GENERALE

Les locaux sont sis au 15, rue de Peyerimhoff à Colmar, dans les murs d'une ancienne entreprise (imprimerie) désaffectée. L'association est locataire de la S.C.I. Saint Louis depuis 1999.

Situés près de la gare de Colmar, et à quelques minutes à pied du centre ville, les locaux bénéficient d'un parking réservé au personnel, avec une entrée dans une cour intérieure, et sont uniquement réservés à l'usage du centre, ce qui confère toute la discrétion nécessaire à l'activité de la structure.

La surface actuelle des locaux est de 345 m², répartis entre l'accueil et la documentation (85 m²), le plateau de soins (185 m²), la consultation jeunes consommateurs (12 m²), TIPI (12 m²), et la partie administrative (51 m²).

L'immeuble comprend également des locaux qui pourraient faire l'objet d'une extension en vue d'y implanter l'accueil du centre, libérant ainsi de l'espace dans les locaux actuels pour installer les futurs services de la structure, et prévoir les transformations nécessaires (augmentation du nombre de salariés et donc des bureaux, nécessité d'une salle de réunion plus grande que celle d'aujourd'hui, organisation des archives administratives et des archives patients)

2. DESCRIPTION

LOCAUX À USAGE COLLECTIF RECEVANT DU PUBLIC

- Espace d'accueil et de documentation
- P.E.S. (Programme d'Echange de Seringues)
- Salle d'attente
- Infirmerie
- Cabinet médical du médecin
- Cabinet médical du psychiatre
- Cabinet du psychologue
- Bureau de l'assistante sociale
- Bureau de l'éducateur
- Bureau de l'éducatrice du dispositif TIPI
- Cabinet de la consultation jeunes consommateurs
- Toilettes publiques
- Couloirs

LOCAUX À USAGE PROFESSIONNEL

- Bureau de la direction
- Bureau de la chef de service
- Comptabilité
- Archives comptables
- Secrétariat
- Salle de réunion
- Archives patients
- Local de la technicienne de surface
- Toilettes du personnel
- Couloirs
- Cuisine

III. ANALYSE DES BESOINS

A. LES BESOINS DEFINIS PAR LE SHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE :

1. LES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES

- Tabac

La proportion de **jeunes de 17 ans déclarant avoir expérimenté** l'usage de tabac a légèrement baissé entre 2002-2003 et 2005, passant de 74% à 73%. L'Alsace se situe **légèrement au-dessus de la moyenne nationale** (Escapad 2002-2003 et 2005, exploitation Alsace, OFDT).

La proportion de **jeunes de 17 ans déclarant fumer quotidiennement** est restée stable entre 2002-2003 et 2005 : 35 % (Escapad 2002-2003 et 2005, exploitation Alsace, OFDT). L'Alsace se situe **un peu au-dessus de la moyenne nationale**.

- Alcool

L'Alsace présente un profil de consommation de boissons alcoolisées assez proche de la moyenne métropolitaine, que ce soit à l'adolescence ou à l'âge adulte. En revanche, elle atteint des **pourcentages d'usage de vin et de prémix particulièrement élevés à l'adolescence**, tandis qu'à l'âge adulte, c'est la bière qui apparaît nettement plus consommée qu'ailleurs en France (Atlas régional des consommations d'alcool 2005, données INPES/OFDT).

L'usage régulier d'alcool chez les personnes de 15 à 75 ans est de 24% en 2005 (Escapad 2005, OFDT ; Baromètre santé 2005, INPES), ce qui place l'Alsace au **4^{ème} rang** parmi l'ensemble des régions et la situe **au dessus de la moyenne nationale**.

L'usage régulier d'alcool chez les jeunes âgés de 17 ans est resté stable entre 2002-2003 et 2005 : 13% (Escapad 2002-2003 et 2005, exploitation Alsace, OFDT). L'Alsace se situe **légèrement au-dessus de la moyenne nationale**.

La **fréquence d'ivresses au cours de l'année chez les jeunes** âgés de 17 ans est de 46% en 2005, ce qui situe l'Alsace un peu en dessous de la moyenne nationale. Elle est **en hausse** assez nette par rapport à 2002-2003. De même, le pourcentage **d'ivresses répétées chez les jeunes** âgés de 17 ans est de 23% en 2005, soit une **hausse de 7%** par rapport à 2002-2003 (Escapad 2002/2003 et 2005, exploitation Alsace, OFDT).

La proportion, parmi les hommes, de patients en médecine de ville ayant en 2000 un **profil à risque avec dépendance est de 10%** en Alsace (DREES, FNORS, ORS), **nettement supérieure à la moyenne nationale**.

De même, la proportion, parmi les hommes, de patients hospitalisés un jour donné ayant en 2000 un **profil à risque avec dépendance est de 13,9%** (DREES, FNORS, ORS), ce qui situe l'Alsace **nettement au-dessus de la moyenne nationale**.

- Drogues illicites

La proportion de jeunes de 17 ans déclarant avoir expérimenté l'usage de cannabis au cours de la vie est demeuré stable entre 2002-2003 et 2005 : 47% (Escapad 2002-2003 et 2005, exploitation Alsace, OFDT). L'Alsace se situe dans la moyenne nationale.

La proportion de jeunes de 17 ans déclarant un usage régulier de cannabis est passée de 11% en 2002-2003 à 10% en 2005 (Escapad 2002-2003 et 2005, exploitation Alsace, OFDT). L'Alsace se situe dans la moyenne nationale.

La proportion de jeunes de 17 ans déclarant avoir expérimenté l'usage d'autres produits psychoactifs est restée stable entre 2002-2003 et 2005 : 4% pour les champignons hallucinogènes, 3% pour les poppers, 4% pour l'ecstasy, 2% pour la cocaïne et 1% pour l'héroïne (Escapad 2002-2003 et 2005, exploitation Alsace, OFDT). L'Alsace se situe dans la moyenne nationale, à l'exception de la consommation de poppers, nettement moins élevée en Alsace que dans les autres régions.

Selon les professionnels de l'addictologie, on assiste à un très net élargissement de la palette des produits consommés, à un élargissement des modes de prise des produits autant que des publics concernés – « démocratisation de la cocaïne », utilisations « festives » d'héroïne ou de « gestion de la descente » chez des personnes parfaitement insérées.

2. LES CONSEQUENCES SUR LA SANTE

Si le **taux comparatif de mortalité prématurée liée au tabac** en 2001-2003 chez les hommes en Alsace est inférieur à la moyenne nationale, en revanche ce **taux est supérieur à la moyenne nationale chez les femmes** (INSERM, CEPIDC, INSEE, FNORS).

De même, le **taux comparatif de mortalité prématurée en 2001-2003 chez les femmes en Alsace par cancer de la trachée des bronches et du poumon, broncho-pneumopathies chroniques obstructives et cardiopathies ischémiques est supérieur à la moyenne nationale** (INSERM, CEPIDC, INSEE, FNORS).

Enfin, le taux de mortalité prématurée pour les trois causes principales liées à l'alcoolisation chronique – cirrhoses alcooliques du foie, psychoses alcooliques, cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage – est inférieur en Alsace à la moyenne nationale, tant pour les hommes que pour les femmes (INSERM CEPIDC, INSEE, FNORS). C'est la région qui a connu la baisse la plus importante en 10 ans.

Si les données de mortalité et de morbidité en lien avec la consommation de substances illicites ne sont pas disponibles à l'échelle locale, on peut toutefois reprendre les données nationales suivantes, issues d'une publication de l'OFDT de décembre 2007 « Drogues, Chiffres clés » qui indiquent que le nombre de surdoses par substances illicites en France pour l'année 2005 est de 171 et soulignent que **ces décès par surdose, après avoir fortement chuté durant la seconde moitié des années 1990, ont de nouveau tendance à augmenter**. L'accent est également mis, dans le cadre de cette publication, sur le fait que les **hommes interpellés pour usage d'héroïne, cocaïne ou crack ont un risque global de décès 5 fois plus élevé que les**

autres hommes de même âge, ce risque de décès étant multiplié par 9 pour les femmes. Il y est souligné que ce risque de surmortalité s'explique par les risques de surdoses et d'infections par le virus du sida mais également par une augmentation de la prise de risque pour la plupart des causes de décès.

En matière de morbidité, la même publication fait état d'une prévalence moyenne nationale du VIH parmi les usagers de drogues de 10,8% et d'une prévalence moyenne nationale du VHC parmi les usagers de drogues de 59,9%.

3. LA SUBSTITUTION

- Subutex

Le nombre de patients sous Subutex en 2004 est de 4 664 en Alsace. Parmi eux, le nombre de patients dont les quantités remboursées sont conformes à des doses thérapeutiques est de 3406, soit 73 % (Assurance Maladie, Service Médical Alsace-Moselle).

Les ventes de boîtes de Subutex pour 100 habitants de 20 à 39 ans sont au nombre de 72 en 2006, ce qui situe l'Alsace au **1^{er} rang** (OFDT, Indicateurs locaux/ILIAD).

- Méthadone

Le nombre de patients sous Méthadone en 2004 en médecine de ville est de 957 (Assurance Maladie, Service Médical Alsace-Moselle). Il n'y a pas de dérives apparentes en ce qui concerne ce traitement.

Les ventes de Méthadone pour 100 habitants de 20 à 39 ans sont au nombre de 55,3 en 2006, ce qui situe l'Alsace au **1^{er} rang** (OFDT, Indicateurs locaux/ILIAD).

Globalement, cet outil thérapeutique constitue une réelle plus-value. Il reste que 3,5% de patients obtiennent des quantités de Subutex supérieures à trois fois la dose maximale admissible, ce qui laisse penser qu'il y a trafic.

L'Assurance Maladie a mis en place depuis 2004 un plan d'action national destiné à réduire les détournements d'usage selon une procédure adaptée à la réglementation et avec des actions contentieuses pouvant aboutir à des dépôts de plainte pénale dans les situations extrêmes.

4. LA REDUCTION DES RISQUES

La réduction des risques se fait au travers de la vente de Stéribox[®], des seringues délivrées par les distributeurs/récupérateurs de seringues, des Programmes d'échange de seringues existant dans certains CSST ainsi que des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD).

Les ventes de Stéribox[®] pour 100 habitants de 20 à 39 ans sont au nombre de 28,9 en 2006, ce qui situe l'Alsace au **2^{ème} rang** (OFDT, Indicateurs locaux/ILIAD).

La seule ville disposant actuellement de distributeurs/récupérateurs de seringues est Mulhouse.

L'Alsace est dotée de 4 CAARUD, 2 à Strasbourg et 2 à Mulhouse dont les missions sont :

- ✓ l'accueil individuel et collectif, l'information et les conseils personnalisés aux usagers de substances psychoactives,
- ✓ l'accompagnement et l'orientation vers les droits, les soins, l'accès au logement et l'insertion sociale et professionnelle,
- ✓ la mise à disposition de matériel de prévention des infections,
- ✓ la médiation sociale,
- ✓ la participation au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanies.

La file active pour l'ensemble des CAARUD (hormis AIDES 67) en 2007 est de 2 715 personnes, dont 925 nouveaux usagers, soit 34%. Le nombre de passages dans des lieux fixes est de 9 530, dans des lieux mobiles de 2 944, dans la rue de 488 et dans des lieux festifs de 1 140.

Le nombre de seringues distribuées en 2007 pour le seul CAARUD géré par Espace Indépendance est de 93 896, dont 66 283 récupérées.

B. LES OBJECTIFS TRANSVERSAUX DU SCHEMA REGIONAL MEDICO SOCIAL D'ADDICTOLOGIE ET ARTICULATION AVEC LES PLANS ET PROGRAMMES PORTANT SUR LES ADDICTIONS

1. LES OBJECTIFS DU SCHEMA

Objectif général 1

AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AYANT DES CONDUITES ADDICTIVES

Objectifs opérationnels

- **Apporter une réponse de proximité**
 - ✓ Assurer une prise en charge des personnes, quelle que soit leur addiction, sur chaque zone de proximité
 - en complétant le dispositif existant en addictologie sur chaque zone de proximité
 - en développant les articulations entre les dispositifs sur chaque zone de proximité
 - en favorisant les interventions hors des locaux des structures sous forme de consultations avancées.
- **Impulser une approche globale et concertée des personnes ayant des conduites addictives**
 - ✓ Décloisonner les dispositifs spécialisés en alcoologie et les dispositifs spécialisés en toxicomanie

- en favorisant la transformation des CCAA et CSST en CSAPA toutes addictions
 - en formalisant des conventions de partenariat entre futurs CSAPA spécialisés alcool et futurs CSAPA spécialisés drogues illicites.
- ✓ Développer les collaborations entre les futurs CSAPA, les dispositifs de réduction des risques, les établissements hospitaliers, les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie, les professionnels de santé de ville ainsi que les associations d'entraide et d'auto-support
- en formalisant des conventions de partenariat entre les différents dispositifs
 - en impulsant des temps d'échange de pratiques entre bénévoles et professionnels des différents dispositifs
 - en développant les réseaux de proximité en addictologie
 - en intégrant les associations d'entraide et d'auto-support, après avoir défini précisément leur rôle et leur place dans le soutien aux personnes en difficulté avec une ou plusieurs substances psychoactives, dans les réseaux existants.
- ✓ Renforcer l'articulation entre les politiques de l'Etat en matière d'addictologie et celles des collectivités territoriales
- en impulsant des réflexions communes.
- ✓ Renforcer l'accompagnement socio-éducatif des personnes
- en développant les liens avec les acteurs du social et de l'insertion
 - en procédant à une évaluation, tant qualitative que quantitative, des réponses existantes en matière d'hébergement des personnes en difficulté avec une ou plusieurs substances psychoactives
- ✓ Renforcer la mobilisation et l'implication des médecins généralistes, des pharmaciens et des infirmières libérales dans la prise en charge des personnes en difficulté avec une ou plusieurs substances psychoactives
- en maintenant le soutien au réseau des microstructures médicales
 - en organisant des temps de sensibilisation/formation en direction des médecins généralistes, des pharmaciens et des infirmières libérales
 - en les associant aux temps d'échange de pratiques
 - en les intégrant dans les réseaux existants.
- **Renforcer les dispositifs destinés à des populations spécifiques, en situation de vulnérabilité**
- ✓ Développer et améliorer la prise en charge des mères consommatrices de substances psychoactives
- en maintenant le soutien au Réseau Maternité et Addictions
 - en développant les compétences des professionnels de santé en la matière.

- ✓ Développer et améliorer la prise en charge des détenus, des sortants de prison et des personnes en situation d'infraction à la législation en difficulté avec une ou plusieurs substances psychoactives :
 - en développant l'intervention des structures spécialisées en addictologie en milieu pénitentiaire
 - en améliorant l'articulation entre les professionnels du milieu pénitentiaire et les professionnels de santé hors milieu pénitentiaire
 - en développant des programmes de prise en charge des sortants de prison en difficulté avec ou plusieurs substances psycho-actives
 - en renforçant l'articulation santé/justice autour de la mise en place du nouveau dispositif des injonctions thérapeutiques.

- ✓ Développer et améliorer la prise en charge des jeunes en difficulté avec une ou plusieurs substances psychoactives
 - en développant les consultations jeunes consommateurs.

- ✓ Développer et améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité en difficulté avec une ou plusieurs substances psychoactives
 - en développant les interventions dans les structures d'accueil et d'hébergement des personnes en situation de précarité
 - en intégrant les professionnels spécialisés en addictologie dans les réseaux santé/précarité.

- **Renforcer les compétences des professionnels en addictologie**
 - ✓ Renforcer la formation continue des professionnels en addictologie
 - en développant les formations autour du repérage précoce, du diagnostic et de la prise en charge des conduites addictives ainsi que de la réduction des risques
 - en développant les formations autour de la prise en charge des addictions sans produits
 - en mutualisant les compétences entre équipes des différents dispositifs par l'organisation notamment de stages inter structures
 - en renforçant l'acquisition d'outils et de compétences favorisant une évaluation de l'ensemble des consommations et polyconsommations et une prise en charge globale des patients, à la fois sur le plan de leur addiction mais également des comorbidités psychiatriques et somatiques (VIH/VHB/VHC).

- **Améliorer la connaissance des dispositifs par les professionnels des différents champs**
 - ✓ Permettre aux professionnels des différents champs de mieux connaître les dispositifs spécialisés en addictologie
 - en organisant des temps de présentation des structures.

Objectif général 2

POURSUIVRE ET DEVELOPPER LA POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES

Objectifs opérationnels

➤ **Articuler la réduction des risques avec les soins**

- ✓ Contribuer au processus de soin, au maintien et à la restauration des liens sociaux
 - en introduisant des mesures de réduction des risques au sein de tous les CSAPA, qu'ils soient spécialisés ou non, tant à destination des usagers de drogues que des personnes en difficulté avec l'alcool, articulées avec les autres missions qu'ils développent (*les modalités de réduction des risques pour les personnes en difficulté avec l'alcool seront précisées ultérieurement sur la base d'une expertise scientifique au niveau national*)
 - en proposant aux usagers des séances d'information collectives et/ou des conseils personnalisés d'éducation à la santé et en mettant à leur disposition du matériel de réduction des risques.
- ✓ Renforcer l'inscription des CAARUD dans les réseaux de soins
 - en formalisant des conventions avec les structures spécialisées en addictologie, notamment les futurs CSAPA.
- ✓ Compléter le dispositif de réduction des risques
 - en réalisant un état des lieux pour vérifier l'opportunité de la mise en place de CAARUD mobiles départementaux permettant d'offrir une réponse appropriée sur chaque zone de proximité
 - en impulsant une réflexion sur l'éventuelle mise en place de distributeurs/échangeurs de seringues sur les grandes villes qui en sont dépourvues
 - en confortant et en organisant la présence des acteurs de réduction des risques en milieu pénitentiaire.

➤ **Articuler l'intervention des différents CAARUD au sein d'un même territoire de santé**

- ✓ Renforcer le partenariat entre CAARUD
 - en formalisant des conventions de partenariat
 - en développant des échanges de bonnes pratiques entre équipes
 - en mutualisant des temps de formation
 - en impulsant des projets communs.

Objectif général 3**DEVELOPPER ET ORGANISER LA PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES**

- **Améliorer les réponses en matière de prévention des conduites addictives sur le territoire**
 - ✓ Améliorer l'organisation de la prévention
 - en réalisant, en lien étroit avec le Rectorat et les Inspections académiques, un état des lieux des compétences mobilisables en matière de prévention des conduites addictives par zone de proximité
 - en définissant précisément la place des associations de soutien aux personnes en difficulté avec l'alcool en la matière.

- **Développer les actions de prévention des conduites addictives en direction de publics spécifiques**
 - ✓ Développer les actions de prévention des conduites addictives en direction des jeunes en milieu scolaire et extrascolaire
 - en centrant les interventions sur la prévention des premières consommations et le passage à des consommations régulières, notamment d'alcool
 - en ciblant les lieux festifs
 - en mobilisant les parents et les adultes qui entourent les jeunes.

 - ✓ Développer les actions de prévention des conduites addictives en direction des salariés et des personnes en insertion
 - en proposant aux entreprises de travailler sur la mise en place d'une politique de prévention en direction de leurs salariés
 - en renforçant le rôle de passerelle vers les soins des structures de prévention.

 - ✓ Développer les actions de prévention des conduites addictives en direction des femmes enceintes
 - en repérant précocement leurs éventuelles conduites addictives
 - en les informant des risques congénitaux liés aux conduites addictives.

- **Renforcer la prévention en direction des consommateurs de substances psycho-actives en situation d'infraction à la législation, sous main de justice, sortant de prison et détenus**
 - ✓ Développer l'articulation entre les professionnels sanitaires et sociaux spécialisés en addictologie et professionnels en charge de l'application de la loi
 - en impulsant un travail conjoint autour des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants
 - en organisant des temps de formation communs.

 - ✓ Améliorer le repérage des comportements à risque chez les détenus

- ✓ Renforcer la coordination des actions de prévention en milieu pénitentiaire.

2. L'articulation avec les plans et programmes portant sur les addictions

- Le volet Addictions du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 2006-2011 :

L'objectif du Schéma qui est de parvenir à **assurer une prise en charge des personnes, quelle que soit leur addiction, sur chaque zone de proximité** s'inscrit dans la continuité du volet Addictions du SROS 3 qui préconisait d' "assurer une couverture homogène du territoire régional en structures spécialisées (CSST ou CCAA) sur la région, en privilégiant notamment les "vallées vosgiennes".

Les objectifs en matière de prise en charge se rejoignent complètement.

- Le Plan national de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 :

Le Schéma est en adéquation totale avec le Plan national de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 qui préconise le rapprochement des dispositifs spécialisés en créant des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), la poursuite de la politique de réduction des risques, une meilleure articulation de l'offre de soins en ville avec les secteurs sanitaire et médico-social, une meilleure articulation santé/justice, le développement de la prévention et le renforcement de la formation des professionnels en addictologie.

- Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, élaboré par la MILDT, et les plans départementaux :

Le Schéma a été élaboré en cohérence avec le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 et les plans départementaux qui préconisent notamment de prévenir les premières consommations et de développer et diversifier le dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des addictions en formant l'ensemble des professionnels de santé, en ciblant les populations les plus exposées et les plus vulnérables et en poursuivant la politique de réduction des risques.

- Le thème 2 de l'axe 2 du Plan régional de santé publique (PRSP) : « Prévenir et réduire les conduites à risque » :

Le Schéma reprend les principaux objectifs de prévention de cet axe du PRSP. Le groupe de suivi régional du thème 2 de l'axe 2 travaille notamment à l'identification, par zone de proximité, des compétences mobilisables en matière de prévention des conduites addictives et la définition du rôle et de la place des associations d'entraide aux personnes en difficulté avec une ou plusieurs substances psychoactives.

C. LES ORIENTATIONS DU SCHEMA CONCERNANT L'ASSOCIATION ARGILE

1. ZONES DE PROXIMITE DE COLMAR

A) CONTEXTE LOCAL

- Existant

- Un CCAA (HCC)
- Un CSST (Argile)
- Une équipe de liaison en alcoologie (HCC)
- Un service d'alcoologie (CH Rouffach)
- Un ECIMUD (HCC)
- Une microstructure
- Un hôpital de jour (HCC)
- Deux consultations de tabacologie (dont une à Rouffach en direction des patients de psychiatrie) et un programme d'aide à l'arrêt du tabac
- Une consultation « Jeunes consommateurs » (Argile).

- Problématiques identifiées

La zone est dépourvue de CAARUD.

- Constats (ressenti des professionnels et données existantes)

- En matière d'offre de soins

Le taux de bénéficiaires de traitements de substitution aux opiacés pour 1 000 habitants est de 3,9 en médecine de ville, ce qui place cette zone au 4^{ème} rang parmi l'ensemble des zones de proximité.

Le taux de bénéficiaires de méthadone pour 1 000 habitants est de 1,6 en médecine de ville, ce qui place cette zone au **3^{ème} rang** parmi l'ensemble des zones de proximité.

La proportion de médecins généralistes ayant au moins 5 patients suivis pour un traitement de substitution aux opiacés, chacun au moins 10 fois au cours de l'année 2007, parmi l'ensemble des médecins généralistes est de 9% (données URCAM, exploitation DRASS), ce qui place cette zone au 8^{ème} rang parmi l'ensemble des zones de proximité.

Les professionnels ayant participé aux réflexions préalables à l'élaboration du Schéma observent que, sur Colmar même, le nombre de médecins véritablement impliqués dans la substitution ne dépasse pas 10.

Le pourcentage d'officines délivrant un traitement de substitution aux opiacés à plus de 10 bénéficiaires et à moins de 51 bénéficiaires est de 41 % (données URCAM, exploitation DRASS), ce qui place cette zone au 8^{ème} rang parmi l'ensemble des zones de proximité.

- En matière de réduction des risques

Argile a pris le relais du Programme d'échange de seringues (PES) du SAU des HCC. La transition s'est faite à l'automne 2007. Au PES du SAU, passaient entre 100 et 230 personnes par mois : seuls un ou deux kits étaient distribués par personne.

Entre septembre et décembre 2007, environ 2000 seringues ont été distribuées par le PES géré par Argile. En 2008, 10 589 seringues ont été distribuées. Les personnes qui le fréquentent sont à 90% des Colmariens.

La ville est dépourvue de distributeur/récupérateur de seringues.

- En matière de prévention

Les données recueillies auprès de l'Inspection Académique du Haut-Rhin (retour des infirmières scolaires qui n'est toutefois pas exhaustif) font état de 5 actions menées en écoles élémentaires, 16 actions menées en collèges et de 3 actions menées en lycées.

Les structures intervenant dans le champ de la prévention des conduites addictives ayant répondu au questionnaire élaboré par les DDASS/DRASS, à savoir l'AFPRA, Le Cap, le CRES, la Ville de Mulhouse, Argile, le CCAA de Colmar, la CPAM de Colmar et le CIRDD, font état d'actions menées à destination de jeunes (en milieu scolaire, en milieu festif). La majeure partie de ces actions ont été menées en partenariat.

Il est également fait état d'un travail de rapprochement avec les personnes incarcérées et les personnes sous main de justice.

Les professionnels ayant participé aux réflexions préalables à l'élaboration du Schéma rappellent que la prévention ne porte pas exclusivement sur le milieu scolaire, qu'elle constitue une passerelle vers l'accès aux soins.

Il est fait état du travail réalisé dans les structures d'insertion, les Commissions Locales d'Insertion (CLI) et dans le cadre de l'Atelier Santé Ville (ASV) auprès des personnes en situation de précarité et des professionnels qui les accompagnent, en amont et en aval des soins.

Sont également touchés par les actions de prévention les salariés ainsi que les bénévoles d'associations néphalistes.

La nécessité de développer un travail d'information en direction des médecins généralistes, de s'intégrer dans les FMC locales, est soulignée.

B) ORIENTATIONS POUR LA ZONE DE PROXIMITE

- **Transformer l'actuel CCAA géré par les HCC en un CSAPA spécialisé alcool intégré dans la filière addictologie, avec possibilité d'une prise en charge des addictions sans produit (troubles des conduites alimentaires et, éventuellement, jeu pathologique).**
- **Renforcer les compétences de l'équipe de l'actuel CCAA en matière de prise en charge des addictions sans substances.**
- **Transformer l'actuel CSST géré par Argile en un CSAPA spécialisé drogues illicites avec une consultation jeunes consommateurs.**
- **Renforcer le partenariat entre Argile et les HCC par la signature d'une convention portant notamment sur des échanges réguliers entre équipes des deux futurs CSAPA et, plus largement, avec la filière addictologie des HCC.**
- **Procéder à une évaluation, tant qualitative – qualité de la prise en charge, adéquation aux besoins, inscription dans un réseau de proximité, couverture territoriale ... - que quantitative, des réponses existantes en matière d'hébergement des personnes en difficulté avec une ou plusieurs substances psychoactives.**
- **Renforcer la mobilisation des médecins généralistes et des pharmaciens par des temps de sensibilisation/formation autour de la substitution et des modalités pratiques de prescription et de délivrance des traitements de substitution aux opiacés, en particulier de la méthadone, ainsi que de la réduction des risques.**
- **Identifier les associations d'aide aux personnes en difficulté avec une ou plusieurs substances psychoactives intervenant sur la zone de proximité et définir précisément leur rôle et leur place en matière d'accompagnement.**
- **Etudier l'opportunité de la création d'un CAARUD.**
- **Créer un groupe de travail multi partenarial, associant la Ville de Colmar, pour réfléchir à l'éventuelle mise en place d'un distributeur/récupérateur de seringues.**
- **Réaliser un état des lieux des compétences mobilisables en matière de prévention des conduites addictives et déterminer la place des associations de soutien aux personnes en difficulté avec l'alcool en la matière.**

2. ZONE DE PROXIMITE DE GUEBWILLER

A) CONTEXTE LOCAL

• Existant

- Une antenne du CCAA de Colmar (HCC).
- L'équipe du CCAA des HCC a ouvert une antenne à Guebwiller il y a 2 ans. Elle est située au CH de Guebwiller. Elle est ouverte une demi-journée par semaine, le mardi après-midi. Sont généralement présents 2 professionnels, plus rarement 1 ou 3 (médecin, infirmière, psychologue). Elle accueille entre 12 et 15 patients par semaine. De plus en plus de patients présentent des poly-consommations (toxicomanie ancienne relayée par une problématique alcool ou toxicomanie plus récente – Subutex détourné, héroïne ...). L'équipe assure également un rôle de liaison avec le service de médecine du CH de Guebwiller : un contact est établi lorsqu'une personne est hospitalisée. Une convention est en cours entre le CCAA et ce service. Deux lits du service sont accessibles pour des sevrages.

- Problématiques identifiées

Il n'existe ni dispositif spécifique de prise en charge des toxicomanes ni possibilité d'initialisation à la méthadone. Il n'y a pas de consultation pour les jeunes consommateurs.

- Constats (ressenti des professionnels et données existantes)

- En termes de besoins

A partir des données fournies par le grossiste répartiteur Alliance Healthcare sur le nombre de Stéribox® délivrés en 2007, il apparaît que 1 067 Stéribox® ont été délivrés sur la zone de proximité de Guebwiller. Ce nombre important de Stéribox® délivrés, même s'il doit être analysé avec précautions, interroge sur l'ampleur de la problématique sur ce territoire.

- En matière d'offre de soins

Les données portant sur les flux de patients entre zones de proximité fournies par les CSST montrent que les patients toxicomanes vont soit sur le CSST Argile de Colmar, soit sur ceux de Mulhouse. Certains sont également accueillis à la microstructure de Thann.

Le taux de bénéficiaires de traitements de substitution aux opiacés pour 1 000 habitants est de 2,3 en médecine de ville, ce qui place cette zone au 9^{ème} rang parmi l'ensemble des zones de proximité.

Le taux de bénéficiaires de méthadone pour 1 000 habitants est de 0,7 en médecine de ville, ce qui place cette zone au 6^{ème} rang parmi l'ensemble des zones de proximité.

La proportion de médecins généralistes ayant au moins 5 patients suivis pour un traitement de substitution aux opiacés, chacun au moins 10 fois au cours de l'année 2007, parmi l'ensemble des médecins généralistes est de 5,4% (données URCAM, exploitation DRASS), soit le **pourcentage le plus faible** parmi l'ensemble des zones de proximité.

Le pourcentage d'officines délivrant un traitement de substitution aux opiacés à plus de 10 bénéficiaires et à moins de 51 bénéficiaires est de 29 % (données URCAM, exploitation DRASS), soit le **pourcentage le plus faible** parmi l'ensemble des zones de proximité.

Les professionnels ayant participé aux réflexions préalables à l'élaboration du Schéma confirment le caractère difficile de la collaboration avec les pharmaciens sur cette zone.

Ils expliquent la réticence des médecins généralistes de la zone de proximité de Guebwiller à s'inscrire dans une microstructure par l'éloignement des centres spécialisés. Ils estiment que la mise en place d'une réponse médico-sociale va sans doute les encourager à franchir le pas.

Ils observent que certains professionnels de l'hôpital ont peur d'accueillir des toxicomanes et que se pose la question de leur formation.

▪ En matière de prévention

Les données recueillies auprès de l'Inspection Académique du Haut-Rhin (retour des infirmières scolaires qui n'est toutefois pas exhaustif) font état de 7 actions menées en collèges et de 6 actions menées en lycées.

Les structures intervenant dans le champ de la prévention des conduites addictives ayant répondu au questionnaire élaboré par les DDASS/DRASS, à savoir l'AFPRA, Le Cap, le CRES, la Ville de Mulhouse, Argile, le CCAA de Colmar, la CPAM de Colmar et le CIRDD, font état d'actions menées à destination de jeunes (en milieu scolaire, en milieu festif), de personnes en situation de vulnérabilité, de militaires ainsi que de salariés. La majeure partie de ces actions ont été menées en partenariat.

B) ORIENTATIONS POUR LA ZONE DE PROXIMITE

- **Renforcer l'antenne mise en place à Guebwiller par le CCAA de Colmar (HCC) sous forme d'une antenne du futur CSAPA spécialisé alcool.**
- **Mettre en place à Guebwiller une antenne du futur CSAPA spécialisé drogues illicites de Colmar géré par Argile, en articulation étroite avec le futur CSAPA alcool.**
- **Mettre en place à Guebwiller une consultation jeune consommateurs qui s'inscrit dans l'antenne du futur CSAPA spécialisé drogues illicites de Colmar géré par Argile.**

La mise en place de ces deux nouveaux dispositifs devra faire l'objet de réunions préalables avec les partenaires locaux – travailleurs sociaux, médecins généralistes, hôpital, psychiatrie, justice, Education Nationale, professionnels de première ligne intervenant auprès des jeunes, acteurs de prévention ... (par le biais éventuellement du Carrefour Santé) - ainsi que l'équipe du futur CSAPA spécialisé alcool pour réfléchir à la forme et à l'ampleur qu'ils doivent prendre en fonction des besoins identifiés, à leur localisation, aux articulations à développer entre le médico-social, le social, l'hôpital et la ville.

- **Développer la collaboration entre RMS et Le Cap pour la mise en place d'une microstructure.**

La mise en place de cette microstructure se fera à moyens constants (mise à disposition de temps de psychologue et de travailleur social par Le Cap et redéploiement de moyens par RMS). Elle fera l'objet d'une convention avec Argile et les HCC, positionnant la microstructure comme un relais privilégié.

- **Renforcer la mobilisation des médecins généralistes et des pharmaciens par des temps de sensibilisation/formation autour de la substitution et des modalités pratiques de prescription et de délivrance des traitements de substitution aux opiacés, en particulier de la méthadone, ainsi que de la réduction des risques.**
- **Renforcer les compétences des personnels hospitaliers en matière de prise en charge des patients toxicomanes, de traitements de substitution ainsi que de réduction des risques.**

- **Identifier les associations d'aide aux personnes en difficulté avec une ou plusieurs substances psychoactives intervenant sur la zone de proximité et définir précisément leur rôle et leur place en matière d'accompagnement.**
- **Réaliser un état des lieux pour vérifier l'opportunité de la mise en place d'un CAARUD mobile départemental et identifier la forme qu'il pourrait prendre sur le territoire de Guebwiller en fonction des besoins identifiés, de l'implication des professionnels de santé, du contexte.**
- **Réaliser un état des lieux des compétences mobilisables en matière de prévention des conduites addictives et déterminer la place des associations de soutien aux personnes en difficulté avec l'alcool en la matière.**
- **Réfléchir à l'expérimentation d'un dispositif pilote sur cette zone, allant de la prévention aux soins en passant par la réduction des risques, avec évaluation à la clé.**

3. AUTRES ZONES

Dans le schéma, et concernant toutes les zones de proximité hors Colmar et Mulhouse, l'orientation suivante fut prise :

- **Réaliser un état des lieux pour vérifier l'opportunité de la mise en place d'un CAARUD mobile départemental et identifier la forme qu'il pourrait prendre sur « chaque » territoire en fonction des besoins identifiés, de l'implication des professionnels de santé, du contexte.**

Pour la zone de Mulhouse :

- **Inciter les 2 CAARUD de Mulhouse à signer une convention portant sur des temps d'échanges et la mise en place de projets communs et à signer des conventions avec les futurs CSAPA.**
- **Conforter et organiser la présence des acteurs de réduction des risques en milieu pénitentiaire.**

Pour les zones de Strasbourg, Colmar et Mulhouse :

- **Procéder à une évaluation, tant qualitative – qualité de la prise en charge, adéquation aux besoins, inscription dans un réseau de proximité, couverture territoriale ... - que quantitative, des réponses existantes en matière d'hébergement des personnes en difficulté avec une ou plusieurs substances psycho-actives.**

Pour toutes les zones :

- **Renforcer la mobilisation des médecins généralistes et des pharmaciens par des temps de sensibilisation/formation autour de la substitution et des modalités pratiques de prescription et de délivrance des traitements de substitution aux opiacés, en particulier de la méthadone, ainsi que de la réduction des risques.**

D. LES BESOINS

1. L'EVALUATION INTERNE

L'évaluation interne de l'établissement n'a pas encore été effectuée (Voir chapitre IX Les modalités d'évaluation), le référentiel ACME ayant été expérimenté en 2008, et les mesures effectuées ne permettant pas de ce fait de mesurer des écarts significatifs.

Néanmoins, d'autres formes d'évaluations existent, notre activité est évaluée régulièrement à partir de différents outils supports de recueil et d'analyse de données de données quantitatives et épidémiologiques que nous remplissons annuellement :

- RECAP : outil destiné aux CSST, élaboré par l'OFDT
- Rapport d'activité annuel type pour tous les CAARUD, élaboré par l'OFDT
- Rapport d'activité type CSST destiné à la DGS.
- Rapport d'activité annuel destiné à l'assemblée générale, aux partenaires et financeurs.

Enfin, en juin 2008, l'association a fait l'objet d'une mission d'évaluation de la MRICE, dont hélas, nous attendons au moment de la rédaction de ce projet, le rapport et les conclusions. Cela est regrettable, car le rapport et ses recommandations eussent été fort utiles pour contribuer à définir des axes de travail dans le cadre du projet d'établissement.

Néanmoins, au vu des rapports type, et du rapport d'activité annuel pour l'assemblée générale, il ressort que :

- Le CSST remplit d'ores et déjà le cahier des charges minimal d'un CSAPA : accueil, documentation, information, réduction des risques, soins comprenant la substitution à la Méthadone, des consultations psychiatriques, une prise en charge globale et pluridisciplinaire, une consultation jeunes consommateurs, une section d'appartements thérapeutiques relais, un programme destiné aux toxicomanes sous main de justice.
- L'attractivité du centre ne se dément pas avec un bond quantitatif de la file active du centre qui est passée de 324 personnes en 2007 à 515 en 2008. (voir paragraphe supra sur l'évolution de l'activité, et le paragraphe suivant sur les données 2008)
- L'ouverture du PES en relais du SAU de l'Hôpital Pasteur est un succès puisque 10 589 seringues ont été distribuées
- La consultation jeunes consommateurs a également pris son envol avec 66 consultants en 2008 versus 27 personnes en 2007.
- La file active médicale est restée stable avec 164 patients, notamment en l'absence de médecin titulaire du centre en 2008, et le recours à des vacations n'a permis que de maintenir le niveau de soin et de répondre aux besoins à minima.

D'une manière générale, il est observé que :

- Des patients présentant des comorbidités psychiatriques, et/ou une infection au VHC et/ou au VIH sont demandeurs de gestion de leurs traitements par les infirmières.
- De la même manière, certains demandent un accompagnement dans les filières de soin, et les infirmières remplissent souvent le rôle d'accompagnateur référent faisant le lien entre la personne et les différents services.

- La file active médicale va encore augmenter avec depuis janvier 2009 la présence d'un médecin titulaire, et la couverture médicale est d'ores et déjà insuffisante, d'autant que l'activité du médecin qui doit générer un travail de réseau médical est également chronophage.
- La délivrance de tous les produits de substitution aux opiacés et au tabac, des psychotropes, voire d'autres traitements nécessaires à la prise en charge globale nécessite la mise en place d'une pharmacie avec l'équipement ad hoc et un pharmacien à demeure.
- Avec plus de 300 personnes suivies au niveau du soin, la prise en charge thérapeutique globale pêche par le manque d'accompagnement éducatif de proximité, et de développement des actions d'insertion socio professionnelles.
- La dynamique générée par l'accueil et les activités de socialisation qui en découlent, souvent portées par les volontaires, nécessite un renforcement du personnel en charge de cette activité.

2. LES OBJECTIFS DU PROJET D'ETABLISSEMENT :

Le but du projet 2010-2014 du CSAPA Argile (ex-CSST) de Colmar est de mieux prendre en charge les personnes atteintes d'addictions :

- en positionnant progressivement l'activité en direction de la prise en charge de tout type d'addictions inscrites dans la manie du toxique (consommateurs de produits illicites, y compris cannabis et ecstasys, mais aussi alcool, voire tabac en tant que consommations connexes), d'accroître la qualité de la prise en charge de pathologies infectieuses associées à la toxicomanie (notamment le VIH et les Hépatites), et de développer les actions de formation et de prévention en complémentarité avec l'existant.
- en réfléchissant aux nécessaires évolutions du cadre et des missions, ainsi que sur les nécessaires articulations avec les structures de prise en charge du dispositif sanitaire et social, pour les adapter progressivement à l'évolution du CSST vers un CSAPA, tout en positionnant la spécialité du futur CSAPA dans la toxicomanie.
- et de manière connexe, poursuivre la mise aux normes de fonctionnement standard de l'établissement et les évolutions nécessaires, conformément aux textes en vigueur.

Les objectifs et moyens globaux :

Sur le plan quantitatif :

- Accompagner l'augmentation de la file active médicale (Méthadone, Subutex, suivis psychiatrique, suivis des personnes consommant des non opiacées) en fonction :
 - De l'augmentation des moyens de prise en charge globale sur le plan des ressources humaines médicales, mais aussi sociales et psychologiques.
 - De l'augmentation du nombre de pharmaciens et de médecins généralistes en ville acceptant de soigner des patients substitués.
- Augmenter significativement la file active globale de l'accueil notamment :
 - En allant vers le public peu ou pas en relation avec le dispositif sanitaire et social (usagers actifs de produits, jeunes consommateurs de cannabis...)

Sur le plan qualitatif :

- Développer les activités du CSAPA de manière à ce qu'il devienne un véritable pôle ressource pour tout professionnel, réseau et/ou usager en matière de toxicomanie.
 - dans le cadre de l'accueil généraliste, mettre en place un travail de rue et de lien avec les partenaires pour drainer le public, développer des activités d'accès à une information vulgarisée sur les produits et leurs dangers, sur les traitements de substitution, sur le VIH/sida et les Hépatites, mettre en place et renforcer des activités de socialisation et de loisirs (groupes de paroles, activités d'autosupport, weekend thérapeutiques...), et favoriser la passerelle vers le soin.
 - Dans le cadre de la réduction des risques, développer les activités de manière à ce qu'elles fassent partie intégrante des soins, élargir la palette des outils proposés (tests chromatographiques, éducation à l'injection, éducation des pairs par les pairs), obtenir l'agrément d'organisme de formation afin de former les acteurs en addictologie à la réduction des risques.
 - dans le cadre des soins, renforcer la qualité de la prise en charge, en réorganisant l'ensemble du service pour l'adapter aux évolutions des besoins des patients, en travaillant la transversalité de la prise en charge globale, en protocolisant l'accompagnement des personnes présentant des comorbidités psychiatriques, et en mettant en place une pharmacie délivrant l'ensemble des traitements nécessaires (Substitution, psychotropes..). Par ailleurs, développer et renforcer l'activité de dépistage du VIH et des Hépatites, mettre en place la vaccination au VHB, et disposer du Fibrotest®.
 - dans le cadre de la prise en charge psychosociale et éducative, poursuivre le travail de renforcement et de formalisation des partenariats nécessaires de manière à renforcer la qualité des réponses concertées et collectives et de la prise en charge globale des personnes ; renforcer l'accompagnement éducatif et développer les actions d'insertion socioprofessionnelles.
 - Dans le cadre de la prévention, développer des actions de formation auprès des professionnels des champs sanitaires, sociaux et de la Justice, intervenir en milieu professionnel à la demande, et développer des activités de réduction des risques sanitaires.

Les objectifs et moyens spécifiques :

- **Asseoir l'accueil généraliste** convivial et ouvert sur la ville démarré en 2004 et en développer l'attractivité en :
 - Mettant en place un travail de rue et de rencontre des partenaires implantés dans les quartiers et villages du centre Alsace (incluant les vallées sous-vosgiennes et notamment Guebwiller) de manière à former des adultes relais susceptible de dispenser une information fiable et de favoriser l'orientation vers les services du CSAPA. Ce travail doit se faire dans les lieux fréquentés par les consommateurs actifs de produits (quartiers, squats...) et auprès des partenaires (clubs de prévention, CCAS des communes, travailleurs sociaux...)
 - Renforçant la qualité d'accueil du centre en favorisant la possibilité d'accéder à une information et documentation vulgarisée, accessible à toute personne, sur les problématiques liées à l'usage des produits et leur dangerosité, aux traitements de substitution, et aux pathologies connexes, notamment le VIH/sida et les Hépatites.
 - Développant et renforçant les activités liées à l'accueil à travers :
 - La mise en place de groupes d'expression d'usagers (vie sociale),

- L'accompagnement à l'émergence et au suivi de groupes de paroles et/ou d'autosupport, d'activités de socialisation, de weekend thérapeutiques...
- Développant et renforçant le travail d'orientation interne (vers le soin, notamment) et/ou externe (vers le dispositif de prise en charge de droit commun)
- **La réduction des risques sera intégrée de manière transversale aux activités du CSAPA** en :
 - Renforçant et développant les activités de réduction des risques (programme d'échange de matériel stérile d'injection, testing, éducation à l'injection, éducation par les pairs...).
 - Assurant les soins de première intention (abcès...)
 - Proposant une activité de PES à l'infirmerie pour les patients substitués qui continuent leurs pratiques d'injection. Dans ce cadre l'outil pourra servir notamment de négociation du protocole thérapeutique de manière individualisée et adaptée, en travaillant aussi la question des consommations connexes (cocaïne, crack, etc...)
 - Développant les activités de réduction des risques sexuels. En effet être sous l'emprise d'un produit peut aussi amener à des relations sexuelles non protégées. Il est donc dans nos missions d'apporter des réponses à ces questions.
 - En articulant l'activité du PES avec l'existant, notamment l'accueil et les activités de socialisation dans un premier temps, puis avec le soin dans un deuxième temps.
- **La consultation jeunes consommateurs** doit viser à :
 - Apporter une réponse aux demandes des jeunes en difficulté avec les consommations de produits, particulièrement du cannabis, de drogues de synthèse ou d'autres substances psychoactives.
 - Prévenir les risques associés aux consommations.
 - Prévenir et prendre en charge l'usage nocif.
 - Améliorer l'information sur les risques associés aux consommations de drogues illicites, d'alcool, de tabac et aux consommations associées.
 - Accompagner les jeunes consommateurs dans leur cheminement thérapeutique et clinique.
 - Développer les activités correspondantes à la problématique pour devenir un pôle ressource pour les partenaires du réseau sanitaire, social, éducatif et de la justice.
 - Développer des partenariats visant à aller vers les structures qui sollicitent une intervention d'Argile.
- **Les soins :**
 - Capitaliser l'expérience acquise ces dernières années en matière d'accessibilité à la méthadone avec un bas seuil d'exigence en :
 - En développant la transversalité.
 - En définissant des protocoles adaptés aux situations les plus fréquemment rencontrées en dehors de la prise en charge « classique » (sortants de prison, d'hôpitaux, patients en relais venant d'autres centres, initialisations et/ou mise sous traitement pour régulariser une consommation de Méthadone « sauvage »...).
 - Elargir la substitution au Subutex et génériques, aux substituts nicotiniques.

- Développer l'activité de dépistage in situ et de bilans sanguins dans le but de faciliter le suivi des patients au centre et la prise en charge de leurs éventuelles pathologies par les médecins spécialistes.
 - Développer le suivi des patients substitués en restaurant, au-delà du contrat de prise en charge, une réunion de synthèse régulière avec chaque patient, en vue d'adapter le suivi à l'évolution de chacun.
 - Développer le travail engagé avec les pharmaciens et les médecins généralistes en vue d'accroître les possibilités de relais en médecine de ville, et dans le but de créer un véritable réseau de prise en charge médicale et ambulatoire des patients.
 - Renforcer la collaboration avec ECIMUD et la Clinique du Parc (Maternité et addictions) et instaurer un partenariat avec le service d'addictologie de jour de l'Hôpital.
 - Renforcer le partenariat avec le CSAPA spécialisé alcool et autres addictions pour améliorer la qualité de travail en complémentarité dans la prise en charge des problématiques alcool, en vue de la préparation du passage des structures en CSAPA.
 - Travailler étroitement avec la structure Lits Halte Soins Santé en formalisant un partenariat relatif à la prise en charge des patients.
- **L'accompagnement social, éducatif et l'insertion professionnelle :**
- Développer l'intervention sociale de proximité engagée avec les personnes en accroissant le travail éducatif visant à l'autonomie des personnes.
 - Renforcer le suivi du parcours individualisé d'insertion professionnelle en développant des actions et partenariats avec les entreprises d'insertion, la mission locale, l'ANPE.
 - Adosser à terme l'ensemble du parc des appartements thérapeutiques relais à l'institution (les situer sur Colmar et environs) pour favoriser et renforcer la prise en charge de proximité offerte par le CSAPA.
- **L'intervention en milieu carcéral :**
- Développer les aspects de préparation à la sortie de prison en concertation avec les services pénitentiaires et judiciaires concernés pour assurer une continuité de prise en charge entre la prison et le suivi par le CSAPA.
- **Le travail en réseau :**
- Poursuivre l'inscription du CSAPA dans les travaux du PRAPS, du réseau Social Santé Justice, et tous les partenariats engagés depuis 2002 (SPIP, UCSA,...)
 - Poursuivre les engagements dans les travaux de réflexion autour et au sein des programmes de santé publique départementaux et régionaux, prévention de la délinquance...
 - Développer le travail de lien avec les médecins généralistes, les pharmaciens, ECIMUD, la psychiatrie de secteur,..., en vue de la création d'un réseau toxicomanie sur le bassin géographique
 - Renforcer les liens avec le réseau maternité et addictions.
 - Développer des liens, voire des partenariats avec la psychiatrie de secteur, l'équipe mobile de psychiatrie, les hôpitaux de jour, et l'Hôpital de Rouffach en vue d'améliorer la prise en charge des comorbidités psychiatriques lourdes.
 - Renforcer le travail du CSAPA dans le cadre d'ACME, et notamment en matière d'évaluation des CSAPA, de participation aux journées cliniques, et

- de réflexion sur le portage de projets communs dans le cadre du SROS Addictions.
- Développer les relations et les partenariats avec le CSAPA Alcool (ex-CCAA), et réfléchir à l'articulation future des CSAPA de Colmar.
 - Relancer et développer les partenariats prévus dans le cadre de la consultation jeunes consommateurs.
 - Renforcer les partenariats avec la PJJ et notamment le FAE et le CAE.
- **L'évaluation :**
- Au niveau de l'activité, affiner les utilisations statistiques de l'évaluation quantitative effectuée avec PRO G DIS et Recap, procéder régulièrement à une analyse.
 - Mettre en œuvre en 2008-2009 une étude de faisabilité du référentiel d'évaluation interne produit par ACME, et procéder à la mise en œuvre de l'évaluation interne dès 2010.
 - Mettre en place et mener, tous les deux ans, des enquêtes d'évaluation qualitative des prestations du CSAPA auprès des usagers et des partenaires, assortis de séminaires de travail contributifs à l'évolution des activités.
 - Faire évoluer le rapport annuel d'activité du CSAPA vers un rapport qualitatif différent du catalogue des interventions des acteurs du CSAPA, afin de faciliter la visibilité des problématiques de terrain.
- **L'administration:**
- **Globalement :**
 - Renforcer l'équipe de direction en créant dès 2010 un poste de chef de service sur l'antenne CSAPA de Guebwiller, chargé de la coordination au quotidien des activités (organisation, suivi, planification horaire et mise en cohérence des activités et des missions des salariés avec les décisions des instances et du directeur), et compléter le temps de comptabilité pour le porter à un etp.
 - Réorganiser l'ensemble des services, des fiches de poste, des horaires et des missions des salariés pour les mettre en adéquation avec le calendrier de réalisation du projet et ses exigences.
 - Mettre à jour le règlement intérieur des salariés.
 - Pérenniser l'entretien annuel d'évaluation des salariés dans le but notamment :
 - D'adapter les objectifs annuels de chaque salarié en adéquation avec le projet.
 - De mettre en place un plan de formation continue adéquat.
 - Mettre en place une supervision des équipes.
 - Elaborer en cohérence avec le projet un recueil des procédures internes.
 - Elaborer un plan de financement pluriannuel cohérent avec le projet.
 - Obtenir le financement des postes nécessaires au cahier des charges.

▪ **Encadrement des activités :**

- Mettre en place un plan de formation continue visant à donner à tous les intervenants selon leurs missions les compétences nécessaires à l'évolution des missions et à l'adaptation des pratiques professionnelles.
- Développer des réunions de travail régulières axées sur les différentes activités (réunion accueil, commission d'admission et de suivi ATR, réunion Soins, réunion de coordination, de rencontres de partenaires...)
- Favoriser la transversalité
 - en renforçant la qualité des journées de travail sur des thématiques cliniques en associant des intervenants extérieurs pour leur expertise.
 - en favorisant le partage du temps de travail de chacun sur deux ou trois activités, ce qui obligera à une vision globale
- Créer un comité de pilotage interne de l'évaluation interne, avec pour mission la mise en œuvre du référentiel ACME.

IV. PROJET STRATEGIQUE

A. SPECIALISATION DU CSAPA ARGILE DE COLMAR

Le CSAPA Argile de Colmar sera spécialisé pour les drogues illicites. Il assurera de ce fait principalement la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative ; et la réduction des risques auprès des consommateurs de produits psychoactifs.

Ce chapitre consacré au projet stratégique vise à établir les éléments transversaux de la vie de l'établissement, et est consacré :

- aux objectifs découlant des valeurs et principes d'action,
- aux objectifs du projet qualité (comprenant le droit des personnes accueillies, la sécurité des biens et des personnes, la lutte contre la précarité et l'exclusion, la lutte contre la maltraitance, la prévention des risques climatiques, l'accueil et l'information, l'accessibilité, et l'évaluation),
- aux objectifs du projet de vie (comprenant les activités et rythmes de vie, et les obligations collectives),
- aux objectifs du projet de soins (comprenant l'organisation et la coordination, la prise en charge des urgences internes, la prévention du risque infectieux, la sécurité d'utilisation des produits sanitaires, les relations avec les professionnels libéraux),
- aux objectifs du projet social (comprenant la modernisation des relations sociales, la gestion prévisionnelle et prospective des effectifs et la valorisation des acquis professionnels, l'amélioration des conditions de travail et prévention des risques professionnels, la formation initiale et continue et le plan de formation)
- aux objectifs de la coordination

B. VALEURS FONDAMENTALES ET PRINCIPES D'ACTION

L'action médico-psycho-sociale et éducative menée par l'établissement tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets.

L'action menée par le CSAPA repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux concernés par son activité, et notamment les personnes et les familles consommatrices de produits stupéfiants, de drogues illicites, les poly consommateurs, y compris l'alcool, et sur la mise à leur disposition de prestations adaptées.

L'action menée par l'établissement est conduite dans le respect de l'égale dignité de toutes les personnes avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacune d'entre elles et en leur garantissant un accès équitable.

L'action menée par l'établissement s'exerce dans l'intérêt général et dans le cadre de l'agrément conféré par les autorités de tutelle.

Dans ce cadre, le CSAPA s'engage à respecter les principes éthiques et déontologiques fixés :

- par le code de l'action sociale et des familles ;
- par la ou les chartes nationales de référence ;
- par la charte d'Argile et ses textes statutaires.

Dans le cadre des valeurs fondamentales exposées ci-dessus, les principes d'action du CSAPA sont les suivants:

- développer la qualité :
 - respecter et faire respecter les droits des personnes accueillies
 - assurer la sécurité des personnes et des biens
 - lutter contre la précarité et l'exclusion
 - lutter contre la maltraitance
 - accueillir et informer de manière claire et loyale
 - garantir l'accessibilité de l'établissement
 - évaluer les performances de l'établissement
- définir un projet de vie :
 - assurer des activités et un rythme de vie approprié
 - encadrer les obligations collectives
 - faire participer les personnes accueillies
- établir un projet de soins :
 - organiser et coordonner les soins
 - prendre en charge de manière satisfaisante les urgences internes
 - lutter contre la douleur
 - prévenir les risques d'infection
 - utiliser les produits sanitaires en toute sécurité
 - entretenir des relations avec les professionnels libéraux
- élaborer un projet social :
 - moderniser les relations sociales
 - valoriser les acquis professionnels
 - améliorer les conditions de travail et prévenir les risques professionnels
 - développer la formation
 - développer la coordination.

C. PROJET QUALITE

Le projet qualité vise à poursuivre la recherche de la satisfaction des personnes accueillies et de leurs proches, du personnel, des correspondants, des institutions sociales et sanitaires, ainsi que des fournisseurs du CSAPA, et notamment :

- A améliorer la qualité des prestations délivrées aux personnes accueillies et à leurs proches ;
- A donner confiance aux personnes accueillies, à leurs proches et aux correspondants ;
- A motiver et responsabiliser l'ensemble du personnel ;
- A améliorer les conditions d'exercice et de travail du personnel ;
- A optimiser et préserver le savoir-faire dont est dépositaire le CSAPA ;
- A favoriser les rapports avec les fournisseurs ;
- A renforcer le positionnement du CSAPA dans le paysage local ;
- A faciliter les procédures d'évaluation et de conventionnement.

DROIT DES PERSONNES ACCUEILLIES :

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Afficher dans les locaux du CSAPA, la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement.	Depuis 2007	
Modifier et remettre à chaque personne accueillie ou à son représentant légal, un livret d'accueil comportant un exemplaire de la charte des droits et libertés de la personne accueillie ainsi qu'un exemplaire de la charte des droits et libertés de la personne accueillie.	2010	
Modifier et remettre à chaque personne accueillie ou à son représentant légal, le règlement de fonctionnement du CSAPA.	2010	
Élaborer pour chaque personne accueillie et en concertation avec elle, un contrat de séjour pour les personnes hébergées et/ou un document individuel de prise en charge pour les personnes prises en charge en ambulatoire.	En cours	
Mettre à la disposition des personnes accueillies la liste départementale des personnes qualifiées susceptibles de les aider à faire valoir leurs droits.	Depuis 2007	
Améliorer le fonctionnement des groupe(s) d'expression et/ou d'une autre forme de participation des usagers (Dans le cadre de la santé communautaire, des usagers et/ou ex-usagers peuvent devenir volontaires et donc être élus au conseil d'administration de l'association.	En place depuis 2004	
Organiser des séances de formation des personnes intervenant dans le CSAPA sur la question des droits des personnes accueillies	2010	
Conclure des conventions de partenariat (associations, structures du champ de l'addictologie, hôpitaux, Justice...).	En cours depuis 2004 et poursuivi	
Réaliser des évaluations internes (référentiel ACME, confère chapitre sur l'évaluation).	A partir de 2010	
Aménager des parties privatives et de convivialité dans les locaux du CSAPA.	2011	
Réaliser une enquête de satisfaction auprès des personnes accueillies et/ou de leurs représentants concernant le respect de leurs droits.	Tous les deux ans à compter de 2010	

- taux de transmission du livret d'accueil ;
- taux de transmission du règlement de fonctionnement ;
- nombre de demandes d'intervention des personnes qualifiées ;
- nombre d'heures de formation du personnel ;
- taux de réponse aux enquêtes de satisfaction ;
- indice de satisfaction des patients et/ou de leurs représentants concernant le respect des droits des personnes ;
- Proportion d'usagers et/ou d'ex usagers membres du conseil d'administration.
- Nombre de conventions signées entre 2010 et 2014 ;
- Résultats de l'enquête, et taux de participation au regard de la file active du centre.

SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Définir une politique de gestion des risques.	2010	
Désigner un référent et/ou mettre en place un comité interne de gestion des risques.	2010	
Assurer la formation du personnel en matière de prévention et de lutte contre l'incendie (<i>essais d'évacuation des locaux, manipulation des extincteurs, etc.</i>).	2008 et répétée tous les deux ans	
<i>Souscrire/actualiser des assurances spécifiques (à préciser : il pourra s'agir par exemple d'assurances dommages, d'assurances de responsabilité, etc.).</i>	<à préciser>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nombre de sinistres par catégories de sinistres ; ➤ nombre de plaintes concernant les mesures de sécurité internes ;
Instituer/faire respecter des règles de sécurité interne : délimitation de zones fumeurs, interdiction d'utilisation de certains équipements dangereux, etc.	Depuis 2003	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nombre d'heures d'éducation des personnes accueillies concernant la prévention des gestes dangereux ;
Afficher les consignes de sécurité contre l'incendie.	Depuis 2003	<ul style="list-style-type: none"> ➤ date de la dernière visite de la commission de sécurité contre l'incendie ;
Convoquer régulièrement la commission de sécurité contre l'incendie et/ou les organismes de contrôle technique.	Annuel depuis 2003	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nombre de contrôles techniques effectués ;
Renforcer les moyens de gestion d'évacuation des déchets infectieux et flacons vides de méthadone.	Depuis 2009	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nombre de phénomènes de violence enregistrés au sein du CSAPA ;
Aménager les installations afin de réduire les risques de chutes.	2010	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nombre de chutes au sein du CSAPA ;
Renforcer les moyens de sécurité anti malveillance (rédiger une procédure de sécurisation de l'établissement ou du service, installer des caméras de surveillance).	2011	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nombre de protocoles/procédures en cours d'utilisation/évalués concernant la prise en charge de la crise de violence.
Assurer la formation du personnel en matière de prévention des gestes dangereux.	2010	
Éduquer les personnes accueillies sur les gestes dangereux à éviter.	2010	
Etablir un registre de déclaration des incidents.	2010	
Définir et mettre en œuvre un plan de formation initiale et continue du personnel concernant la prise en charge de la crise de violence.	2010	

LUTTE CONTRE LA PRECARITE ET L'EXCLUSION

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Informer périodiquement l'ensemble du personnel sur l'intérêt à détecter les personnes en grande difficulté ou en voie de précarisation, notamment en vue de les aider à recouvrer leurs droits et à sauvegarder leurs chances de réinsertion.	Depuis 2003	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nombre de personnes en situation d'exclusion prises en charge par le CSAPA ; ➤ délai de mise en œuvre de l'annuaire des acteurs de la lutte contre l'exclusion ; ➤ nombre de saisines annuelles en matière d'accompagnement social ; ➤ nombre d'aides sollicitées par l'établissement ou le service auprès d'organismes extérieurs pour les personnes en situation de précarité.
Renforcer la coopération avec les autres partenaires médico-sociaux concernant la prise en charge des personnes en situation de précarité et notamment le centre 115.		
Créer une fiche de liaison destinée au personnel soignant ou éducatif et à l'assistante sociale pour assurer le repérage des problèmes d'accès aux droits.	2010	
Au moment de la sortie de l'établissement, remettre systématiquement aux personnes en situation de précarité, des informations écrites sur les coordonnées des structures et personnes joignables en cas de besoin.	2010	
Mettre en place un annuaire spécifique des acteurs de la lutte contre les exclusions, à usage interne.	2010	

LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Réactualiser le règlement intérieur de fonctionnement du personnel rappelant les règles de comportement civil au sein de l'institution et les sanctions éventuellement associées aux transgressions des règles.	2011	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nombre de cas de maltraitance recensés dans l'établissement ; ➤ nombre de sanctions professionnelles prononcées ; ➤ nombre et nature des formations du personnel ;
Insérer dans le livret d'accueil du personnel et dans les contrats de travail ou de collaboration une clause rappelant les dispositions de l'article L. 313-24 du code de l'action sociale et des familles.	2011	
Mettre en place, formaliser ou renforcer la coopération avec d'autres partenaires concernant la prise en charge de la maltraitance (<i>services d'urgence, établissements de santé, structures associatives d'aide, etc.</i>).	<à préciser>	
Mettre à la disposition du personnel des personnes ressources (superviseurs) pour faciliter l'expression des difficultés des professionnels	2010	
Informer et former périodiquement l'ensemble du personnel sur le repérage des personnes maltraitées et leur prise en charge	2011-2012 puis tous les deux ans	
Élaborer un code de bonne conduite du personnel	2013	

PREVENTION DES RISQUES CLIMATIQUES

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Aménager des moyens de protection contre le soleil (<i>stores à lamelles, aménagement des parties extérieures, etc.</i>)	2010	<ul style="list-style-type: none"> ➤ audit des moyens matériels internes de lutte contre la chaleur et/ou le froid ➤ nombre d'heures de formation du personnel ➤ montant des investissements et/ou des dépenses liées (e)s à la prévention des risques climatiques
Aménager des moyens d'isolation : <i>double vitrage, portes automatiques dans les couloirs.</i>)	2010	
Aménager des moyens de régulation thermique (thermostat centralisé avec incrémentation horaire.)	2012	
Acquérir des matériels de ventilation	2010	
Climatiser « tout » les locaux	2014	
Rédiger une procédure relative aux mesures à prendre en cas de survenue d'un phénomène climatique défavorable	2012	
Afficher les numéros d'urgence (<i>SAMU, pompiers, etc.</i>) dans tous les lieux de vie du CSAPA	2010	

ACCUEIL ET INFORMATION

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Organiser une procédure de « pré-admission » des personnes au cours de laquelle est remis le livret d'accueil et recueilli le questionnaire d'entrée.	Depuis 2007	<ul style="list-style-type: none"> ➤ taux de pré-admissions effectuées ➤ taux de distribution du livret d'accueil ➤ délai moyen de prise en charge des personnes ➤ audit du contenu d'un échantillon de contrats de séjour ➤ taux de réponse aux enquêtes de satisfaction ➤ indice de satisfaction des patients et/ou de leurs représentants concernant l'accueil et l'information ➤ nombre de consultations du site internet
Distribuer lors de l'admission définitive à chaque personne accueillie, le livret d'accueil du CSAPA	Depuis 2007	
Élaborer pour chaque personne accueillie et en concertation avec elle, un contrat de séjour et/ou un document individuel de prise en charge comportant : <ul style="list-style-type: none"> • la définition des objectifs et de la nature de la prise en charge • la liste des prestations délivrées • le coût prévisionnel des prestations considérées 	Depuis 2008	
Proposer des solutions pour informer les personnes ayant des difficultés de compréhension ou d'expression (<i>interprètes...</i>)	2010	
Réduire les délais de prise en charge sur site des personnes	Depuis 2004	
Renforcer le respect de la confidentialité des informations concernant les personnes accueillies (aménagement de moyens de protection des locaux et des équipements)	En cours	
Mettre en place un système	Depuis 2007	

d'identification des membres du personnel (plaques a l'entrée des bureaux), ce système d'identification est présenté dans le livret d'accueil du patient et dans celui du personnel		
Renforcer les lieux d'accueil spécifiques pour les patients, les familles et les accompagnants	2010 et suivantes	
Réaliser une enquête de satisfaction auprès des personnes accueillies et/ou de leurs représentants concernant l'accueil et l'information	Tous les deux ans à compter de 2010	
Améliorer le site internet	2009	

ACCESSIBILITE

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Réduire les délais d'attente pour une admission dans le CSAPA	Depuis 2002	
Mettre en œuvre/renforcer l'accessibilité du CSAPA aux familles : <ul style="list-style-type: none"> organiser des activités collectives aménager des lieux de convivialité faciliter par des rendez-vous les contacts avec les familles et/ou les proches 	2010	<ul style="list-style-type: none"> délai moyen d'attente pour l'admission d'une personne indice de satisfaction des familles concernant l'accessibilité du CSAPA. nombre de transferts ou de refus de prise en charge motivés par une insuffisance de moyens destinés aux personnes à mobilité réduite montant des investissements immobiliers destinés à améliorer les équipements destinés aux personnes à mobilité réduite
Renforcer les équipements spécifiques pour les personnes à mobilité réduite : <ul style="list-style-type: none"> Installer des ascenseurs/des rampes d'accès/des places de parking Aménager des sanitaires aux normes handicapés Évaluer la faisabilité d'accueillir les chiens d'aveugles limiter l'attente dans les zones collectives 	En cours, finalisation prévue en 2010	
Instituer/Améliorer la signalétique des locaux, adapté à la situation des personnes accueillies	2010	

EVALUATION

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Choix d'une méthode d'évaluation interne : choix d'un guide : <i>Référentiel ACME</i>	2010-2014	
Définir un plan de communication concernant l'évaluation interne/externe	idem	
Élaborer le calendrier de la démarche d'évaluation interne/externe	idem	
Organiser une formation pour le personnel sur l'évaluation interne/externe	2008, à refaire en 2010	
Désigner et renforcer le rôle: <ul style="list-style-type: none"> D'un responsable assurance qualité (RAQ) et du comité de pilotage de l'évaluation 	2010	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nombre d'heures de formation relative à l'évaluation ➤ budget consacré à une assistance méthodologique extérieure ➤ nombre d'indicateurs suivis
Mettre à la disposition du personnel les recommandations, référentiels et autre documents d'analyse	Depuis 2008	
Offrir une assistance méthodologique au personnel pour conduire l'évaluation interne	Débuté en 2008	
Choisir un organisme extérieur habilité à procéder à l'évaluation externe	2016	
Rédiger un rapport d'évaluation interne	2014	
Informers le personnel sur les résultats de l'évaluation interne/externe	2014	

D. PROJET DE VIE

Le projet de vie a pour finalité de mettre en place les outils qui permettent au CSAPA d'accompagner les personnes accueillies dans leur vie quotidienne et de répondre le mieux possible à leurs besoins ; il vise notamment :

- A favoriser la vie sociale
- A préserver l'intimité
- A conserver une individualité
- A maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible
- A contribuer à l'éducation et à la formation
- A conseiller, orienter, soutenir

ACTIVITES ET RYTHME DE VIE

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
<p>Mettre en place pour chaque personne accueillie, un contrat de séjour et/ou un document individuel de prise en charge définissant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les objectifs et la nature de la prise en charge dans le respect des principes déontologiques, des recommandations de bonne pratique et du projet d'établissement ; - la nature des prestations offertes ainsi que leur coût. 	Depuis 2008	<ul style="list-style-type: none"> ➤ taux de contrats de séjour conclus ➤ nombre d'activités organisées ➤ nombre et nature des procédures rédigées ➤ nombre de transferts ou de déplacements ➤ nombre de contrats de séjour réexaminés ➤ Autre(s) (à préciser)
Organiser des activités et des animations internes et externes en s'assurant des personnels ressources	Depuis 2004	
Élaborer un planning des activités pour chaque personne accueillie au regard du contenu du contrat de séjour et/ou du document individuel de prise en charge	2010	
Organiser un système de contrôle du respect des engagements figurant dans le « contrat de séjour » ou « document individuel de prise en charge » (choisir selon la nature de l'institution)	2010	
Organiser des séances d'évaluation et de réévaluation (synthèses) du contrat de séjour et/ou du document individuel de prise en charge	Depuis 2008	

Etablir une liste de situations justifiant le transfert ou le déplacement de la personne accueillie	2010	
Définir les conditions d'une éventuelle reprise des prestations après transfert ou déplacement de la personne accueillie	2010	
Définir les conditions d'une éventuelle délivrance des prestations à l'extérieur de la structure	2010	

OBLIGATIONS COLLECTIVES

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Réactualiser, diffuser et afficher un règlement de fonctionnement	2010	<ul style="list-style-type: none"> ➤ taux de remise du règlement de fonctionnement ➤ nombre de transferts ou de déplacements ➤ nombre de sanctions par nature de sanctions ➤ nombre de réunions « du conseil de la vie sociale » ou « d'une autre forme de participation des usagers »
Améliorer le fonctionnement des groupes d'expression des usagers	2010	
Etablir et communiquer une liste de situations justifiant le transfert ou le déplacement de la personne accueillie	2010	
Etablir et communiquer une liste de situations exceptionnelles justifiant d'éventuelles entorses aux règles individuelles et collectives de vie	2010	
Rédiger une procédure de transfert ou de déplacement	2010	
Définir et communiquer un éventuel barème de sanction en cas de non-respect par la personne accueillie des règles de vie collectives	2010	

E. PROJET DE SOINS

Le projet de soins définit :

- les objectifs généraux de la politique du CSAPA en matière de qualité, d'organisation et d'évaluation des soins ;
- les mesures permettant la réalisation de ces objectifs.

Le projet de soins vise à :

- confirmer l'identité du service des soins ;
- développer les soins relevant du rôle propre de chaque professionnel de santé ;
- garantir et améliorer la qualité et la continuité des soins ;
- améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes accueillies et de leurs proches ;
- participer à l'évaluation des soins ;
- améliorer l'organisation du travail ;
- maintenir et renforcer le niveau de compétence et de qualification des professionnels de santé ;
- favoriser la communication ;
- améliorer les conditions du travail ;

Établi dans le cadre d'une démarche participative, le projet de soins est un instrument fédérateur qui concerne l'ensemble du personnel du CSAPA, en ce sens que tout un chacun participe à la prise en charge globale des personnes et au projet thérapeutique du CSAPA: les médecins, les infirmières, les assistantes sociales, les psychologues, les éducateurs, les volontaires et l'administration (directeur, chef de service, secrétaire, comptable).

ORGANISATION ET COORDINATION DES SOINS

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Mettre en place une réunion d'équipe consacrée aux soins	Depuis 2002	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nombre de réunions consacrées aux soins ➤ taux de transmission du livret d'accueil du personnel ➤ nombre d'études de la charge de travail effectuées ➤ taux de couverture des métiers de soins par des fiches de poste ➤ taux de remplissage du cahier de liaison ou des fiches de transmission ➤ indice de satisfaction du personnel concernant le management et l'organisation des soins
Désigner un responsable/coordonnateur des soins	2009	
Rédiger un livret d'accueil du personnel	2010	
Consulter et associer les utilisateurs au choix des équipements et à la réalisation des travaux	Depuis 2002	
Réaliser une ou plusieurs études de la charge de travail pour tous les postes	Dès 2010 et en 2014	
Améliorer les fiches de poste précisant le rôle de chaque professionnel de santé et ses modalités de collaboration au sein de l'équipe soignante	Depuis 2002.A compter de 2010 révision tous les deux ans	

Améliorer les cahiers de transmission ou les fiches de liaison	2010	
Réaliser une enquête de satisfaction du personnel soignant sur le management et l'organisation des soins	2014	

PRISE EN CHARGE DES URGENCES INTERNES

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Élaborer une procédure définissant les modalités du système de permanence des soins	2009	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nombre d'urgences internes traitées ➤ délai de réponse aux urgences internes ➤ nombre de protocoles/procédures en cours d'utilisation/évalués concernant la prise en charge des urgences internes
Définir les situations d'urgence interne	2012	
Rédiger des protocoles de conduite à tenir du personnel soignant face aux situations d'urgence	2012	
Définir et mettre en œuvre un plan de formation initiale et continue du personnel soignant concernant la prise en charge des urgences	2010	
Renforcer la coopération avec les autres partenaires de santé concernant la prise en charge des urgences	Depuis 2004	

PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Mettre en place un plan interne grippe aviaire	2012	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nombre de protocoles/procédures en cours d'utilisation/évalués concernant la lutte contre le risque infectieux ➤ nombre de réunions de l'instance <i>ad hoc</i> ➤ taux de prévalence/d'incidence des infections ➤ formation : nombre d'heures de formation assurées - nombre de
Adopter une démarche pluridisciplinaire et participative pour toute modification des modalités d'organisation du travail et pour tout projet d'aménagement des locaux, d'organisation des circuits, d'acquisition d'équipement et de produits désinfectants ou de nettoyage, dans le cas où ces modifications, projets ou choix peuvent avoir des conséquences en termes d'hygiène	2011	

Mettre en place une organisation interne de lutte contre le risque infectieux (procédures)	2012	personnes formées – taux de personnes formées
Définir et mettre en œuvre un plan de formation initiale et continue du personnel concernant la lutte contre le risque infectieux	2012	
Réaliser des audits périodiques des pratiques professionnelles	2010 et ensuite tous les trois ans	
Réaliser un audit des vaccinations du personnel	Au moment de l'embauche	
Mettre en place un programme de vaccination ou de revaccination du personnel	Sur recommandation du médecin du travail	
Rédiger des protocoles/procédures en matière d'hygiène (protocole de lavage des mains, attitude à adopter face à un AES)	2010	

RELATIONS AVEC LES PROFESSIONNELS LIBERAUX

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Favoriser les relations de partenariat avec les professionnels de santé	Depuis 2002	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nombre de partenaires identifiés en relation avec l'établissement ➤ nombre de réunions pluri professionnelles réalisées ➤ taux de personnes accueillies bénéficiant d'une prise en charge par leur médecin traitant
Organiser des réunions interprofessionnelles	annuellement	
Participation à la conception de dossiers ou d'outils de soins partagés (fiches de liaison, courriers)	Depuis 2004	
Favoriser le maintien des relations des personnes accueillies avec leur médecin de famille	Depuis 1998 systématiquement	

SECURITE D'UTILISATION DES PRODUITS SANITAIRES

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Dresser un inventaire des produits sanitaires utilisés au sein du CSAPA	2010	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nombre de protocoles/procédures en cours d'utilisation/évalués concernant l'utilisation des produits sanitaires ➤ nombre d'incidents ou risques d'incidents signalés
Élaborer et mettre en place des protocoles/procédures spécifiques de l'utilisation des produits sanitaires par nature de produit	2010	
Organiser la traçabilité des produits sanitaires utilisés	2010	
Conclure une convention de fourniture des médicaments	2010	
Ne pas acquérir de dispositif médical non revêtu du marquage CE	Depuis 2002	
Définir et mettre en œuvre un plan de formation initiale et continue du personnel concernant l'utilisation des produits sanitaires (<i>médicaments, dispositifs médicaux, produits sanguins, etc.</i>)	2010	
Définir et mettre en œuvre un programme de maintenance et de contrôle qualité des dispositifs médicaux conformément à l'article L. 5212-1 du code de la santé publique	2010	
Élaborer et/ou distribuer au personnel des fiches et/ou des brochures d'information sur les dispositifs médicaux et leur utilisation	2010	
Mettre en place une fiche de signalement des événements indésirables liés à l'utilisation d'un produit sanitaire	2010	

F. PROJET SOCIAL

Le projet social fait partie intégrante du projet du CSAPA. Établi dans le cadre d'une démarche participative, il constitue un outil fédérateur qui concerne l'ensemble des personnels de l'établissement.

Le projet social fixe, dans ses aspects les plus larges, la politique de gestion des ressources humaines de l'établissement.

Le projet social est tourné :

- vers le respect et la reconnaissance mutuels ;
- vers l'expression de la motivation de chacun par la responsabilité et l'autonomie ;
- vers la valorisation des contributions individuelles.

Il s'appuie sur l'équité et la solidarité entre tous. Le projet social est indissociable des plans de formation, la formation constituant un élément essentiel de la vie de l'établissement.

Le projet social et les plans de formations du CSAPA visent à :

- améliorer l'organisation du travail ;
- valoriser l'identité professionnelle des personnes ;
- maintenir et renforcer le niveau de compétence et de qualification des professionnels ;
- favoriser la communication ;
- améliorer les conditions du travail

MODERNISATION DES RELATIONS SOCIALES

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Revoir le règlement intérieur des instances représentatives ou de participation du personnel (les délégués du personnel)	2009 et tous les quatre ans	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nombre de démissions et de licenciements ➤ nombre de contentieux relatifs au droit du travail ➤ nombre de journées de grève ➤ nombre de réunions des instances représentatives du personnel organisées au sein de l'établissement ➤ dépenses d'intérim
Redéfinir et diffuser les organigrammes détaillés de l'établissement avec le nom des responsables	Depuis 2002 et tous 3 ans	
Achever la mise en place du système d'identification des membres du personnel	2010	
Distribuer un livret d'accueil du personnel à tout nouveau membre intégré au sein de l'établissement ou du service	2010	
Organiser l'accueil de tout nouveau membre du personnel	Depuis 2002	

Organiser périodiquement des réunions pluri professionnelles au sein de chaque secteur d'activité et entre les secteurs d'activité	Depuis 2002	
Consulter et associer les utilisateurs au choix des équipements et à la réalisation des travaux	Depuis 2002	
Revoir les modalités de rédaction et de diffusion de notes de service	2010	
Réaliser périodiquement une enquête de satisfaction du personnel sur l'application des plannings de travail	2010	
Renforcer la stabilité du personnel	Depuis 2002	

GESTION PREVISIONNELLE ET PROSPECTIVE DES EFFECTIFS ET PLAN DE FORMATION

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Élaborer un bilan social pour chaque année	2010	<ul style="list-style-type: none"> ➤ taux d'absentéisme ➤ nombre de promotions ➤ taux de couverture des métiers par des fiches de poste ➤ nombre de salariés ayant bénéficié d'un entretien d'évaluation
Etablir des fiches de poste pour chaque type de métier exercé au sein du CSAPA	Depuis 2002	
Mettre en place un système d'évaluation du personnel	2009	
Élaborer des prévisions d'effectif par qualification tenant compte des mouvements de personnel prévus et des besoins du CSAPA	2010	
Etablir des prévisions de promotion interne	Annuellement depuis 2002	
Définir un plan de recrutement	Depuis 2002	
Mettre en place une procédure de recrutement tenant compte des fiches de poste avec vérification des conditions d'exercice portant sur les titres et diplômes	Depuis 2002	
Limiter les formes d'emploi précaire (<i>contrat à durée déterminée et contrat d'intérim</i>) en utilisant au mieux les possibilités de contrats à durée indéterminée	Depuis 2002	
Donner des possibilités de remise à niveau aux professionnels	Depuis 2002	

AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL ET PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
ACTION SOCIALE : Pérenniser les systèmes d'aides en vigueur (<i>mutuelle santé, tickets restaurants,)</i>	2010	<ul style="list-style-type: none"> ➤ montant des aides sociales délivrées au personnel ➤ fréquence des accidents du travail ➤ nombre de journées perdues suite à des accidents du travail ➤ nombre de maladies professionnelles déclarées à la sécurité sociale
AMBIANCE ET CONDITIONS MATÉRIELLES DE TRAVAIL : Garantir des locaux de détente réservés au personnel	2012	
HYGIÈNE, SÉCURITÉ ET PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS : Procéder périodiquement à l'évaluation des risques professionnels prévue par les articles L. 230-2 et R. 230-1 du code du travail en collaboration avec la médecine du travail et les instances représentatives du personnel correspondant au statut du CSAPA Définir un programme de prévention des risques professionnels : <ul style="list-style-type: none"> ➤ risques physiques (<i>manutention de charges, troubles musculo-squelettiques, travail sur écrans, éclairage</i>) ➤ risques biologiques (<i>accidents avec exposition au sang, exposition à des personnes atteintes d'infections contagieuses, collecte et traitement des déchets</i>) ➤ risques psychosociaux (<i>pénibilité des rythmes de travail, contexte d'urgence, situations de conflit et d'agressivité</i>) 	Tous les cinq ans depuis 2007 2010 à 2012	
PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES CHEZ LE PERSONNEL : Sensibiliser le personnel aux risques liés au tabac, à l'alcool et aux drogues - Supprimer toute incitation à la consommation de tabac et d'alcool	2010	
Contrôler le respect des zones interdites de tabac	Depuis 2008	

FORMATION INITIALE ET CONTINUE – PLAN DE FORMATION

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Déterminer les besoins en formation du CSAPA	Depuis 2003 annuellement	<ul style="list-style-type: none"> ➤ pourcentage de la masse salariale consacré à la formation ➤ nombre de personnes ayant bénéficié d'une formation ➤ nombre d'heures de formation ➤ indice de satisfaction du personnel concernant la formation
Mettre en place un système de recueil des vœux de formation exprimés par le personnel lors des entretiens d'évaluation	idem	
Définir un plan de formation avec la délégation du personnel du CSAPA	idem	
Réaliser une enquête de satisfaction du personnel sur la formation	2009	

G. COORDINATION

La coordination a pour finalité de favoriser la complémentarité du CSAPA avec son environnement général, social, médico-social et sanitaire afin notamment de garantir la continuité des prises en charges et de l'accompagnement des personnes, en conformité avec le schéma d'organisation sociale et médico-social d'addictologie.

OBJECTIFS ET PROGRAMMES D'ACTIONS

Objectifs	Calendrier	Indicateurs
Identifier les structures avec lesquelles il est envisagé de développer la coordination	2008 à 2010	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nombre d'accords de coordination conclus ➤ délai de signature de la convention ou du contrat avec les autorités de tutelle
Réaliser une étude des formes de coopération les plus adaptées à la nature des coordinations envisagées	2010	
Conclure les accords de coopération avec les structures identifiées selon les formes <i>ad hoc</i>	2010 à 2012	
Mettre en place un suivi des actions de coordination (réalisation de rapports d'activités, organisation de réunions de synthèse, nombre de personnes ayant bénéficié de la coordination)	2012	
Conclure une convention pluriannuelle avec les autorités de tutelle	2013	

V. PROJET D'ACTIVITE DU CSAPA ARGILE DE COLMAR

A. INTRODUCTION

Ce chapitre a pour visée de décrire l'activité du CSAPA et de l'orienter relativement aux objectifs du projet d'établissement, tout en déclinant l'ensemble des missions obligatoire d'un CSAPA spécialisé drogues illicites, et les missions facultatives qu'il entend mener dans la période qui s'ouvre.

Le CSAPA est en conformité avec les dispositions de la Loi Informatique et Libertés.

Conformément au code de santé publique, l'anonymat est garanti dès lors que la personne le demande expressément.

Et la confidentialité telle qu'exigée dans le secteur sanitaire, s'applique dans sa plus stricte rigueur pour toute personne accueillie, le principe étant posé qu'une personne fréquentant la structure étant sous l'emprise d'une consommation de substance (s), cela pose de fait un diagnostic médical.

B. ACCUEIL

1. INTRODUCTION

Jusqu'en 2003, la mission principale du CSST était centrée sur le soin. La seule porte d'entrée dans la structure passait par une prise de rendez-vous, ce qui pouvait constituer un frein pour des personnes désireuses d'une prise en charge.

La réflexion du conseil d'administration portant sur l'attractivité de la structure et l'amélioration de la qualité de prise en charge a mené à définir une stratégie visant à faciliter les rencontres. En conséquence, la mise en place d'un espace d'accueil et d'une activité d'accueil spécifique fut décidée par le conseil d'administration, conformément aux orientations du projet d'établissement et au contrat d'objectifs passé avec la DDASS.

En 2003, cette activité nouvelle pour le CSST s'est mise en place progressivement, assortie d'un travail avec les salariés sur la notion d'accueil, au sens de l'activité, mais aussi en tant qu'attitude globale de chaque instant de la vie quotidienne de la « maison » Argile.

Il a fallu trois années de balbutiements, d'expérimentation de diverses activités au sein de l'accueil, et de dévolution d'un espace adapté, pour que l'activité d'accueil puisse se définir en 2006 comme une mission fondamentale du CSST.

L'année 2007 fut placée sous le signe de la redéfinition de l'accueil, pour en poser et pérenniser les objectifs et contenus, tout en renforçant la qualité de l'accueil proposé et son articulation avec les autres activités de la structure.

L'accueil est la porte d'entrée de la structure. Il est ouvert à tous et sans rendez-vous. Toute personne, qu'elle ait simplement envie de se poser un instant, de prendre contact, de rompre son isolement, qu'elle ait une demande de traitement ou pas, ou simplement une demande d'information, est accueillie sans condition.

C'est une « zone franche » où les personnes peuvent venir, telles qu'elles sont, avec ce qu'elles ont, se « poser », parler de leurs problématiques, prendre du matériel stérile et s'informer sur les produits, la sexualité, les pathologies inhérentes à la prise de produits.

L'accueil du CSST est un lieu qui vise en première intention des personnes qui ne se trouvent pas encore dans le soin. Certaines sont encore consommatrices, d'autres vivent dans la rue ou dans des squats. Dans ce cadre l'entrée en relation est souvent fugace, et relève de l'approvisionnement par les personnes du lieu et des intervenants.

Nous proposons différentes prestations pour favoriser la convivialité et indirectement améliorer le quotidien des personnes telles que des petits déjeuners et des goûters.

L'anonymat et la gratuité des soins restent primordiaux pour continuer à être un lieu dit « à bas seuil d'exigence ». Les personnes peuvent se poser telles quelles sont, sans jugement. Ceci leur permet de rompre leur isolement mais aussi d'avoir des informations concernant leur consommation, et leur possible prise de risques.

L'accueil est un lieu d'échanges sur différents sujets pour certains, pour d'autres, c'est juste un temps de pause pour partager un café, apprécier un temps de convivialité.

C'est aussi un lieu à partir duquel peuvent émerger des activités de loisir et de socialisation. C'est aussi le lieu à partir duquel on peut orienter les personnes soit en interne, soit vers le dispositif de droit commun.

2. L'ESPACE DE SOCIALISATION

A) L'ACTIVITE D'ACCUEIL

OBJECTIFS GLOBAUX	
Existant	Orientation
<p>Activité d'accueil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accueil de toute personne présentant des conduites addictives s'adressant au CSST ARGILE. - Ecoute permettant l'émergence d'une demande. - Identification des problèmes sanitaires et sociaux. 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des temps d'accueil afin de permettre aux personnes éloignées et/ou en emploi de bénéficier des services. - Attractivité de l'accueil par la mise en place d'activités de groupe régulières in situ et/ou en

	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation aux moyens thérapeutiques existants et/ou à la réduction des risques. - Restauration de l'image de soi par une reconnaissance des personnes dans leur entité. - Orientations en interne et en externe en fonction des problématiques. - Informations en fonction des demandes et/ou des problèmes rencontrés. - Gestion du vécu en groupe dans l'espace d'accueil. - Restauration de la notion de temps. - Mise en place d'une dynamique permettant un accueil participatif des personnes. 	<p>externe.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration pour chaque personne accueillie de la liste des prestations délivrées. - Remise à chaque personne accueillie du livret d'accueil et de tout support de prévention nécessaire en fonction de sa problématique. - Accompagnement et/ou orientation des personnes vers les partenaires avec remise de plaquette d'informations les concernant. - Proposition et réalisation d'activités émanant des personnes accueillies avec le soutien de l'équipe.
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - 0,5 etp. Educateur - 1 etp. Apprenti éducateur - Volontaires de l'association - Usagers du CSST - Equipe de salariés en renfort 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 etp. Educateur
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Salle d'accueil au rez-de-chaussée - Postes informatiques - Documentation papier et/ou Internet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aménagement d'un espace fonctionnel - Aménagement d'un bureau dévolu aux entretiens individuels. - Mise à disposition d'un téléphone sans fil.
Mise en œuvre	2007	2010

B) LA DOCUMENTATION

La documentation est une activité fondamentale d'information du public sur tous les aspects liés aux drogues illicites et à la réduction des risques sanitaires liés à l'usage de produits et les risques sexuels.

En effet, en partant du postulat que chacun est acteur de son cheminement thérapeutique, faciliter l'accès à l'information, permet de partager les savoirs, qui de ce fait ne sont plus des enjeux de pouvoir entre un intervenant supposé savoir (le sachant, ou le savant) et un usager supposé ne pas savoir.

Ce n'est qu'en réduisant cette inégalité, en ne laissant pour seul pouvoir à l'intervenant que d'être garant du cadre de non jugement, de non violence et de non deal, que la rencontre peut avoir lieu, et que l'échange des savoirs (car l'utilisateur est un expert) est une réelle composante de l'accueil.

	OBJECTIFS GLOBAUX	
	Existant	Orientations
Documentation	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'accès à l'information. - Utiliser les médias. - Créer un pôle de ressources documentaires et d'informations. - Travailler en transversalité avec les différents services d'Argile. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation d'une personne ressource à l'accueil (volontaire ou usager) pour l'outil informatique et les recherches Internet. - Inventaire des documents existants et mise en place d'une banque de données des partenaires.
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - 0,5 etp. Educateur - Volontaires de l'association. - Salariés - Usagers du CSST 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 etp. Educateur - Volontaires de l'association. - Salariés - Usagers du CSST
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Documentation écrite. - Site Internet ARGILE. - Réseau de partenaires. - Banque de données ARGILE/Documents disponibles en papier. 	<ul style="list-style-type: none"> - A renforcer
Mise en œuvre	2007	2010

C) L'INFORMATION ET L'ORIENTATION

Au-delà de l'échange, l'information et le travail de vulgarisation des informations médicales notamment, constitue un autre axe de travail pour tout intervenant.

L'orientation est l'autre activité nécessaire qui demande à chaque intervenant de bien connaître les dispositifs sanitaires, sociaux et judiciaires. En effet, en première intention, pour toute demande hors substitution, chacun est d'abord adressé au dispositif de droit commun, et notre intervention ne se fait qu'en cas de défaillance de celui-ci....

	OBJECTIFS GLOBAUX	
	Existant	Orientations
Information et orientation	<ul style="list-style-type: none"> - Mise à jour régulière de la documentation à destination des personnes accueillies. - Mise à disposition de plaquettes d'information et de prévention. - Orientation en interne et/ou en externe des personnes 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance par les partenaires des différentes prestations proposées par le futur CSAPA. - Rencontre des partenaires et remise de plaquettes d'information. - Orientation et suivis des personnes vers les dispositifs

		externes par le biais de conventions de partenariat.
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - 0,5 etp. Educateur - Volontaires et salariés d'ARGILE - Stagiaires. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 etp. Educateur - Volontaire et/ou usager formé à l'outil informatique.
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Locaux du rez-de-chaussée sur le CSST. - Etagères de présentation des documents papier. - Accès Internet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Modification de l'agencement interne pour permettre une plus grande lisibilité des documents d'information. - Mise à disposition d'une imprimante à l'accueil pour les documents issus d'Internet.
Mise en œuvre	2007	2010

3. LES ACTIVITES DE SOCIALISATION

Les activités proposées à l'accueil sont importantes car elles permettent à certaines personnes de sortir de leur isolement et de renouveler contact avec des activités extérieures. L'accueil est un lieu de socialisation et d'intégration. En considérant les personnes, comme des citoyens à part entière, responsables de leurs actes, mais aussi capables d'accéder à différentes formes de culture et de loisirs nous leur permettons de reprendre partiellement confiance en eux, voire reprendre goût à la vie.

A l'accueil tout ne tourne pas autour de la consommation de produits, ce qui permet de sortir les personnes du stéréotype de consommateurs et de les considérer comme des personnes à part entière.

Ces activités de socialisation ont principalement été instaurées par les volontaires de la structure, qui sont actifs et impliqués dans le fonctionnement d'accueil.

A) LES PETITS DEJEUNERS DU LUNDI

Ils furent mis en place en septembre 2007, après le constat fait par les volontaires que les personnes que nous suivons vivent souvent un long week end de solitude, parfois sans avoir de quoi se sustenter. Ce moment constitue une activité fondamentale et connexe à l'accueil permettant aux personnes de se retrouver, de raconter leur fin de semaine, et de démarrer la semaine qui commence avec une activité sociale conviviale.

OBJECTIFS GLOBAUX		
	Existant	Orientation
Petits déjeuners du lundi	<ul style="list-style-type: none"> - Activité petit déjeuner le lundi matin de 9h30 à 11h30. - Permettre aux personnes 	<ul style="list-style-type: none"> - Extension de l'activité par l'éducateur en charge de l'accueil sur une autre matinée.

	<ul style="list-style-type: none"> accueillies de prendre un petit déjeuner équilibré et varié. - Travailler autour de l'alimentation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implication des usagers dans l'activité. - Mise en place de petits déjeuners « type ». - Extension de l'activité et/ou des connaissances par le biais d'ateliers sur la nutrition.
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - 0,06 etp. Assistante sociale du CSST. - Volontaires d'Argile. - Stagiaires et salariés de l'association. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 etp. Educateur - Usagers de l'accueil - Nutritionniste bénévole
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Salle d'accueil au rez-de-chaussée du CSST. - Denrées de la Banque Alimentaire du Haut-Rhin une fois par mois. - Achat de produits frais (fruits en particulier) et de tout produit nécessaire en complément. - Percolateur pour le café. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quiz sur l'alimentation à destination des personnes. - Elaboration de menus « type » en fonction des denrées disponibles et/ou du budget des personnes.
Mise en œuvre	2007	2010

B) LES GROUPES DE PAROLE

L'émergence de groupe de parole se fait à partir de l'accueil. Des personnes se retrouvent, commencent à discuter, et désirent se retrouver de manière régulière pour traiter d'une problématique (vivre avec la substitution...vivre avec un VHC...Les femmes et la substitution...)

Argile offre cette possibilité de réunir un groupe qui se forme de manière régulière. Les groupes de paroles ont une vie : ils naissent, vivent et meurent. Leur durée est variable selon le sujet et l'envie des personnes qui les composent. Ils sont animés par une personne de l'association (intervenant salarié et/ou volontaire).

OBJECTIFS GLOBAUX		
	Existant	Orientation
Groupes de parole	<ul style="list-style-type: none"> - Implication, participation, impulsion, propositions des usagers dans la vie collective et le fonctionnement du CSAPA. - Intérêt des personnes à la mise en place de projets. - Implication d'usagers et de volontaires dans le fonctionnement. - Circulation de la parole et émergence de problématiques personnelles en temps d'accueil plus 	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un groupe de parole formalisé à destination des personnes venant au CSAPA et/ou à l'accueil et désireuses de s'exprimer. - Ouverture d'un autre groupe de parole à destinations de parents, d'enfants mineurs et/ou présentant une dépendance, ayant des difficultés et souhaitant les exprimer.

	généraliste.	- Tentative de restauration du lien « parents/enfants ».
Intervenants	- Volontaires - Stagiaires et salariés	- Temps de Psychologue ou personne extérieure, ou intervenant formé à l'écoute et au counselling.
Moyens matériels	- Espace d'accueil du rez-de-chaussée au CSAPA. - Plages d'accueil. - Activité « petit déjeuner ».	- 2 x 2 heures par semaine en dehors des plages d'accueil et de petit déjeuner dans l'espace d'accueil du CSAPA.
Mise en œuvre	2007	2010

C) LES GROUPES D'AUTOSUPPORT

La possibilité est offerte aux personnes qui nous fréquentent de constituer un groupe autonome qui peut fonctionner comme un groupe de parole sans intervenant de l'association, et qui peut évoluer vers la construction d'activités en lien avec la thématique du groupe.

Cette activité a une fonction première : la socialisation. En effet, c'est aux personnes de déterminer leurs propres règles de fonctionnement, de fréquence de rencontres, d'admission et de sortie des membres du groupe, de thématiques à aborder, et avec quels intervenants.

La deuxième fonction est celle de la citoyenneté, car le groupe repose sur la volonté des usagers qui de ce fait deviennent des acteurs, font l'apprentissage de la collectivité, et de la démocratie.

Dans ce cadre de santé communautaire, l'association met à disposition ses moyens pour que le groupe puisse exister, se réunir, et pour l'aider à monter ses projets (éducation des pairs par les pairs, exposition, expression en tant qu'usagers, activité de socialisation, d'entraide....)

Dans son évolution, un groupe d'autosupport peut se constituer en association (des exemples sont connus : ASUD, Icare à Strasbourg...)

OBJECTIFS GLOBAUX		
	Existant	Orientation
Groupes d'auto-support	- Activité d'auto-support le lundi de 18h à 19h en salle de réunion du CSST ARGILE. - Participation d'usagers du CSST ARGILE.	- Renforcement et développement de l'activité d'auto-support à destination des personnes fréquentant le CSST. - Sollicitation des personnes accueillies. - Invitation à participer au groupe d'auto-support pour toute personne accueillie.

		- Publicité par le biais de plaquettes et de messages d'information à l'accueil.
Intervenants	- Usagers	- Usagers
Moyens matériels	- Salle de réunion du CSST au 1 ^{er} étage. - Affichage de la tenue de la réunion.	- Plaquette d'information sur l'activité d'auto-support. - Planning prévisionnel de la tenue des réunions.
Mise en œuvre	2008	2010

D) LES ACTIVITES DE LOISIRS ET DE SOCIALISATION

Ces activités sont fondamentales, elles permettent :

- de développer une socialisation, de rompre la solitude, de renouer avec une vie sociale, culturelle
- de mener des activités complémentaires à celles des salariés, en matière de soutien et d'accompagnement
- de mettre en place des activités culturelles (sorties, concerts, cinéma, ciné-club, parcs de loisirs...)
- de monter des projets de ressourcement (week end en résidentiel dans les Vosges, randonnées, promenades, pique-nique...)
- de monter des ateliers artistiques et/ou d'expression (arts plastiques, écriture...)
- de dispenser des temps de partage d'information et de sensibilisation
- de mener des activités de réduction des risques basées sur l'éducation des pairs
- enfin, ces activités sont à la base même de ce qu'on appelle la santé communautaire.

Activités souvent menées par des volontaires, on voit bien là tout l'intérêt de mener et d'étoffer plusieurs activités communautaires et/ou d'auto support à partir des structures de l'association, qui peuvent simplement déboucher sur un « mieux-vivre » des personnes qui nous fréquentent, mais aussi sur de véritables innovations.

OBJECTIFS GLOBAUX		
	Existant	Orientation
Activités de loisirs et de socialisation	- Cours « personnalisés » d'informatique. - Petit déjeuner. - Visites à des personnes suivies par le CSST. - Activité de sorties pédestres en montagne ou à la campagne. - Activités de loisirs (barbecue, piscine, sortie à Europa Parc, cinéma...).	- Renforcement et développement des activités à destination des personnes fréquentant le CSST et/ou hébergées par l'association. - Sollicitation et invitation à participer aux activités pour toute personne accueillie. - Publicité par le biais de plaquettes et de messages

	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe d'auto-support. - Séances de sophrologie. - Repas de Noël. 	d'information à l'accueil.
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Volontaires. - Usagers. - Stagiaires et salariés. 	- 1 etp. Educateur
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Locaux de l'accueil au CSST. - Véhicules personnels. 	<ul style="list-style-type: none"> - Véhicule de fonction pour le transport des personnes. - Achat de billets au tarif « groupe » selon les activités avec participation financière des personnes en fonction des revenus.
Mise en œuvre	2007	2010

E) LA PARTICIPATION DES USAGERS

La participation des usagers est systématiquement recherchée, en terme de sollicitations diverses et variées, mais aussi en terme de mobilisation citoyenne. En effet, la réinsertion des personnes passe aussi par le réapprentissage de la vie collective, et les activités de groupes, ou de volontariat, constituent un socle éducatif et thérapeutique intéressant à explorer.

En effet, aucune institution sanitaire ne s'est jamais trouvée mise à mal parce que son médecin était aussi usager de soins de la structure....

La notion de « tiers institutionnel », grand classique dans le médicosocial, n'est pas le choix qu'Argile a inscrit dans ses valeurs.

Au contraire, c'est la participation des personnes et l'association avec elles qui fonde la base philosophique de la « rencontre » et place les enjeux de pouvoir sur le plan de la raison et de la libre participation, et non pas sur le plan de la répétition en interne du mécanisme sociétal inspiré du « surveiller et punir ». De fait, c'est le « pouvoir faire », et le « pouvoir y faire », qui sont placés au centre du jeu relationnel entre les usagers et les intervenants, ce qui de fait, entraîne une remise en question des pratiques, et une approche basée sur l'écoute, la relation d'aide, et le counselling.

Et la logique est poussée jusqu'au bout, puisque des usagers ou ex-usagers des établissements de Argile ont fait leur formation de volontaire, interviennent en tant que tels dans les activités, mais certains se sont fait élire au conseil d'administration, et président aux destinées de l'association.

De ce fait le conseil d'administration est aussi devenu un groupe d'expression des usagers, qui au-delà du décret sur la vie sociale, a acquis le pouvoir de diriger l'association, et de contribuer à ses missions vocatives, voire d'influer sur la qualité des services.

	OBJECTIFS GLOBAUX	
	Existant	Projet
Participation des usagers	<ul style="list-style-type: none"> - Implication des usagers dans l'élaboration et la réalisation de projets dans un but de socialisation. - Développement et soutien dans les démarches émanant des personnes accueillies par les volontaires et les salariés. - Admettre que les personnes prennent une place d'acteurs dans la dynamique d'intervention à l'accueil. - Autoriser l'émergence d'échanges plus riches entre les personnes (usagers, volontaires, stagiaires et salariés). - Réunions d'usagers à l'accueil. - Possibilité pour les usagers de démarrer une formation de volontaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilisation des personnes accueillies et répercussion en interne comme en externe de la dynamique participative. - Encadrement non directif et méthodologique des projets envisagés lors des réunions d'usagers. - Mobiliser les usagers dans l'action citoyenne à travers le volontariat, qui peut aussi constituer un « faire-valoir » social et favoriser la réinsertion.
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - 0,5 etp. Educateur - Volontaires et salariés d'ARGILE - Stagiaires. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 etp. Educateur
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Locaux au rez-de-chaussée du CSST. 	
Mise en œuvre	2007	2010

F) LES ATELIERS THEMATIQUES

Dans le cadre de la mission d'information du CSAPA, les ateliers thématiques tiennent une grande place.

En effet, il s'agit de mener avec des groupes de personnes, une ou des séances autour d'un thème concernant la vie des personnes, et de favoriser la venue d'intervenants extérieurs, dans le but d'apporter des informations et de sensibiliser à des aspects sanitaires, sociaux, ou professionnels.

	OBJECTIFS GLOBAUX	
	Existant	Projet
Ateliers thématiques	<ul style="list-style-type: none"> - Intérêt des personnes accueillies, en fonction des sujets abordés, dans l'espace d'accueil et/ou l'activité « petit déjeuner » et difficultés de réponse satisfaisante de la part des intervenants. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention de « spécialistes » selon les thèmes abordés : alimentation, réduction des risques, injection safe, hépatites, VIH, TSO...
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Volontaires - Usagers 	<ul style="list-style-type: none"> - Médecins généralistes et/ou spécialistes.

	- Stagiaires et salariés	- Pharmaciens. - Volontaires d'associations comme SOS Hépatites, ReVIH, AIDES, ASUD... - Nutritionniste. - Autres..
Moyens matériels	- Espace d'accueil au rez-de-chaussée du CSST	- Rétro projecteur et/ou vidéo projecteur. - Ecran de projection.
Mise en œuvre	2007	2010

C. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE, PSYCHOLOGIQUE, SOCIALE ET EDUCATIVE

1. INTRODUCTION

Depuis 2002, et la définition du projet associatif de l'association, le CSAPA de Colmar est défini comme un centre bas seuil. Bas seuil en ce sens que le niveau d'exigence pour permettre l'accès à la substitution est le plus bas possible.

De ce fait, tout bilan méthadone débouche sur une prise en charge (sauf pour les personnes non consommatrices d'opiacés, bien évidemment).

Le principe d'un accompagnement adapté aux besoins des personnes est posé, et se construit au fur et à mesure du cheminement de la personne. Les analyses urinaires ne sont pas là pour sanctionner, mais servent d'outil d'évaluation et sont support à un accompagnement des personnes dans leur traitement, avec des visées à abandonner l'injection, à évaluer correctement le dosage de la méthadone, en première intention. Et le niveau d'exigence est négocié au fur et à mesure du parcours individuel de chacun.

Une réflexion est à mener visant à produire un protocole type de prise en charge bas seuil, un protocole haut seuil, et toute la palette des « intermédiaires », ceux qui passent d'un seuil à l'autre.

2. DEROULE DE LA PRISE EN CHARGE TYPE : SUBSTITUTION PAR LA METHADONE

A) INDICATION ET OBJECTIFS

Le protocole de prise en charge est destiné à des personnes désireuses de passer d'une consommation d'opiacés et/ou de Subutex® par voie intraveineuse à une démarche de soins par le biais d'un traitement de substitution à la Méthadone.

Le but du traitement est de permettre aux personnes, en première intention de travailler à réduire les risques sanitaires liés aux pratiques d'injection, et à plus ou moins longue échéance, d'arriver à un sevrage afin qu'elles puissent vivre sans produit.

B) LES ADMISSIONS

Toute personne en demande de traitement par la Méthadone, qu'elle vienne de sa propre initiative ou qu'elle soit orientée par son médecin traitant, se verra proposer 3 rendez-vous bilan avec :

- ☞ L'assistante sociale,
- ☞ Le psychologue,
- ☞ Le médecin.

Une première analyse urinaire sera demandée pour confirmer la prise d'opiacés et/ou d'autres substances, voir de Buprénorphine Haut Dosage et Méthadone (produits de substitution).

En règle générale, une personne peut remplir ces 4 étapes dans la semaine et accéder au démarrage de son traitement dans la semaine qui suit sa demande.

C) LES BILANS

☞ Le bilan social :

Le bilan social lors d'une demande de prise en charge consiste à brosser de manière globale la situation de la personne. Il permet également, pour la personne concernée, de rencontrer l'assistante sociale, d'avoir un premier contact, même si elle n'a, a priori, pas de demande particulière d'accompagnement.

L'entretien permet d'évaluer les différents aspects de la vie « sociale » de la personne qui sont liés à la famille, au logement, à l'emploi, à la situation financière, à la santé, au parcours dans l'usage de produits. Il peut permettre également de faire apparaître les différents acteurs, partenaires et intervenants dans la situation. L'échange peut faire émerger un certain nombre de difficultés ou pas ! Cette évaluation peut alors permettre d'amener la personne à formuler une demande d'aide et/ou à justifier d'une orientation, interne ou externe.

Pour certains, le bilan social ou psychologique représente le premier contact avec Argile. Il est alors l'occasion pour l'intervenant de présenter l'association, ces acteurs, ces missions, et tout particulièrement l'accueil et le PES. Cela permet d'aborder la notion de réduction des risques à travers les modes de consommation et le matériel utilisé.

☞ Le bilan psychologique :

Il comporte d'une part l'accueil des personnes, la réception de leur demande, leurs attentes, ainsi que l'évaluation de celles-ci. D'autre part un bilan de la personne dans ses aspects historique, familial, relationnel, tout comme son parcours addictif, ses rapports à la société, aux institutions, l'existence de projets, mais encore une évaluation psychopathologique, en particulier au travers de son rapport au temps, à la frustration.

☞ Le bilan médical :

Toutes ces conditions étant réunies, chaque demande est étudiée en équipe. Une date d'initialisation est fixée pour le démarrage du traitement qui débute obligatoirement un lundi matin. Au préalable il aura été demandé aux personnes concernées de téléphoner pour avoir confirmation de leur initialisation.

D) LA REUNION D'ADMISSION, DE SUIVI ET DE SORTIE DE PRISE EN CHARGE

Tous les jeudis matin, l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire se réunit pour traiter des admissions, des suivis, et des sorties de prise en charge. Ce moment hebdomadaire constitue le centre de la vie de l'établissement, car c'est là que se traitent toutes les questions relatives aux patients et aux personnes qui nous fréquentent.

Un ordre du jour est systématiquement établi avec le nom des personnes dont il sera question, de manière à permettre à chaque professionnel de venir en réunion avec les informations qu'il a recueillies dans ses notes personnelles, ou dans le dossier patient.

☞ Les admissions :

Chaque professionnel présentera les principaux éléments de bilan concernant la personne ayant demandé à être prise en charge. Après discussion, et après avoir pris l'avis des membres de l'équipe, le médecin prononce l'admission.

Ce moment de partage entre professionnel permet aussi de déterminer les axes de travail prioritaires à aborder avec la personne dans son cheminement thérapeutique, et de poser un cadre d'intervention auprès de la personne qui soit cohérent avec la position de l'équipe.

Chaque admission prononcée sera communiquée à la personne concernée, avec prise de rendez-vous le jour même ou le lendemain avec le médecin, en vue de reprendre les éléments du démarrage du traitement, et de donner les conseils pour le week end se passe dans les meilleures conditions sanitaires possibles et favoriser le lundi matin une mise sous traitement dans les conditions les plus optimales possibles, et pour éviter un éventuel surdosage lié à une prise d'héroïne trop rapprochée, et/ou un incident de manque lié à la prise de subutex moins de 48 heures avant la prise de méthadone...

☞ Les suivis :

Toute personne prise en charge verra régulièrement sa situation évoquée en réunion, de manière à faire le point, poser des interrogations, reprendre les éléments du parcours..ou lors d'événements survenus dans la vie du centre impliquant cette personne.

Ce moment d'évocation des situations permet de traiter des cas lourds pour lesquels il est nécessaire de coordonner l'action des différents professionnels, mais aussi des cas « silencieux », c'est-à-dire les personnes lisses, qui viennent chercher leur substitution, qui sont compliantes, pour faire en sorte qu'elles soient approchées régulièrement pour faire le point, et éventuellement déceler des éléments qui auraient pu échapper à la vigilance de l'équipe.

☞ Les sorties :

Le rôle de l'équipe est aussi d'examiner la situation de chaque personne qui est destinée à passer en relais de ville, ou à partir en post cure, ou à changer de secteur géographique nécessitant un

relais vers une autre structure, ou qui pose un problème disciplinaire mettant en jeu sa prise en charge.

Dans cette configuration, une sortie de prise en charge »normale » doit permettre de dresser le bilan du parcours de la personne, de revenir sur des aspects de la prise en charge, et d'interroger les pratiques professionnelles au regard des événements.

S'agissant d'un aspect disciplinaire dans certains cas : violences répétées, menaces, bagarres,..... ou tout simplement des entorses répétées aux termes de la prise en charge, l'équipe peut examiner la situation et poser la question de la sanction majeure : l'arrêt de la prise en charge.

Dans ce cas de figure, le directeur sera systématiquement présent, en son absence, seules des dispositions conservatoires peuvent être prises. Une palette graduée de sanctions doit encore être étudiée, en fonction des cas d'école qui se présentent, et une procédure visant à instruire à charge et à décharge de la personne doit voir le jour, car le droit à la défense et les recours doivent aussi pouvoir s'appliquer au sein du CSAPA.

En tout état de cause, une sanction d'exclusion ne peut être prononcée qu'à la seule condition que la continuité des soins soit assurée, charge aux professionnels de l'équipe de faire en sorte que ce soit le cas.

E) INITIALISATION ET CONTRAT DE PRISE EN CHARGE

En début de traitement, c'est-à-dire à minima la première semaine, la personne sera vue deux fois par jour par le médecin qui initialise et par l'infirmière ayant en charge la délivrance de Méthadone.

Une surveillance des constantes sera effectuée à ce moment là. La personne doit atteindre un dosage de confort physique dans l'idéal le vendredi.

Il est important d'être attentif à ce que dit la personne de son ressenti mais aussi à ce que nous pouvons percevoir au travers de son attitude.

Le contrat de prise en charge est établi entre le médecin et le patient, il définit les modalités de prescription et de prise en charge tout au long du traitement.

F) PHASE DE STABILISATION

Une fois le traitement mis en place, la personne satisfaite de son état physique (pas de manque et pas de sensation de surdosage), il s'ensuit une période dite de stabilisation au cours de laquelle la personne viendra chercher son traitement deux fois par semaine.

C'est également pour les infirmières la phase de découverte des personnes. Ces moments privilégiés et des rencontres régulières permettent aux personnes d'exposer les difficultés inhérentes à leur prise de produits. Au décours des entretiens infirmiers, il sera proposé aux personnes, en fonction des problématiques, des rendez-vous avec les intervenants du plateau de soins concernés.

G) LE SUIVI

La plupart des personnes partent en relais de ville dès qu'elles sont stabilisées. D'autres présentant notamment des comorbidités lourdes, ou qui préfèrent être suivies au centre, restent sur une longue période, sans limite de durée.

Progressivement, au bout de quelques semaines, mois ou années, les doses de méthadones sont diminuées pour arriver petit à petit vers des petits dosages, avec des moments de réajustement à la hausse, des moments d'écart, des moments de découragement...

Pendant ce temps tout le travail autour de l'abandon de l'injection, des autres consommations, de la situation sociale, éventuellement des démêlées avec la justice, de la reconstruction d'une vie nouvelle, est entrepris, avec le soutien et l'accompagnement de tous les intervenants.

H) LES SYNTHESSES

Pendant le suivi, et de manière régulière (à minima deux fois par an), chaque patient est invité à participer à une synthèse le concernant. Ce moment est propice pour regarder ensemble le parcours et les étapes franchies, à mesurer l'atteinte ou non des objectifs du contrat, à les réviser, à les orienter, à déterminer ensemble la suite.

I) LES ARRETS DE PRISE EN CHARGE

Les arrêts de prise en charge sont rares mais cependant existent. Nous pouvons être amenés à arrêter la prise en charge dans le cas d'analyses urinaires négatives à la Méthadone de manière répétitive.

Nous considérons que 2 analyses urinaires consécutives, faites à une semaine d'intervalle, dont le résultat est négatif à la Méthadone, signent la « non prise de traitement ». Ceci est discuté avec la personne concernée et, bien souvent, c'est d'un commun accord que le traitement est arrêté.

J) LES RELAIS

Après la période de stabilisation, selon les personnes, à leur demande ou en fonction de leur situation sociale et/ou psychologique, il sera envisagé un relais vers la médecine de ville avec délivrance en officine. La personne aura à charge de trouver le médecin prescripteur et l'officine de ville pour la poursuite de son traitement.

Se pose la question des personnes suivies de longue date pour lesquelles un relais peut être ressenti comme « une punition », mais la plus grande difficulté est liée au fait de la gratuité de prise en charge sur le CSST ainsi que le peu d'attente au moment de la délivrance.

Ces derniers arguments nous sont très souvent avancés et, à l'heure actuelle, nous ne disposons pas de solution face à cette problématique.

Les personnes en question sont bien évidemment en possession d'une couverture sociale, si ce n'est pas le cas, le relais n'est pas proposé.

3. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE

A) LES SOINS INFIRMIERS

	OBJECTIFS GLOBAUX	
	Existant	Orientation
Les soins	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte de soins d'abcès au CSST tant au niveau de l'infirmierie qu'au niveau du PES au rez-de-chaussée. - Moins de difficultés pour les personnes suivies sur le plateau de soins de dire la présence d'un abcès, par exemple, suite à une injection. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d'un protocole pour la continuité des soins d'abcès sur le CSAPA après incision de celui-ci au SAU de l'hôpital. - Convention avec l'hôpital pour la mise à disposition de plateaux de pansements stériles à usage uniques.
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin du CSST. - Infirmières. - Partenariat avec le SAU de l'Hôpital Pasteur à Colmar en cas d'urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin du CSST. - Infirmières. - Partenariat avec le SAU de l'Hôpital Pasteur à Colmar en cas d'urgence.
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmierie au 1^{er} étage avec le matériel nécessaire aux soins. - Chariot à pansements au rez-de-chaussée. - Tout le matériel nécessaire à la désinfection des plaies, aux soins de suite des abcès et/ou la réfection de pansements... 	<ul style="list-style-type: none"> - Blouses de protections - Gants stériles - Lampe UV pour la stérilisation - Plateaux de pansements stériles et à usage unique - Local septique différencié de celui des prélèvements et des vaccinations qui doit être aseptique. - Tubes de prélèvement conformes aux bilans sanguins demandés et aux recherches de sérologies.
Mise en œuvre	1998	2010

B) LA DELIVRANCE MEDICAMENTEUSE

Il s'agit, dans le cadre du présent projet d'établissement de la principale transformation, dans le cadre du passage du CSST en CSAPA, s'agissant de mettre en conformité avec la circulaire et le cahier des charges, la prescription, la délivrance, l'approvisionnement et la gestion des médicaments dans les CSAPAS.

D'une part, il faudra installer une pharmacie au sein de la structure, ce qui va générer des travaux et un emménagement conforme comprenant les armoires de stockages des médicaments, mais aussi une armoire de stockage individualisée pour les patients qui le demandent.

D'autre part, il faudra approcher les fabricants, distributeurs et/ou grossistes répartiteurs pour réorganiser l'approvisionnement en médicaments. Pour mémoire, jusqu'à ce jour, la Méthadone était fournie par la pharmacie hospitalière, et refacturée.

Conformément à la circulaire CSAPA « la dispensation des médicaments est assurée par un pharmacien inscrit au tableau de la section E ou de la section H de l'ordre national des pharmaciens, ou à défaut par un médecin intervenant dans le centre, nommément désigné, autorisé par le Préfet après avis du pharmacien inspecteur régional de santé publique »

En conséquence, il faudra également créer un poste de pharmacien qui assurera la gestion médicamenteuse et la délivrance, en lien avec le médecin du centre.

Afin de préserver l'anonymat des personnes qui le demanderaient expressément, le CSAPA, conformément aux dispositions L 3414-1 du code la santé publique, dérogera aux obligations d'enregistrement des données personnelles et de l'identité des patients dans le cadre de délivrance de stupéfiants.

Un état annuel de l'ensemble des médicaments entrés et sortis sera adressé au pharmacien inspecteur régional de santé publique. Enfin, en cas de vol de stupéfiant ou de psychotropes, la déclaration sera systématiquement effectuée auprès des autorités de police, à l'inspection régionale de la pharmacie, et à l'AFSSAPS.

OBJECTIFS GLOBAUX		
	Existant	Orientation
Délivrance médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> - Délivrance de Méthadone en sirop. - Délivrance de Subutex et/ou de médicaments psychotropes à la demande du médecin ou du patient en prise journalière. 	<ul style="list-style-type: none"> - Délivrance de Méthadone en gélules, de Subutex y compris les génériques. - Délivrance de médicaments psychotropes. - Délivrance de tout traitement nécessaire aux personnes présentant des difficultés de gestion du traitement au niveau somatique et/ou psychiatrique et/ou lié aux infections à VIH, Hépatites B et C. - Délivrance de vaccins contre l'hépatite B. - Délivrance de substituts nicotiques.
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin du CSST. - Médecins vacataires et/ou de ville. - Pharmacies de ville. - Infirmières du CSST. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pharmacien en charge de la gestion et de la délivrance médicamenteuse sur prescription médicale.
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmerie. - Armoire à pharmacie (coffre fort) 	<ul style="list-style-type: none"> - Local dédié à la pharmacie au sein du plateau de soins du futur CSAPA. - Réfrigérateur pour la conservation des vaccins.
Mise en œuvre	1998	2010

C) L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

OBJECTIFS GLOBAUX		
	Existant	Orientation
L'éducation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte des personnes dans leur globalité sur le plateau de soins. - Vision globale de l'état sanitaire des patients par le médecin et les infirmières. - Difficultés d'appréhension pour certains patients du suivi de leur TSO et/ou des traitements connexes et/ou des interactions pharmaceutiques. - Difficultés liées à la prise de médicaments et aux effets indésirables. - Difficultés liées à des pathologies psychiatriques et/ou des affections somatiques invalidantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'entretiens infirmiers de suivi et d'éducation à visée thérapeutique dans le cadre des TSO et pour toute personne accueillie dans les locaux du CSAPA présentant ou exprimant des difficultés avec son traitement. - Soutien et écoute des personnes, recherche avec elles de solutions adaptées à leur pathologies, leur environnement et aux traitements prescrits. - Articulation en interne et en externe avec l'ensemble des partenaires sanitaires (médecins, pharmaciens...) impliqués dans le/les traitements prescrits.
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin du CSST. - Médecins vacataires, de ville et/ou spécialistes. - Infirmières du CSST. - Partenaires du réseau sanitaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmières du CSST
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Plaquettes de prévention. - Internet. - Infirmerie et bureaux médicaux au 1^{er} étage. - PES au rez-de-chaussée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau dédié aux entretiens infirmiers. - Mise à disposition de plaquettes de type « conduite à tenir » pour aider les personnes à mieux comprendre les interactions médicamenteuses.
Mise en œuvre	1998	2010

D) L'ACCOMPAGNEMENT DE PROXIMITE DANS LES DEMARCHES DE SOINS

L'accompagnement physique et psychique est un élément clef de la prise en charge thérapeutique, et notamment au regard des soins.

En effet, il n'est pas rare que la personne suivie par le centre le soit également ailleurs pour une ou plusieurs autres pathologies, et l'organisation des soins est faite de telle manière que la subdivision de la personne en autant d'organes bénéficiant d'un suivi spécialisé entraîne une dispersion, une multiplicité des rendez-vous médicaux, et une démultiplication des examens et analyses.

Ceci provoque souvent une rupture de soin, le patient se décourageant du temps et de l'énergie dépensés à se frayer un chemin dans les services de soins pour enfin aménager son propre cheminement thérapeutique.

Souvent, les personnes délaissent une prise en charge pour une autre. Partant de ces constats, et devant la demande de certains patients, il fut décidé que les infirmières auraient un rôle d'accompagnateurs et de médiateurs avec les services de soin, notamment hospitaliers.

Au-delà, cela confère aux infirmière un véritable rôle d'accompagnateur et d'éducateurs de santé, basé sur l'écoute, le soutien et le counselling, et qui permet souvent aux personnes de retrouver confiance et assurance pour poursuivre leurs suivis médicaux, se sentant confortés par l'accompagnement effectué, et rassurés par rapport au fait qu'ils peuvent partager avec l'infirmière l'intégralité de leurs problématiques sanitaires.

OBJECTIFS GLOBAUX		
	Existant	Orientation
L'accompagnement de proximité dans les démarches de soins.	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien et écoute des personnes suivies au CSST ARGILE. - Accompagnement physique en extérieur de patients du CSST, lié à la crainte des résultats d'analyses et/ou d'un diagnostic et/ou d'un traitement à effet retard dispensé. - Difficultés, méconnaissance et/ou incapacité des patients à se rendre seuls à certains rendez-vous externes pour des soins médicaux plus spécialisés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens infirmiers permettant aux personnes d'exprimer leurs difficultés dans les démarches sanitaires et/ou leur suivi en extérieur. - Disponibilité des infirmières et organisation en interne de l'accompagnement des personnes qui le désirent. - Consolidation du travail de partenariat avec les différents services intra et extra hospitaliers. - Développement des contacts avec les associations de malades et encouragement de rencontres entre ces dernières et nos patients en intra par le biais d'activités thématiques ou en externe lors des plages de permanences desdites associations.
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin du CSST. - Médecins vacataires, médecins de ville et/ou hospitaliers et/ou spécialistes. - Infirmières du CSST. - Partenaires du réseau sanitaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmières du CSST - Volontaires d'Argile et des associations de malades (notamment AIDES et SOS Hépatites)
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Plaquettes de prévention. - Internet. - Infirmierie et bureaux médicaux au 1^{er} étage. - PES au rez-de-chaussée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau dédié aux entretiens infirmiers. - Mise à disposition de plaquettes de type « conduite à tenir » pour aider les personnes à mieux comprendre les interactions médicamenteuses. - Schémas d'orientation en direction de la filière addictions, de l'ECIMUD, du CCAA...
Mise en œuvre	1998	2010

4. LE MEDICAL

A) LES BILANS D'ADMISSION

		OBJECTIFS GLOBAUX	
		Existant	Orientation
Les bilans d'admission		<ul style="list-style-type: none"> - Rendez-vous médical avec toute personne exprimant une demande de TSO par la <u>méthadone en sirop</u> selon le cadre légal et le protocole défini. - Pour une demande de <u>méthadone en gélule</u>, les personnes sont adressées par leur médecin traitant, le patient rencontre le médecin du CSST qui prescrira une analyse urinaire et fera la première prescription de méthadone en gélules à destination du médecin traitant. Tous les 6 mois le patient sera revu par le médecin du CSST selon le cadre légal et le protocole défini. - Pour la <u>substitution par Subutex</u>, le médecin psychiatre du CSST effectue de manière très ponctuelle le renouvellement d'ordonnance pour des patients qu'il a en suivi. Le médecin du CSST n'intervient pas dans les prescriptions du médecin traitant des personnes qu'il reçoit dans son cabinet. - Ecoute et entretien médical de première intention en vue d'évaluer la consommation de la personne, de recueillir des éléments sanitaires objectifs et de connaître la nature des traitements dont bénéficie le patient. - Vérification du schéma vaccinal et de la présence ou non de résultats sérologiques. - Auscultation et prise des constantes (TA, poids,...) prescription d'un bilan sanguin comportant : <ul style="list-style-type: none"> o <u>le cas échéant</u> : les sérologies VIH, VHB et VHC, recherche du taux d'anticorps anti VHB, o <u>à chaque demande</u> : une numération formule sanguine, un ionogramme, la créatinine 	<ul style="list-style-type: none"> - Maintien de l'existant - Pour ce qui concerne le <u>Subutex et ses génériques</u> selon le protocole établi il est envisagé, en fonction des demandes, la possibilité d'une primo-prescription au CSAPA avec proposition d'accompagnement des personnes par l'équipe pluridisciplinaire. - Au niveau du bilan sanguin, il sera proposé aux personnes à la fin du bilan d'admission et le prélèvement se fera sur le CSAPA. Les analyses seront transmises au laboratoire de biochimie du CH Pasteur avec lequel nous avons une convention. - L'ECG sera effectué dans le cabinet médical au 1^{er} étage du CSAPA.

	<p>et les transaminases.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescription d'une analyse urinaire pour la recherche de toxiques et de méthadone selon le protocole établi. - Prescription d'un ECG en présence d'antécédents personnels et/ou familiaux et/ou de troubles relevés à l'auscultation. - Selon le cas orientation chez un spécialiste pour avis si pathologie associée et/ou antécédents importants (diabète, problèmes cardio-respiratoires...). - Remise du contrat d'accompagnement et de la fiche annexe relative aux interactions médicamenteuses afin de laisser au patient le temps de la réflexion et de l'appropriation des termes dudit contrat. - Second rendez-vous médical le jeudi précédent l'initialisation afin de réévaluer la demande et l'acceptation du suivi, remise par le patient du contrat de prise en charge par TSO et des interactions médicamenteuses datés et signés pour accord. 	
Intervenants	- Médecin du CSST et médecins vacataires.	- Médecin du CSAPA
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau médical. - Contrat de prise en charge par Méthadone en sirop. - Liste des interactions médicamenteuses et contre indications. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau médical. - Contrat de prise en charge par Méthadone en sirop. - Liste des interactions médicamenteuses et des contre indications.
Mise en œuvre	1998	2010

B) LES CONSULTATIONS MEDICALES

	OBJECTIFS GLOBAUX	
	Existant	Projet
Les consultations	<p>1. Bilan méthadone :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anamnèse ; ○ Antécédents personnels, familiaux au niveau médical et chirurgical ; ○ Histoire et évaluation de la dépendance ; ○ Constantes ; ○ Selon le cas orientation chez un spécialiste pour avis si pathologie associée et/ou antécédents importants (diabète, problèmes cardio-respiratoires...). ○ Evaluation de la demande du patient... ○ Proposition de tests de dépistage et/ou vaccination <p>2. Ordonnance</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prescription d'un bilan sanguin + sérologies hépatites et VIH. ○ Analyse urinaire. ○ Prescription d'un vaccin contre l'hépatite B. <p>3. Relais méthadone sirop – méthadone gélule</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ré évaluation de la demande du patient... ○ Constantes. ○ Analyse urinaire. ○ Ordonnance relais pour le médecin traitant et le pharmacien. <p>4. Information sur les IST.</p> <p>5. Consultation des proches des consommateurs en quête d'information et de soutien.</p>	<p>Maintien de l'existant</p> <p>+ ECG au cabinet médical du CSAPA</p> <p>+ Bilan subutex et génériques selon protocole.</p>
Intervenants	<p>Médecin du CSST</p> <p>Médecins remplaçants</p>	<p>Médecin du CSAPA</p> <p>Médecins remplaçants</p>
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau médical au 1^{er} étage - Informatique/téléphone - Box de prélèvement 	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau médical au 1^{er} étage - Informatique/téléphone - ECG - Box de prélèvement
Mise en œuvre	1998	2010

C) LE SUIVI ET LA SORTIE DU SOIN

OBJECTIFS GLOBAUX		
	Existant	Orientation
Le suivi et la sortie du soin	<p>I. LE SUIVI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le suivi méthadone sirop <ul style="list-style-type: none"> - Entretien, écoute ; - Constantes ; - Evaluation et ajustement de la posologie ; - Le suivi méthadone gélule <ul style="list-style-type: none"> • Primo prescription <ul style="list-style-type: none"> - Analyse urinaire ; - Constantes ; - Ordonnance relais ; • Renouvellement tous les 6 mois - Le suivi d'un patient adressé par un autre CSST pour relais. (Idem à 1 et/ou 2) - Consultations/synthèses avec le patient et 3 intervenants du CSST. (Médical, socio-éducatif et psychologique) <p>II. LA SORTIE</p> <ul style="list-style-type: none"> - La sortie du suivi méthadone <ul style="list-style-type: none"> • Demande du patient <ul style="list-style-type: none"> - Entretien, écoute ; - Orientation vers pharmacien et médecin traitant après leur accord et celui du patient ; - Ordonnance relais. - Relais vers un autre CSST ; - Traitement et/ou contrat ne convient plus. <ul style="list-style-type: none"> • Demande du centre <ul style="list-style-type: none"> - Traitement non pris par le patient et consommation importante d'opiacé ; - Non adhésion au contrat d'accompagnement ; - Violence au centre. 	<p>Maintien de l'existant</p> <p>+ ECG sur place selon le cas.</p> <p>+ suivi Subutex et génériques selon protocole établi.</p>
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin du CSST - Médecins remplaçants 	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin du CSAPA - Médecins remplaçants
Moyens matériels	<p>Bureau au 1^{er} étage</p> <p>Poste informatique/téléphone</p> <p>Ordonnances sécurisées</p>	<p>Bureau au 1^{er} étage</p> <p>Poste informatique/téléphone</p> <p>Ordonnances sécurisées</p>
Mise en œuvre	1998	2010

5. LES SOINS PSYCHIATRIQUES

A) LES COMORBIDITES LOURDES

OBJECTIFS GLOBAUX		
	Existant	Projet
Les comorbidités lourdes	<ul style="list-style-type: none"> - Adressés au psychiatre à la demande du patient lui-même, par tout membre de l'équipe pluridisciplinaire, suivis de personnes vues en maison d'arrêt, adressées par Espoir, par le CHS de Rouffach... - Consultation et évaluation des troubles psychiatriques - Prescription de traitements médicamenteux - Psychothérapie 	<p>Maintien de l'existant</p> <p>+ Dans le cadre de la convention entre les deux CSAPA sur Colmar, orientation vers le CH Pasteur pour des hospitalisations sur plusieurs jours ou hospitalisation en CHS</p> <p>+ Partenariat avec un secteur psychiatrique de référence au CHS de Rouffach pour un suivi cohérent en bénéficiant des mêmes interlocuteurs.</p>
Intervenants	- Médecin psychiatre	- Médecin psychiatre
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau au 1^{er} étage du CSST - Poste informatique/téléphone 	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau au 1^{er} étage du CSST - Poste informatique/téléphone
Mise en œuvre	2007	2010

B) ARTICULATION AVEC LA PRISE EN CHARGE MEDICALE

	OBJECTIFS GLOBAUX	
	Existant	Projet
Articulation avec le médical	<ul style="list-style-type: none"> - Peu d'articulation avec le médical à ce jour, liée au temps de présence du médecin et du psychiatre sur le CSST, et au peu de concordance entre les temps de présence. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un dossier patient à jour consultable par l'ensemble du personnel médical. - Temps de travail commun permettant d'évoquer des cas particuliers.
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin psychiatre vacataire - Médecins vacataires du CSST 	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin psychiatre vacataire - Médecin du CSAPA
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau médical au 1^{er} étage - Bureau du psychiatre au 1^{er} étage - Poste informatique/téléphone 	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau médical au 1^{er} étage - Bureau du psychiatre au 1^{er} étage - Poste informatique/téléphone
Mise en œuvre	2007	2010

C) ARTICULATION AVEC LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR

	OBJECTIFS GLOBAUX	
	Existant	Projet
Articulation avec la psychiatrie de secteur	<ul style="list-style-type: none"> - Articulation avec le secteur 3 de psychiatrie au CHS de Rouffach liée au fait que l'intervenant du CSSR dépend du secteur 3. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formalisation d'un partenariat avec ce secteur. - Dans le cas d'une pathologie psychiatrique avec une comorbidité toxicomanie, prise en charge par le secteur de psychiatrie de référence.
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatre du secteur 3 en vacation sur le CSST 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatre du secteur 3 en vacation sur le CSST
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau du psychiatre au 1^{er} étage - Poste informatique/téléphone 	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau du psychiatre au 1^{er} étage - Poste informatique/téléphone
Mise en œuvre	2007	2010

6. L'ACTIVITE PSYCHOLOGIQUE

A) LES CONSULTATIONS

	OBJECTIFS GLOBAUX	
	Existant	Projet
Les consultations psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Généraliste : toute demande d'aide - Accompagnement au sevrage, à la postcure - Consultations cannabis - Consultations parents/proches 	Maintien de l'existant+ consultation en binôme à l'adresse des familles et/ou des couples+ groupe de parole à destination des parents de jeunes consommateurs
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Psychologues 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychologues - Un autre membre de l'équipe
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau 	<ul style="list-style-type: none"> - Locaux, calendrier - Formation quelle qu'elle soit à l'intervention conjointe, du psychologue et du membre de l'équipe concerné.
Mise en œuvre	2007	2010

B) LES BILANS PSYCHOLOGIQUES

	OBJECTIFS GLOBAUX	
	Existant	Projet
Les bilans psychologiques	<p>Un entretien concernant pour l'essentiel les demandes de traitement méthadone dont le contenu est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnèse, cadre familial, sphère affective - Cadre socioprofessionnel - Historique des rapports avec les psychotropes et leur place dans l'économie générale de la personne - Rapport aux institutions notamment école, justice, psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> - Elargir à toute personne présentant une demande d'aide au centre - Approfondissement de l'investigation à l'endroit de pathologie latente ou cachée

	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport aux autres, au temps, à la frustration - Tenter d'évaluer quelque chose d'une structure psychique, déceler du pathologique. 	
Intervenants	- Psychologues	- Psychologues
Moyens matériels	- Bureau	- Outils psychométriques
Mise en œuvre	2007	2010

C) LES SUIVIS PSYCHOLOGIQUES

OBJECTIFS GLOBAUX		
	Existant	Projet
Les suivis psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens individuels - Patients en traitement - Détenus - Résidents 	<p>Maintien</p> <p>+ suivi en équipe par le biais de synthèses (3 professionnels rencontrent une personne)</p> <p>+ groupe de parole</p>
Intervenants	- Psychologues	<ul style="list-style-type: none"> - Psychologue, travailleur social et infirmier - Psychologue stagiaire, un membre de l'équipe
Moyens matériels	- Ceux du travail ordinaire	<ul style="list-style-type: none"> - Local, date - Formation à la thérapie institutionnelle
Mise en œuvre	1998	2009

7. L'ACTIVITE SOCIALE

A) LES CONSULTATIONS

OBJECTIFS GLOBAUX		
	Existant	Projet
Les consultations sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Entretiens individuels sur rendez-vous ou non pour toute personne se présentant au CSST et relevant des missions d'accompagnement - Entretiens avec les familles, les conjoints, l'entourage concerné - Information - Soutien/écoute - Médiation - Accompagnement 	Maintien de l'existant + interventions extérieures
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Assistante de service social 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistante de service social
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau au 1^{er} étage - Poste informatique/téléphone - Salle d'accueil au réz de chaussée 	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau au 1^{er} étage - Poste informatique/téléphone - Salle d'accueil au réz de chaussée
Mise en œuvre	1998	2009

B) LES BILANS SOCIAUX

OBJECTIFS GLOBAUX		
	Existant	Projet
Les bilans sociaux	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation sociale globale : Situation professionnelle, familiale, judiciaire, aspects financiers, parcours de la consommation... - Soutien à l'émergence d'une demande de suivi - Accompagnement social dans le cadre de la prise en charge 	Maintien de l'existant + bilans Subutex + bilans méthadone gélules si demande + travail de partenariat étroit avec le CSAPA du CH Pasteur dans le cadre de la convention

	globale des personnes	
Intervenants	- Assistante de service social	- Assistante de service social
Moyens matériels	- Bureau au 1 ^{er} étage - Poste informatique/téléphone	- Bureau au 1 ^{er} étage - Poste informatique/téléphone
Mise en œuvre	1998	2010

C) LES DEMARCHES SOCIALES

OBJECTIFS GLOBAUX		
	Existant	Projet
Les démarches sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Accès aux droits (CPAM, CAF...) - Accompagnement dans les démarches administratives diverses - Soutien/écoute - Accompagnement à l'accès au logement - Gestion du budget, aide à la situation financière - Accompagnement physique en extérieur - Suivis à l'extérieur (VAD, Maison d'arrêt, Hôpitaux...) 	<p>Maintien de l'existant</p> <p>+ augmentation des démarches extérieures afin « d'aller vers » avec les personnes en difficultés pour ce qui concerne le droit commun, les institutions...</p>
Intervenants	- Assistante de service social	- 0,5 Etp. Assistante de service social complémentaire
Moyens matériels	- Bureau au 1 ^{er} étage - Poste informatique/téléphone - Véhicule personnel	- Véhicule de fonction
Mise en œuvre	2002	2012

8. L'ACTIVITE EDUCATIVE

A) LE SUIVI EDUCATIF

OBJECTIFS GLOBAUX		
	Existant	Orientation
Le suivi éducatif	<ul style="list-style-type: none"> - Activité ponctuelle en fonction des demandes des personnes, de la disponibilité et des besoins des intervenants du CSST ARGILE. 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi éducatif de toute personne accueillie au CSAPA ARGILE en fonction des besoins et/ou des demandes des patients et/ou des intervenants. - Travail en complémentarité avec l'équipe de soins dans l'accompagnement pluridisciplinaire. - Approche éducative de la prise en charge par traitement méthadone.
Intervenants	Educateurs des dispositifs TIPI, jeunes consommateurs et ATR.	1 etp. Educateur
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau « Jeunes consommateurs » au 1^{er} étage. - Bureau « TIPI » au rez-de-chaussée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau éducateur CSAPA - Poste informatique
Mise en œuvre	2000	2010

B) L'ACCOMPAGNEMENT DE PROXIMITE

OBJECTIFS GLOBAUX		
	Existant	Projet
L'accompagnement de proximité	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement ponctuel en fonction des demandes et besoins des personnes et des intervenants du CSST. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement des personnes vers les dispositifs de droit commun en fonction des demandes - Evaluation de la capacité des personnes « à faire seul » - Travail en complémentarité avec l'équipe de soins dans l'accompagnement pluridisciplinaire. - Approche éducative de la prise en charge par traitement

		méthadone.
Intervenants	- Educateurs des dispositifs TIPI, jeunes consommateurs et ATR.	- 1 etp. Educateur
Moyens matériels	- Bureau « Jeunes consommateurs » au 1 ^{er} étage. - Bureau « TIPI » au rez-de-chaussée.	- Bureau éducateur CSAPA - Poste informatique - Véhicule de fonction
Mise en œuvre	1998	2010

C) L'INSERTION SOCIO PROFESSIONNELLE

OBJECTIFS GLOBAUX		
	Existant	Orientation
Insertion socioprofessionnelle	- Activité réalisée par l'assistante sociale et la psychologue. Cette dernière est présente le jeudi toute la journée sur le CSST ARGILE.	- Soutien, écoute, accompagnement et aide aux démarches d'insertion en fonction des capacités et de l'envie des personnes. - Permettre aux personnes d'accéder à un stage, un emploi, une formation par le biais de recherches, de construction de CV, lettre de motivation, dossier, inscription ANPE...
Intervenants	- Assistante sociale du CSST - Psychologue du CAARUD Bémol présente sur le CSST le jeudi et formée à l'insertion socioprofessionnelle.	- 1 etp. Educateur du CSAPA - Augmentation du temps de travail de la psychologue sur le CSST
Moyens matériels	- Bureau de l'assistante sociale - Bureau de la psychologue	- Bureau éducateur du CSAPA - Poste informatique - Véhicule de fonction
Mise en œuvre	2003	2012

D. LES PRESTATIONS DE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

1. LA REDUCTION DES RISQUES LIES A LA CONSOMMATION DE PRODUITS.

Argile a inscrit dans son objet statutaire la réduction des risques. L'écrit qui suit indique clairement que la réduction des risques ne saurait se résoudre à une seule affaire de quelques professionnels de santé mettant à disposition du matériel d'injection ou quelques préservatifs qui trainent sur un bout de table dans un coin.

Et l'exposé qui suit est fortement inspiré du texte fondateur de la pratique de RDR produit lors de la constitution du collectif « Limiter la Casse » en 1993.

Ce chapitre définit le champ de la RDR, les constats, les valeurs et les principes d'action de la RDR tels que Argile, et donc le CSAPA, s'évertue de mettre en œuvre depuis 2002.

A) DEFINITION

La réduction des risques est une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de drogues. La réduction des risques concerne tous les usages, qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance. La réduction des risques peut aussi s'adresser aux personnes qui s'apprêtent à consommer une drogue pour la première fois. Les risques principalement associés aux drogues sont les risques de dépendance, de lésion somatiques et les risques psychosociaux. Ils peuvent aussi avoir pour conséquence une morbidité, une mortalité et une exclusion sociale que les stratégies de réduction des risques se proposent de réduire.

Cette approche s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé physique, mentale et sociale. La réduction des risques se distingue de la prévention de l'usage et des traitements, deux démarches dont elle se veut complémentaire. En effet, si les traitements ont pour objectif un changement d'ordre sanitaire et/ou psychosocial, si la prévention a pour objectif de diminuer l'incidence de l'usage de drogues dans la population, la réduction des risques a pour objet de réduire les risques et de prévenir les dommages que l'usage de drogues peut occasionner chez les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir de consommer des drogues.

Les épidémies du sida et des hépatites ont démontré qu'il était urgent d'aborder l'usage de drogues en termes de santé. En conséquence, la réduction des risques se propose de promouvoir la santé, le bien-être, la dignité et la citoyenneté des usagers de drogues. Cette approche socio-sanitaire de l'usage de drogues est parfois en tension avec d'autres enjeux.

Argile a fait le choix en 2002 d'inscrire la réduction des risques en transversalité de toute activité menée en son sein.

De manière générale les risques sanitaires liés à la consommation de produits (données SIAMOIS – novembre 1995) se présentent comme suit :

Champs de référence	Classe de risque	Nature du risque	Prévention primaire	Prévention secondaire	Commentaires
RISQUES SANITAIRES	Risques infectieux liés aux pratiques d'injection et aux comportements sexuels	Risques épidémiques (maladies transmissibles)	Informations, seringues stériles, préservatifs, abandon voie IV, substitution, arrête de la toxicomanie, adoption de pratiques d'injections aseptiques	Prise en charge et suivi médical, adoption de comportements de prévention envers l'entourage, dépistage des partenaires	Intérêt des PES, importance du travail de terrain et en réseau, de l'acceptabilité de la population et des pouvoirs publics, de la formation et de la « pédagogie » des intervenants de terrain, des pharmaciens et des médecins...
		Autres infections (maladies non transmissibles)			
	Autres risques somatiques liés à la nature et à la quantité des produits consommés	Chocs anaphylactiques	Information sur la qualité des produits et les règles d'hygiène	Soins locaux, médicalisation précoce, voire hospitalisation éventuelle	Importance de la formation et du sens pédagogique des relais de prévention (intervenants de terrain, médecins généralistes, pharmaciens d'officine) et de la qualité des liens entre les usagers et les structures de première ligne.
		Surdoses	Information sur la qualité et les effets des produits, sur les risques d'association des produits entre eux		
		Effets secondaires liés à l'activité des produits			
		Effets secondaires liés à la voie IV	Information sur les sites d'injection et les manières d'injecter		

«Définition “minimale”² :

Une approche centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage des drogues plutôt que sur l'élimination de l'usage.

Définition “maximale” :

Une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou «addictifs»), à ce que les principaux intéressés puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements et aux effets pervers des contrôles sur ces comportements, pour eux-mêmes, leur entourage et la société, aux plans sanitaire, économique et social. »

La politique de réduction des risques³ en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants ».

² BRISSON, Pierre (1997). L'approche de réduction des méfaits: sources, situation pratiques. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

³ <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/caarud/sommaire.htm>

B) LES CONSTATS :

- **Une société sans drogue n'existe pas :** depuis que l'homme existe, nous ne connaissons aucune société qui n'ait pas eu recours à une drogue ou un psychotrope quelconque. En conséquence, il y a et il y aura toujours des personnes qui expérimentent, usent, voire abusent de drogues. Néanmoins l'usage abusif de masse semble être typique du monde contemporain, ce qui soulève de légitimes questions de santé publique. Ce constat, sans écarter le débat sur la causalité de l'usage et de l'abus de drogues, doit inspirer des stratégies de RDR conçues dans une logique de santé publique.
- **Le risque zéro n'existe pas :** toutes les activités humaines comportent des risques qu'il est possible de réduire mais non de supprimer. La prise de risque fait partie de l'existence. Une vie sans risque est impossible. Personne ne peut s'y soustraire, ni l'usager de drogues, ni l'intervenant. David Le Breton, sociologue, écrit : « ce n'est pas parce que je risque que je vis, mais bien parce que je vis que je risque » (in *Conduites à risques*.)
- **La notion de risque est relative :** même s'ils adoptent certains comportements à risque (consommer une drogue, se l'injecter au risque de contracter une infection virale, s'exposer à une surdose...) les usagers de drogues ne sont pas prêts à tout risquer. La plupart d'entre eux témoignent d'un intérêt pour les modes de consommation à moindre risque.
- **La prohibition des drogues maximalise les risques :** la prohibition contraint l'usager de drogues à la clandestinité, créant ainsi les conditions d'une consommation risquée. Il faut donc prendre acte du fait que la prohibition maximalise les risques liés à l'usage de drogues. Un accès légalisé et contrôlé aux drogues contribuerait à réduire les risques.
- **Informé ne veut pas dire « inciter ».** Une information claire, crédible, objective et accessible sur les risques associés à l'usage de drogues n'a pas pour effet une incitation à l'usage de drogues, quand elle s'adresse à des personnes en situation de consommation. Il en va de même pour la mise à disposition de moyens de consommer des drogues à moindre risque, de même que pour le testing de produits qui permet d'informer l'usager sur la teneur du produit qu'il utilise, et sa dangerosité.

C) LES 4 VALEURS DE LA REDUCTION DES RISQUES :

- **Reconnaître l'usager de drogues comme une personne à part entière** : la réduction des risques reconnaît l'usager de drogues avant tout comme une personne, avec sa dignité, son humanité. L'usage de drogues et la prise de risques associés peuvent avoir un sens pour la personne, même si ce sens lui échappe.
- **Ne pas juger la consommation de drogues** : en tant que professionnels du champ médico social, nous respectons l'usager de drogues dans ses choix et décisions en ce qui concerne la consommation de drogues. Il ne nous appartient pas de poser un jugement moral sur la consommation des personnes.
- **Reconnaître des finalités propres à la réduction des risques** : Les objectifs de la RDR liée à l'usage de drogues, et en particulier la prévention du sida et des hépatites, ne doivent pas être confondus avec la prévention de l'usage de drogues. La prévention, le traitement et la RDR concourent ensemble à la promotion de la santé de la population en général et des usagers de drogues en particulier. **Pragmatique**, la RDR intervient auprès des usagers de drogues, à tous les stades de leur consommation, de leurs pratiques et de leur insertion sociale. Les objectifs de la RDR ne sont pas subordonnés à ceux de l'abstinence, du traitement ou de la répression de la criminalité.
- **Affirmer le droit des usagers à la participation sociale** : en dépit du statut illégal de certains de ses comportements, l'usager de drogues a droit, comme tout individu, à la participation sociale, à la santé, à l'éducation, au travail, au respect. Pour autant que les moyens leur en soient donnés, la plupart des usagers de drogues sont capables d'agir de manière responsable vis-à-vis d'eux-mêmes et d'autrui ; ils peuvent être acteurs de la société et de la RDR liée à l'usage de drogues. Il n'y aurait par exemple, pas d'échange de seringues sans la participation des usagers de drogues.

D) LES 8 PRINCIPES D'INTERVENTION

- **Ne pas banaliser l'usage de drogues** : Les interventions de RDR ne visent ni à encourager ni à décourager l'usage de drogues. La RDR se préoccupe de ne pas banaliser le recours aux drogues.
- **Donner aux usagers de drogues les moyens de réduire les risques** : La RDR s'attache à rendre accessible l'information sur les risques et les manières de les réduire et, au-delà, à procurer des outils pratiques tels que le matériel stérile d'injection, préservatifs, analyse scientifique de substance, traitements de substitution, etc...
- **Encourager les prises de responsabilité des usagers de drogues** : Les interventions de RDR visent à permettre aux usagers de drogues de s'approprier les moyens et outils de réduire les risques pour eux-mêmes, leur entourage et la société. Elles souhaitent la création et le développement d'activité et/ou d'associations d'auto support.
- **Aller à la rencontre de l'usager de drogues dans son milieu de vie** : La rencontre des usagers de drogues est activatrice de RDR. Ils privilégient l'approche de proximité, c'est-à-dire l'intervention dans les lieux de vie même des usagers de drogues : en rue, en prison, au travail, en milieu festif, etc..

- **Faire participer les usagers de drogues** : Les interventions de RDR se développent sur la base de l'articulation entre le savoir scientifique, les connaissances tirées de l'expérience des usagers de drogues et leurs préoccupations. Ainsi, nous considérons comme fondamental le partenariat avec des usagers de drogues à tous les stades des interventions, depuis leur élaboration, jusqu'à leur évaluation. C'est aussi en ce sens qu'Argile procède de la santé communautaire.
- **Faire évoluer les représentations sociales sur les usagers de drogues** : l'utilisateur de drogues véhicule généralement une image négative, relayée, entretenue, amplifiée, voire générée par certains médias et discours politiques : asocial, dangereux, délinquant, hors-la-loi, malade, etc. ces représentations sociales négatives entretiennent la stigmatisation et l'exclusion des usagers de drogues, et donc accroissent leur vulnérabilité aux risques, en renforçant ainsi les pratiques clandestines, et restreignant l'accès aux dispositifs socio-sanitaires. A l'encontre de ces représentations sociales dominantes, la RDR fait valoir la dignité des usagers de drogues tant auprès de publics spécifiques, tels que le monde politique, le monde associatif, les pharmaciens, les médecins, etc., qu'auprès du grand public.
- **Sensibiliser les professionnels de différents horizons** : Les interventions de RDR visent à associer toutes les personnes en contact ou susceptibles d'être en contact avec des usagers de drogues (usagers de drogues eux-mêmes, pharmaciens, soignants, employés communaux, agents pénitentiaires, agents de protection de l'environnement, agents de police, ...)
- **Développer une réflexion et une évaluation constante** : La dimension expérimentale du champ de la RDR et les questions éthiques qu'elle soulève, imposent une évaluation constante des interventions, des pratiques et des besoins, ainsi qu'une recherche sur les objectifs et les méthodes.

E) TEXTES D'APPUI :

Au cours de l'année 2006 une nouvelle catégorie d'établissement médico-social se met en place : les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD).

L'article L.3121-3 du code de la santé publique affirme le rôle de l'Etat en matière de réduction des risques chez les usagers de drogue.

L'article L.3121-4 du code de la santé publique définit la politique de réduction des risques chez les usagers de drogue.

L'article L.3121-5 du code de la santé publique prévoit :

- à l'alinéa 1, la mise en place des **centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue** (CAARUD)
- à l'alinéa 2, le financement de ces structures
- à l'alinéa 3, **un référentiel national** pour les actions à mener en matière de réduction des risques, défini à **l'article D.3121-33** du code de la santé publique. »

F) SUR LE PLAN DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

OBJECTIFS GLOBAUX		
	Existant	Projet
Réduction des risques	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre un accès simplifié à la réduction des risques pour toutes les personnes présentant des conduites addictives. - Réduire les risques de contamination du VIH et des hépatites auprès des personnes présentant des conduites addictives. - Réduire les dommages sanitaires et sociaux liés à la consommation de produits. - Augmenter le taux de récupération des seringues usagées. - Faciliter l'accès aux matériels de réduction des risques. - Etablir un contact privilégié avec les consommateurs de drogues. - Permettre l'accès à l'information sur le VIH et les hépatites et sur les pratiques de consommation à moindre risque. - Recréer une dynamique départementale en mobilisant les partenaires impliqués dans la toxicomanie. - Favoriser l'implication des usagers du CSAPA ARGILE dans la distribution et la récupération du matériel. 	<p>Continuité de l'existant</p> <p>+ mise à disposition de matériel de réduction des risques sur le plateau de soins du CSAPA ARGILE</p> <p>+ ouverture d'un distributeur récupérateur sur la ville de Colmar</p>
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Volontaires - Usagers - Stagiaires et salariés 	<ul style="list-style-type: none"> - Volontaires - Usagers - Stagiaires et salariés
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Local de RDR au rez-de-chaussée du CSST - Tout le matériel nécessaire à la réduction des risques de santé liés à l'usage de drogues et aux pratiques sexuelles : Seringue insuline 1ml avec aiguille micro fine ; Seringue hypodermique 5ml 3 pièces sans aiguille ; Aiguilles ; Kit+ ; Strawbag® ; Stéricup® ; Eau PPI ; Tampon alcoolisé ; Acide citrique ; Préservatif masculin et féminin ; Gel lubrifiant ; Garrots ; Pommade ; Containers ; jetons pour totems distributeur/Echangeur de seringues ; Plaquettes d'information ; Sterifilt® etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Local de RDR au rez-de-chaussée du CSST - Plateau de soins au 1^{er} étage - Tout le matériel nécessaire à la réduction des risques de santé liés à l'usage de drogues et aux pratiques sexuelles. - Distributeur/récupérateur sur Colmar
Mise en œuvre	2007	2012

Au-delà de la poursuite du PES, et des activités inhérentes à ce programme, la pratique de la RDR, discutée notamment lors des Journées Nationales de la Réduction des Risques organisée par l'AFR, Médecins du Monde, AIDES et l'ANITEA, fait émerger un axe de réflexion :

- Il apparaît que la question de l'injection hors les murs des structures proposant un PES, pose une question sur la pertinence de la RDR, dans la mesure où donner du matériel d'injection stérile, et prodiguer l'information sont battus en brèche par l'environnement dans lequel la plupart des injecteurs pratiquent : sous-sols d'immeubles, squats, en rue...donc dans un environnement peu propice à une pratique d'injection à moindre risque.
- Partant de ce constat, la question d'un programme expérimental, visant à l'accompagnement à l'injection est en réflexion au sein des principales associations de RDR, et c'est tout naturellement que partant des mêmes constats, cette étude est inscrite dans les orientations de Argile. En conséquence, nous nous permettrons de développer un projet allant dans ce sens dans les années à venir.

G) SUR LE PLAN DES PRODUITS

(1) LE TEST CHROMATOGRAPHIQUE DE PHASE

En matière de RDR, le référentiel national de la RDR interdit le testing de produits (test de Marquis), lequel ne permet pas d'informer les usagers sur les substances contenues dans le produit testé.

Néanmoins, le test chromatographique de phase est un test fiable qui permet d'informer sur le produit analysé, mais aussi sur les différentes substances composant le produit (produits de coupage, etc), et donc de dispenser une information fiable sur les risques associés au produit consommé lui-même.

En mettant en place, dans le cadre de la RDR, une activité de test de produits, le CSAPA Argile pourrait ainsi compléter sa démarche de RDR, en travaillant sur les pratiques de consommation, mais aussi sur les consommations de substance en tant que telles.

Dans le cadre du présent projet d'établissement, cette prestation devrait pouvoir se mettre en place dans le cadre de la RDR.

Au vu du coût du test et de la technicité nécessaire, un test à demeure semble irréalisable. Néanmoins, nous nous inscrivons dans le dispositif SINTES qui permet d'une part malgré les délais très longs, de mener un travail d'information auprès des usagers concernant les substances qu'ils utilisent, et, d'autre part de contribuer au dispositif d'alerte.

(2) L'ALERTE

Découlant de ce qui précède, le CSAPA s'inscrit bien évidemment dans le dispositif d'alerte, au même titre que le CAARUD Bémol de Argile à Mulhouse.

L'alerte : il s'agit de sensibiliser et d'éduquer à la santé. Alerte sanitaire des partenaires, des autorités telles que la DDASS, l'OFDT s'il y a de nouveaux produits qui circulent ou des événements liés aux consommations.

Nous sommes attentifs aux stupéfiants qui circulent et affichons, informons les personnes des messages d'alerte transmis par différents organismes tel que l'OFDT, la MILDT, l'INVS, le dispositif SINTES...

En 2008, nous avons reçu et transmis 5 messages d'alerte :

- ☞ Risques sanitaires liés à la présence de « phénacétine » dans la cocaïne, traitement retiré du marché français pour des raisons de toxicité aiguë (message transmis le 14 avril 2008 par la Direction Générale de la Santé).
- ☞ Risques sanitaires liés à la consommation d'herbe de cannabis coupée avec des microparticules de silice (message transmis le 14 avril 2008 par la Direction Générale de la Santé).
- ☞ Alerte sanitaire informant de la présence de cannabis coupé au plomb en Allemagne impliquant des dizaines de cas d'empoisonnement (transmis le 24 avril 2008 par l'OFDT).
- ☞ Alerte sanitaire informant de cas d'overdoses suite à la présence d'une héroïne fortement dosée sur le territoire français (transmis le 01 octobre 2008 par l'OFDT et le dispositif SINTES).
- ☞ Message alertant de pratiques de dealers substituant des consommateurs de cannabis au Subutex. Message qui informait également de la méconnaissance de certains professionnels en matière de traitement de substitution aux opiacés, croyant qu'ils traitent toutes les dépendances (transmis le 28 octobre 2008 par le Directeur d'Argile).

En avril 2008, nous avons également, en partenariat avec le dispositif SINTES et l'OFDT, testé de l'héroïne, car nous avons eu connaissance de l'arrivée d'un produit très concentré dans le Haut-Rhin.

H) SUR LE PLAN SEXUEL

Jusqu'à un passé récent, la prévention des IST était basée sur le triptyque Abstinence, fidélité, préservatif.

Bien évidemment, les préservatifs masculins ou féminins restent les moyens les plus efficaces pour éviter toutes les IST. Cependant, il faut distinguer les IST qui se guérissent du sida, qui se soigne mais ne se guérit pas, et des hépatites, qui restent difficiles à soigner, et font l'objet de traitements lourds (notamment les hépatites B et C)

Depuis la Conférence Mondiale sur le sida à Toronto en 2006, ce triptyque a volé en éclat : les recherches scientifiques ont prouvé que d'autres stratégies pouvaient être employées, dont certaines sont efficaces, et d'autres encore à l'étude. (Circoncision, traitement pré-exposition, traitement post exposition, microbicides...) avec des résultats probants en terme de transmission virale.

En conséquence, dès 2006, la plupart des pays ont adopté des principes de RDR en matière sexuelle, et en France, AIDES a travaillé la question pour promouvoir la RDR sexuelle. Ce qui suscite un débat franco-français entre les tenants d'un dogme moralisateur et les tenants d'une lutte pragmatique contre le virus inspirée des pratiques des personnes, en conjonction avec les avancées scientifiques présentes.

Lors de la Conférence Mondiale sur le sida à Mexico en 2008, la communication scientifique du professeur Hirschell a bouleversé l'ensemble des représentations en matière de contamination par le VIH. En substance, il est démontré qu'une personne séropositive au VIH, sous traitement ARV depuis plus de six mois, avec une charge virale indétectable et des défenses immunitaires normales ne transmet pas le virus en cas de rapports non protégés. Ceci explique le nombre important de couples sérodifférents ayant eu durant de longues années des rapports non protégés sans qu'il y ait eu contamination. Les limites de cette étude montrent que dans le cadre de couples, on peut ainsi éviter le lavage de sperme dans le cadre de procréation médicalement assistée, et favoriser les voies naturelles de procréation. Mais en même temps, l'ensemble des communautés s'en saisissent, et toutes sortes de comportements voient le jour. Dans ce cadre, revisiter les discours de prévention, et instaurer une véritable politique de RDR sexuelle est d'une brûlante actualité au niveau sanitaire.

En tout état de cause, les consommateurs de drogues sont des personnes comme les autres, et en conséquence, ont des rapports sexuels, parfois sous l'empire de drogues.

LE CSAPA ne saurait s'inscrire dans la prise en charge de personnes consommant des substances illicites sans développer de pair avec la RDR la question de la RDR sexuelle, d'une part en utilisant les outils de prévention existants, mais en contribuant à l'élaboration et à l'expérimentation de la RDR sexuelle, par le biais de la construction d'une échelle de risques bâtie sur la base des pratiques des personnes.

La RDR sexuelle (RDRS) se construit sur les mêmes principes d'action, valeurs et que la RDR liée à la consommation de produits (RDRCP).

Cela nécessite une formation continue de l'ensemble des professionnels et intervenants, qui leur permette de mener cette activité inhérente à la prise en charge des consommateurs de produits.

En effet, chaque intervenant d'Argile est formé à la prévention des IST et du sida. Dans les années qui viennent, l'ensemble des acteurs sera formé à la RDRS, de manière à être en capacité sur la base des pratiques sexuelles des personnes, de catégoriser les risques, d'informer sur les modes de transmission et les risques, et travailler à partir des pratiques sexuelles des personnes sur l'adaptation de ces pratiques en vue de réduire les risques, le tout articulé avec des connaissances scientifiques mondialement reconnues.

2. LES PROTOCOLES DE DEPISTAGE ET DE VACCINATION

A) LE DEPISTAGE VIH ET HEPATITES

PROTOCOLE DE DEPISTAGE DES HEPATITES B/C ET DU VIH.		
<p>Recherche chez une personne en bonne santé apparente des signes d'une maladie avant qu'elle ne se déclare. Dans le cas présent il s'agit d'un dépistage individuel en fonction des risques personnels liés à la consommation (par voie veineuse et/ou sniff) de substances illicites et/ou aux pratiques sexuelles.</p>		
OBJECTIFS		
<p>Que chaque personne suivie par le CSAPA ARGILE ait la possibilité de se faire dépister, qu'elle connaisse le résultat de ses sérologies aux hépatites B/C et au VIH, qu'elle bénéficie d'un accompagnement et d'un soutien psychologique lors du rendu des résultats en cas de sérologie positive et qu'elle puisse disposer d'une vaccination et d'un traitement si nécessaire.</p>		
POPULATION CONCERNEE		
Toute personne concernée par un suivi sur le CSAPA ARGILE.		
MATERIEL REQUIS		
<ul style="list-style-type: none"> • Ordonnance médicale et feuille de demande d'examen à destination du laboratoire, étiquettes d'identification et carnet à souche en cas de dépistage anonyme. • Box de prélèvement avec fauteuil adapté. • Blouses de protection et gants stériles. • Corps de seringues de type « vacutainer », aiguilles et tubes de prélèvement adaptés, aiguilles à ailettes et tubes pour micro prélèvement, support pour tubes de prélèvement. • Garrot, substance désinfectante, tampons secs et pansements hypoallergéniques. • Matériel nécessaire à l'élimination des déchets de soins. • Malette d'urgence avec masque à oxygène en cas de malaise. • Boîtes isothermes adaptées au transport des prélèvements. 		
DEROULEMENT DE L'ACTION		
TESTS DE DEPISTAGE	Demande de la personne sur site : <ul style="list-style-type: none"> • Le médecin du CSAPA 	Orientation d'un patient par son médecin traitant : <ul style="list-style-type: none"> • Le médecin traitant établit

	établit l'ordonnance	l'ordonnance
	<p>Pour l'hépatite B et/ou en cas de suivi de vaccination, une recherche d'anticorps VHB sera demandée afin de ne pas multiplier les prélèvements, les personnes étant souvent difficiles à ponctionner.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feuille de demande d'examen à destination du laboratoire à renseigner en fonction de l'ordonnance avec identification de la personne. Possibilité de prélèvement anonyme avec un N° d'identification. • Identification des tubes de prélèvement. • Pose du garrot, désinfection de la zone de ponction. • Ponction veineuse par les infirmières ou ponction en artériel par le médecin en cas de difficulté de prélèvement décelé par l'infirmière. • En cas d'absence de médecin sur site une seconde tentative de ponction veineuse pourra être envisagée avec l'accord du patient et/ou son aide. • Rangement dans les boîtes du laboratoire des tubes de prélèvement et de la demande d'examen. • Transfert au laboratoire de biologie du CH Pasteur après appel téléphonique au service du transport. • En attendant les prélèvements sont remisés dans les boîtes isothermes. 	
RISQUES POTENTIELS		
<p>1. Pour les soignants : A.E.S.</p> <p>2. Pour les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté au prélèvement annoncée par le patient : mise en place d'un pansement chaud avant la ponction afin de faciliter le prélèvement. - Saignement après la ponction veineuse : refaire le pansement après avoir effectué un point de compression et vérifié que le saignement s'est arrêté. - Saignement après une ponction en artériel : surveillance des constantes, point de compression et nouveau pansement sec. - Malaise vagal: mettre la personne en position allongée et rehausser les jambes, surveillance de la personne et des constantes. - Douleurs au point de ponction : tranquilliser la personne. - Susceptibilité particulière à la douleur : pose d'un patch EMLA avant la ponction. - Vérification dans tous les cas de la présence ou non d'antécédents d'allergie aux produits utilisés (EMLA, iode...) 		
EVALUATION		
Protocole établi le : 19/01/2009		
Evaluation annuelle		
Protocole établi par : Dr ANTONIU Vincentiu et Dr OLIVIER Stéphane		

B) LA VACCINATION

PROTOCOLE DE VACCINATION CONTRE L'HEPATITE B.
<p>Action qui permet, par inoculation, d'immuniser un individu contre une maladie, dans ce cas il s'agit de prévenir la transmission de l'hépatite B. Ce geste a pour but d'entraîner la constitution par l'organisme d'anticorps (protéine participant à la défense active de l'organisme) que l'on appelle immunité humorale.</p> <p>Le processus a également pour résultat la fabrication par l'organisme de cellules tueuses ayant la capacité d'agir contre le virus que l'on désire combattre avec ce vaccin, il s'agit de l'immunité cellulaire.</p>
OBJECTIFS
<p>Que chaque personne suivie par le CSAPA ARGILE ait la possibilité de se faire vacciner contre l'hépatite B, une recherche du taux d'anticorps lui sera proposée avant toute vaccination dans le cadre des tests de dépistage.</p> <p>La vaccination contre l'hépatite B permet également d'être protégé contre l'hépatite D.</p>
POPULATION CONCERNEE
<p>Toute personne concernée par un suivi sur le CSAPA ARGILE.</p>
MATERIEL REQUIS
<ul style="list-style-type: none"> • Ordonnance médicale justifiant de la vaccination suite à un taux d'anticorps insuffisant en cas de renouvellement de vaccin ou en cas de sérologie négative. • Bureau médical ou box de prélèvement aseptique. • Réfrigérateur. • Vaccins. • Tampons secs, substance désinfectante et pansement sec. • Matériel nécessaire à l'élimination des déchets de soins. • Carnet de vaccination.
DEROULEMENT DE L'ACTION

VACCINATION	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir l'accord de la personne. • Pour l'hépatite B et/ou en cas de suivi de vaccination, une recherche d'anticorps VHB sera demandée afin de ne pas multiplier les prélèvements, les personnes étant souvent difficiles à ponctionner. • Vaccination faite par l'infirmière sur prescription médicale et en présence du médecin. • Informer le patient du schéma vaccinal selon le VIDAL. • Mise à jour du carnet de vaccination du patient.
EFFETS INDESIRABLES	
<p>Les données suivantes sont issues du VIDAL 2008, page 2416</p> <p>3. Fréquents au site d'injection : douleur, érythème, induration</p> <p>4. Rares :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Vertiges, céphalées, paresthésies, b. Nausées, vomissements, douleurs abdominales, c. Anomalie de la fonction hépatique, d. Arthralgie, myalgie. e. Fatigue, fièvre, malaise, syndrome pseudogrippal <p>5. Très rares :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Affections hématologiques, du système immunitaire, du système nerveux, vasculaires, respiratoires, thoraciques et médiastinales, b. Œdème de Quincke, choc anaphylactique, érythème polymorphe, arthrite. 	
RISQUES POTENTIELS	
<p>1. Pour les soignants : A.E.S.</p> <p>2. Pour les patients :</p> <p>vérifier la présence d'antécédents d'allergies :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ vaccinale ○ aux produits désinfectants. 	
EVALUATION	
Protocole établi le : 19/01/2009	
Evaluation annuelle	
Protocole établi par : Dr ANTONIU Vincentiu et Dr OLIVIER Stéphane	

3. LES PROTOCOLES DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION

A) LA METHADONE SOUS FORME SIROP

PROTOCOLE DE DISPENSATION DE LA SUBSTITUTION PAR CHLORHYDRATE DE METHADONE
<p>La méthadone est un médicament de substitution, qui est prescrit pour les dépendances majeures aux opiacés. Elle permet d'arrêter la consommation d'héroïne ou le mésusage d'autres opiacés (Néocodion[®], Skénan[®], Moscontin[®], Subutex[®] et ses génériques...), sans symptômes de manque, avec un accompagnement médical, psychologique et social. Cet accompagnement a pour but d'améliorer votre qualité de vie en vous apportant les soins et les aides dont vous avez besoin.</p>
OBJECTIFS
<p>Le traitement par chlorhydrate de méthadone :</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'intègre dans une prise en charge globale des personnes et doit permettre : <ul style="list-style-type: none"> ○ D'abandonner l'usage de drogues et les conduites illicites qui accompagnent cet usage, ○ De limiter le recours à la voie injectable et/ou nasale, source de transmission du VHC et du VIH et de complications infectieuses locales ou générales, ○ D'accéder à un traitement global de la dépendance aux opiacés, avec soutien psychologique individuel et/ou familial, ○ D'envisager, à moyen ou à long terme, un arrêt du traitement avec abstinence de tout produit psychotrope, sauf traitement prescrit par le médecin psychiatre, ○ D'améliorer l'état de santé en général, de pratiquer certains dépistages, de traiter ou suivre des pathologies associées psychiatriques et/ou somatiques, ○ De faciliter l'insertion socioprofessionnelle optimisée par le travail en partenariat entre le secteur sanitaire et social dans le cadre des réseaux de santé, • Et nécessite une alliance thérapeutique avec le patient. <p>Le traitement par méthadone est réservé aux personnes de plus de quinze ans⁴, volontaires, présentant une dépendance avérée aux opiacés.</p>
POPULATION CONCERNEE
<p>Toute personne de plus de quinze ans⁵, volontaire présentant une dépendance avérée aux opiacés et acceptant le contrat d'accompagnement par l'équipe pluridisciplinaire du CSAPA ARGILE.</p>

⁴ Pour les personnes mineures (moins de 18 ans) l'accord des deux parents ou du tuteur légal sera requis.

⁵ Pour les personnes mineures (moins de 18 ans) l'accord des deux parents ou du tuteur légal sera requis.

MATERIEL REQUIS

La détention de méthadone doit bénéficier des conditions de sécurité suivantes :

- Moyen sûr de stockage (coffre-fort) afin de prévenir du vol,
- Attention particulière relative aux conditions de transport du produit et de livraison par la pharmacie de l'hôpital, ou le grossiste
- Remise chaque semaine à la pharmacie de l'hôpital d'un état récapitulatif de la quantité de méthadone administrée et de celle qui reste en stock, avec la quantité délivrée par patient et l'ordonnance sécurisée pour la commande de la semaine.
- Ordonnances répondant aux spécifications fixées par l'arrêté du 31 mars 1999 (ordonnances sécurisées).
- Logiciel informatique permettant la gestion du stock, du suivi des commandes et des quantités délivrées à chaque patient en nombre de flacons par dosage, chaque semaine, selon la prescription médicale.

DEROULEMENT DE L'ACTION

1. Bilan d'admission

Le bilan d'admission concerne toute personne de plus de quinze ans, volontaire et dépendante d'un produit opiacé, acceptant l'accompagnement du CSAPA ARGILE afin de bénéficier d'un traitement par méthadone

a. Les différents bilans

i. Bilan médical

Entretien avec le médecin : histoire de l'entrée en toxicomanie, recherche de contre indications au traitement, d'éventuelles pathologies en cours et/ou autres traitements pris par le patient.

Examen clinique, informations relatives au traitement par méthadone et au déroulement des semaines à venir.

Des consultations avec le psychiatre du CSAPA seront proposées aux personnes présentant des comorbidités psychiatriques.

Remise du contrat d'accompagnement par l'équipe pluridisciplinaire et de l'annexe sur les risques liés au traitement, pour lecture, appropriation et réflexion.

ii. Bilan psychologique

Entretien avec le psychologue : discussion quant à l'histoire du patient, son vécu par rapport à la toxicomanie et sa demande de traitement par méthadone.

iii. Bilan social

Entretien avec l'assistante sociale ou l'éducatrice : permettre un bilan social, faire le point sur les revenus, la situation professionnelle, le logement, les dettes...selon les besoins exprimés par le patient.

b. Analyse urinaire

Une première analyse urinaire permettra de vérifier la réalité d'une consommation récente d'opiacés et la présence ou non de méthadone⁶ (traceur spécifique). La recherche et le dosage des produits listés doit permettre au médecin de s'appuyer sur des éléments concrets afin d'optimiser l'accompagnement de la personne dans sa demande de traitement.

c. Commission d'admission

Une fois les trois rendez-vous honorés, l'analyse urinaire effectuée et son résultat en possession du médecin, le dossier de la personne est soumis en réunion d'équipe le jeudi matin par chaque intervenant ayant participé au bilan.

Après accord de l'équipe pluridisciplinaire, une date d'initialisation est fixée pour un lundi.

⁶ Selon le cas il peut s'agir d'une substitution sauvage ou d'une double prescription.

Les personnes sont conviées à téléphoner au centre le jeudi après-midi, la date de l'initialisation leur est transmise par les infirmières.

Dans le même temps les patients sont conviés à un entretien le jeudi après-midi précédent le lundi de l'initialisation avec le médecin et l'infirmière pour confirmation de la demande. Il est également demandé aux personnes en cas d'acceptation du cadre proposé de rapporter le contrat d'accompagnement et son annexe signés⁷. Un rappel des différentes consignes liées à l'initialisation est effectué lors de cet entretien.

d. Bilan sanguin, sérologies et ECG

Il sera également proposé par le médecin un bilan sanguin (NFS, ionogramme, créatinine, transaminases) associé aux sérologies VIH, VHB et VHC ainsi que le dosage des anticorps anti VHB. Cette dernière recherche sera proposée dans le même temps pour ne pas être obligé de repiquer la personne en cas de sérologie positive suite à une vaccination ou une hépatite B.

Un ECG sera fait en cas d'antécédents et/ou comorbidités et/ou présence de risques associés.

2. Initialisation

- L'initialisation débute impérativement un lundi matin, elle implique l'accord de l'équipe et du patient ainsi que son implication directe et son engagement à suivre la procédure établie.
- La première prise nécessite un arrêt total de la consommation habituelle d'opiacés et de tout produit psychotrope non prescrit par un médecin durant 24 heures minimum avant la venue au centre.
- Le patient rencontre le médecin qui fera un rappel des règles d'utilisation du traitement par la méthadone, des risques. Le médecin recherchera les contre indications immédiates, prendra les constantes (poids, TA, FC, pupilles) et évaluera le dose de départ.
- Le patient reçoit une première dose de méthadone selon les recommandations de l'AMM.
- Il devra rester dans les locaux du CSAPA ARGILE durant une heure à minima pour permettre aux infirmières et/ou au médecin de le revoir, de juger de son état et de sa tolérance à la dose administrée.
- Le patient revient l'après-midi pour refaire le point, si nécessaire une dose complémentaire de méthadone pourra lui être délivrée.

La même démarche se répète ainsi durant cinq jours à savoir : entretien avec le médecin, écoute du ressenti des personnes, prise des constantes, recherche de signes et/ou symptômes particuliers afin d'adapter la posologie.

- Le vendredi, la personne recevra son traitement pour le samedi et le dimanche.
- Le lundi suivant, puis le mercredi et le vendredi matin, le médecin recevra la personne et sera à l'écoute du vécu lié au traitement, ceci afin de permettre après une quinzaine de jours, d'accéder à la dose de méthadone requise au bien être du patient.

3. Phase de stabilisation

- La méthadone est délivrée régulièrement, soit tous les jours, soit une à deux fois par semaine selon les cas et la capacité des personnes à gérer leur traitement.
- Des analyses urinaires sont réalisées régulièrement avec recherche de substances adaptée à la clinique.
- Les consultations médicales sont plus espacées mais demeurent régulières.
- Les consultations avec le psychologue (et le psychiatre selon les cas) et les intervenants socio-éducatifs seront poursuivis afin d'assurer le suivi et d'évaluer le chemin parcouru.

⁷ Pour les personnes mineures (moins de 18 ans) l'accord des deux parents ou du tuteur légal sera requis (signature du contrat sur place en présence du médecin ou de l'infirmière du CSAPA).

Cette phase peut s'étendre de quelques semaines à plusieurs années, selon la situation du patient et sa progression.

Des synthèses avec le patient et l'équipe pluridisciplinaire seront mises en place et proposées au patient afin d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés par lui au départ de son accompagnement et/ou le chemin restant à parcourir.

4. Relais

Le relais constitue un aspect fondamental de l'accompagnement des personnes et doit se faire avec la poursuite du soutien psychothérapeutique et/ou social organisé jusque là.

Au cours de la phase de stabilisation, le relais vers le médecin traitant et une officine de ville peut être envisagé avec l'accord du patient et sera conditionné par :

- Sa capacité à gérer son traitement de manière autonome,
- Une posologie de méthadone stabilisée,
- Des dosages urinaires négatifs aux opiacés.

Le médecin du CSAPA à l'origine de la prescription de méthadone :

- Prendra contact avec le médecin de ville proposé par le patient afin d'établir le relais. Une ordonnance de relais indiquant la posologie et la périodicité de délivrance ainsi que la date de la dernière prise sera donnée au patient avec une copie à destination de son médecin et de la pharmacie relais.
- Le relais vers le médecin désigné sous entend son accord pour assurer le suivi. Il en va de même pour le pharmacien proposé par le patient.

5. Arrêt de la prescription

L'arrêt de la prescription est de la responsabilité du médecin, au vu de l'évolution de l'état clinique, des consommations, de la situation personnelle et sociale du patient.

Il peut être motivé par une inefficacité de la prise en charge se manifestant par exemple par des prises régulières d'autres stupéfiants et/ou par l'absence répétée des métabolites de la méthadone dans les urines et/ou des actes de violence au sein du CSAPA.

L'arrêt du traitement entraînant l'apparition d'un syndrome de sevrage, la diminution de la posologie sera toujours faite par paliers successifs de 5 à 10 mg.

RISQUES POTENTIELS

1. La méthadone est un produit opiacé d'action longue qui maintient une dépendance physique et psychologique et qui par conséquent nécessite un accompagnement médical.
2. L'arrêt de la méthadone entraîne des symptômes de sevrage marqués, qui apparaissent plus tard qu'avec l'héroïne mais qui sont plus longs à disparaître.
3. **ATTENTION** : une prise excessive de méthadone et/ou la consommation de produits (opiacés et/ou psychotropes et/ou alcool) au cours du traitement peuvent entraîner une dépression respiratoire pouvant conduire à la mort.
4. La méthadone peut provoquer une somnolence, surtout en début de traitement. **ATTENTION** si vous conduisez ou utilisez des machines.
5. Si vous êtes sportif, la méthadone rends positifs les tests anti-dopage.

Pour ces raisons, si vous souhaitez un traitement par la méthadone, vous vous engagez à :

- Ne pas distribuer ce médicament, il est strictement réservé à votre usage personnel.
- Tenir ce médicament hors de portée des enfants (risque de mort par surdose ou intoxication grave).
- Ne pas vous faire prescrire ce traitement simultanément par plusieurs médecins.

<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas associer d'autres médicaments sans en informer votre médecin.
EVALUATION
Protocole établi le : 22/01/2009
Evaluation annuelle
Protocole établi par : Dr ANTONIU Vincentiu et Dr OLIVIER Stéphane

B) LA METHADONE SOUS FORME DE GELULES

PROTOCOLE DE SUBSTITUTION PAR METHADONE GELULES
Traitement de substitution des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique, en relais de la forme sirop chez des patients traités par la forme sirop depuis au moins un an et stabilisés, notamment au plan médical et des conduites addictives.
OBJECTIFS
<p>1. GÉNÉRAUX</p> <p>Le traitement par chlorhydrate de méthadone :</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'intègre dans une prise en charge globale des personnes et doit permettre : <ul style="list-style-type: none"> ▪ D'abandonner l'usage de drogues et les conduites illicites qui accompagnent cet usage, ▪ De limiter le recours à la voie injectable et/ou nasale, source de transmission du VHC et du VIH et de complications infectieuses locales ou générales, ▪ D'accéder à un traitement global de la dépendance aux opiacés, avec soutien psychologique individuel et/ou familial, ▪ D'envisager, à moyen ou à long terme, un arrêt du traitement avec abstinence de tout produit psychotrope, sauf traitement prescrit par le médecin psychiatre, ▪ D'améliorer l'état de santé en général, de pratiquer certains dépistages, de traiter ou suivre des pathologies associées psychiatriques et/ou somatiques, ▪ De faciliter l'insertion socioprofessionnelle optimisée par le travail en partenariat entre le secteur sanitaire et social dans le cadre des réseaux de santé, • Et nécessite une alliance thérapeutique avec le patient. <p>2. SPÉCIFIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • La forme gélule de la méthadone est susceptible d'améliorer la qualité de vie des patients et d'accroître l'adhérence thérapeutique en renforçant l'acceptabilité de la poursuite du traitement par méthadone, après une durée minimale de traitement d'un an par la forme sirop (par rapport au sirop et son goût, transportabilité, discrétion, commodité d'usage,) • La mise à disposition d'un dosage de méthadone-gélule à 1 mg pourrait répondre au besoin de disposer de dosages permettant une adaptation de posologie optimale en fin de traitement dans le cadre d'un sevrage progressif, ce qui n'est

<p>actuellement pas possible avec les dosages de la forme sirop ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la prise en charge des patients qui présente de comorbidités type diabète et /ou hépatites : pas de sucre (saccharose) ni d'alcool.
POPULATION CONCERNEE
Toute personne en traitement de substitution par méthadone sirop depuis au moins un an et stabilisée, adulte ou adolescent de plus de <u>16 ans</u> ⁸ , volontaire et suivie au CSAPA ARGILE ou adressée par son médecin traitant.
MATERIEL REQUIS
<p>1. Si relais méthadone-gélule pour un patient adressé (selon la loi), au CSAPA ARGILE, par le médecin traitant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ordonnance relais (de délégation) pour le médecin traitant et pour le pharmacien de ville, à renouveler tous les six mois, • dossier patient (papier et/ou informatique) • logiciel informatique permettant la gestion du suivi de chaque patient, selon la prescription médicale, <p>2. Si délivrance de méthadone-gélule par une pharmacie de ville pour un patient suivi au CSAPA ARGILE et dont le médecin traitant ne fait pas de substitution :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ordonnance relais (de délégation) pour le pharmacien de ville, • ordonnances sécurisées pour prescription de stupéfiants (selon la loi...), • dossier patient (papier et/ou informatique) • logiciel informatique permettant la gestion du suivi de chaque patient, selon la prescription médicale.
DEROULEMENT DE L'ACTION
<p>1. INSTAURATION DU TRAITEMENT ET MODALITES DE PRESCRIPTION :</p> <p>Les patients sont volontaires et doivent accepter les contraintes de prise en charge :</p> <p>a. Pour les patients CSAPA ARGILE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • qui prennent leur méthadone-gélule dans une pharmacie de ville : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultation tous les 7 ou 14 jours, selon le cas (renouvellement d'ordonnance, adaptation de posologie) et tous le 6 mois (renouvellement de l'ordonnance de délégation pour le pharmacien), ▪ Analyse urinaire de contrôle à l'instauration du traitement et à chaque renouvellement semestriel de l'ordonnance de délégation <p>b. Pour les patients adressés par leur médecin traitant pour un relais-gélule :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultation semestrielle au CSAPA ARGILE (l'ordonnance de délégation pour le médecin traitant et le pharmacien), ▪ Analyse urinaire de contrôle à l'instauration du traitement et à chaque renouvellement semestriel de la prescription. <p>L'analyse urinaire vérifiera la réalité de la prise de méthadone et l'absence de consommation récente d'opiacés.</p> <p>Les contrôles portent sur la méthadone, les opiacés naturels et/ou de synthèse, l'alcool, la cocaïne, les amphétamines, le cannabis et le LSD.</p>

⁸ Pour les personnes mineures (moins de 18 ans) l'accord des deux parents ou du tuteur légal sera requis.

La recherche et le dosage des produits listés ne sont pas systématiques mais sont effectués sur demande du médecin prescripteur du CSAPA.

La primo-prescription de la gélule de méthadone sera faite par le médecin du CSAPA auquel se sera adressé le patient (qui accomplit les conditions requises pour passage à la gélule) sur un mode volontaire ou auquel le médecin traitant aura adressé son patient, en accord avec ce dernier, après obtention des résultats d'analyses urinaires.

En fonction des résultats des analyses, contact pourra être pris avec le médecin traitant afin de réévaluer éventuellement la demande, en présence du patient concerné.

Après la mise en place du traitement par la gélule de méthadone, le médecin du CSAPA adressera à nouveau le patient vers son médecin traitant.

Lors de chaque prescription initiale, l'ordonnance de délégation établie par le médecin du CSAPA devra mentionner, en accord avec le patient, le nom du médecin traitant et le nom du pharmacien ou de l'officine qui assurera la délivrance.

Lors du premier renouvellement de prescription par le médecin traitant ou le médecin du CSAPA, le patient devra présenter au pharmacien d'officine l'ordonnance de délégation du primo prescripteur ainsi que celle du médecin traitant.

2. MISES EN GARDE

- Vérifier l'absence de pratique d'injection lors de chaque consultation
- Le succès du traitement est fortement corrélé à la posologie et à l'accompagnement médico-psycho- social et éducatif des personnes.
- En raison de la présence de lactose, ce médicament est contre indiqué en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit de lactase.
- La méthadone st à utiliser avec précaution chez les sujets âgés, les femmes enceintes ou encore en cas de toute pathologie associée.

a. Passage de la forme sirop à la forme gélule :

- La forme gélule sera d'emblée prescrite à la posologie d'entretien atteinte avec la forme sirop ;
- La première prise de gélule doit avoir lieu le lendemain de la dernière prise de sirop, à l'heure habituelle ;
- Les modifications de posologies ultérieures seront fondées, comme pour la forme sirop, sur la réévaluation clinique du patient en tenant compte des prises en charge associées.
- Le traitement sera administré en une prise unique quotidienne.

b. Conditions d'arrêt du traitement :

- Si une tentative d'interruption du traitement de substitution est décidée, une décroissance de la posologie très progressive est impérative, en respectant un intervalle d'au moins une semaine entre chaque diminution (de 1 à 5 mg) de la posologie.
- Une prudence particulière est recommandée pendant toute cette période, et le suivi sera rapproché afin de détecter, d'une part tout symptôme clinique évoquant un syndrome de sevrage (à compenser immédiatement avec un retour par palier à la posologie précédente), et d'autre part toute reprise des conduites addictives, qui serait incompatible avec la poursuite du traitement par la forme gélule.

RISQUES POTENTIELS

1. En raison de la présence de lactose, ce médicament est CONTRE-INDIQUÉ en cas de

<p>GALACTOSÉMIE CONGENITALE, de SYNDROME DE MALABSORPTION DU GLUCOSE ET DU GALACTOSE ou de DÉFICIT DE LACTASE.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. La méthadone est un produit opiacé d'action longue qui maintient une dépendance physique et psychologique et qui par conséquent nécessite un accompagnement médical. 3. L'arrêt de la méthadone entraîne des symptômes de sevrage marqués, qui apparaissent plus tard qu'avec l'héroïne mais qui sont plus longs à disparaître. 4. Intoxication accidentelle chez le sujet « naïf » (surtout l'enfant). 5. Détournement d'usage (trafic et injections). 6. En raison de l'absence de données chez l'adolescent (entre 16 et 18 ans), la MÉTHADONE AP-HP gélule ne doit être utilisée qu'avec prudence dans cette tranche d'âge. 7. ATTENTION : une prise excessive de méthadone et/ou la consommation de produits (opiacés et/ou psychotropes et/ou alcool) au cours du traitement peuvent entraîner une dépression respiratoire pouvant conduire à la mort. 8. La méthadone peut provoquer une somnolence, surtout en début de traitement. ATTENTION si vous conduisez ou utilisez des machines. 9. Si vous êtes sportif, la méthadone rend positifs les tests anti-dopage. <p>Pour ces raisons, si vous souhaitez un traitement par la méthadone, vous vous engagez à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas distribuer ce médicament, il est strictement réservé à votre usage personnel. • Tenir ce médicament hors de portée des enfants (risque de mort par surdose ou intoxication grave). • Ne pas vous faire prescrire ce traitement simultanément par plusieurs médecins. • Ne pas associer d'autres médicaments sans en informer votre médecin.
EVALUATION
Protocole établi le : 22/01/2009
Evaluation annuelle
Protocole établi par : Dr ANTONIU Vincentiu et Dr OLIVIER Stéphane

C) LE SUBUTEX ET SES GÉNÉRIQUES

PROTOCOLE CONCERNANT LA BUPRENORPHINE HAUT DOSAGE
OBJECTIFS
<p>La Buprénorphine Haut Dosage (BHD) ou Subutex® permet de traiter pharmacologiquement le phénomène de dépendance aux opiacés dans un cadre de prise en charge médico-psycho-sociale.</p> <p>Il supprime le syndrome de sevrage et réduit l'envie et le besoin d'héroïne suffisamment pour délivrer le patient de la contrainte de consommation que représente la dépendance.</p>
POPULATION CONCERNÉE

<p>Personnes majeures et volontaires présentant une dépendance avérée aux opiacés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sans CMU et/ou en grande difficulté financière qui s'adressent au CSAPA pour un accompagnement. • Suivies et traitées par le psychiatre du CSAPA pour leur pathologie psychiatrique. • Vues en amont, par le psychiatre en Maison d'Arrêt, hébergées et/ou suivies par le CSAPA.
<p>MATERIEL REQUIS</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ordonnances répondant aux spécifications fixées par l'arrêté du 31 mars 1999 (ordonnances sécurisées).
<p>DEROULEMENT DE L'ACTION</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Personnes dépendantes aux opiacés, sans CMU et/ou en grandes difficultés financières : <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une aide sociale type AME ou CMU. • Eventuellement primo-prescription de Subutex® • Orientation vers un médecin et un pharmacien de ville. 2. Personnes suivies et traités par le psychiatre du CSAPA pour leur pathologie psychiatrique : <ul style="list-style-type: none"> • uniquement pour un renouvellement d'ordonnance Subutex® 3. Personnes suivies et vues par le psychiatre en Maison d'Arrêt, hébergées et/ou suivies par le CSAPA, <ul style="list-style-type: none"> • dans le cadre de la continuité des soins pour des renouvellements d'ordonnance Subutex®.
<p>RISQUES POTENTIELS</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome de sevrage si association avec la Naltrexone, la méthadone et les analgésiques morphiniques de palier 3. • Altération de la vigilance surtout si association avec l'alcool. • Majoration de l'effet sédatif si association avec les benzodiazépines (voir décès). • Cf. notice des effets indésirables du Subutex®.
<p>EVALUATION</p>
<p>Protocole établi le : 24/01/2009</p>
<p>Evaluation annuelle</p>
<p>Protocole établi par : Dr ANTONIU Vincentiu et Dr OLIVIER Stéphane</p>

4. LES SUBSTITUTS NICOTINIQUES

Dans le cadre de la prise en charge globale des usagers de drogues illicites au sein du CSAPA, le tabagisme est un aspect majeur de consommation d'un produit légal qui concerne la grande majorité des consommateurs de produits.

Il va de soi que dans le cadre de la prise en charge médicale, le médecin devra prendre en charge également le traitement du tabagisme en utilisant les substituts nicotiniques, mais également les traitements existants (Zyban, Champix).

Toutefois, la prise en charge du tabagisme pourra être articulée avec le service de tabacologie de l'hôpital, sur la base d'une convention en cours de négociation.

5. LA PROPOSITION DE SEVRAGE

Toute demande de sevrage émanant des personnes est étudiée avec cette dernière. Elles sont déposées par les personnes chez les différents intervenants qui relayent la demande en réunion d'équipe. Un suivi psychologique est proposé afin de confirmer cette demande et les motivations de la personne. Un soutien de la personne dans sa démarche est nécessaire en attendant de disposer d'une place en service hospitalier général ou psychiatrique de même que la question de la postcure est à travailler.

Le médecin psychiatre vacataire sur le CSAPA ARGILE consulte également sur le secteur 3 de psychiatrie et, de ce fait, le sevrage peut être effectué au CHS avec un suivi pré et post sevrage sur le CSAPA. Les personnes bénéficient ainsi d'un accompagnement tout au long de leur sevrage par le médecin.

La possibilité d'une hospitalisation aux HCC dans le cadre de la convention entre les deux CSAPA colmarien sera également proposée aux personnes en demande de sevrage avec toujours une préparation à la postcure le temps de l'hospitalisation.

Durant le temps du sevrage en centre hospitalier la recherche de postcure continue à être travaillée afin d'optimiser les chances de réussite et de permettre l'éloignement temporaire des personnes de leur lieu de vie habituel.

6. LES PROTOCOLES RELATIFS AUX ANALYSES BIOLOGIQUES

A) LES ANALYSES URINAIRES

PROTOCOLE CONCERNANT LES ANALYSES URINAIRES
OBJECTIFS
<p>Permettre au médecin du CSAPA :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. D'évaluer la consommation de produits illicites et/ou de produits de substitution dans le cadre d'une demande d'initialisation à la méthadone sirop. 2. Dans le cadre du suivi de la substitution par méthadone sirop, de vérifier la compliance du patient au contrat de prise en charge afin de travailler avec lui les éventuelles dérives. 3. D'évaluer la consommation de produits illicites et/ou de produits de substitution dans le cadre d'une demande de relais de la méthadone sirop à la méthadone gélule. <p>Permettre au intervenants de la consultation « Jeunes consommateurs »</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De répondre aux demandes de suivis émanant de la justice. 2. De donner aux personnes suivies des données cohérentes quant à la prise de toxiques afin de leur permettre une éventuelle transmission à la justice. 3. De rassurer les jeunes suivis et en processus de soin.
POPULATION CONCERNEE
Toute personne adressée ou s'adressant au CSAPA ARGILE pour une demande de soin.
MATERIEL REQUIS
<ul style="list-style-type: none"> • WC respectant l'intimité des personnes, • Gants à usage unique, • Pot à urine muni d'un couvercle vissé et portant une étiquette d'identification du patient, • Sachet de transport refermable par une bande collante et disposant d'une pochette pour y déposer la demande d'examen, • Demande d'examen précisant les analyses à effectuer, datée et signée du médecin avec une étiquette d'identification du patient, • Etiquettes d'identification des patients, • Réfrigérateur pour la conservation des analyses, • Convention de partenariat avec le laboratoire de biochimie du CH Pasteur pour ce qui concerne le transport des pots à urine, les analyses de biochimie et le rendu par voie postale des résultats.
DEROULEMENT DE L'ACTION

<p>Demande de recherche de toxiques par le médecin et/ou les intervenants du dispositif « Jeunes consommateurs » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablissement d'étiquettes indiquant le prénom et la date de naissance de la personne. • Etablissement d'une demande d'examen à destination du laboratoire de biochimie précisant les analyses demandées. • Identification de la demande d'examen et du pot à urine par une étiquette. • Miction de la personne dans le pot et remise du pot à l'infirmière. • Dépose du pot dans le sachet prévu a cet effet, fermeture du sachet. • Insertion de la demande d'examen. • Dépose du sachet au réfrigérateur en attendant la venue du coursier du CH Pasteur.
RISQUES POTENTIELS
Pour le soignant : risque infectieux lié à la manipulation
EVALUATION
Protocole établi le : 24/01/2009
Evaluation annuelle
Protocole établi par : Dr ANTONIU Vincentiu et Dr OLIVIER Stéphane

B) LES PRELEVEMENTS SANGUINS

PROTOCOLE CONCERNANT LES PRELEVEMENTS SANGUINS
OBJECTIFS
<p>Permettre au médecin du CSAPA avec l'accord de la personne :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De connaître le statut sérologique du patient et/ou son taux d'anticorps anti HVB avant vaccination. 2. D'avoir un bilan sanguin récent avant initialisation à la méthadone. 3. D'aider au diagnostic clinique.
POPULATION CONCERNEE
Toute personne adressée ou s'adressant au CSAPA ARGILE pour une demande de soin.
MATERIEL REQUIS
<ul style="list-style-type: none"> • Ordonnance médicale et feuille de demande d'examen à destination du laboratoire, étiquettes d'identification • Box de prélèvement avec fauteuil adapté. • Blouses de protection et gants stériles.

- Corps de seringues de type « vacutainer », aiguilles et tubes de prélèvement adaptés, aiguilles à ailettes et tubes pour micro prélèvement, support pour tubes de prélèvement.
- Garrot, substance désinfectante, tampons secs et pansements hypoallergéniques.
- Matériel nécessaire à l'élimination des déchets de soins.
- Malette d'urgence avec masque à oxygène en cas de malaise.
- Boîtes isothermes adaptées au transport des prélèvements.
- Kit « DEXTRO » en cas malaise.

DEROULEMENT DE L'ACTION

- Feuille de demande d'examen à destination du laboratoire à renseigner en fonction de l'ordonnance avec identification de la personne. Possibilité de prélèvement anonyme avec un N° d'identification.
- Identification des tubes de prélèvement.
- Pose du garrot, désinfection de la zone de ponction.
- Ponction veineuse par les infirmières ou ponction en artériel par le médecin en cas de difficulté de prélèvement décelé par l'infirmière.
- En cas d'absence de médecin sur site une seconde tentative de ponction veineuse pourra être envisagée avec l'accord du patient et/ou son aide.
- Rangement dans les boîtes du laboratoire des tubes de prélèvement et de la demande d'examen.
- Transfert au laboratoire de biologie du CH Pasteur après appel téléphonique au service du transport.
- En attendant les prélèvements sont remisés dans les boîtes isothermes.

RISQUES POTENTIELS

- 1. Pour le soignant :** AES cf. Protocole AES
- 2. Pour le patient :**
 - Difficulté au prélèvement annoncée par le patient : mise en place d'un pansement chaud avant la ponction afin de faciliter le prélèvement.
 - Saignement après la ponction veineuse : refaire le pansement après avoir effectué un point de compression et vérifié que le saignement s'est arrêté.
 - Saignement après une ponction en artériel : surveillance des constantes, point de compression et nouveau pansement sec.
 - Malaise vagal : mettre la personne en position allongée et rehausser les jambes, surveillance de la personne et des constantes.
 - Douleurs au point de ponction : tranquilliser la personne.
 - Susceptibilité particulière à la douleur : pose d'un patch EMLA avant la ponction.
 - Vérification dans tous les cas d'antécédents d'allergie aux produits utilisés (EMLA, iode...)

EVALUATION

Protocole établi le : 29/01/2009

Evaluation annuelle

Protocole établi par : Dr ANTONIU Vincentiu et Dr OLIVIER Stéphane

C) LES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG

Conduite à tenir face à un accident d'exposition au sang⁹ ou à des liquides biologiques

1. Définition

Tout contact percutané avec du sang ou liquide biologique après une effraction cutanée causée par une piqûre ou coupure avec un instrument souillé. La définition s'étend aussi aux contacts cutané-muqueux avec du sang ou liquide biologique sur une muqueuse non protégée ou sur une lésion cutanée préexistante autorisant la pénétration de l'agent infectieux.

Le terme d'Accident d'Exposition au Sang (AES) regroupe habituellement cette contamination quel qu'en soit le liquide biologique et le mécanisme.

2. Conduite à tenir

2.1. Soins immédiats

Ils sont urgents :

- nettoyer à l'eau et au savon la piqûre, blessure ou projection sur peau lésée puis rincer abondamment et désinfecter longuement 3-5 minutes avec une solution de Dakin (eau de Javel diluée au 10°) ou à défaut avec de l'alcool 70° ou BETADINE pure
- en cas de projection sur muqueuse ou yeux : rincer 10 minutes avec du sérum physiologique puis désinfecter avec un collyre antiseptique (yeux).

2.2. Recherche du statut sérologique VIH, VHB et VHC du patient

Recherche du statut sérologique VIH, VHB et VHC du patient dont le liquide biologique est source de contamination potentielle.

Il convient de retrouver ces données dans le dossier du patient ou de les faire faire en urgence (avec le consentement du patient) : Ac anti HVC, Ac anti HIV, Ag HBs. ¹⁰patient ou de son entourage recherchera aussi d'autres états infectieux plus rares : septicémies, paludisme... et son appartenance à un groupe à risque (VIH).

2.3. Evaluation du risque de contamination

Cette évaluation est conduite par une personne référent, en fonction :

- du mécanisme et du type de blessure : piqûre ou coupure profonde = risque maximum
- du matériel impliqué dans la contamination : aiguille creuse = risque maximum
- de la nature du liquide biologique : sang = risque maximum
- de l'absence de port de moyens de protection : gants, lunettes

⁹ Textes relatifs aux AES : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/36_vih17.htm

¹⁰ Corpus Médical – Faculté de Médecine de Grenoble <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/> 2/2

- de l'état clinique et sérologique du patient source,

Un avis médical en urgence est nécessaire dans les 2 heures si l'évaluation du risque conduit à un risque réel de contamination VIH ou VHB. Une proposition de tri-thérapie peut alors être proposée :

- Institution, au mieux dans les 4 heures qui suivent l'AES, d'une tri-thérapie de prophylaxie (AZT+ 3TC+ Inhibiteur de protéase) dispensée pour les 48 premières heures.
- Réévaluation à 48 heures et poursuite éventuelle du traitement pour 4 semaines.

Ce lot de tri-thérapie de prophylaxie est réglementairement à disposition dans chaque service d'urgence en France. Il est dispensé par les médecins référents AES.

3. Démarche médico-légale

Cette démarche associe :

- La déclaration de l'accident de travail faite auprès du cadre de service dans les 48h suivant l'accident. Le certificat médical initial doit bien mentionner le risque biologique.
- Un recours au service de Médecine du travail pour s'assurer de l'immunité vis à vis de l'hépatite B (Ac anti HBs) et la mise en place du suivi sérologique de l'accidenté, il se fait selon le schéma suivant :
 - o Ac anti HIV à J0-8 ; M3 ; M6
 - o Ac anti HVC à J0-8, puis surveillance ALAT, PCR VHC si risque de contamination VHC
 - o Ag HBs à J0-8 si le patient est HBs >10 Mui

E. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DEPENDANTES A D'AUTRES PRODUITS QUE LES OPIACEES

1. L'ALCOOL

La prise en compte de l'ensemble des addictions d'une personne fait partie intégrante des missions du CSAPA. L'association ARGILE s'est positionnée dans le suivi des addictions aux produits illicites et c'est ainsi que nous avons 3 cas de figure possibles :

- a) Dans le cas d'une dépendance majeure à l'alcool, la personne qui s'adresse au CSAPA ARGILE sera automatiquement orientée vers le CSAPA du HCC.
- b) Dans le cas d'une dépendance majeure à l'héroïne avec un problème d'alcool, la personne sera suivie par le CSAPA ARGILE pour sa dépendance à l'héroïne et il lui sera également proposé un suivi pour son problème alcool.
- c) Dans le cas d'une dépendance majeure à l'héroïne et à l'alcool, la prise en charge de la personne se fera de manière conjointe par les deux CSAPA Colmariens.

2. LES BENZODIAZEPINES

La prise en compte des dépendances majeures aux benzodiazépines est à ce jour effectuée par le médecin psychiatre du CSAPA avec un objectif de diminution voir d'arrêt de la consommation. Quand cela est possible, c'est-à-dire si la personne ne présente pas de comorbidité psychiatrique nécessitant un traitement par benzodiazépines, un sevrage aux HCC, ou au CH de Thann ou en secteur 1 ou 3 de psychiatre du CHS de Rouffach sera proposé.

3. LA COCAINE

A ce jour il n'existe aucun traitement de substitution à la cocaïne, aussi il est proposé aux personnes un accompagnement médico psycho social afin de les aider et de les soutenir dans leur parcours.

Si une demande de sevrage se fait jour, la possibilité d'une hospitalisation aux HCC, dans le cadre de la convention entre les deux CSAPA, pourra être envisagée, ou au CH de Thann ou en secteur 1 ou 3 de psychiatre du CHS de Rouffach.

4. LES PRODUITS FESTIFS

L'accompagnement des consommateurs de produits festifs fait partie intégrante du dispositif « Jeunes consommateurs » en lien étroit avec l'intégralité du plateau de soins du CSAPA ARGILE.

Nous prospectons également du côté de la Mission Rave d'Espace Indépendance afin de mettre en place une collaboration entre le dispositif de Colmar et celui de Strasbourg et la possibilité d'éventuelles interventions sur le département du Haut-Rhin.

F. INTERVENTION EN MILIEU CARCERAL ET SORTANTS DE PRISON

D'une part l'Association ARGILE intervient de manière régulière en Maison d'Arrêt par le biais du psychologue, de l'assistante sociale et des éducateurs du CSST sur le département du Haut-Rhin voir dans la région. Les rencontres avec les personnes détenues se font principalement à leur demande hormis le psychologue dont un temps d'intervention est affecté le lundi matin à la Maison d'Arrêt de Colmar.

D'autre part, par le biais de l'UCSA et du médecin psychiatre, le suivi des personnes incarcérées se continue sur le CSST. Le SPIP est également impliqué dans la CASS du dispositif TIPI ce qui permet une prise en charge conjointe et cohérente des personnes entre la justice, le soin, le social et l'éducatif pour toute personne accompagnée par ARGILE.

1. LA PERMANENCE PSYCHOLOGIQUE

A titre de rappel, cette activité perdure depuis 10 ans dans le fonctionnement du CSST ARGILE, l'idée initiale en était, au-delà du soutien apporté à la détresse de l'enfermement, de tenter d'induire une réflexion sur ce qui amenait les sujets à cet endroit, de faire entrevoir du possible à propos de comment ne pas y retourner, tout simplement tenter d'amener au soin les nombreuses personnes n'ayant jamais dépassé le cadre de consultations opportunistes de prescriptions de buprénorphine.

Dans un tel contexte, la parole paraît de peu de valeur ... Elle semble offrir tout au plus un canal de décharge à des moments de crise aiguë. Mais la parole peut aussi être le véhicule de la plainte. S'il existe un lien à ce niveau, une demande est à chercher. Une catégorie de personnes consulte avec une certaine régularité. Là, quelque chose comme une demande peut se faire jour, au travers d'une interrogation sur ce qui a mené en prison, la place que le produit a pu prendre dans le parcours de vie, le positionnement social, etc. Les possibilités d'un cheminement différent peuvent être abordées.

2. LES SUIVIS EN DETENTION

Les attendus de la circulaire indiquent qu'en cas d'incarcération d'un patient du CSAPA, le centre doit veiller à ce que la continuité des soins soit assurée. Encore faut-il que le centre soit informé de l'incarcération du patient par l'administration pénitentiaire laquelle ignore par essence le diagnostic médical du détenu.

Seul l'UCSA au moment de la visite médicale d'entrée en incarcération peut disposer de l'information du suivi en CSAPA et demander les éléments nécessaires au CSAPA.

Toutefois quand le CSAPA est informé au préalable, toutes les dispositions sont prises pour la continuité des soins.

3. L'ACCOMPAGNEMENT A LA SORTIE

	OBJECTIFS GLOBAUX	
	Existant	Projet
Intervention en milieu carcéral	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention depuis 10 ans du psychologue du CSST le lundi matin à la Maison d'Arrêt. - Vacation du psychiatre de l'UCSA sur le CSST ARGILE le jeudi après-midi. - Visites en Maison d'Arrêt des éducateurs et de l'assistante sociale. - Concernant la sortie du détenu quand l'UCSA est informé par les services pénitentiaires, la sortie est préparée et les orientations nécessaires effectuées. - Néanmoins les libérations sont décidées par l'administration pénitentiaire ou le juge d'application des peines et prennent souvent effet le jour même ou le lendemain sans que l'UCSA soit informée. S'agissant de sorties en semaine le CSAPA est ouvert, cependant il arrive que les personnes soient libérées un vendredi soir ou un samedi. Dans ce cadre la continuité des soins est assurée par l'UCSA jusqu'au lundi. La personne accédera au traitement au CSAPA le lundi matin. - En l'occurrence il s'agit pour l'administration pénitentiaire d'assurer, au-delà de la privation de liberté, ses responsabilités en matière d'accès aux soins, notamment. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuité de l'existant - Envisager un partenariat avec l'administration pénitentiaire afin de faciliter le travail en amont de la sortie des détenus, conjointement avec le SPIP. - Renforcer le travail avec l'UCSA et plus précisément la partie relative aux soins afin d'assurer en aval une continuité des soins plus sereine pour les concernés.
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Psychologue - Educateurs, assistante sociale - Médecin psychiatre et médecin du CSST - UCSA - SPIP 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychologue - Educateurs, assistante sociale - Médecin psychiatre et médecin du CSST - UCSA - SPIP
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Locaux à la Maison d'Arrêt - Bureaux du CSST 	<ul style="list-style-type: none"> - Locaux à la Maison d'Arrêt - Bureaux du CSST
Mise en œuvre	2007	2010

G. LA CONSULTATION JEUNES CONSOMMATEURS

1. LE CAHIER DES CHARGES

OBJECTIFS (généraux et opérationnels)

- Apporter une réponse aux demandes des jeunes en difficulté avec les consommations de produits, particulièrement du cannabis, de drogues de synthèse ou d'autres substances psychoactives, y compris les mineurs.
- Prévenir les risques associés aux consommations
- Prévenir et prendre en charge l'usage nocif.
- Améliorer l'information sur les risques associés aux consommations de drogues illicites, d'alcool, de tabac et aux consommations associées.
- Accompagner les jeunes consommateurs dans leur cheminement thérapeutique et clinique.
- Développer les activités correspondantes à la problématique pour devenir un pôle ressource pour les partenaires du réseau sanitaire, social, éducatif et de la justice.
- Développer des partenariats visant à aller vers les structures demanderesse d'une intervention de Argile.

MISSIONS :

En conséquence la permanence d'accueil et d'accompagnement des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives est destinée à remplir les missions suivantes :

- Favoriser une évaluation partagée de la situation des jeunes consommateurs et un diagnostic de l'usage nocif.
- Offrir une information et un conseil personnalisé aux usagers à risques, notamment par le biais d'une documentation et de mise à disposition d'informations vulgarisée par les intervenants, de manière à permettre aux demandeurs d'accéder à une information adaptée et de travailler sur les représentations.
- Offrir une prise en charge aux jeunes ayant un usage nocif, assortie d'une logique d'accompagnement dans un parcours individualisé.
- Accompagner et/ou proposer une orientation aux jeunes lorsque la situation le justifie.
- Offrir un accueil aux parents en difficulté du fait de la consommation de leurs enfants dans une perspective de restauration de la communication au sein de la famille
- Proposer un accueil conjoint parents-enfants et favoriser la communication et le dialogue inter générationnel.
- Susciter la motivation au changement en matière de comportement de consommation.
- Accueillir les partenaires, leur proposer des outils, et mailler avec eux un cadre de prise en charge, et d'orientation des jeunes en difficulté.

Pour répondre à ces missions, la consultation doit garantir :

- Un accès facile, de par l'implantation géographique et des horaires, pour permettre la fréquentation des jeunes scolarisés.
- L'anonymat et la gratuité, ainsi qu'une simplification maximale des formalités d'accueil.
- Un cadre confidentiel.
- Une intervention et une information de qualité, mises à jour de manière permanente au vu des résultats les plus récents de la recherche scientifique.

2. LE FONCTIONNEMENT

PERMAMENCE D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT :

De manière générale, cette permanence vise tous les publics ayant une problématique liée à la consommation de cannabis et autres substances psychoactives : les jeunes de 18 à 25 ans, les mineurs de moins de 18 ans, les parents, familles, proches, et les professionnels des champs judiciaires, éducatifs, sociaux.

☞ Les jeunes :

L'objectif premier de la permanence est de répondre aux demandes d'aide des jeunes, y compris les mineurs, qui ressentent des difficultés en lien avec leur consommation de substances psychoactives, notamment le cannabis ou de drogues de synthèse.

Pour ce faire, il est proposé une évaluation clinique de la situation des jeunes demandeurs prenant en compte l'ensemble des consommations (cannabis, drogues de synthèse, alcool, tabac, médicaments psychotropes, et autres substances), le cursus de formation et/ou d'emploi, le mode de vie, les activités et les relations amicales, familiales, les facteurs familiaux, sociaux psychologiques de vulnérabilité et/ou de protection.

Dans le cadre d'usage à risque et/ou nocif, celui-ci est discuté avec le jeune dans ses implications en terme de risques et de retentissement sur sa vie quotidienne, son insertion sociale et sa santé.

Dans le cadre d'un usage nocif, et en l'absence de comorbidités sanitaires et/ou sociales justifiant d'une autre approche de prise en charge, une démarche d'intervention et d'accompagnement est proposée, assortie d'une aide à l'auto évaluation et des interventions cliniques.

En cas de dépendance et/ou de comorbidités sanitaires et/ou sociales, une orientation peut être proposée, dans le cadre d'un accompagnement de proximité du jeune concerné, et en lien avec le réseau de partenaires.

☞ Les parents, les proches et l'environnement familial :

Ce type de public doit trouver une écoute, un soutien dans les difficultés qu'ils ressentent vis-à-vis des consommations de leurs enfants, adolescents et/ou jeunes adultes.

Dans ce cadre, ils doivent pouvoir accéder à une information sur les substances, leurs effets et les risques, ainsi que sur les possibilités de recours possibles pour le diagnostic et la prise en charge. Ils doivent être soutenus dans leur rôle éducatif et le dialogue avec leurs enfants sur les consommations de produits illicites, d'alcool et de tabac.

Des rencontres conjointes avec leurs enfants peuvent être proposées pour aider la famille à faire face à la problématique.

☞ **Les professionnels des champs éducatifs, sociaux et judiciaires :**

Ce public (essentiellement les missions locales, les centres sociaux et services agissant auprès des jeunes, les établissements scolaires, et les établissements agissant dans le champ des drogues, de l'alcool, du tabac, de l'addiction et de la santé mentale) doit pouvoir trouver une écoute, un soutien et une concertation partenariale dans la mise en place d'actions en direction des jeunes concernés par la problématique, ainsi qu'une information sur l'existence et le fonctionnement de la permanence et de ses modalités de fonctionnement. De la même manière des liens spécifiques sont établis avec les services hospitaliers de prise en charge (psychiatrie de secteur, ECIMUD...)

Outils et techniques :

- Le premier outil est l'écoute active et la relation d'aide.
- Entretiens individualisés et/ou conjoints avec le(s) proche(s) et/ou le(s) professionnel(s) concernés (Educateurs notamment)
- Consultations psychologiques.
- Consultation avec un psychiatre si nécessaire
- Entretiens d'évaluation et de suivi de la consommation en associant le jeune.
- Articulation étroite avec le CCAA pour une orientation en cas de consommation associée d'alcool
- Entretiens d'information et accès à la documentation spécifique à destination du public.
- Formation d'adultes-relais et/ou de personnes référents dans les structures accueillant des jeunes (établissements scolaires, centre médico-sociaux, etcetera)

Le cadre :

- Une permanence fonctionnant le mercredi après-midi (14 à 17 heures).
- Un accueil sur rendez-vous à la demande.
- Et des missions dans les secteurs géographiques concernés : mise en place de permanences d'accueil dans des lieux en proximité des publics, interventions de prévention et de sensibilisation, formation d'adultes relais.

TERRITOIRE D'INTERVENTION

- Bassin géographique colmarien (Colmar et agglomération)
- Vallée de Sainte-Marie-aux-Mines.
- Vallée de Munster
- Vallée de Guebwiller
- Secteur frontalier (Ried)

PARTENAIRES ASSOCIES :

- Champ sanitaire : CCAA, ECIMUD, Psychiatrie de secteur, filière addiction
- Champ éducatif : Etablissements scolaires (collèges, lycées, CFA), clubs de prévention, missions locales,
- Champ de la Justice : PJJ, Foyer d'action éducative, Unité de liaison santé Justice, Réseau social Santé Justice, SPIP, Police et gendarmerie,
- Champ associatif : Association Sépia, AIDES,
- Autres : Médecine du travail, entreprises (ressources humaines, comités d'entreprise...)

MOYENS MATERIELS :

- Locaux (RDC du CSST : salle d'accueil et de documentation, salle d'entretiens individualisés, bureau, charges locatives...+ les moyens du CSST en appoint)
- Administratif (Licence de logiciel de recueil de données, ordinateur, courrier, téléphone, photocopies, comptabilité, gestion des contrats de travail et coordination de l'activité)
- Transport (déplacements dans les secteurs géographiques d'intervention)

MOYENS EN PERSONNEL :

Psychiatre : une vacation (0,10 etp)

Psychologue : 0,3 etp.

Educateur : 1 etp

Administration (secrétariat, standard, comptabilité, direction)

EVALUATION (indicateurs et processus + modalités)

- Logiciel de recueil de données quantitatives.
- Rapport d'activité qualitatif.
- Réunion régulières (une ou deux fois l'an) des partenaires pour évaluer collectivement le programme.
- Groupes d'expression des usagers conformément au livret d'accueil du CSST et des dispositions réglementaires régissant les établissements médicaux sociaux.

		OBJECTIFS GLOBAUX	
		Existant	Projet
Consultation cannabis	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil, information, orientation, soutien, écoute, suivit de toutes personnes (mineurs, majeures, adultes, parents, partenaires) ayant une problématique directe ou indirect avec le cannabis. - Suivi d'une mesure judiciaire dans ce cas le suivi prend une forme obligatoire avec possibilité de tests urinaires et d'attestation dont le rendu sera remis directement à la personne, qui décidera ou non de transmettre les informations au juge. - Demande personnelle, d'aide, de soutien, d'information, de suivi à cours, moyen ou long terme. <p>Demande de la part de partenaire ou d'un voire des deux parents.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Maintient de l'existant - Transformation de la consultation cannabis en consultation « jeunes consommateurs » ceci afin d'élargir le champ d'action et d'intégrer d'autres consommations. - Groupe de parole parents animé par le la psychologue. - Continuer et prospecter activement dans les différentes communes aux alentours de Colmar afin de répondre à une demande de la part des partenaires. - 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilité d'accompagnement extérieur - Possibilité d'orientation interne et/ou externe. - Intervention depuis plus d'un an dans les établissements scolaires afin de faire de la sensibilisation, information, réduction des risques auprès de jeunes majoritairement lycéens voire d'autres publics. 	
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - 0,5 Etp. d'éducateur spécialisé - 0,2 Etp. psychologue 	<ul style="list-style-type: none"> - Temps plein éducateur - 0,5 Etp. psychologue
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau éducatrice - Bureau psychologue - Poste informatique/téléphone 	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau éducateur - Bureau psychologue - Poste informatique/téléphone
Mise en œuvre	2007	2010

H. LES CONSULTATIONS DE PROXIMITE

Le CSAPA est en cours de discussion, notamment avec le FAE (Foyer d'Action Educative), le CAE (Centre d'Action Educative) et l'association Espoir (Abri de nuit) de Colmar pour mettre en place des consultations de proximité, dont le cahier des charges sera défini sur la base des négociations en cours et conforme à la circulaire CSAPA

I. L'ACCOMPAGNEMENT DES PROCHES

Toute personne consommatrice de produits et/ou son entourage, ainsi que toute personne indirectement concernée par un problème de consommation (partenaires médico psycho socio éducatifs) qui s'adresse à ARGILE est reçue, écoutée, soutenue et orientée en interne ou en externe le cas échéant.

De manière plus précise, nous rappelons que pour ce qui concerne l'accompagnement des proches et conformément aux fiches correspondantes citées dans le chapitre V et intitulé « Projet d'activité du CSAPA ARGILE de Colmar », il est écrit :

- Les groupes de parole :

Existant	Projet
<ul style="list-style-type: none"> - Implication, participation, impulsion, propositions des usagers dans la vie collective et le fonctionnement du CSAPA. - Intérêt des personnes à la mise en place de projets. - Implication d'usagers et de volontaires dans le fonctionnement. - Circulation de la parole et émergence de problématiques personnelles en temps d'accueil plus généraliste. 	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un groupe de parole formalisé à destination des personnes venant au CSAPA et/ou à l'accueil et désireuses de s'exprimer. - Ouverture d'un autre groupe de parole à destinations de parents, d'enfants mineurs et/ou présentant une dépendance, ayant des difficultés et souhaitant les exprimer. - Tentative de restauration du lien « parents/enfants ».

- La consultation psychologique :

Existant	Projet
<ul style="list-style-type: none"> - Généraliste : toute demande d'aide - Accompagnement au sevrage, à la postcure - Consultations cannabis - Consultations parents/proches 	<ul style="list-style-type: none"> - Maintien de l'existant - Consultation en binôme à l'adresse des familles et/ou des couples - roupe de parole à destination des parents de jeunes consommateurs

J. L'HEBERGEMENT

1. INTRODUCTION

Dans un premier temps, sur invitation de Argile, les partenaires ont été conviés à une rencontre qui a débouché sur la mise en place d'un comité de pilotage composé des SPIP de Colmar et Mulhouse, de la Cellule Santé Justice, du Cap, de Alternative, du CCAS.

Rapidement, ce comité de pilotage a décidé de convoquer un séminaire sur la question de l'hébergement des personnes toxicomanes, estimant nécessaire de constituer un noyau de structures pouvant répondre aux problématiques d'hébergement des usagers de drogues.

Plusieurs rencontres se sont succédé en 2003 et 2004 pour déboucher en septembre sur l'élaboration d'une plate forme de coordination inter structure dans le cadre de la prise en charge des personnes ayant des problèmes d'hébergement. **(voir ci-dessous le texte de la plate forme qui est toujours en vigueur, et a servi de base de coopération collégiale dans le traitement de situations difficiles.)**

Dans le même temps, une réflexion sur l'admission, le suivi et la préparation à la sortie des appartements thérapeutiques s'est engagée, assortie d'une clarification des procédures, pour permettre aux structures partenaires de présenter des candidatures.

Cela a donné naissance à une commission d'attribution et de suivi des ATR, composée de l'assistante sociale, du psychologue, de l'éducatrice, de l'animateur, et des salariés issus des structures présentant des dossiers d'admission. La première réunion de cette commission a eu lieu au printemps 2004, à l'occasion des sorties d'appartements.

En 2004, Argile s'est vu confié le portage du dispositif TIPI qui comporte son propre comité de pilotage, composé quasiment des mêmes partenaires.

En 2007, Argile a obtenu le portage du dispositif PARIS et a mis en place un comité de pilotage, qui comprend pour la plupart les mêmes partenaires.

PLATEFORME RELATIVE A
L'HEBERGEMENT DES PERSONNES
CONSOMMATRICES DE PRODUITS STUPEFIANTS

CADRE

Public cible :

- Personne consommatrice de produits stupéfiants,
- sous main de justice,
- et/ou marginalisée par rapport au droit commun,
- et/ou présentant une souffrance psychique plus ou moins reconnue

Problématique :

Celle de l'hébergement dans le cadre des problématiques inhérentes au public cible.

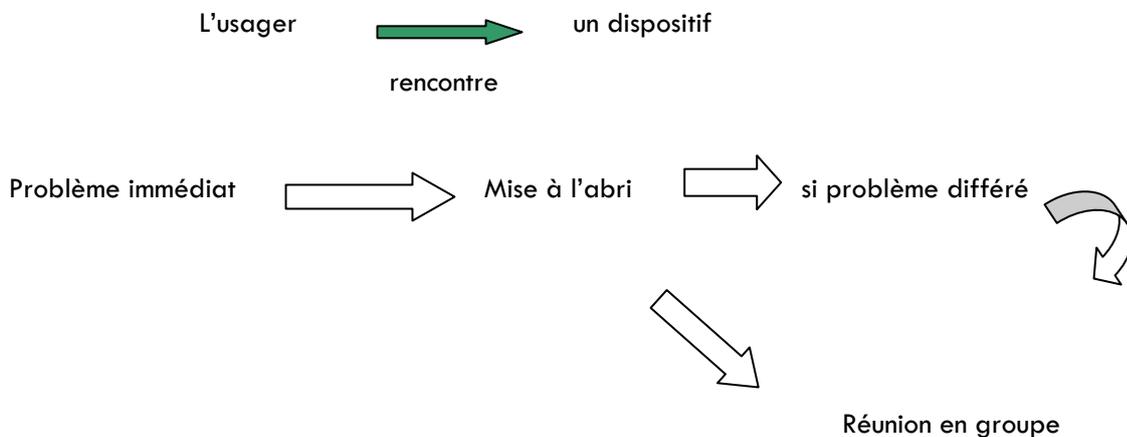
Cette problématique peut être immédiate ou différée.

La problématique de l'hébergement est la 1^{ère} porte d'entrée, toutefois l'utilisateur peut avoir une ou plusieurs autres difficultés.

Structures présentes dans le groupe :

- Ville de Colmar via le CCAS (Pôle d'action sociale)
- SPIP
- DDASS via la Cellule Santé Justice
- Argile via le dispositif ATR
- Le Cap (dispositif appartement relais)
- Alternatives
- ECIMUD Mulhouse
- La psychiatrie (secteur 3 notamment)
- TIPI
- Espoir Mulhouse, via le dispositif PARIS
- Espoir Colmar, via l'accueil d'urgence et le pôle social

Procédures :



Dans un 2^{ème} temps, convocation du groupe, décision de solution à court ou moyen terme et/ou long terme.

Quand la problématique est urgente : décision à prendre avant la réunion suivante.

Quand possibilité de travailler en différé : élaboration d'un projet avec solutions intra et/ou extra groupal.

Cahier des charges/prises en charge :

Qui fait quoi ?

L'intervenant qui accueille, fait et/ou interpelle le groupe et mobilise les partenaires.

Il devient le porteur et l'initiateur, mais peut aussi solliciter le groupe pour être soutenu.

Le 1^{er} intervenant instruit la situation de la personne pour la porter devant le groupe. Lors de la réunion du groupe, un référent se dégage et devient le porteur de l'évolution de la personne.

Réunion de groupe et missions:

- examen des situations
- définition des solutions et des propositions
- mission d'observatoire : gestion de la crise et médiation

2. LE COMITE DE PILOTAGE DEPARTEMENTAL HEBERGEMENT

En conséquence de ce qui précède, en 2008 a été posé le principe de créer un comité de pilotage départemental de l'hébergement des usagers de drogues qui s'est réuni pour la première fois en octobre. Les objectifs sont les suivants :

- Procéder à l'évaluation, l'analyse et l'orientation des trois dispositifs d'hébergement (ATR, TIPI et PARIS)
- Permettre à l'ensemble des partenaires de disposer d'une vision globale et de références communes sur la question.
- Mutualiser les moyens en évitant la démultiplication des réunions, les membres du comité étant tous intervenant dans au moins deux des trois dispositifs.

Les membres du comités sont les suivants :

- Unité Santé Justice
- Les CCAS de Colmar et de Mulhouse
- Les SPIP de Colmar et de Mulhouse
- Le CCAA de Colmar
- Espoir Colmar
- Le Cap et Alter'native
- La Ville de Colmar et la Ville de Mulhouse
- Argile

3. LES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES RELAIS

A) HISTORIQUE

La section d'ATR du Haut-Rhin relative à la prise en charge thérapeutique des usagers de drogues est confiée depuis 1993 à l'association Argile.

Celle-ci avait été gérée depuis deux CSST (Mulhouse et Colmar) jusqu'en 2002, avec 0,5 etp éducatif pour Mulhouse et 0,5 etp éducatif sur Colmar, postes financés spécialement et dévolus aux ATR. Avec la restructuration de 2002 ces temps de travail spécifiques n'ont plus été financés, mais les missions sont restées. Depuis 2002 la section est gérée depuis le siège de l'association à Colmar.

De 2002 à 2006, le travail en ATR fut confié à l'éducatrice du CSST de Colmar, et à l'animateur du CSST pour les logements de Mulhouse, le tout coordonné par l'assistante sociale, assorti d'interventions du psychologue.

B) CADRE LEGAL

Les ATR sont régis par un décret de 1992. Ils sont conventionnés ALT, grâce à une convention entre Argile et la CAF. Ils sont également régis par les textes relatifs aux conditions de salubrité et des normes de sécurité (électricité, gaz...)

De plus, étant compris dans les missions du CSAPA, doivent s'y appliquer les textes découlant de la loi du 2 janvier 2002, et en conséquence, le livret d'accueil du CSAPA dont notamment la partie relative aux droits des usagers. Le contrat de séjour est également obligatoire. Il faudra aussi reprendre les termes du règlement intérieur du CSST et en adapter certains articles pour en faire le règlement intérieur des ATR.

Se rajoutent les incidences de la loi de santé publique du 4 août 2004 et de la loi sur la démocratie sanitaire.

Enfin il faut tenir compte des dispositions relatives aux CSAPA figurant dans le cahier des charges figurant dans la circulaire CSAPA, à savoir le public cible et la mission:

- Le dispositif s'adresse en particulier aux personnes bénéficiant d'un traitement lourd (TSO, VHC, VIH)
- L'hébergement en appartement thérapeutique relais permet à la personne suivie dans le cadre d'une prise en charge médicale, psychosociale et éducative (suivi ambulatoire) :
 - de reconquérir son autonomie,
 - de restaurer des liens sociaux (par exemple, à travers le partage de tâches quotidiennes dans l'appartement)
 - de restaurer des liens professionnels (recherche de formation, d'emploi...)

C) COMMISSION D'ADMISSION DE SUIVI ET DE SORTIE

La commission est composée de :

- Le directeur, ou le chef de service, le cas échéant.
- L'assistante sociale étant déléguée sur la coordination, c'est elle qui instruit les dossiers, fixe l'ordre du jour, convoque les partenaires et les candidats, coordonne le travail des ATR : elle est la personne référent de l'activité.
- Travailleurs sociaux (éducateurs et animateur, assistante sociale)
- Le psychologue du CSST
- Le (ou les) représentant des partenaires présentant des candidatures et les candidats (lors des séances consacrées aux admissions)

La commission a pour missions de :

- Instruire les demandes d'ATR, entendre les postulants et prendre une décision quant à l'admission des personnes.
- Faire toute réponse utile, par écrit, en cas d'acceptation et/ou de refus, assorti d'un avis motivé de la commission.
- Suivre la perception des IOT.
- Etablir le contrat de séjour (modèle remis à la commission en 2006, et encore à finaliser), préparer l'entrée dans l'appartement (état des lieux, remise des clefs, inventaire des travaux à effectuer, ou des meubles à remplacer, s'en occuper)
- Organiser le suivi des personnes (planning à établir)
- Instruire, avec le directeur, toute situation pouvant donner lieu à sanction.
- Tenir une réunion vers mi-parcours avec la personne pour envisager les suites, et un mois avant le terme semestriel pour envisager le renouvellement, ou la sortie, afin de préparer celle-ci dans des délais adéquats.
- Rédiger le rapport annuel d'activité, à rendre chaque année pour la mi-janvier.

Relativement aux missions de la commission et au vu du cahier des charges, une réunion mensuelle de la commission semble appropriée. (Et chaque membre de la commission a sa part de travail à effectuer dans ce cadre)

D) FONCTIONNEMENT, EFFECTIF SALARIE, MISSION

Le personnel est mobilisé comme suit :

- Assistante sociale : coordination de l'activité, suivi des conventions ALT en lien avec la comptabilité, suivi social des personnes. Evaluation horaire : environ 10 heures hebdomadaires.
- Educateur(s) et animateur : suivi éducatif des personnes hébergées. Evaluation horaire : environ 20 heures hebdomadaires : 2 visites d'une heure par personne + accompagnement de proximité dans les démarches.
- Psychologue pour le soutien psy des personnes. Evaluation horaire : environ 1 heure hebdomadaire par personne

La mission de cette équipe est de produire une prise en charge thérapeutique globale en premier lieu, en favorisant l'accès aux soins et au soutien psychologique. En complément, il s'agit d'accompagner les personnes dans leur projet de réhabilitation sociale (logement, travail...)

L'essentiel du travail doit se faire dans les appartements (visites, évaluation de l'autonomisation, de l'investissement du lieu de vie, éducation à la gestion du budget, de la vie quotidienne, travaux de maintenance dans l'appartement...). Le suivi éducatif doit être réparti entre les éducatrices et l'animateur, et doit comporter à minima deux visites hebdomadaires auprès de chaque personne (chez elles)

L'assistante sociale se déplace dans les ATR régulièrement, et reçoit dans les deux établissements d'Argile. Cela signifie à minima une demi-journée hebdomadaire de travail sur Mulhouse.

Le psychologue reçoit dans les deux établissements d'Argile. Il assure le suivi psychologique sur rendez-vous et de ce fait, une demi-journée hebdomadaire sur le site de Mulhouse est un minimum.

Les réunions :

Des réunions régulières de suivi des personnes doivent avoir lieu, pour assurer le suivi. Tout salarié d'Argile hors dispositif peut y être convié, selon les besoins.

Des synthèses sont organisées pour faire le point avec les personnes, à minima une fois ou deux par semestre. Les synthèses peuvent associer une personne du soin (infirmière ou médecin, le cas échéant)

L'ensemble des intervenants est tenu de rentrer, comme pour toute activité, ses actes dans le logiciel pro g dis, et d'organiser le temps des visites, en veillant à remplir l'agenda avec une activité réelle.

Cette activité fait l'objet d'un rapport annuel qui est fait en vue d'évaluer le dispositif, et qui est intégré au rapport d'activité pour l'assemblée générale.

Chaque réunion fait l'objet d'un compte-rendu, et met en exergue le relevé de décisions. L'assistante sociale suit les décisions prises et signale celles qui ne sont pas suivies d'effet, en premier lieu aux personnes concernées, en deuxième intention, au directeur.

Des réunions de tous les usagers sont organisées (**groupe d'expression des usagers**, dans le cadre du conseil de la vie sociale) en présence du directeur et/ou d'un administrateur, et d'un membre de l'équipe des ATR, une fois par semestre. Les compte-rendu de ces réunions qui permettent aux usagers d'exprimer toutes opinions ou idées relatives aux aspects liés à leur séjour et tout témoignage, sont remis au conseil d'administration qui en prend connaissance et décide des suites éventuelles à donner, notamment dans le cadre de la qualité du service.

4. LE DISPOSITIF TIPI

Ce dispositif d'hébergement rejoint celui des ATR, avec néanmoins quelques différences :

- Le public cible est sous main de justice, fortement désocialisé.
- Le public présente souvent, en plus d'un traitement lourd, des comorbidités psychiatriques lourdes.
- Le pilotage du dispositif est collégial, et porté par la DDASS (Unité Santé Justice

		OBJECTIFS GLOBAUX	
		Existant	Projet
TIPI		<ul style="list-style-type: none"> - S'adresser à des personnes dépendantes à un produit psycho-actif, sous main de justice, en grande difficulté qui, depuis des années, mettent en échec les professionnels des différents champs intervenant auprès d'elles, effectuant des aller-retour entre la rue, les urgences, la psychiatrie et la prison. - Mettre à disposition des personnes (capacité de 5 places), par le biais de l'ALT, un appartement individuel et de lui permettre éventuellement de bénéficier au terme de l'accompagnement, d'un bail glissant. - Mener avec le concours d'un travailleur social, un travail de très grande proximité, quotidien, pour permettre à la personne de retrouver progressivement une forme d'autonomie et l'accompagner dans la gestion du quotidien ainsi que dans les démarches administratives, sociales, de santé et judiciaires. Le travailleur social travaille en lien étroit avec le travailleur social du SPIP référent du suivi de la mesure, le rendu-compte aux autorités judiciaires étant une compétence totale du SPIP. - Viser, avec le concours des personnes, à leur autonomisation progressive, en passant par une « mise à l'abri », une stabilisation, puis à long terme, transiter vers une meilleure gestion de leur(s) handicap(s), avec pour objectif d'aboutir à une reconnaissance de leurs capacités réelles et de leurs limites personnelles. - Donner aux personnes, à travers les 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuité de l'existant. - Faire perdurer le travail du comité de pilotage par la mobilisation des partenaires pressentis. - Articuler l'ensemble des actions complémentaires des partenaires et intervenants en faveur du dispositif à travers une démarche constante de communication, d'échanges, de concertation, de subsidiarité. Il s'agit d'une démarche collégiale. - Pour 2009 il a été envisagé, en concertation avec les partenaires lors du comité de pilotage du 22/10/2008, une gestion unique par l'Association ARGILE des 5 logements conventionnés ALT. Sachant que ceci n'aura aucune incidence dans le principe de la collégialité du dispositif TIPI.

	<p>démarches engagées, les moyens de prévenir la récidive.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un comité de pilotage constitué de professionnels des champs médical, social et judiciaire met à disposition du temps et des compétences pour travailler les situations. Il se réunit mensuellement pour faire le point sur l'évolution des démarches engagées, décider des stratégies à mettre en place, prononcer les admissions au sein du dispositif (exclusivement réservées aux personnes sous main de justice) et décider de l'arrêt de l'accompagnement. 	
Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - 1 salarié, travailleur social à temps plein, entouré au niveau de la commission d'admission de suivi et de sortie des professionnels issus des structures participantes au comité de pilotage (environ une dizaine) - L'équipe des salariés du CSST (1 psychologue, 1 médecin, 2 infirmières, 1 éducateur, 1 directeur, 1 comptable. - 2 bénévoles, volontaires de l'association pour des coups de main éventuels (accompagnement dans des courses, aide au déménagement, loisirs ...) 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 salarié, travailleur social à temps plein, entouré au niveau de la commission d'admission de suivi et de sortie des professionnels issus des structures participantes au comité de pilotage (environ une dizaine) - L'équipe des salariés du CSST. - 2 bénévoles, volontaires de l'association pour des coups de main éventuels (accompagnement dans des courses, aide au déménagement, loisirs ...)
Moyens matériels	<ul style="list-style-type: none"> - Appartements - Véhicule personnel - Téléphone, informatique, reprographie, outils pour petites réparations, bureau (pièce et mobilier), salle de réunion et commodités du CSST et charges énergétiques afférentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Appartements - Véhicule de fonction - Téléphone, informatique, reprographie, outils pour petites réparations, bureau (pièce et mobilier), salle de réunion et commodités du CSST et charges énergétiques afférentes.
Mise en œuvre	2004	2010

K. LA COORDINATION

1. LES REUNIONS D'EQUIPE

Les réunions se subdivisent en plusieurs types de réunions :

- La réunion hebdomadaire d'admission, de suivi, et de sortie de prise en charge par la substitution, animée par le médecin
- La réunion mensuelle de coordination du CSAPA, animée par la direction
- La réunion mensuelle d'admission, de suivi et de sortie des ATR
- La réunion mensuelle d'admission, de suivi et de sortie du dispositif TIPI
- La réunion mensuelle de l'accueil et de la RDR
- La supervision, mensuelle, qui est à mettre en place.

VI. PROJET D'ACTIVITE DE L'ANTENNE CSAPA ARGILE DE GUEBWILLER

A. INTRODUCTION

Les objectifs du Schéma Régional d'Addictologie concernant le CSAPA Argile de Colmar sont les suivants :

- **Mettre en place à Guebwiller une antenne du futur CSAPA spécialisé drogues illicites de Colmar géré par Argile, en articulation étroite avec le futur CSAPA alcool.**
- **Mettre en place à Guebwiller une consultation jeune consommateurs qui s'inscrira dans l'antenne du futur CSAPA spécialisé drogues illicites de Colmar géré par Argile.**
- **Développer la collaboration entre RMS et Le Cap pour la mise en place d'une microstructure.** La mise en place de cette microstructure se fera à moyens constants (mise à disposition de temps de psychologue et de travailleur social par Le Cap et redéploiement de moyens par RMS). Elle fera l'objet d'une convention avec Argile et les HCC, positionnant la microstructure comme un relais privilégié.
- **Renforcer la mobilisation des médecins généralistes et des pharmaciens par des temps de sensibilisation/formation autour de la substitution et des modalités pratiques de prescription et de délivrance des traitements de substitution aux opiacés, en particulier de la méthadone, ainsi que de la réduction des risques.**
- **Renforcer les compétences des personnels hospitaliers en matière de prise en charge des patients toxicomanes, de traitements de substitution ainsi que de réduction des risques.**
- **Identifier les associations d'aide aux personnes en difficulté avec une ou plusieurs substances psychoactives intervenant sur la zone de proximité et définir précisément leur rôle et leur place en matière d'accompagnement.**
- **Réaliser un état des lieux pour vérifier l'opportunité de la mise en place d'un CAARUD mobile départemental et identifier la forme qu'il pourrait prendre sur le territoire de Guebwiller en fonction des besoins identifiés, de l'implication des professionnels de santé, du contexte.**
- **Réaliser un état des lieux des compétences mobilisables en matière de prévention des conduites addictives et déterminer la place des associations de soutien aux personnes en difficulté avec l'alcool en la matière.**
- **Réfléchir à l'expérimentation d'un dispositif pilote sur cette zone, allant de la prévention aux soins en passant par la réduction des risques, avec évaluation à la clé.**

B. LA PHASE DE CREATION DE LA STRUCTURE

La mise en place d'une antenne CSAPA Argile spécialisée « drogues illicites » sur Guebwiller incluant une consultation jeunes consommateurs devra faire l'objet de réunions préalables avec les partenaires locaux – travailleurs sociaux, médecins généralistes, hôpital, psychiatrie, justice, Education Nationale, professionnels de première ligne intervenant auprès des jeunes, acteurs de prévention ... (par le biais éventuellement du Carrefour Santé) - ainsi que l'équipe du futur CSAPA spécialisé alcool pour réfléchir à la forme et à l'ampleur qu'ils doivent prendre en fonction des besoins identifiés, à leur localisation, aux articulations à développer entre le médico-social, le social, l'hôpital et la ville.

Et c'est en étroite collaboration que les deux antennes CSAPA articuleront leurs activités.

1. PRISES DE CONTACT

L'ensemble des réunions nécessaires à la mise en place devra tenir dans un calendrier d'un an entre septembre 2009 et juin 2010.

Les objectifs de ces réunions seront :

- Présenter les orientations du schéma régional pour cette zone de proximité
- Présenter les missions et les activités du CSAPA en projet
- Proposer les articulations avec le maillage social, sanitaire et médico-social existant
- Recueillir les avis, les propositions, et les intégrer dans le projet, ou adapter le projet en conséquence

L'ouverture de l'antenne est prévue pour fin 2010.

2. RECHERCHE DE LOCAUX

L'antenne du CSAPA sur Guebwiller devant assurer le cahier des charges minimal d'un CSAPA, il convient de prospecter, de trouver et d'emménager des locaux en ville, d'accès discret, accessibles aux handicapés et permettant de disposer :

- D'un espace d'accueil
- D'un espace pour le PES
- D'un cabinet médical
- D'une infirmerie
- D'un bureau de travailleur social
- D'un bureau pour la consultation jeunes consommateurs
- D'un bureau pour un chef de service
- D'une salle de réunion
- D'un espace pour le matériel de nettoyage

3. CONSTITUTION DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Dans les mêmes temps que la recherche de locaux, il conviendra de procéder au recrutement de l'équipe. Le cahier des charges au niveau d'une équipe pluridisciplinaire minimale pour démarrer l'activité de l'antenne est le suivant :

- Un médecin à 0,5 etp
- Un chef de service à 0,5 etp
- Une infirmière à 0,5 etp

- Un psychologue à 0,5 etp pour l'antenne et la consultation jeunes consommateurs
- Un éducateur à 0,5 etp
- Une assistante de service social à 0,5 etp
- Un éducateur pour la consultation jeunes consommateurs à 0,5 etp déjà financé dès 2009.
- Un temps de comptable à 0,1 etp
- Une technicienne de surface à 0,3 etp

A titre d'information, les personnes prévues sur les postes de médecin, de psychologue, d'infirmière, et d'éducateur sont déjà fortement pressentis, et donc prêts à être pourvus.

C. L'ACTIVITE PREVISIONNELLE DE L'ANTENNE CSAPA

La création de l'antenne et son ouverture se fera sur la base du cahier des charges du CSAPA Argile de Colmar, mais de manière minimale pendant la montée en charge de la structure.

Comme à Colmar, cette antenne sera spécialisée drogues illicites, et comme prévu dans la convention avec le CSAPA des HCC des Hôpitaux Civils de Colmar, qui lui sera spécialisé toutes addictions sauf drogues illicites, la collaboration sera très étroite.

Les missions de première intention de l'antenne seront :

- L'accueil et l'information
- L'évaluation médicale, psychologique et sociale
- L'orientation
- La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative avec l'ensemble des traitements de substitution
- La consultation jeunes consommateurs

Leur mise en place doit intervenir de manière globale et au même moment, à l'exception de la consultation jeune consommateurs qui aura déjà commencé à fonctionner dès 2009, permettant ainsi de prospecter et de mailler des partenaires, de manière à ce que l'ouverture de la structure s'inscrive naturellement dans le paysage local.

Le démarrage concomitant des quatre premières missions s'explique de part la prise en charge méthadone. En effet, pour initialiser des traitements, il faut accueillir (au minimum avec trois plages d'accueil, et sur RDV), informer, procéder à l'évaluation médicale, psychologique et sociale, préparer le démarrage de traitement, démarrer le traitement, et dans sa phase d'initialisation, voir les personnes deux fois par jour pendant au moins une semaine, le temps que la personne soit stabilisée. (Les horaires sont à déterminer)

Cela signifie à minima un fonctionnement comme suit :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	Substitution	Substitution	Substitution Accueil	Réunion d'équipe Substitution	Substitution
Après-midi	Substitution Accueil		Permanence consultation jeunes consommateurs	Accueil	

Enfin, concernant chacune des missions et des activités, elles seront menées conformément aux principes, valeurs, fiches action et protocoles en vigueur au CSAPA de Colmar.

VII. ACTIVITES COMPLEMENTAIRES EXISTANTES

A. PREVENTION, FORMATION ET RECHERCHE

1. LA PREVENTION

Argile mène des actions de prévention et de sensibilisation auprès de divers publics, notamment les lycéens de Colmar. N'ayant plus de poste financé depuis 2001, le CSAPA n'intervient plus qu'à la demande.

2. LA FORMATION

Le CSAPA mène des formations de manière ponctuelle : à citer la formation de l'équipe du Foyer d'Acton Educative en 2006, et une demande de formation du Centre d'Action Educative en 2009.

Au sein d'ACME, le directeur de Argile, et le directeur adjoint de Espace Indépendance ont formé quatre CSST parisiens (Charonne, Gaia, Horizons et Nova Dona) au référentiel d'évaluation interne ACME.

VIII. PROJET D'ACTIVITES COMPLEMENTAIRES :

A. FORMATION

Argile est entrain de déposer une demande d'agrément d'organisme de formation.

En effet, l'ancienneté de l'association (créée en 1980), en fait la plus ancienne structure de prise en charge en matière de toxicomanie sur le département, et la capitalisation de près de 30 ans d'expérience, assorti d'un engagement fort dès les premières heures de la réduction des risques, place l'association en position légitime, tant au niveau des connaissances, du savoir et du savoir faire, pour dispenser des formations.

En terme d'ingénierie de formation, de création de modules, et donc d'un catalogue de formation, les compétences existent au sein de l'association, notamment au niveau de la direction, dont c'était la profession première.

La priorité sera placée sur la formation notamment en matière de réduction des risques auprès de l'ensemble des intervenants du secteur qui se destinent à créer des CSAPA incluant la réduction des risques. Dans ce sens, une collaboration étroite avec Espace Indépendance est envisagée.

B. IMPLANTATION D'UN TOTEM SUR COLMAR

Depuis 2002, Argile a inscrit l'implantation d'un distributeur échangeur de seringues sur Colmar dans ses orientations. Cet objectif figurant également dans le schéma régional d'addictologie, l'ensemble des partenaires pressentis sur ce projet seront conviés à une réunion en 2010, afin de poser les bases de ce programme.

L'objectif est d'aboutir à la rédaction d'un projet en 2010, avec une mise en œuvre à l'horizon 2011.

C. IMPLANTATION D'UN DISPOSITIF D'HEBERGEMENT POUR DETENUS SOUS BRACELETS ELECTRONIQUES SUR LA JURIDICTION DE COLMAR – SELESTAT

Le CSAPA Argile est en cours de discussion avec le SPIP de Colmar pour monter un projet d'hébergement de toxicomanes équivalent à TIPI, avec pour différence fondamentale le fait que les bénéficiaires seraient sous régime pénitentiaire via le port de bracelets électroniques.

La zone d'implantation de ce dispositif est le ressort géographique de la zone judiciaire de Colmar, qui englobe Sélestat, et selon le SPIP, c'est sur Sélestat qu'il faudra implanter la majorité des appartements du dispositif. Lequel sera par ailleurs financé essentiellement par le Ministère de la Justice.

D. LA REFLEXION SUR L'OPPORTUNITE D'OUVRIR UN CAARUD A COLMAR

Cette réflexion inscrite dans le schéma régional débutera dès 2010, avec la réunion des partenaires concernés pour présenter les missions d'un CAARUD, et procéder à un état des lieux des besoins.

Sachant d'ores et déjà qu'en 2008, les 188 personnes qui fréquentent l'accueil du CSAPA ne sont pas engagées dans une démarche de soins et viennent essentiellement pour le PES, ce qui correspond à une population type pour un CAARUD.

L'objectif est de compléter l'état des lieux et de monter le projet à l'horizon 2011, en vue d'un passage en CROSMS vers 2012.

E. LA REFLEXION SUR L'OPPORTUNITE D'UN CAARUD MOBILE DANS LE HAUT-RHIN

Cette réflexion inscrite dans le schéma régional débutera dès 2011, avec la réunion des partenaires concernés pour présenter les missions d'un CAARUD, et procéder à un état des lieux des besoins.

L'objectif est de mener une étude dans chaque zone de proximité pressentie, d'élaborer un cahier des charges ad hoc, et de monter un projet pour le déposer en CROSMS en 2012 ou 2013.

IX. LES MODALITES D'EVALUATION :

A. INTRODUCTION

Au moment de l'écriture de ce projet d'établissement les modalités d'évaluation ne sont pas fixées. Néanmoins, pour prendre date, et objectivement, Argile , conjointement avec Le Cap et Espace Indépendance, dans le cadre de ACME, a démarré une évaluation interne en 2008, et il existe déjà des éléments d'évaluation quantitatives et qualitatives qui devront certes être adaptées aux textes à paraître, mais qui n'en constituent pas moins un socle sur lequel l'activité du CSAPA peut d'ores et déjà être évaluée.

B. L'EVALUATION ANNUELLE

1. LES RAPPORTS STANDARDISES

Notre activité est évaluée régulièrement à partir de différents outils supports de recueil et d'analyse de données de données quantitatives et épidémiologiques que nous remplissons annuellement :

- RECAP : outil destiné aux CSST, élaboré par l'OFDT
- Rapport d'activité annuel type s CAARUD, élaboré par l'OFDT
- Rapport d'activité type CSST en ambulatoire destiné à la DGS.
- Rapport d'activité type CSST avec hébergement destiné à la DGS

Ces outils sont destinés à être adaptés par la Tutelle.

2. LE RAPPORT D'ACTIVITE ANNUEL

LE CSAPA étant géré par une association, il est écrit chaque année un rapport d'activité annuel de l'ensemble des activités gérées par Argile. Ce rapport est quantitatif, qualitatif, et donne des éléments de constats de terrain, d'analyse et d'orientation de l'activité.

Il est diffusé auprès de l'intégralité de nos partenaires, financeurs, élus, et donné à tout stagiaire, ou à toute personne qui vient à Argile pour une raison professionnelle, ou par pur intérêt pour l'association.

C. L'EVALUATION INTERNE

1. INTRODUCTION

Le CSST ne dispose pas encore des résultats de son évaluation interne, pour les raisons suivantes :

- Il n'existe pas aujourd'hui de référentiel spécifique aux CSST.
- Le seul référentiel de référence existant fut défini au sein d'ACME (Association des Centre Méthadone de l'Est) et en collaboration avec la DDASS, et a été élaboré en 2006 et 2007.
- 2008 a été l'année d'expérimentation du référentiel et les données ne sont connues que pour une année, ce qui ne permet pas de mesurer les écarts.

Néanmoins, il est présenté ci-après les objectifs, les indicateurs et les méthodes d'évaluation de ses activités et de la qualité de ses prestations que l'établissement se propose de mettre en œuvre conformément au premier alinéa de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

2. LE REFERENTIEL D'EVALUATION INTERNE ACME

Un positionnement de l'évaluation

« La qualité du rapport aux usagers sera le pivot de l'évaluation des établissements et services »

J-F. Bauduret et M. Jaeger, *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2^{ème} éd. 2004

L'évaluation est une obligation : elle regarde la réalisation périodique d'une interrogation interne des pratiques et de l'organisation (tous les 5 ans avec l'évaluation interne, tous les 7 ans avec l'évaluation externe). Elle s'effectue sous forme d'une interrogation, d'une mesure des écarts entre des références et des réalités et transmission de ses enseignements aux autorités de référence.

L'article 22 de la loi du 2 janvier 2002 est codifié dans l'article L.312-8 du Code de l'Action sociale et des familles qui indique :

- *« Les établissements et services mentionnés à l'article L312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation. »*
- *« Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. La liste de ces organismes est établie par arrêté du ministre chargé de l'action sociale, après avis du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Elle doit être effectuée au cours des sept années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci. »*

L'évaluation est une démarche de progrès : elle revêt en effet une approche compatible avec la culture d'accompagnement d'utilisateur, une culture médico-sociale. Elle ne peut être une simple transposition des logiques marchandes et rationnelles repérables dans les entreprises privées. Elle est tant un processus de communication interne et externe, une démarche dynamique associant les acteurs, qu'une construction formelle.

Ce positionnement est confirmé par le CNESMS (cf. note d'orientation du 10/11/05) : « *Toute évaluation portant sur un service ou un établissement social ou médico-social instaure un processus global et cohérent de conduite du changement, dans l'optique de l'amélioration continue de la qualité des prestations. Pour ce faire, elle comporte nécessairement plusieurs entrées* ». « *Elle vise à apprécier comment se situe la structure au regard des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles* ». « *Elle adopte une vision globale de la structure et de son contexte* ».

La démarche ainsi déclinée n'a pas une vocation exhaustive : baliser l'intégralité des pratiques et de leur qualité. Elle a pour vocation au contraire d'entrer dans une approche stratégique de la qualité (les éléments essentiels et la dynamique globale). Elle a néanmoins comme priorité l'axe du droit et de l'implication des usagers, conformément à l'esprit et la lettre de la loi du 2 janvier 2002 (cf. note d'orientation du CNESMS du 24/01/06).

Dans le prolongement de cette approche, l'objectif de l'évaluation doit être compris par les acteurs internes : responsables ou salariés. Il ne s'agit pas en effet de montrer l'excellence, éventuellement en passant sous silence les points de difficultés, de son organisation. Il s'agit de se mettre en mouvement, en démarche de progrès, y compris par sa capacité à identifier des points de difficultés et à les assumer.

L'évaluation s'appuie sur des supports : ces derniers sont d'ordre interne (projet, repères de bonnes pratiques, règlements, guide conceptuel ou méthodologique des interventions), ou externe (« références, recommandations et procédures de bonnes pratiques professionnelles »), validées par le Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale). Le CNESMS indique ainsi (cf. note d'orientation du 24/01/06) que :

« **La recommandation** » est centrale et formulée en amont :

Elle vise à expliciter les valeurs, à rappeler les grandes orientations et à donner le sens, elle doit être construite à partir de la « plus value » qu'elle apporte à l'utilisateur et elle doit être tenue pour adaptable et évolutive. Elle concourt donc à une véritable dynamique d'évolution des pratiques et des dispositifs. Elle constitue le socle de la validation de la bonne pratique.

« **La référence** » peut se définir comme l'énoncé d'une exigence au regard des objectifs à atteindre :

Elle est rédigée sur le mode affirmatif et de façon positive.

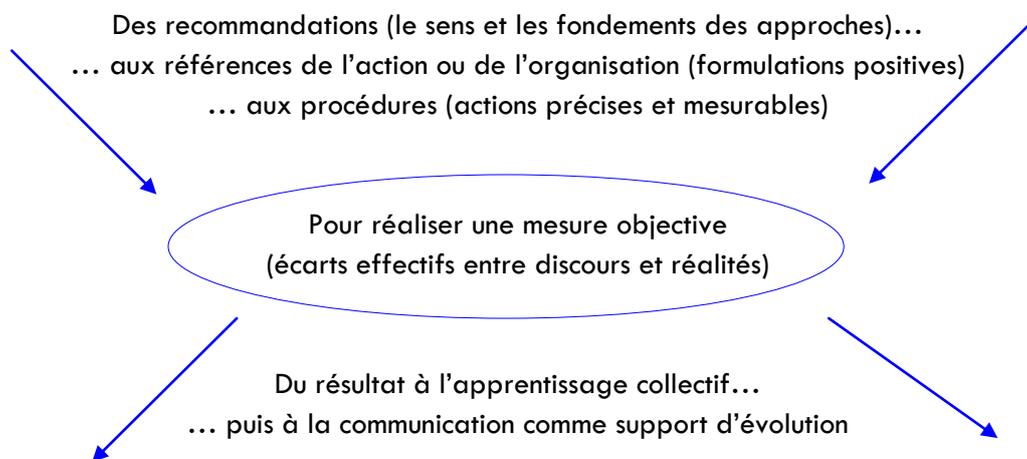
« **La procédure** » s'inscrit dans un cadre et une démarche qui a un sens :

Elle permet de décrire une séquence ordonnée d'activités ou d'interventions mises en œuvre dans une situation définie.

La méthodologie générale de l'évaluation...

L'évaluation est une mesure d'écart entre des repères préalablement définis (recommandation, références et procédures externes ou internes) et une réalité. Cette pratique suppose : une identification des repères, une réelle mesure (et non une estimation subjective ou floue), un apprentissage collectif avec implication des acteurs internes à partir des données de cette mesure et d'une reprise des fondements, la prévision des objectifs d'amélioration, une démarche de

communication. Elle peut également comprendre une implication des usagers, par prise en compte de leur point de vue sur certains items.



... et sa déclinaison pratique

La démarche travaillée avec les CSST engagés dans l'action de recherche s'est inscrite dans une construction précise :

- **Un cadre général** pour l'action auprès d'utilisateur des CSST ou pour leur organisation. Il est traduit dans 6 champs d'expression organisés par chapitres : *Chapitre C. Un cadre institutionnel identifié ; Chapitre U. L'utilisateur et son projet ; Chapitre M. La prévention et le traitement de la maltraitance ; Chapitre S. Une qualité de service ; Chapitre O. Une qualité de l'organisation ; Chapitre T. Une place et implication dans une dynamique territoriale.*
- **L'échange** sur des « recommandations », dans chacun de ses chapitres, autour du sens à promouvoir dans l'action et l'organisation.
- **La formulation** de « références » (entre 5 et 7 par chapitre) ou plus précises.
- **La traduction** en « procédures » avec, pour chacune d'entre elles, leur déclinaison dans un mode de mesure des écarts entre ces dernières et la réalité, dans la prévision d'une analyse et enseignements de ces écarts, dans la formulation d'axes de progrès.
- **La prévision** d'un plan de travail sous forme de récapitulatif des actions de mesure à réaliser, dans un calendrier établi.
- **L'élaboration** d'un support de communication.

L'évaluation portera sur 6 recommandations ou axes :

- Un cadre institutionnel identifié
- L'utilisateur et son projet
- La prévention et le traitement de la maltraitance
- La qualité de service
- La qualité de l'organisation
- L'implication dans une dynamique territoriale

Chaque axe se décline en 5 ou 6 références, concernant l'ensemble des aspects qualitatifs de l'activité de la structure au regard d'une démarche qualité et du projet d'établissement. Chaque référence se décline en deux ou plusieurs procédures permettant de mesurer des écarts.

Au total, le référentiel comprend environ 150 procédures évaluables pour les deux tiers d'entre elles chaque année sur 5 ans, et pour un tiers d'entre elles en fin de période (une fois tous les cinq ans)

3. LA MISE EN ŒUVRE

L'évaluation sera conduite au regard des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles disponibles et notamment les recommandations de l'ANESM qui correspondent au référentiel d'évaluation interne ACME.

L'évaluation sera finalisée tous les 5 ans et donnera lieu à la rédaction d'un rapport transmis à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

L'évaluation sera assurée grâce au système de recueil et de traitement des données dont les caractéristiques générales sont décrites ci-après :

- sources de données : dossiers des personnes accueillies, registres légaux, enquêtes de satisfaction, comptes-rendus des séances des instances internes, etc.
- recueil des données : pour chaque thème évalué, il sera établi successivement :
 - une feuille de recueil des données,
 - une sélection de l'échantillon à étudier,
 - un test d'objectivité, de fiabilité et de disponibilité des données à recueillir,
 - le recueil des données à proprement parler,
- un contrôle de qualité des données.
- analyse des résultats : sur la base des données recueillies, il sera dressé un bilan qui comprendra, pour chaque thème évalué :
 - la répartition des observations complètes, incomplètes, absentes ou inexploitables,
 - l'analyse globale des résultats,

- la comparaison avec les standards (valeurs cibles) définis au préalable,
- l'identification des écarts,
- l'interprétation des écarts
- l'exposé des mesures prises pour corriger les éventuels écarts constatés.

L'évaluation sera menée en interne par un comité *ad hoc*, composé de la manière suivante :

- le directeur
- un salarié de la structure
- un salarié d'un autre établissement
- un administrateur
- un représentant des usagers

D. L'ÉVALUATION EXTERNE

Au moment de l'écriture du projet, les modalités de l'évaluation externe pour les structures relevant de l'addictologie ne sont pas parues.

Néanmoins il convient de préciser que cette évaluation interviendra au bout de sept ans de vie du CSAPA, soit en 2016.

X. BESOINS MATERIELS ET HUMAINS NECESSAIRE A LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

A. LES BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES

1. ORGANIGRAMME PREVISIONNEL DU CSAPA ARGILE DE COLMAR

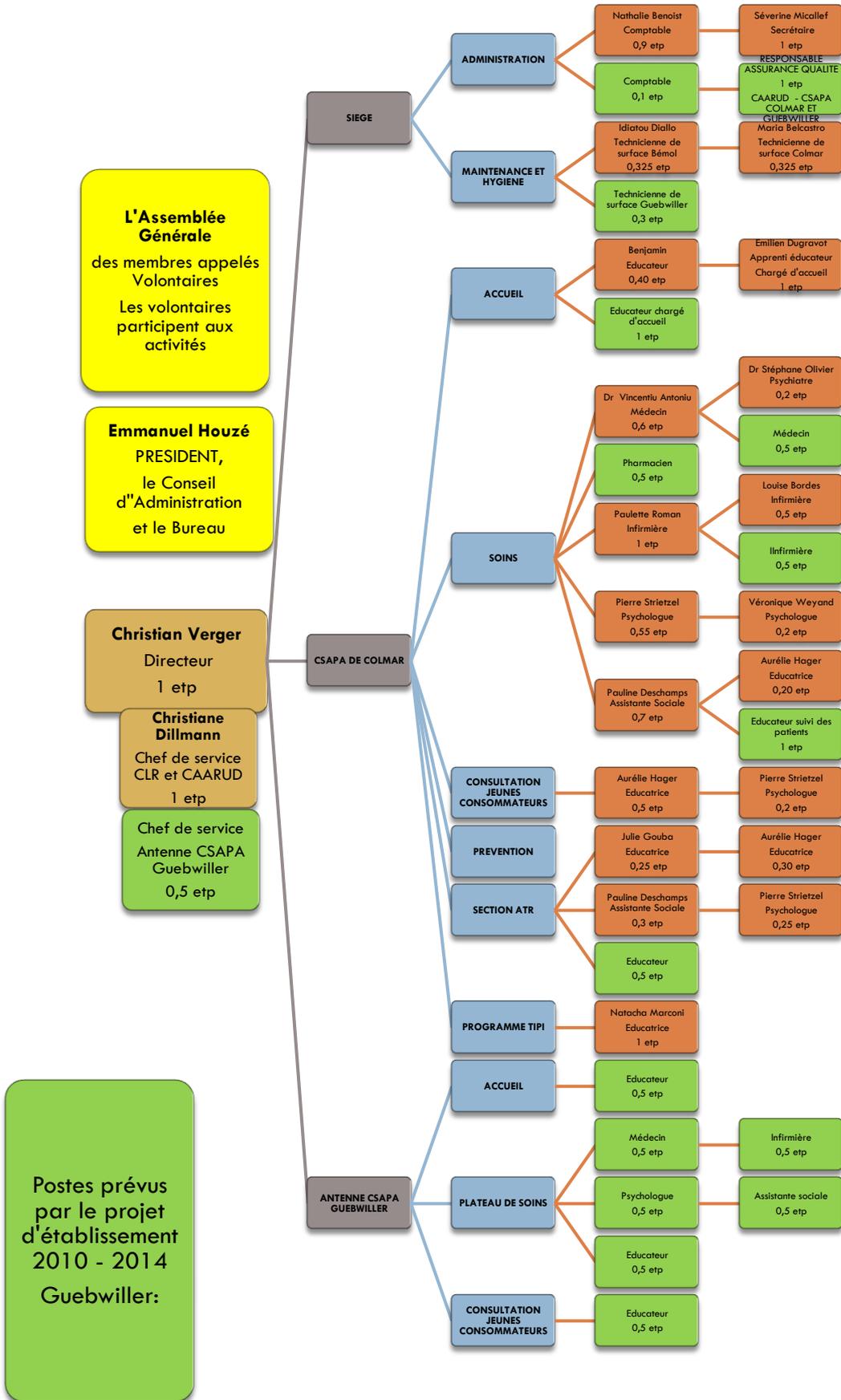
L'organigramme prévisionnel sur la page suivante comprend l'existant, et en vert, les créations de postes supplémentaires nécessaires pour mettre en œuvre le projet d'établissement, à savoir :

Sur Guebwiller : 4,3 etp répartis comme suit :

- 0,5 etp médecin
- 0,5 etp IDE
- 0,5 etp éducateur
- 0,5 etp AS
- 0,5 etp psychologue
- 0,1 etp comptable
- 0,5 etp chef de service
- 0,2 etp responsable assurance qualité
- 0,3 etp de technicienne de surface

Sur Colmar, 4,5 etp répartis comme suit :

- + 0,5 etp de médecin, + 0,5 etp d'IDE pour augmenter la couverture médicale
- Pharmacie : 0,5 etp de pharmacien
- Couverture éducative suivi des patients: 1 etp d'éducateur
- Couverture éducative de l'accueil : + 1 etp d'éducateur
- Couverture éducative des ATR : + 0,5 etp d'éducateur
- 0,5 etp responsable assurance qualité



B. LE PROJET ARCHITECTURAL

1. CSAPA ARGILE DE COLMAR

S'agissant des locaux actuels, il faudra prévoir le réaménagement complet des locaux pour accueillir les nouveaux salariés, en transformant notamment :

- Le rez-de chaussée, actuellement dévolu à l'accueil, en espace de soin (médecins, infirmerie salle d'attente et pharmacie)
- Le premier étage en bureaux, salle de réunion plus grande que l'actuelle, archives administratives et archives patients

Et en étendant l'occupation des locaux au rez-de chaussée, dans le même bâtiment pour installer l'accueil et le PES.

(Des plans sont joints au projet d'établissement)

2. CSAPA DE GUEBWILLER

S'agissant d'une création de structure, les locaux (10 pièces au minimum, soit environ 170m² avec les couloirs, et sanitaires) devront être configurés pour accueillir :

- L'espace d'accueil
- Le PES
- L'infirmerie
- Le cabinet médical
- La consultation « jeunes consommateurs »
- Le bureau de l'éducateur
- Le bureau de l'assistante sociale
- Une salle de réunion
- Un bureau pour le chef de service
- Un local technique

XI. ANNEXES:

A. LES CONVENTIONS

Celles-ci sont indiquées dans le chapitre consacré au partenariat page 23, et les conventions signées sont jointes au projet d'établissement.

Nous avons décidé ci-dessous de ne reproduire que le texte de la convention entre les deux CSAPA de Colmar, texte qui est quasiment définitif et fera l'objet d'une signature courant 2009.

PROJET DE CONVENTION ENTRE LES 2 CSAPA DE COLMAR

INTRODUCTION

Sur le Secteur Sanitaire de Colmar et environs (Secteur 3), le CSAPA des HCC accueille, oriente, assure un accompagnement thérapeutique médico-psycho-social, en ambulatoire chaque fois que cela est possible, pour toutes personnes en difficulté avec une conduite addictive, en particulier lorsque cette personne souffre d'une relation pathologique et/ou problématique avec l'alcool..

Le CSAPA des HCC proposera aussi, avec une augmentation de ses moyens, un accueil, une orientation et des soins pour les personnes souffrant de TCA ou d'addiction sans produit.

L'accueil, l'écoute, l'orientation et les soins sont aussi proposés aux proches des personnes addictées qui le souhaitent.

Le CSAPA des HCC est articulé étroitement dans son fonctionnement avec l'unité de Tabacologie et avec l'Equipe de Liaison en Addictologie des HCC (Alcool, Tabac, Toxicomanies et TCA). Il est ainsi articulé avec tout le dispositif d'Hospitalisation des HCC, y compris le SAU, l'HDJ Addiction.

Le CSAPA des HCC travaille en collaboration régulière avec le CSAPA-Argile de Colmar qui accueille et accompagne en particulier les Usagers de Drogues illicites sous le mode ambulatoire (en appartements thérapeutiques, pour certains) qui assure la substitution aux Opiacés (TSQ) et qui assure un travail diversifié de Réduction des Risques.

Il est convenu entre les deux CSAPA de Colmar :

1. qu'une réorientation d'un consultant peut être proposée, vers l'un ou l'autre des CSAPA, si elle paraît adaptée et pratique en fonction de l'addiction dominante du consultant ;
2. qu'une collaboration entre différents professionnels des deux CSAPA peut aussi être organisée au bénéfice du consultant.

Dans les deux cas, un échange téléphonique et/ou par courrier a lieu entre les professionnels concernés des deux CSAPA avec l'accord du consultant

3. que le CSAPA des HCC peut prendre le relais des soins quand il s'agit de **préparer et d'organiser un temps d'hospitalisation** en particulier pour :
 - certains sevrages d'alcool et/ou de drogues illicites et/ou de médicaments ;
 - des initialisations sur hospitalisation courte de TSO, en particulier à la Méthadone, lorsque la formule hospitalisation paraît plus adaptée à la situation du toxicomane à substituer ou lorsque celui-ci demande l'hospitalisation ;
 - des bilans somatiques complexes nécessitant le recours au plateau technique hospitalier ;
 - des bilans psychologiques et/ou psychiatriques nécessitant une observation sur plusieurs jours, entraînant parfois une réorientation de la thérapeutique, dont la thérapeutique médicamenteuse.

4. que le CSAPA des HCC, en lien étroit avec l'Equipe de liaison en Addictologie des HCC, peut adresser ou ré adresser au CSAPA Argile, pour un suivi ambulatoire, un sujet toxicomane qui aurait été hospitalisé, puis serait déclaré sortant de l'Hôpital, quelque soit la raison initiale de l'hospitalisation (articulation avec le SAU).

5. que les deux CSAPA (Argile et HCC) organiseront chaque fois que nécessaire une Collaboration au bénéfice d'un sujet en difficulté avec une conduite addictive lorsqu'il se trouve incarcéré ou lorsqu'il s'agit de préparer sa sortie de prison (en lien avec le SPIP et l'UCSA).

6. que les deux CSAPA (Argile et HCC) organiseront une collaboration au bénéfice des consultants sur les antennes décentralisées.

7. que dans le but d'échanger sur la pratique :
 - les professionnels des deux CSAPA communiqueront facilement au sujet de consultants communs, avec l'accord de ceux-ci ;
 - que les CSAPA pourront se rencontrer lors de la réunion mensuelle de la Filière Addiction des HCC;
 - les professionnels des deux CSAPA partageront chaque trimestre une demi-journée en commun pour partager des formations et pour échanger :
 - sur les pratiques ;
 - sur les connaissances nouvelles ;
 - sur des cas cliniques que des professionnels d'un CSAPA pourront expérimenter sur des périodes (de 2-3 jours), le mode de travail de l'autre CSAPA.

CONCLUSION

Cette convention a pour objectif de permettre aux 2 CSAPA de Colmar :

- d'offrir au public en difficulté avec une ou des addictions, leurs compétences et leurs spécificités ;

- de fonctionner de manière très ouverte sur la ville et sur les territoires, en bonne harmonie et collaboration réciproque pour qu'un sujet, ou l'un de ses proches, puisse franchir une porte ou l'autre, assuré d'une écoute et d'une proposition d'aide adaptée.

B. AUTRES COLLABORATIONS

1. MEDECINS GENERALISTES ET PHARMACIENS

Le CSAPA de Colmar travaille en étroite collaboration avec quatre médecins généralistes, dont deux assurent des vacations de remplacement en cas de vacance du titulaire (congs, maladie, ou vacance de poste)

8 pharmacies sur Colmar constituent le cercle le plus proche de collaboration dans le cadre des relais.

Régulièrement, Argile organise des soirées de formation continue en collaboration avec les laboratoires Bouchara Recordati et Shering Plough à destination des médecins et pharmaciens du centre Alsace. Et ce sont environ une quarantaine de pharmaciens, et quelques médecins qui viennent à ces soirées.

L'objectif est de développer un réseau de prise en charge en ville et dans les zones rurales, en plaçant le CSAPA comme pôle ressource pour les libéraux, permettant ainsi d'informer, de conseiller, ou de reprendre temporairement un patient pour un ajustement de traitement, ou un recadrage.

2. RMS

Nous travaillons en étroite collaboration avec la microstructure médicale du Dr Mulberg à Colmar, lequel fait partie d'ailleurs des médecins vacataires intervenant sur le CSAPA.

3. LE COREVIH

Argile est représenté es qualité par son directeur au sein du COREVIH.

4. LE PRAPS

Argile est inscrit depuis près de 10 ans dans les travaux du PRAPS, et participe activement, notamment dans la commission exclusion et réseaux.

5. ACME

Argile est membre de ACME (Association des Centres Méthadone de l'Est) depuis sa création en 1998. Depuis 2005, le directeur du CSAPA en est le Président sur mandat de son conseil d'administration.

C. LE LIVRET D'ACCUEIL ET LE REGLEMENT INTERIEUR

Le livret d'accueil, qui comprend le règlement intérieur, existe pour le CSST. Il sera revu et adapté au projet d'établissement pour être imprimés et prêts pour le début 2010.

A titre indicatif nous joignons l'exemplaire actuel du livret d'accueil. L'esprit restera le même.

D. LE CONTRAT DE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

CONTRAT DE PARTICIPATION AU PROGRAMME METHADONE

Entre

Madame, Mademoiselle, Monsieur.....

Et l'équipe du Centre

Je soussigné(e).....né(e) le.....

certifie que les renseignements que j'ai donnés dans mon bilan d'admission sont exacts, en particulier que ma dépendance aux opiacés est avérée, actuelle et de longue durée et que j'ai tenté à plusieurs reprises et sans succès de me désintoxiquer.

J'accepte une prise en charge avec l'aide de la Méthadone comme moyen me permettant :

- un maintien ou une réinsertion sociale
- d'éviter une aggravation des troubles physiques ou psychiques
- d'éviter le risque d'overdose
- d'atteindre mon objectif, vivre sans drogue.

J'ai pris note de l'importance d'un traitement à long terme et me soumetts aux contraintes qu'il exige :

- Je m'engage à quitter totalement le milieu des stupéfiants et à cesser toute consommation de drogues opiacées, psychostimulantes ou autres, de médicaments détournés de leur usage, d'alcool utilisé comme une drogue.
- Je m'engage à ne pas me faire prescrire de la Méthadone (ou autre produit de substitution) dans un autre centre ou une autre structure

- Je suis informé(e) qu'en prenant de la Méthadone, j'utilise une substance qui maintient une dépendance physique et psychologique et qui, par conséquent, nécessite une prise sous contrôle médical et une posologie adaptée.
- J'accepte de me rendre tous les jours ouvrables au Centre et de respecter mon heure de rendez-vous pour la prise de Méthadone et pour les entretiens. La Méthadone ne sera pas délivrée en dehors de l'heure fixée. Elle me sera confiée pour les dimanches et jours fériés et sera sous ma responsabilité. En cas de perte de flacons, ils ne pourront être remplacés. Je devrai restituer les flacons vides, même brisés.
- J'accepte les contrôles biologiques imprévisibles ou non faisant partie intégrante de la prise en charge.
- Je m'engage à participer aux entretiens et bilans-synthèses que me seront proposés. La seule prise de Méthadone ne peut suffire à atteindre une qualité de vie aussi satisfaisante que possible.
- La réussite du traitement suppose un suivi psychologique et un soutien social auxquels je m'engage à participer activement.
- Je m'engage à n'avoir aucune conduite d'agressivité ou de violence et aucune conduite de délinquance en général (trafic, vol ou toute acte délictueux dans le Centre ou son périmètre, dans le cabinet médical du médecin libéral qui assure le relais ou dans l'officine du pharmacien) Aucune conduite de dissimulation ne sera tolérée.
- Je dégage mes thérapeutes de toute responsabilité en cas d'accident survenu de mon fait.
- Je m'engage à respecter le règlement intérieur du Centre.

Les résultats des examens et l'évolution individuelle seront communiqués à l'équipe médico-psychosociale de Argile qui décide donc de l'inclusion et du maintien dans le projet de soins par la Méthadone.

Le début du traitement, commencera toujours un lundi entre 10h et 10h30, le planning du restant de la semaine vous sera communiqué par les infirmières. Le non respect de ces horaires induira le report à une date ultérieure de cette initialisation.

L'équipe s'engage à mettre en œuvre le traitement dans le projet de soins par la Méthadone.

Si les exigences de ce contrat thérapeutique ne sont pas respectées (y compris :

- la répétition d'absences injustifiées aux rendez-vous donnés et acceptés,
- manipulation frauduleuse des produits de substitution, de leur contenant, des urines etc. .)

ce contrat sera rompu et la prise en charge dans le cadre du projet Méthadone cessera.

Néanmoins, l'exclusion d'un protocole de traitement par Méthadone est assortie de propositions alternatives et ne met pas fin au suivi médico-psycho-social en cours.

Fait à.....

Signature de l'intéressé(e)

Signature du médecin

E. LE CONTRAT DE SEJOUR

Ci-dessous est reproduit le texte du contrat de séjour en vigueur depuis février 2008 pour toutes les activités d'hébergement de Argile (ATR, TIPI et PARIS)

CONTRAT DE SEJOUR

SIGNATAIRES ET PARTICIPANTS

Entre :

L'association Argile représentée par Christian Verger, Directeur, et par délégation,
par

....., référent(e) du dispositif.....

désigné au présent contrat sous ce vocable,

et

Monsieur/Madame/Mademoiselle

.....désigné au présent contrat sous le
vocable « l'usager »,

il a été conclu un contrat de séjour dans les termes des articles L. 311-4 et D. 311 du code de l'action sociale et des familles, qui définissent les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement, d'une part, et qui détaille la liste et la nature des prestations offertes, ainsi qu'un cadre adapté et négocié avec l'usager de prise en charge et d'accompagnement thérapeutique d'autre part.

Ont participé à l'élaboration du présent contrat de séjour, outre l'usager lui-même ainsi qu'en atteste le document joint en annexe du présent contrat, les personnes dont les noms et qualités sont déclinés ci-après et dont les signatures sont également apposées sur le présent contrat :

- M....., en qualité de.....
- M....., en qualité de.....
- M....., en qualité de.....

Les parties au contrat s'engagent mutuellement à respecter les obligations qui en résultent.

Article « 1 » - OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

L'action du programme..... s'inscrit dans les mission(s) d'intérêt général et d'utilité sociale (actions de soutien thérapeutique adaptées aux besoins de la personne, à ses potentialités, et à son cheminement thérapeutique), menée(s) conformément aux principes déontologiques et éthiques applicables aux établissements de l'association Argile ainsi qu'aux recommandations professionnelles en vigueur, formalisés dans les projets d'établissement.

Dans ce cadre, les programmes d'hébergement de l'association Argile accueillent habituellement, conformément à son agrément, toute personne majeure de 15 ans présentant une addiction aux produits psychotropes, relativement au cahier des charges respectif de chaque programme.

La prise en charge de l'usager, dans les conditions précisées au présent contrat, répond quant à elle aux objectifs définis ci-après :

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES ET DE SOINS : *réduire les risques sanitaires liés à l'usage de produits, accéder aux soins, renforcer chez la personne le désir de prendre soin de soi.*

OBJECTIFS DE VIE : *être mis à l'abri et/ou hébergé, bénéficier d'un accompagnement de proximité dans les actes de la vie courante et d'accession aux droits sociaux, d'un répit ou d'une transition entre plusieurs prises en charge d'autre nature, et pouvoir s'alimenter régulièrement.*

OBJECTIFS DE SOUTIEN ET D'ACCOMPAGNEMENT : *acquérir une autonomie de vie sociale, bénéficier d'un soutien moral et affectif, développer ses compétences, avoir un soutien matériel*

OBJECTIFS EDUCATIFS : *bénéficier d'actions socialisantes permettant d'envisager une réinsertion*

Les objectifs de prise en charge définis au présent article constituent un socle commun d'intervention. Dans le cadre de l'adaptation des objectifs à chaque situation, il est convenu, avec l'usager d'atteindre à la fin du séjour, les objectifs suivants :

- .
- .
- .
- .

Ces objectifs font l'objet d'une synthèse régulière entre les intervenants et l'usager, afin de mesurer le parcours et d'orienter les formes les plus adaptées d'accompagnement. En cas de modification substantielle, les nouveaux objectifs seront précisés par voie d'avenant, conclu dans les mêmes conditions que le présent contrat, après une période

d'observation qui ne pourra être supérieure à six mois, en tout état de cause, ils seront systématiquement réactualisés chaque année.

L'association Argile s'engage à mettre en œuvre toutes les mesures qui lui sont accessibles pour parvenir aux objectifs fixés, sous réserve de la communication de tous les éléments concernant l'utilisateur qui lui sont nécessaires ; de plus, cet engagement ne vaut qu'au travers du ou des avenants et/ou réactualisations ultérieurs, ces documents attestant de l'évolution du projet de l'utilisateur.

Article « 2 » - PRESTATIONS DÉLIVRÉES

Afin de parvenir aux objectifs définis à l'article précédent, l'association Argile s'engage, au jour de la signature du présent contrat à assurer à l'utilisateur les prestations suivantes :

PRESTATIONS DE VIE

- logement de type F pour un hébergement temporaire.
- situé

Ce logement est équipé de meubles et accessoires qui font l'objet d'un inventaire signé à l'entrée et à la sortie du logement, en même temps que l'état des lieux de l'appartement.

.PRESTATIONS DE SOUTIEN ET D'ACCOMPAGNEMENT

- consultations individualisées au centre, fréquence.....
- visites à domicile, fréquence.....

PRESTATIONS THERAPEUTIQUES, DE SOINS ET EDUCATIVES

- réalisation de bilan(s), surveillance médicale régulière, soutien psychologique.
- définition d'un projet individuel : délai

Les prestations ici déterminées sont susceptibles d'évoluer chaque fois que nécessaire.

Article « 3 » - CONDITIONS DE L'ACCUEIL ET DU SEJOUR

Les critères généraux d'admission et de séjour dans le programme..... sont inscrits dans le livret d'accueil remis à l'utilisateur.

L'admission et le séjour de l'utilisateur dans le programme dépendent de l'acceptation par ce dernier des termes du règlement de fonctionnement qui lui a également été

communiqué, document qui définit les obligations individuelles et collectives de l'ensemble des intervenants et des usagers de l'établissement.

Le séjour de l'utilisateur se déroulera, pour les prestations spécifiques prévues dans le présent contrat, dans le respect des différentes règles précitées, auxquelles le contrat de séjour ne peut déroger.

En particulier, il est présentement prescrit :

.....

Article « 4 » - CONDITIONS FINANCIÈRES

Les programmes d'hébergement de l'association Argile sont conventionnés avec la CAF et bénéficient de l'ALT au titre des loyers des logements effectivement occupés.

Dans ce cadre, la participation financière de l'utilisateur aux charges complémentaires (énergie, assurances.....) est, quant à elle, fixée comme suit :

<i>Nature de la prestation</i>	<i>Montant des revenus :</i>	<i>Montant de la participation</i>
<i>Indemnité d'occupation temporaire (IOT)</i>€	<i>10% des revenus, soit.....€</i>
<i>Dépôt de garantie</i>	<i>Deux mois d'IOT</i>€

Les IOT sont versés le jour du mois par tout moyen à la convenance de l'utilisateur. Cependant, le versement en espèce fait l'objet d'un reçu établi par l'intervenant.

En l'absence de dommage subi par l'association Argile, le dépôt de garantie est restitué lors de la sortie.

Les frais d'abonnement et de communication téléphonique sont à la charge de l'utilisateur.

Toutes les autres prestations nécessaires fournies au centre ou par son intermédiaire sont gratuites.

Le versement des IOT est suspendu de plein droit en cas :

- d'hospitalisation ou d'incarcération d'une durée supérieure à un mois de la personne au cours de sa prise en charge,
- de départ définitif volontaire de la personne,
- d'interruption des prestations du fait de l'établissement pour des raisons de force majeure,
- du décès de la personne.

Article « 5 » - DURÉE DU CONTRAT

Le présent contrat est conclu pour une durée de.....

En cas de renouvellement celui-ci est notifié par courrier simple dans un délai de 2 semaines précédant la date d'échéance normale du contrat.

Article « 6 » - MODALITÉS DE RÉVISION DU CONTRAT

Le présent contrat peut être révisé à tout moment et à la demande de chaque partie.

En tout état de cause, le présent contrat est obligatoirement révisé, concernant l'article «1 » et «2 » relatifs, d'une part, à la définition des objectifs de la prise en charge et, d'autre part, à la définition des prestations de prise en charge :

- dans un délai maximal de six mois courant de l'admission de l'usager par voie d'avenant ;
- le cas échéant, chaque année, soit par voie d'avenant, soit par tout autre moyen

Dans toutes les circonstances, la révision du présent contrat de séjour devra obéir aux mêmes conditions que l'établissement du contrat de référence ; en particulier la révision devra intervenir de manière concertée entre l'association Argile et l'usager.

Article « 7 » - MODALITÉS DE RÉSILIATION DU CONTRAT

Le présent contrat prendra fin au terme prévu à l'article 5 supra.

Avant ce terme, le contrat est susceptible d'être résilié dans les cas et aux conditions énumérés ci-après:

- départ définitif volontaire de la personne (dans ce cas, l'usager devra en aviser l'Association par courrier),
- transfert définitif de la personne dans un autre établissement ou service
- inadéquation entre l'état de santé de la personne et les moyens disponibles in situ,
- non-respect avéré des termes du contrat et/ou du règlement de fonctionnement de l'établissement, après mise en demeure de s'y conformer,
- incompatibilité avérée avec la vie en collectivité (troubles persistants du voisinage, bruit),
- actes de violence (physique, verbale, raciste, sexiste, etc.),

- détention d'armes, deal de produits,
- circonstances extérieures de force majeure (incendie, destruction du logement, catastrophe naturelle...),
- décès de la personne. Si le décès de l'utilisateur a lieu dans l'établissement, ce dernier en avertit immédiatement la famille par tout moyen. Dans l'attente d'instructions complémentaires éventuelles, l'établissement s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires au respect des dernières volontés de l'utilisateur. Les prestations cessent d'être facturées le jour qui suit le décès. Il est accordé à la famille un délai de 30 jours pour libérer l'établissement des effets et objets appartenant au défunt. Passé ce délai, une indemnité égale à un mois de prestations sera facturée à la famille par mois de retard ; en outre, l'établissement fera son affaire des objets du défunt après mise en demeure adressé à la famille et restée sans effet.

Sauf dans le cas où le contrat a été résilié pour l'un des motifs précédents l'association Argile s'engage à faire son possible pour orienter l'utilisateur vers une structure adaptée à ses besoins.

En cas de non-respect avéré de l'un ou plusieurs des termes du contrat de séjour (par exemple : non-participation aux activités thérapeutiques programmées), un premier avertissement simple est délivré à l'utilisateur par l'un des membres de l'équipe de prise en charge.

Dans le cas où la situation perdurerait, un deuxième avertissement, avec information de la famille et réévaluation éventuelle du contrat de séjour, est donné à l'utilisateur.

Si ce deuxième avertissement ne suffit pas, il est convoqué une réunion entre les intervenants et l'utilisateur, en présence du directeur de l'Association.

Dans le cas où l'attitude de l'utilisateur demeure la même, l'exclusion est prononcée par le directeur de l'établissement, dans le respect des droits de la personne accueillie, avec versement d'une indemnité compensatrice égale à un mois de prise en charge et avec proposition de remplacement dans un autre établissement ou service.

Article « 11 » - VOIES DE RECOURS

En cas de difficultés soulevées, soit par l'exécution, soit par l'interprétation ou la cessation du présent contrat, les parties s'engagent, préalablement à toute action contentieuse, à soumettre leur différend à la personne qualifiée visée à l'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles La saisine de la personne qualifiée devra s'effectuer dans un délai maximal de deux semaines courant du constat avéré de l'existence d'un différend entre les parties, ce constat pouvant être effectué par tout moyen.

La personne qualifiée s'efforcera de trouver une solution amiable dans un délai maximum de deux à trois semaines à compter de sa saisine.

Selon les circonstances, la personne qualifiée sera chargée d'établir à l'issue du délai précité un procès-verbal de conciliation ou de non-conciliation, dont un exemplaire sera remis à chaque partie.

Sous réserve des dispositions précédentes, les tribunaux du siège de l'Association Argile seront seuls compétents en cas de litige porté au contentieux.

Article « 12 » - COMMUNICATION ET CONSERVATION DU CONTRAT

Le présent contrat, dûment signé, est communiqué en tant que de besoin, à :

➤ .

➤ .

➤

Pour ce faire, au moins un exemplaire du présent contrat, ainsi que tous les documents qui y sont annexés et les avenants et modifications éventuelles ultérieures, sont conservés par l'Association Argile. Cette conservation s'effectue dans des conditions permettant d'assurer le respect de la confidentialité et du secret médical qui sont attachés au contrat de séjour ; dans cette perspective, l'association Argile s'engage notamment à garantir:

- une sécurisation des locaux où sont conservés les documents,
- une protection adaptée des systèmes informatiques,
- une sélection des personnels habilités à traiter les informations,
- la limitation de la diffusion des informations recueillies aux seuls cas légaux et organismes habilités,
- le respect des dispositions relatives à la loi sur l'informatique et les libertés.

Fait àLe

En exemplaires dont :

-pour l'association Argile
- pour l'utilisateur ou son représentant légal
- pour

Signatures :

ANNEXE(S) :

- attestation de participation de l'utilisateur à l'élaboration du contrat
- état des lieux d'entrée
- état des lieux de sortie

**Attestation de participation de l'utilisateur
à l'élaboration du contrat**

Je soussigné (e)

Déclare par les présentes et pour valoir ce que de droit

Que *Monsieur/Madame/Mademoiselle*

a effectivement participé à la conclusion du présent contrat de séjour le concernant, dans les conditions suivantes :

1. L'utilisateur ou le représentant légal a été informé des propositions contractuelles par l'association Argile par écrit/oral le
2. a pu poser des questions sur ces propositions
3. L'utilisateur ou le représentant légal a reçu des réponses claires à ses questions dans les délais requis
4. L'utilisateur ou le représentant légal a pu formuler des propositions de modification
5. L'association Argile « a tenu compte des propositions de l'utilisateur ou du représentant légal » ou « n'a pas pu tenir compte de tout ou partie des propositions de l'utilisateur » pour les raisons suivantes :

Fait à

Le

Signatures :

**ÉTAT D'ENTRÉE DES LOCAUX D'HÉBERGEMENT INDIVIDUEL
MIS À LA DISPOSITION DE L'USAGER
DANS LE CADRE DU PRÉSENT CONTRAT DE SÉJOUR**

Entre :

L'association Argile, représentée par Christian Verger, Directeur et par délégation par M....., référent(e) du programme.....

désigné au présent contrat sous le vocable programme.....,

et

Monsieur/Madame/Mademoiselle

désigné au présent contrat sous le vocable « l'utilisateur »,

Il a été procédé leà l'état des lieux des locaux situés

mis à la disposition individuelle de l'usager en vue de son hébergement au terme
 du présent contrat de séjour.

Rappel de la constitution des locaux (nombre de pièces et destination)

- .
- .
- .
- .
- .

État des locaux

- état des revêtements : *(formuler toute observation pertinente, en distinguant éventuellement le sol, le plafond et les murs)*
- état de la plomberie : *(formuler toute observation pertinente, en distinguant éventuellement les éléments : robinet(s), douche(s), tuyauterie, etc)*
- état des sanitaires : *(formuler toute observation pertinente en distinguant éventuellement les éléments : W-C, douche, baignoire, bidet, lavabo, etc)*
- état des fenêtres et des moyens d'occultation : *(formuler toute observation pertinente en distinguant éventuellement les éléments : carreaux, fermeture, volets, rideaux, stores, etc)*
- éléments immobiliers par destination <*formuler toute observation pertinente en distinguant éventuellement les éléments : décoration, détecteurs d'incendie, installation de climatisation, barres d'appui, rampes d'accès, prises électriques, éléments de chauffage, etc*

Inventaire et état du mobilier et des accessoires :

- *l'inventaire est agrafé à l'état des lieux et signé par les parties*
- *(formuler toute observation pertinente, en fonction du mobilier présent)*

A REMPLIR LORS DE L'ADMISSION DANS LE LOGEMENT.

Fait à

Le

en autant d'exemplaires que le contrat de séjour auquel le présent état est annexé

Signatures :

**ETAT DE SORTIE DES LOCAUX D'HÉBERGEMENT INDIVIDUEL
MIS À LA DISPOSITION DE L'USAGER
DANS LE CADRE DU PRÉSENT CONTRAT DE SÉJOUR**

Entre :

L'association Argile, représentée par Christian Verger, Directeur et par délégation par M.....,référent(e) du programme..... désigné au présent contrat sous le vocable programme.....,

et

Monsieur/Madame/Mademoiselle

désigné au présent contrat sous le vocable « l'utilisateur »,

Il a été procédé leà l'état des lieux de sortie des locaux situésmis à la disposition individuelle de l'utilisateur en vue de son hébergement au terme du présent contrat de séjour.

Rappel de la constitution des locaux (nombre de pièces et destination)

- .
- .
- .
- .
- .

ETABLIR L'ETAT DES LIEUX DE SORTIE COMPARATIVEMENT A L'ETAT D'ENTREE.

État des locaux

- état des revêtements : (formuler toute observation pertinente, en distinguant éventuellement le sol, le plafond et les murs)
- état de la plomberie : (formuler toute observation pertinente, en distinguant éventuellement les éléments : robinet(s), douche(s), tuyauterie, etc)
- état des sanitaires : (formuler toute observation pertinente en distinguant éventuellement les éléments : W-C, douche, baignoire, bidet, lavabo, etc)
- état des fenêtres et des moyens d'occultation : (formuler toute observation pertinente en distinguant éventuellement les éléments : carreaux, fermeture, volets, rideaux, stores, etc)

- éléments immobiliers par destination <formuler toute observation pertinente en distinguant éventuellement les éléments : décoration, détecteurs d'incendie, installation de climatisation, barres d'appui, rampes d'accès, prises électriques, éléments de chauffage, etc)

Inventaire et état du mobilier et des accessoires :

- l'inventaire est agrafé à l'état des lieux et signé par les parties
- (formuler toute observation pertinente, en fonction du mobilier présent)

LISTE DES TRAVAUX A EFFECTUER :

LISTE DES ACCESSOIRES ET DU MOBILIER A REMPLACER :

A REMPLIR LORS DE LA SORTIE DU LOGEMENT, EN DONNER UNE COPIE A LA COMPTABILITE.

Fait à

Le

en autant d'exemplaires que le contrat de séjour auquel le présent état est annexé

Signatures :

F. LES TEXTES REGLEMENTAIRES D'APPUI AU PROJET D'ETABLISSEMENT

Les différentes missions exercées par Argile ont pour cadre de référence :

- La loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses
- La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale.
- La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Le Code de l'Action Sociale et des Familles
- Décrets CSAPA (N°2007 877 du 14 mai 2007) et CAARUD Décret n° 2005 1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des CAARUD
- Référentiel National de réduction des risques en direction des usagers de drogues (Art L 3121-5 du code de la santé publique)
- Le Plan National Addictions 2007- 2011
- Le Plan Gouvernemental de lutte contre les drogues illicites le tabac et l'alcool 2004 2008 de la MILDT
- Le Programme National Hépatites 2007

Son action est pleinement inscrite localement dans différents schémas et plans régionaux

- Le SROS III Addictions
- Le PRSP, et plus spécifiquement le thème de l'Axe 2 «Prévenir et réduire les conduites à risques »
- Le Plan départemental de lutte contre les drogues illicites le tabac et l'alcool.

GLOSSAIRE

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACME	Association des Centres Méthadone de l'Est
ALD	Affections de Longue Durée
ALSA	Aide au Logement pour Sans Abris
ALT	Allocation Logement Temporaire
ANPE	Agence Nationale pour l'Emploi
ATA	Allocation Temporaire d'Attente
BAFA	Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur
BAFD	Brevet d'Aptitude aux Fonctions de Directeur
BHD	Buprénorphine Haut Dosage/Subutex
CAARUD	Centre d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CAE	Centre d'Action Educative
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CASS	Commission d'Admission, de Suivi et de Sortie
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CES	Comité d'Education à la Santé
CHM	Centre Hospitalier de Mulhouse
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CIAREM	Centre d'Information et d'Aide à la Recherche d'Emploi
CIRDD	Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNI	Carte Nationale d'Identité
COFIL	Comité de Pilotage
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CSAPA	Centre de Soins, d'Accueil et de Prévention des Addictions
CSST	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes

CV	Curriculum Vitae
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
ECIMUD	Equipe de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues.
EGUS	Etats Généraux des Usagers Substitués
Empower	Autoriser, habiliter
FAE	Foyer d'Action Educative
FAJ	Fonds d'Aide aux Jeunes
FIV	Formation Initiale des Volontaires
FSL	Fonds de Solidarité Logement
HDT	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HLM	Habitation à Loyer Modéré
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IHRA	International Harm Réduction Association
IJ	Indemnités Journalières maladie
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
LHSS	Lits Halte Soins Santé
LSD	Acide Lysergique Diéthhylamide
MDMA	Principe actif de l'ecstasy : 3,4-méthylène-dioxy-méthylamphétamine
Méthadone®	Traitement de substitution aux opiacés
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie.
MRICE	Mission Régionale d'Inspection, de Contrôle et d'Evaluation
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
OFDT	Office Français des Drogues et des Toxicomanies
PES	Programme d'Echange de Seringues
PPI	Pour Préparation Injectable
PRAPS	Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
RDR	Réduction des Risques
RDRS	Réduction des Risques Sexuels
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SDF	Sans Domicile Fixe
SES	Service d'Education à la Santé
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SINTES	Système d'Identification National des Toxiques et Substances
SME	Sursis avec Mise à l'Epreuve
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SRA	Schéma Régional Addiction
Subutex®	Traitement de substitution aux opiacés

SUrSo	Service d'Urgence Sociale
TIG	Travail d'Intérêt Général
TIPI	Trait d'union pour l'Insertion de personnes en Parcours Individuel
UCSA	Unité de Consultation et de Soins en Ambulatoire
UDAF	Union Départementale des Affaires Familiales
VAD	Visites à Domicile
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine