

Plan “ Crack ” I L E D E F R A N C E

HÉBERGEMENT D’URGENCE, HÉBERGEMENT SOCIAL

Précarité et addictions : Pratiques Professionnelles et Stratégies de Coopération (2005 - 2008)

- > MISE EN ŒUVRE : COMITÉ RÉGIONAL D’ÉDUCATION POUR LA SANTÉ D’ÎLE DE FRANCE (CRESIF),
- > FINANCEMENT : MILDT / Préfecture de Région

- Rapport final -
Janvier 2008

Janvier 2008

PLAN "CRACK" ILE DE FRANCE

PRÉCARITÉ ET ADDICTIONS : PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET STRATÉGIES DE COOPÉRATION

FORMATION ACTION DE L'ANNÉE 2007
EFFECTUÉE À PARIS SUR LE THÈME DE
L'ADDICTION DANS LES STRUCTURES
D'HÉBERGEMENT ET D'ACCUEIL DES PERSONNES EN
SITUATION DE GRANDE PRÉCARITÉ SOCIALE

AVEC LE SOUTIEN DE LA DIRECTION DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE PARIS
ET LE FINANCEMENT DE LA MILDТ

BILAN DE L'ACTION

Rapport élaboré sous la direction de
Mme le Dr Meryem Belkacemi du CRESIF

Coauteurs :

- Mme Florence de Grammont - Association Emmaüs
- Agnès Noireaut : ACSCC, Cité André Jacomet, Association des Cités du Secours Catholiques
- Mme Lia Cavalcanti - Association EGO
- Mme Frédérique Stévenin - CHRS Le Lieu-dit
- M. Denis Benard - ANPAA 75
- Dr Pierre Polomeni - SOS Drogue International



ADRESSES DE CONTACT

Dr Meryem Belkacemi	meryem.belkacemi@cresif.org
Mme Lia Cavalcanti	ego@ego.asso.fr
Mme Florence de Grammont	fdegrammont@emmaus.asso.fr
Mme Agnès Noireaut	agnes.noireaut@acsc.asso.fr
M. Denis Benard	dbenard.anpa75@wanadoo.fr
Mme Frédérique Stévenin	frederique.stevenin@lelieudit.fr
Dr Pierre Polomeni	Pierre.polomeni@jvr.aphp.fr

Toutes les sources utilisées et références bibliographiques ne peuvent être rappelées dans cette brochure. Nous remercions les collègues et équipes travaillant dans ce champ de leur aide directe ou indirecte, de leurs contributions.

1. INTRODUCTION

1.1 - CONTEXTE HISTORIQUE ET CONJONCTUREL

Il existe à Paris depuis les années 60, un important dispositif d'accueil et de prise en charge de consommateurs de substances psychoactives. Les centres de soins spécialisés en toxicomanie, ou les centres de cure ambulatoire en alcoologie, se sont renforcés, développés, adossés soit à une gestion associative, soit à une organisation hospitalière (avec les ECIMUD par exemple). La plupart assurent des consultations en ambulatoire.

D'un autre côté il existe à l'attention d'une population extrêmement importante, changeante, fluctuante, et malheureusement croissante des dispositifs d'accueil, d'insertion, d'hébergement, et de prise en charge à plus ou moins long terme, pour des personnes en situation de grande précarité essentiellement sociale.

Dans les années 2005, à l'occasion de la fermeture d'un squat, et les diverses manifestations et d'alerte auprès des forces de l'ordre, le problème du « Crack » est apparu à Paris comme un problème en soi nécessitant éventuellement une réflexion d'un plan spécifique : « plan Crack Île-de-France » avec l'appui de la MILDT et le pilotage de la préfecture de région.

Ce plan est développé en plusieurs volets dont les principaux objectifs sont les suivants :

- coordination judiciaire et sanitaire.
- accès aux soins et prise en charge sanitaire.
- prévention.
- logement, hébergement... C'est ce dernier thème qui développé en fonction du constat et des besoins a abouti au plan de formation qui fait l'objet du présent rapport.

1.2 - PHASE PRELIMINAIRE POUR DEFINIR UNE PROBLEMATIQUE

Il est très vite apparu que sous les deux mots de « cracker » et « logement » chacun des intervenants du groupe de travail avait une représentation et des expériences extrêmement diverses, entraînant des attentes et des insatisfactions qu'il a été très long à cerner et à préciser.



Pour de nombreux intervenants du champ de la prévention ou du champ thérapeutique la notion de logement faisait appel essentiellement à des structures mixtes hébergements /logements, à des appartements de coordination thérapeutique, ou à des foyers logements voire les centres de postcure.

En allant plus avant, il apparaissait que la notion de logement comprenait également l'ensemble de ce que l'on peut comprendre dans le langage courant c'est-à-dire un logement stable individuel décent accessible permettant à une personne en traitement d'intégrer une vie sociale moins stigmatisante.

La création de logements ad hoc, dont l'accès serait en partie, tacitement ou explicitement, réservé à des patients usagers de cocaïne/crack, est apparu assez rapidement comme inopérante, ou utopique dans l'état actuel du parc parisien. De loin elle ne faisait pas l'unanimité et elle rejoignait plus une stratégie thérapeutique, de recherche d'accès aux soins que d'hébergement en tant que tel.

Pour quelques rares intervenants, du champ thérapeutique, des forces de l'ordre, de la justice, cette notion avait une définition précise sur le plan qualitatif et sur le plan quantitatif sans qu'elles soient superposables. Les usagers de cocaïne/crack tel que chacun les définissait étaient extrêmement variés, variables, et de ce fait leurs besoins en termes d'hébergement apparaissaient comme difficilement appréhendables.

Selon les sources et selon les intervenants, selon les sites, leur nombre variait de quelques dizaines à quelques milliers. De plus il est rapidement apparu que derrière le vocable de « cracker » il y avait au moins cinq ou six catégories complètement différentes de consommateurs.

Ce type de consommateur unique était considéré comme insaisissable et jeune, sans espoir d'accroche avec une description parfois de type « loup-garou ». La notion de « cracker » étant plus largement ouverte à la notion de poly consommateurs. Plus exactement, le public usager de crack est autant caractérisé par un mode de vie marqué par l'exclusion et l'errance que par un mode de consommation chaotique associant le crack à d'autres substances légales (alcool) et illégales.

Pour éviter un errement, le groupe de travail s'est orienté vers les quelques expériences réussies ou considérées comme telles par les acteurs y ayant participé.

Ceci a permis de centrer la notion de logement sur le logement social d'urgence et la mise à l'abri.

La consommation de crack se caractérise par deux phases importantes :

- la personne est sous l'emprise du produit, hyperactive avec une difficulté de contact et l'absence d'expression des besoins.
- la personne est en recherche de produits ou dans une phase intermédiaire et alors accessible à des besoins primaires tels que boire et manger et dormir avec un besoin de mise en sécurité pour elle-même et pour les autres.

Les quelques expériences réussies à Paris, en termes d'hébergement social ayant accepté en connaissance de cause et sans difficultés majeures d'héberger des consommateurs aigus, étaient le fait de quelques sites spécifiques ayant mis en place des procédures de formation, de sécurisation, et de partenariat.

Ainsi de très nombreux CHU, CHRS., recevaient sans le savoir explicitement des personnes en grande précarité qui, par ailleurs, étaient des consommateurs. D'autres recevaient ces mêmes consommateurs en connaissance de cause explicite ou non, mais étant donné la qualité des partenariats et un certain nombre de formations préalables, la limitation des risques pour les employés et pour les usagers eux-mêmes étaient réduites au maximum. Pour preuve, on n'a relevé que très peu d'incidents voire presque aucun.

C'est donc cet axe principal qui a été recherché et exploité.

Sur la base des expériences et des règles qui avaient été analysées dans ces établissements et à partir de leurs pratiques, une charte régionale a été établie. Elle énonçait des bonnes pratiques, et pouvait se traduire au mieux en une convention de coopération entre un centre de traitement et un centre d'hébergement pour une coopération limitée et bien encadrée.

Un premier travail associant chaque fois un ou deux centres de traitement et un ou deux centres d'hébergement a été mis en place pour définir les modalités de coopération pour la signature d'une charte. Puis pour généraliser ces bonnes pratiques, un plan de formation et

surtout des échanges de pratiques ont été mis en oeuvre avec le soutien financier de la MILDT.

Soulignons d'emblée que les conditions de mise en œuvre de ce chantier réunissaient un maximum de contraintes en particulier en termes d'échéancier, de disponibilité, et d'adhésion.

De plus un élément de méfiance s'y rajoutait puisque les structures sociales ne voulaient pas être étiquetées comme spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes. Ce malentendu n'ayant pas été levé, de nombreux centres ne se sont pas impliqués.

Les résultats obtenus sont à mettre en regard de ces contraintes.

L'objectif initial était de permettre à l'ensemble des intervenants du champ de l'hébergement social et de l'insertion dans la grande précarité de rencontrer sur une base plutôt territoriale c'est-à-dire de proximité les intervenants du champ thérapeutique spécialisé.

Cet objectif initial montrait qu'il s'agissait d'environ 150 à 200 structures sociales susceptibles d'être concernées, et d'une vingtaine de centres de soins d'importance extrêmement variable.

1.3 - PRINCIPES PEDAGOGIQUES ET DEBUT DE MISE EN ŒUVRE

Le groupe pédagogique et de pilotage¹ qui a émergé spontanément du groupe des collaborateurs invités par la DASS initialement, a été fort heureusement composé pour moitié d'intervenants du champ de la toxicomanie et pour moitié du champ de l'hébergement et de la prise en charge de la grande précarité. Il a dû très rapidement faire des choix, trouver une approche intermédiaire nécessairement frustrante.

Il fallait en quatre à cinq mois toucher près de 200 personnes, déjà surchargées par leur travail quotidien et imposer de ne pouvoir utiliser que trois demi-journées de formation action échanges.

Les centres d'hébergement étaient spécialisés (pour femmes, pour femmes avec enfants, pour jeunes en errance,...) et les critères de regroupement pouvaient être fonctionnels ou territoriaux.



La formation est l'outil qui a été choisi pour mener une telle entreprise : produire un échange de pratiques tout en favorisant la connaissance mutuelle des professionnels travaillant dans un même secteur.

Enfin il s'agissait essentiellement d'une rencontre initiale qui devrait ensuite être reprise de façon régulière semestrielle ou annuelle entre les différentes structures pour qu'elles apprennent à se connaître et à échanger sur des patients que souvent elles partagent et dont elles ont une connaissance forte mais différente.

¹Groupe de pilotage :

Membres permanents : ANPAA 75, Association Emmaüs, SOS Drogue International, Association EGO, CHRS Le Lieu-dit, DASS Paris, CRESIF

Collaborateurs : Cité André Jacomet, Association Autremonde, Samu Social de Paris, Bus des femmes, CHRS APCARS, Association Charonne.

Le seul créneau de disponibilité commun à toutes les associations était compris entre la fin du plan hiver et le début des congés estivaux.

Cela supposait la constitution et la gestion de 19 groupes de 15 à 20 personnes sur environ deux mois et demi.

Chaque groupe devait être constitué par des intervenants du champ de l'alcool, du champ de la toxicomanie, et du champ de l'insertion et de l'hébergement social si possible issu de plusieurs institutions ou associations différentes et de proximité.

De plus la formation s'adressait aux travailleurs de terrain et était organisée sur un temps de travail, supposant l'autorisation des responsables des différentes associations qui déjà travaillaient en flux tendus.

Sur le plan pédagogique, il s'agissait de parvenir dans une première phase à définir les quelques données de base actualisées pour diminuer les éléments de rumeurs, faire le point sur ce qu'il était possible de prendre en charge, et bien faire le point sur les produits courants actuellement utilisés par les différents usagers.

Parallèlement pour les structures d'hébergement social il s'agissait pour elles de faire part de leurs difficultés au quotidien non pas tant pour la prise en charge thérapeutique que pour l'accueil et les difficultés qu'il y avait pour les autres usagers et pour l'ensemble de l'équipe.

Le support pédagogique ne devait être autre que celui de l'expérience des équipes présentes, et l'utilisation des plaquettes et des outils de communication qu'elles utilisaient régulièrement à l'attention de leurs correspondants.

C'est peu de dire que les représentations réciproques étaient et restent extrêmement disparates avec des méconnaissances extrêmement profondes des modalités d'exercice et des contraintes de chacun. De plus s'y ajoutent des difficultés liées à l'organisation propre à chacun de ces domaines qui rendent l'accès, soit aux soins soit à l'hébergement, extrêmement difficile voire particulièrement incompréhensible : par exemple l'accès à l'hébergement par le 115 ne peut en aucun cas être anticipé.

De même la notion d'urgence devant une personne considérée comme usager fait appel à des interrogations qui sont liées soit à une sécurité physique, soit à la possibilité d'un état de manque, soit à une pathologie associée, soit à un état psychiatrique avec une expression grave, soit à toute autre chose pour lesquelles les travailleurs sociaux ne sont en aucun cas formés et pour lesquels un contact immédiat avec une personne de référence fait très largement défaut.

S'agissant d'une formation non spécialisée axée sur un échange de pratiques, de surcroît sur une thématique complexe, le CRESIF a été choisi comme opérateur pour son savoir-faire en matière pédagogique.

1.4 - CONCLUSION DU PROPOS INTRODUCTIF

À partir d'une commande urgente, vaste et protéiforme, le travail effectué avec des acteurs de terrain a montré qu'il existait des expériences et des savoir-faire en matière de coopération extrêmement efficaces. Ces expériences méritent d'être modélisées et d'être généralisées pour permettre à chacun de faire son travail sans être spécialisé dans le domaine de l'autre : les acteurs de l'hébergement et de l'insertion ne sont pas thérapeutes, les acteurs de l'accès aux soins et la prévention ne sont pas spécialisés dans le domaine de l'insertion ni

de l'hébergement. Seules une coopération et une confiance construites, systématisées, et renforcées permettent un travail de longue haleine valorisant pour chacun.

De ce fait, le travail réalisé en 2007 apparaît comme extrêmement important. Malgré quelques difficultés et quelques échecs voire de nombreuses critiques, cela reste une piste importante à investir et à poursuivre. Prenons par exemple le cas des femmes en situation de grande précarité avec ou sans enfants, qui si elles ne sont pas directement concernées par toutes ces difficultés le sont au travers de leurs compagnons ou de leurs futurs enfants.

Cette étape initiale élaborée par les acteurs eux-mêmes dans une approche territoriale a été à posteriori un travail considérable. Elle est porteuse de résultats immédiats dont l'impact est encore difficile à mesurer. Mais pour une première étape c'est déjà un acquis tout à fait remarquable.

Les échanges confirment un certain nombre de carences en particulier dans la difficulté qu'il y a à trouver des logements stables à Paris et à mettre en place un accès aux soins en médecine ou en soins spécialisés.

Il serait souhaitable que sur la base de la proximité c'est-à-dire sur une base de quartier ou de proximité fonctionnelle, des échanges puissent avoir lieu de façon régulière :

- soit sous la forme de réunions d'échanges de pratiques
- soit sous la forme de synthèses

entre les travailleurs de ces deux champs que sont celui de l'addiction, et celui de la prise en charge de la grande précarité et de l'insertion.



2. PROBLEMATIQUE



Les actions des différents intervenants, auprès des personnes en situation de précarité utilisant des substances psychoactives, sont soumises à de nombreuses exigences. Exigences des pouvoirs publics en terme de mission, ou impératifs de gestion que portent les associations, certes, ou encore exigences des professionnels eux mêmes confrontés à de nombreuses difficultés qu'ils aimeraient prévenir ou résoudre.

Comment faire évoluer les connaissances et la coordination en faveur des personnes en situation de précarité, intégrant une meilleure compréhension de ce qu'elles vivent et de leur état de santé ? Comment l'effort porté sur la santé des plus démunis, peut-il contribuer à faire évoluer la politique de santé publique localement ou de façon plus large ?

De multiples dynamiques et enjeux se croisent ou se recroisent. Se connaître, penser l'histoire de chacun, leur (re)connaître des modalités d'existence propres, mais se garder le droit de l'intervention ! Les usages de substances psychoactives (drogues et

alcool essentiellement), interpellent fortement les intervenants, leur donnant l'occasion d'interroger les diagnostics et les perspectives.

C'est de cette connaissance partagée dont il est question dans l'action mise en place en ce début 2007, mais aussi « d'échanges de confiance ».

Les addictions sont donc présentes dans tous les centres, mais quelles addictions... ? Un certain nombre de constats et d'objectifs communs se dégagent quels que soient les produits, les usages, les conduites, et les profils psychologiques et cliniques .

« L'action préventive » doit intégrer l'ensemble des produits, plus particulièrement lorsqu'on s'adresse aux jeunes, et se fonder sur la compréhension des motivations à consommer en distinguant l'usage, l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance. De plus, les programmes de formation doivent comporter une information suffisante sur les effets des produits, dans un contexte de polyconsommation. Ces transmissions de données, actualisées, extraites ne serait-ce « qu'un moment » des aspects de crise, sont indispensables à condition d'être professionnalisées et généralisées.

La manière d'aborder le consommateur et de le prendre en charge globalement fait en effet appel à de nombreuses compétences et techniques communes sur le plan éducatif, médical, psychologique et social. Pour cette raison, (et aussi à cause de la fréquence des poly consommations), la formation et l'expérience des professionnels non spécialistes doivent également être communes. Dans un contexte de fragilisation des équipes et des intervenants, faire émerger les capacités et compétences des uns et des autres, et permettre, à travers le partage d'un savoir lié à l'expérience, une reconnaissance « par les pairs », sont des objectifs forts.

L'axe « produit » défini par une approche addictologique que les intervenants du social veulent acquérir, pose qu'il existe souvent une dépendance principale, même en cas de conduites de consommation associant plusieurs produits, qui oriente de façon plus spécifique le parcours de vie, de soins et d'accompagnement . Les approches thérapeutiques peuvent

être différentes : sevrage et abstinence, substitution (nicotinique ou opiacée), politique de réduction des risques, mais aussi approche plus ou moins médicale ou sociale. Il existe bien sûr des complications somatiques, psychiatriques, sociales, spécifiques. De plus, les différentes consommations peuvent avoir une signification culturelle mais aussi être liées à une plus ou moins grande intégration sociale. Une approche dite « addictologique globale » est élaborée en parallèle avec des approches spécifiques (telles que la prise en compte des ivresses... !).



Mais le plus souvent, les spécificités auxquelles doit répondre le système de santé/social sont déterminées par des caractéristiques psychologiques (troubles psychopathologiques ou de personnalité plus ou moins importants) et surtout sociales (légalité ou illégalité de la consommation, importance de la marginalité et de l'exclusion, mécanismes d'identification: "culture" des usagers et des équipes) qui doivent conduire à mettre en place des modes d'abord particuliers.

L'accent devrait être mis en urgence et en priorité sur l'accompagnement des personnes vivant dans la rue, souffrant de troubles psychiques évoqués de manière récurrente par les professionnels et les pouvoirs publics. De même, l'accueil et le suivi doivent permettre d'identifier les difficultés présentes dans l'histoire des personnes, en amont des consommations (les déterminants individuels et sociaux) et également en aval (les conséquences sanitaires et sociales). Ainsi, aux questions sur les produits évoquées plus haut, s'ajoutent maintenant des questions

sur le « comportement », la manière d'être au monde de cet homme ou cette femme, avec lequel nous engageons un face à face (ou un « côte à côte » !) qui doit lui être bénéfique !

Malgré toutes les énergies mises en œuvre, il faut constater que demeurent des incompréhensions entre « les pauvres » et le système de santé. Parce qu'inscrite au sein de plusieurs difficultés (sociales, psychiques, économiques, éducatives, de logement...), la santé n'apparaît pas comme une priorité évidente pour les plus démunis. S'ensuit une confusion pour les professionnels qui – s'ils ne dépassent pas cette première approche – vont y lire de la négligence, voire du mépris pour leurs efforts. Un travail approfondi sur les attitudes, les représentations doit être mené, pour être en capacité de décoder les peurs, les obstacles et les incompréhensions.

Le recours aux soins demeure donc tardif, et dans l'urgence, accentué par les difficultés financières ou parfois administratives. Mais, il convient aussi de prendre en compte le rapport ambigu ressenti par les pauvres vis à vis de tout ce qui représente l'institution ou le contrôle de celle-ci.

En ce sens, les professionnels au contact du quotidien jouent parfois le rôle d'interprètes avec les autres intervenants !

Les questions d'accès aux soins doivent aussi porter sur les publics les plus éloignés des dispositifs de soins. Il est fondamental de ne pas se contenter uniquement de travailler avec les publics « captifs » et déjà suivis dans le cadre de dispositifs. C'est sur la base des décroissements entre institutions que les dispositifs seront alors à même de prendre aussi en compte ceux qui en sont le plus éloignés. Des dispositifs de droit commun doivent pouvoir assurer un rôle structurant pour les personnes en situation de précarité, évitant les

attitudes de nature à renforcer la stigmatisation et le sentiment de mésestime déjà élevé chez les personnes.

Un travail de fond est donc poursuivi pour faciliter l'abord de la santé au quotidien pour les personnes les plus fragiles. Les intervenants de premier recours savent bien que santé n'est pas qu'une affaire médicale ou de soins (« Les oubliés de la santé »)..

La dimension sociale et psychologique est indissociable de la dimension physique : tout ceci donne la direction des pistes à explorer en matière de formation commune.

Les professionnels de la santé, en particulier dans le champ des addictions, sont en devoir de travailler ainsi (« aussi ») sur les multiples déterminants qui sont à prendre en compte pour connaître, comprendre et agir sur les personnes en difficulté. L'objectif est clairement celui d'une approche globale – et non biomédicale – des questions de santé : le niveau de culture, l'illettrisme, le développement social et économique, l'offre de services publics de qualité, l'offre de logement adaptée aux besoins des personnes, la situation de l'emploi....

La formation pour les professionnels des services publics et des institutions dans le champ de la précarité amène ainsi à développer de nouveaux rapports avec les personnes en situation difficile. Il en va de la crédibilité des fondements de la mission de service public. Les travaux menés sur les obstacles à la santé (et aux droits) des personnes témoignent du travail de formation à mener.

Parce qu'il est plus difficile, plus complexe et plus sollicitant pour les professionnels de travailler auprès des plus démunis, les formations doivent être régulières, et les ressources humaines nourries d'échanges. Restaurer la confiance des intervenants, et leur capacité à activer les recours et les services existants, c'est renforcer la confiance des personnes accueillies. Il convient d'identifier, d'évaluer et de démultiplier les ressources locales, d'assurer une « veille » systématique des problèmes (acceptant l'idée qu'une personne donnée puisse entraîner une « tempête » locale !) et de promouvoir la coordination des professionnels en addictologie, de santé publique, du soin, et des structures associatives de lutte contre l'exclusion.



3. REALISATIONS

3.1 - ORGANISATION

Dans un premier temps toutes les structures parisiennes, d'hébergement ou de soins, ont été répertoriées. Au total 158 structures ont été comptabilisées et invitées. En poursuivant l'objectif de renforcer et/ou de créer d'abord des partenariats locaux, les structures ont été réparties en groupes selon le critère géographique. Au total 19 groupes ont été constitués regroupant des structures d'hébergement et des structures de soins (cf. liste en annexe).



Chaque structure répertoriée a reçu une lettre d'information et une fiche d'inscription à renvoyer précisant les professionnels inscrits (cf. lettre et fiche en annexe). Le retour a été un peu décevant mais largement explicable, comme nous le verrons plus loin, par les contraintes de temps.

Enfin, une lettre de confirmation et de convocation a été adressée à toutes les structures précisant pour chacune les dates et les lieux de formation. Les groupes étaient invités à se réunir lors d'une journée d'échanges suivie d'une demi-

journée à distance.

3.2 - RAPPEL DES OBJECTIFS

- Permettre aux travailleurs sociaux et aux personnels de maraude de disposer des éléments techniques et méthodologiques de base pour connaître, identifier et intervenir efficacement auprès des populations en situation de précarité dans un contexte de prise d'alcool et de drogues
- Permettre aux équipes soignantes de mieux comprendre les modalités et les déterminants de l'usage de substances psychoactives par les populations en situation de précarité ainsi que les modes d'intervention des travailleurs sociaux de première ligne
- Poser les bases d'une coopération territoriale entre les structures de soins et celles d'accompagnement.

3.3 - RAPPEL DU PROGRAMME

> PREMIERE PHASE (1 JOURNEE)

MATIN :

- Travail sur les représentations mutuelles des équipes en présence sur la précarité et sur l'usage de drogues illicites (exp. crack) et licites (exp. alcool)
- Actualisation réciproque des connaissances
- Analyse et échange de pratiques

Après Midi :

- Présentations et débats autour de situations de crise (crise aiguë ou répétition de crise) rapportées par les professionnels
- Discussion et décortiquage des dynamiques personnelles et institutionnelles
- Recherche de solutions et de propositions d'intervention adaptées

> DEUXIEME PHASE (1/2 JOURNEE)

Programmée 10 à 15 jours après la première journée. La présence des directeurs ou responsables était fortement souhaitée.

- Compléments d'informations sur les présentations étayées lors de la première journée
- Propositions individuelles et institutionnelles, et outils communs
- Le travail en réseau et le partenariat entre les structures de soins et celles d'hébergement : principes, intérêts et possible concrétisation pour les équipes en présence.



Au final, le programme a été aménagé en fonction des groupes et des membres qui les composaient. Dans tous les cas, une présentation des missions et activités de chacun a été faite, suivie de débats autour de questions et/ou de cas pratiques.

Il est à noter que peu de directeurs se sont mobilisés pour venir assister à la demi-journée à distance. Cette rencontre poursuivait le travail initié autour du partage d'expériences dans l'objectif de tisser des liens et de créer des partenariats.

3.4. MISE EN ŒUVRE

3.4.1. CALENDRIER

Les journées ont eu lieu entre le 21 mai et le 13 juillet. Elles ont eu lieu dans les locaux de plusieurs structures participant au projet et cela pour initier la dynamique de rencontres et d'échanges voulue à travers ce projet (cf. liste en annexe).

3.4.2. ANALYSE : REALISATIONS, CONTRAINTES

19 groupes ont été constitués et invités. Sur les 19 « premières journées » prévues, 18 se sont tenues regroupant 107 professionnels. La participation aux demi-journées à distance a été moins importante. L'animation des groupes était assurée par Monsieur Frédéric Nordmann

Plusieurs contraintes ont été notées. La première et la plus importante a été la durée très courte des délais de réalisation :

- 1 mois pour la préparation : choix des dates (2 jours/groupe pour 19 groupes), identification des lieux, planification des groupes et des journées, convocation des stagiaires
- 6 semaines pour l'organisation : animation des journées. Au total 34 journées ou demi-journées ont été organisées

L'autre contrainte est liée au manque de mobilisation des structures. Le taux de participation faible en est une preuve. La période de l'année, très chargée en terme de réunions, colloques, bouclages d'appel à projet, n'a pas facilité la venue des participants.

D'autres remarques sont à souligner. Le choix du découpage par secteur qui nous a semblé le plus pertinent est peut-être à réévaluer car certains groupes ont indiqué une collaboration déjà effective sur le territoire.

Le terme « formation » a induit d'emblée une incompréhension même s'il était précisé que la contribution des participants était requise.

3.5 - RESULTATS

3.5.1. RESULTATS QUANTITATIFS



Les différentes journées ont réuni 107 professionnels représentant 64 structures dont 39 d'hébergement et 25 de soins.

Au total, 42% des structures sollicitées se sont mobilisées (64 / 158). Sur les 64 structures mobilisées, celles d'hébergement représentent 61% d'entre elles et les structures de soins 39%.

Rapportées au nombre de structures sollicitées, les proportions changent puisqu'on obtient 34% pour les structures d'hébergement (39/116) et 59% pour les structures de soins (25/42). Soient plus de la moitié des structures de soins qui se sont mobilisées contre seulement le tiers des structures d'hébergement.

Ces résultats sont intéressants car ils sont contraires à ceux attendus en termes de mobilisation attendue plus importante dans les structures d'accueil et d'hébergement.

3.5.2. RESULTATS QUALITATIFS

De ces différentes rencontres et des débats qui s'y sont déroulés, un certain nombre d'éléments ont été soulignés par les professionnels dont voici la synthèse en 4 points :

CONSTATS

Les échanges entre les professionnels ont fait émergé différentes données :

- ✓ Les premiers contacts des personnes en situation de précarité dépendantes à l'alcool ou à d'autres drogues sont essentiellement des professionnels du champ social. De ce premier contact dépendent souvent ultérieurement les représentations et l'utilisation du recours au soin qui sera fait par les usagers, d'où les besoins de formation (voir ci-après)
- ✓ Le partenariat de proximité existe de façon empirique mais n'est pas pensé comme outil de travail. Il est par ailleurs rendu compliqué par le turn-over des professionnels. La solution serait d'instituer le partenariat comme outil de travail et de se donner les moyens en terme de temps surtout, de le construire et le maintenir (découverte de partenaires, rencontres, visites...).
- ✓ Les professionnels ont mis en avant le fait qu'avant que des liens de partenariat ne puissent se tisser il faudrait que les professionnels de terrain aient une vision aussi précise que possible de tous les intervenants institutionnels ou associatifs existants. Car c'est en identifiant les missions et activités de chacun qu'on peut y faire appel de façon pertinente et efficace.
- ✓ Il manque des structures intermédiaires entre les hébergements d'urgence et les CHRS pour des usagers engagés dans un processus de soin et/ou d'insertion. Ce

qui est proposé à ces usagers sont des services hôteliers, peu adaptés dans la plupart des cas. Par ailleurs, les règlements intérieurs des structures font que certaines refusent la prise de médicaments ou alors des comportements particuliers liés souvent à la prise de toxiques.

- ✓ Enfin, certains participants ont souligné le fait que certaines structures refusaient les personnes en situation de précarité car générant trop d'échecs dans les prises en charge.

DIFFICULTES

Les professionnels ont fait part de plusieurs difficultés rencontrées dans le cadre de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes en situation de précarité et dépendantes à un toxique. Ces difficultés sont :

- ✓ Difficultés de coopération avec l'hôpital. Les travailleurs sociaux mettent en avant la difficulté qu'auraient certains soignants à partager l'information et cela en raison du secret médical
- ✓ Délais d'attente et de prise de relais par les structures du soin (CCAA et CSST) trop longs pour les usagers
- ✓ Difficulté à travailler avec le champ psychiatrique. Celui-ci est perçu par l'ensemble des partenaires comme extrêmement difficile d'accès. Quelques rares exemples de coopération montrent que quand cela existe, le résultat est remarquable.
- ✓ Dispositifs inadaptés : exemple du médecin traitant que la personne hébergée dans une structure prendrait près de la structure sauf que l'hébergement dans cette structure est forcément limité dans le temps
- ✓ Durée d'hébergement (forcément limitée) qui complique la prise en charge (forcément longue). L'extrême difficulté qu'il y a à faire correspondre une prise en charge thérapeutique ou simplement une accroche dans des conditions souvent d'urgence alors que la prise de conscience nécessite du temps.

BESOINS

De ces constats et de ces difficultés soulignées, découlent des besoins. Ils sont formulés ainsi par les professionnels :

- ✓ Un besoin de formation sur les questions de santé au sens large du terme. Les professionnels non formés se sentant en difficulté pour appréhender les problématiques santé chez les personnes dont ils ont la charge.
- ✓ Ce besoin est doublé par celui de connaître les conduites à tenir en cas d'urgence, de crise A noter que pour d'autres, les crises ne sont pas forcément les situations les plus difficiles à gérer comparées aux états limites permanents en matière d'alcool ou de toxicomanie. La demande d'être formés sur les questions de toxicomanies est revenue fréquemment.
- ✓ D'autres demandes ont été faites et relatives au besoin de supervision que ressentent les équipes notamment autour des questions de santé mentale
- ✓ Certaines équipes ressentent le besoin d'être pluridisciplinaires
- ✓ Le besoin de connaître les réseaux, les dispositifs et les structures de prise en charge notamment en matière d'urgence psychiatrique

PROPOSITIONS

Les professionnels participant aux rencontres ont fait plusieurs propositions que l'on peut classer en 2 rubriques :

1- Rencontres professionnelles et échanges d'expériences

- ✓ Devant la nécessité de pérenniser les rencontres et les échanges, les professionnels se sont interrogés sur la nécessité d'avoir un référent par structure. Certains font la proposition de s'inspirer des réseaux de médecins.
- ✓ L'autorité de la DASS de Paris, paraît dans un premier temps indispensable et légitime pour pouvoir une fois par an réunir l'ensemble des différents acteurs sur une demi-journée, les autres partenaires pour l'instant en l'absence d'une dynamique commune risquent de s'épuiser et de ne réaliser qu'une partie du travail de mobilisation.
- ✓ D'autres soulignent la nécessité de multiplier les instances de rencontres et d'échanges entre les différents professionnels partenaires potentiels. Ils font la proposition d'organiser des rencontres thématiques sur des sujets fréquents et/ou graves, invitant l'ensemble des partenaires susceptibles d'être mobilisés sur le sujet.

2- Prise en charge des personnes

- ✓ Un des groupes a émis l'idée d'un schéma spécifique de prise en charge des personnes en situation de précarité mais s'est heurté à l'idée du droit commun et de la nécessité de la non stigmatisation de ces publics. Néanmoins les professionnels formulent le besoin de disposer de plus de guides et d'annuaires et surtout de leur diffusion massive.
- ✓ Les professionnels ont suggéré la création, l'ouverture ou la réouverture de structures (maison relais ?) pour des patients qui ne relèvent plus ou pas d'une hospitalisation en psychiatrie et pour lesquels les prises en charge se font actuellement sur des CHU, CHRS ou en hôtel.
- ✓ Concernant le travail en partenariat sur les questions de dépendances, différentes propositions ont été faites :
 - Mise en place de consultations avancées : un expert en addictions qui assurerait des consultations en CHRS.
 - Assurer par les professionnels des addictions une permanence dans les centres d'hébergement
 - Intervention des professionnels des CSST, à la demande, dans un centre d'hébergement pour faciliter le relais puis le suivi ultérieur par le CSST

En conclusion, il faut noter la participation à ces rencontres de 64 structures parisiennes. Ces rencontres ont permis aux professionnels d'enrichir leurs connaissances réciproques des structures participantes qu'elles soient de soins ou d'hébergement. Des coopérations et des partenariats ont pu se faire à l'occasion de ces regroupements.

Cette expérience nous conforte dans l'idée que des rencontres entre les 2 champs, celui de la précarité et celui des addictions, sont importantes puisque les participants ont souligné leur intérêt et demandent leur pérennisation.

4. SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

4.1 - CONSTATS

La population accueillie dans de nombreux centres d'hébergements parisiens cumule souvent usage de drogues, troubles psychiques et désocialisation (dans le sens d'une rupture avec ce qui fonde le sentiment d'utilité et d'appartenance à la société).

La difficulté pour les accueillants des centres d'hébergement est souvent celle du diagnostic. - Les complications psychiatriques sont-elles consécutives à l'absorption de toxiques (pharmaco psychoses, syndrome confusionnel, troubles du comportement suivi d'amnésie) ?



L'usage de drogue a-t-il une fonction d'automédication (abrasion du délire, légitimité des troubles) ?

Ces questions sont récurrentes de la part des partenaires sociaux qui prennent en charge les publics désinsérés, quand ils s'adressent aux soignants « spécialisés ».

Même s'il est souvent délicat d'apporter une réponse satisfaisante à cette question, nous pouvons nous accorder sur **l'idée d'une vulnérabilité, d'une surexposition à l'offre de toxiques (mais également à d'autres formes de prises de risque) des populations en errance**. Dans ce contexte, les drogues peuvent jouer un rôle de protection contre l'angoisse de morcellement, de dépersonnalisation et venir anesthésier un sentiment de persécution.

Enfin, nous faisons l'hypothèse qu'un mode de vie erratique, la précarité sociale et professionnelle et la « désaffiliation » peuvent représenter la conséquence de l'apparition de troubles psychotiques (chez les plus jeunes notamment). Ces sujets associent en général leur souffrance psychique à leurs conditions de vie plutôt qu'à la maladie mentale. Dans tous les cas, nous pouvons dire que la toxicomanie est une tentative d'adaptation à une réalité jugée insupportable.

4.2 - REFLEXIONS

Le fonctionnement actuel des dispositifs ne facilite pas le travail d'accompagnement dans une démarche de soin. En effet, nous notons que l'hospitalisation en urgence ou sous contrainte reste le mode privilégié d'accès au soin des malades désinsérés.

Comment rendre plus opérant un système complexe où la multiplicité des interventions, souvent sans lien les unes avec les autres, tend à chroniciser le public sur son lieu d'errance ou encore sur des dispositifs d'urgence qui ne devraient représenter qu'un lieu de passage.

Le travail réalisé par les groupes pour établir des stratégies de coopération a mis en lumière des rapports entre équipes de soin et travailleurs sociaux souvent teintés d'incompréhension, un sentiment de dériver de sa mission initiale.

Chacun s'accorde à dire qu'il y a une nécessité de réaliser des prises en charges conjointes et coordonnées et pour ce faire, articuler les champs de compétences semble représenter une première étape pour apporter des réponses adaptées aux situations les plus complexes.

Une action conjuguée des acteurs médico-sociaux peut contribuer à produire ou à restaurer du lien social et éviter la tentation d'orientations précipitées vécues comme un abandon voire un rejet.



La pratique du travail en réseau garantit une vigilance partagée auprès des sujets les plus vulnérables et une prise en charge adaptée aux difficultés d'accroche avec le système de soin.

Cette organisation inter partenariale permet en outre de remédier à la rupture entre le social et le médical. Les formations, stages, échanges, réunions représentent autant d'occasions d'acquérir une culture commune.

Pour les travailleurs sociaux, l'appui d'une équipe médicale peut favoriser un travail d'évaluation

clinique, une élaboration de la prise en charge conduisant à aménager des relations qui permettront de prévenir les conduites de rupture et d'échec.

Ce travail de coopération permet de dédramatiser la réponse en terme de soins en urgence ou d'hospitalisation.

4.3 - PRECONISATIONS

Des actions d'information, de sensibilisation, de formation, d'échanges de pratiques existent entre acteurs d'un même champ d'intervention mais rarement entre professionnels exerçant dans des domaines différents.

Il semble nécessaire de former chaque intervenant à se repérer dans les problématiques afin d'assurer les premiers stades d'écoute et de soutien.

Objectifs intermédiaires

1. Un travail d'identification des ressources locales afin de pouvoir s'appuyer sur l'existant, bénéficier des acquis territoriaux,
2. Présenter son domaine de compétence, indiquer le public cible et quelles sont les limites de son intervention (c'est dans cette limite que l'on va définir les axes partenariaux)
3. Constituer des liens interinstitutionnels (partage d'informations, invitations à des réflexions thématiques, réunions, portes ouvertes...) par toutes les formes de rencontres permettant l'échange et l'ouverture sur la coopération.
4. Acquérir une culture commune par le biais de rencontres, réunions de synthèses, d'échanges de pratique et si possible de stages croisés.
5. Introduire un tiers dans la relation avec un usager garantit souvent une meilleure prise en charge, évite la répétition de la rupture et la mise en échec du projet.
6. Etablir des contrats (même non écrits) tripartites avec l'utilisateur pour clarifier le rôle de chacun et formaliser le partenariat.
7. Etablir des conventions de partenariat qui prennent en compte (par exemple) :
 - la nécessité de concertation,
 - le respect du champ d'intervention de chacun,
 - l'intégration du soin dans un projet d'insertion,
 - l'information de l'utilisateur des orientations définies dans le cadre de l'accompagnement,
 - l'adaptation des modalités de suivi à l'évolution du parcours.

Ces conventions doivent définir un cadre général de coopération en déterminant (par exemple) :

- la périodicité des rencontres nécessaires à la circulation de l'information entre les structures concernées et avec le sujet,
- la possibilité d'intégrer d'autres intervenants susceptibles d'apporter ponctuellement une compétence particulière,
- Un contrat tripartite entre le secteur de soin, l'hébergement et l'utilisateur,
- les modalités d'orientation au moment de la fin de la prise en charge.

4.4 - EXEMPLE DE STRATEGIE DE COOPERATION « REUSSIE »



A la suite d'une recherche-action, menée sur le 10^{ème} arrondissement, faisant ressortir la multiplicité des actions dirigées vers un public d'utilisateurs de drogues, leur défaut de lisibilité pour le grand public, une coordination quasi inexistante entre les services, un travail d'ajustement des pratiques a constitué une expérience novatrice en matière de coopération inter associative.

Dans un premier temps, il s'est agi de cerner les différents types d'approches mises en œuvre pour approcher les populations cibles.

Puis les professionnels ont mené ensemble un travail de réflexion pour identifier les relais existant sur le territoire afin d'orienter dans les meilleures conditions et éviter une rupture.

Un groupe de travail s'est constitué sur les bases suivantes :

- Organisation de plages de réflexion à distance des situations aiguës permet de tenir dans le temps une relation d'aide,
- Par le biais de réunions régulières (trimestrielles au minimum), un travail de présentation de cas est réalisé avec échange des participants,
- Journées thématiques avec participation d'un intervenant extérieur
- Création d'un espace de travail collaboratif sur le site Internet Mayetic qui permet de transmettre et de récupérer des informations sécurisées.

Les participants sont issus de tous les champs professionnels ayant en charge des utilisateurs de drogues : Auto support, réduction des risques, prévention spécialisée, santé mentale, CSST, CHU, CHRS, équipes mobiles.

Ces réunions se situent au carrefour de la supervision et de l'analyse de pratiques. Dans la mesure où elles ne mobilisent pas d'intervenant extérieur au groupe, elles ont pour appellation « Intervision » dans la mesure où chaque participant apporte un éclairage issu de son champ théorique et de sa pratique.



SOMMAIRE DES ANNEXES

- > Lettre d information _____
- > Fiche structures _____
- > Répartition des groupes et des salles de formation _____
- > Carte "hébergement d'urgence et de stabilisation" _____
- > Carte CHRS Paris _____
- > Carte "Répartition des appartements de coordination thérapeutique" sur Paris _____
- > Lettre d invitation _____
- > Programme de formation _____
- > Liste des participants _____
- > Charte de coopération CSST et CHU IDF _____
- > « Pyrénées 2 » : actions de promotion de la santé et renforcement des liens entre le monde sanitaire et le monde de l'insertion. _____
- > Convention de partenariat association EGO /association Emmaus [Pereire]. _____
- > Convention de partenariat association EGO/association des Cités du Secours Catholique [André Jacomet] _____
- > Convention de partenariat association EMMAUS / ANPAA75 _____

Paris, le 24 avril 2007.

Madame, Monsieur,

L'accompagnement et le suivi des personnes en situation de précarité usagères de drogues illégales ou légales (alcool) demandent de la part des équipes sociales et des équipes de soins, l'acquisition d'outils et de connaissances nouvelles afin qu'ils complètent leurs expériences et leur savoir-faire.

La notion de précarité s'est diversifiée et amplifiée et la notion de toxicomanie connaît des pratiques d'usages nouveaux comme l'usage de crack et ses effets associés, qui mettent en difficulté les équipes.

A la demande de la DASS de Paris et dans la continuité des travaux du SAHIP (Schéma d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion de Paris), différents acteurs de l'urgence sociale et de lutte contre les addictions se rencontrent pour formaliser des relations plus soutenues. Ces acteurs constituent le comité de pilotage de ce projet*, pour qui une formation semble propice pour faire découvrir et partager les pratiques des uns et des autres.

Cette formation a donc comme objectifs de permettre aux travailleurs sociaux de première ligne et aux personnels de maraude, de disposer des éléments techniques et méthodologiques de base pour connaître, identifier et intervenir efficacement auprès des populations en situation de précarité dans un contexte de prise de produits, et aux équipes soignantes de mieux comprendre les modalités et les déterminants de l'usage de produits par les populations en situation de précarité ainsi que les modes d'intervention des travailleurs sociaux.

** Comité de pilotage : ANPAA 75, Association Emmaüs, SOS Drogues International, Association EGO, Cité André Jacomet, CHRS Le Lieu-dit, Association Autremonde, Samu Social de Paris, Bus des femmes, CHRS APCARS, Association Charonne, DASS Paris, CRESIF.*

Il ne s'agit pas ici d'une « formation » à proprement parler mais plutôt d'échanges sur les représentations et les pratiques, et la formalisation d'une collaboration entre les équipes. Elle pourrait aboutir, pour certains, à la signature d'une convention entre les différentes structures participantes.

Ces formations se dérouleront entre le 21 mai et 12 juillet 2007, sur une journée entière suivie, 10 à 15 jours après, par une demi-journée. Elles concerneront des groupes de 15 à 20 personnes et les lieux de formation seront, si possible, des structures de soins et/ou des structures d'intervention sociale.

Etant donné les délais et les contraintes de l'exercice, les dates pour les différents groupes ont été prédéterminées. Vous trouverez en annexe la liste des différents groupes ainsi que le planning des journées de formation.

Afin de préparer au mieux ces formations, nous vous remercions de nous retourner, par courrier ou par fax, la fiche ci-jointe avant le 10 mai 2007. Les professionnels inscrits recevront une convocation leur confirmant les dates et les lieux de la formation.

En espérant que cette formation retienne toute votre attention et celle de votre équipe, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos cordiales salutations.

Dr Stéphane TESSIER
Directeur

Pour tout renseignement sur cette formation, vous pouvez contacter :

Dr M. Csaszar-Goutchkoff – DASS 75
Tel : 01 58 57 13 16
michel.csaszargoutchkoff@sante.gouv.fr

Dr M. Belkacemi - CRESIF
Tel : 01 48 24 38 08
meryem.belkacemi@cresif.org

Addictions et précarité : pratiques professionnelles et stratégies de coopération

***Merci de remplir cette fiche et la renvoyer au CRESIF avant le 10 mai 2007
par fax au 01 48 24 38 01***

- Nom de votre structure :
- Adresse :
.....
- Téléphone :
- Quels sont les missions, les activités de votre structure ?
.....
.....
.....
- Dans quel champ agit-elle ?
 - Précarité ☐
 - Toxicomanies ☐
 - Alcool ☐
- Combien de personnes travaillent dans votre structure ?
- Combien d'entre elles seraient en mesure de participer à la formation ?

 1 personne ☐ 2 personnes ☐ 3 personnes ☐
- Vos locaux seraient-ils disponibles et en mesure d'accueillir environ 15 à 20 stagiaires pour une des journées de formation ?
 - Oui ☐ Si oui, la (les) quelle(s) ?
 - Non ☐

Il est prévu dans le cadre de cette formation que les professionnels stagiaires se documentent et se forment mutuellement :

- Un de vos professionnels serait-il volontaire pour intervenir pendant la formation afin d'actualiser les connaissances des autres stagiaires dans son domaine, de l'alcool, des toxicomanies ou de l'urgence sociale ? Merci d'inscrire son nom et son numéro de téléphone ainsi que l'un des 3 thèmes.
.....
.....
.....
- Si vous disposez d'un support de présentation de votre structure, merci de prévoir sa distribution dans les groupes où vos professionnels seront présents afin de vous faire connaître des autres équipes présentes.

Merci.

Pour tout renseignement sur cette formation, vous pouvez contacter :

Dr M. Csaszar-Goutchkoff – DASS 75
Tel : 01 58 57 13 16
michel.csaszargoutchkoff@sante.gouv.fr

Dr M. Belkacemi - CRESIF
Tel : 01 48 24 38 08
meryem.belkacemi@cresif.org

Précarité et addictions : pratiques professionnelles et stratégies de coopération

Groupes et planning des salles

GROUPE A :

Lundi 21 Mai (journée) et Lundi 4 Juin (matin) ECIMUD Pitié Salpêtrière – Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière – 47-83 bd de l'Hôpital – 75013 PARIS

- CH Cité du refuge – Centre Espoir
- CH Baudricourt (CASVP)
- CH La maison - cœur de femmes et la Péniche
- ESI La maison du 13^{ème}
- SAU Pitié salpêtrière
- CSST Emergence
- CSST Charonne
- CCAA CAP 14
- ECIMUD Pitié salpêtrière
- LHSS Centre Ridder

GROUPE B :

Mardi 22 Mai (journée) 110 LES HALLES – 110 rue saint Denis – 75002 PARIS

Lundi 4 Juin (après-midi) ECIMUD Pitié Salpêtrière – Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière – 47-83 bd de l'Hôpital – 75013 PARIS

- CH Le relais du cœur
- CH Malmaisons
- CH Baudricourt (ARFOG)
- CH La mie de pain
- ESI Arche d'Avenirs
- SAU Cochin
- Maraudes DPP parc et jardin
- CSST Confluences
- CCAA CAP 14
- ECIMUD Broussais

GROUPE C :

Jeudi 24 Mai (journée) et Jeudi 7 Juin (matin) CITE REFUGE – Centre Espoir de la Fondation de l'Armée du Salut – 12 rue Cantagrel – 75013 PARIS

- CH Duranton
- CH Vaugirard
- CH Rue de l'Aude
- CH Etoile du Matin
- Maraudes Samu Social
- ESI René Coty
- ESI Saint Anne
- CSST Jean Moulin
- CCAA CAP 14

GROUPE D :

Lundi 28 Mai (journée) CITE ANDRE JACOMET – 17 bd Ney – 75018 PARIS

Jeudi 7 Juin (après-midi) CITE REFUGE – Centre Espoir de la Fondation de l'Armée du Salut – 12 rue Cantagrel – 75013 PARIS

- CH Saint Anne
- CH Antenne socio- éducative
- CH Foyer Alésia
- CH Urgences jeunes
- SAU Saint Joseph
- Maraudes Croix Rouge Française
- CSST Nova Dona
- CSST ADAJE
- ECIMUD Cochin
- CCAA CAP 14

GROUPE E :

Mardi 29 Mai (journée) EMMAÜS – CHU Saint Jacques – 61 bd Saint Jacques – 75014 PARIS

Mardi 12 Juin (matin) ITINERANCE Le Lieu Dit – 3 rue de la Folie Régnault – 75011 PARIS

- CH Notre Dame
- CH Le Fleuron St Jean
- CH Œuvre Falvet
- ESI La Halle St Didier
- SAU Pompidou
- Maraudes Atoll 75
- CSST Moreau de Tours
- CSST Monte-Cristo
- CCAA CAP 14

GROUPE F :

Jeudi 31 Mai (journée) CHU PEREIRE – 71 bd Pereire – 75017 PARIS

Mardi 12 Juin (après-midi) ITINERANCE Le Lieu Dit – 3 rue de la Folie Régnault – 75011 PARIS

- CH Pouchet
- CH Eglantine
- CH Pont Cardinet
- CH Centre Péreire
- CH Le Radeau
- CSST Marmottan
- CSST Cino Del Duca
- CSST Parcours
- CSST La Terrasse
- CCAA Vauvenargues

GROUPE G :

Lundi 4 Juin (journée) CASP EGLANTINE – 21 rue Salneuve – 75017 PARIS

Lundi 18 Juin (matin) ITINERANCE Le Lieu Dit – 3 rue de la Folie Régnault – 75011 PARIS

- CH Pereire Dortoire
- CH Espérance Paris
- CH Centre Ney
- CH Ilot Ruisseau
- CH Centre Israélite
- Maraudes Compagnons de la Nuit
- CCAA Vauvenargues
- CSST EGO
- CSST Association Siloë
- ECIMUD Bichat

GROUPE H :

Mardi 5 Juin (journée) EMMAÛS – CHU Saint Jacques – 61 bd Saint Jacques – 75014 PARIS

Lundi 18 Juin (après-midi) ITINERANCE Le Lieu Dit – 3 rue de la Folie Régnault – 75011 PARIS

- CH Le fil rouge
- CH Crimée
- CH Soleil du Monde
- CH Marne
- Maraudes Ordre de Malte
- CSST Espace Murger
- CSST Sleep In
- ECIMUD Lariboisière
- CCAA Ménilmontant

GROUPE I :

Jeudi 7 Juin (journée) EMMAÛS – La Maison Relais M. Lefebvre – 8 rue Jacques Cartier – 75018 PARIS

Jeudi 21 Juin (matin) CITE ANDRE JACOMET – 17 bd Ney – 75018 PARIS

- CH George Sand
- CH Clair Logis
- CH Pauline Rolland
- CH Pyrénées
- CH Sarah Aurore
- ESI Maison du partage
- Maraudes Secours Catholique
- ECIMUD Tenon
- CSST Horizons
- CCAA Ménilmontant

GROUPE J :

Lundi 11 Juin (journée) EMMAÜS – 19 bd Arago – 75013 PARIS

Jeudi 21 Juin (après-midi) CITE ANDRE JACOMET – 17 bd Ney – 75018 PARIS

- CH Louise Labé
- CH Flandre
- CH Soleillet
- CH Chenal St Blaise
- CH Le Verlan
- Maraudes Médecins du Monde
- CCAA Ménilmontant
- CCAA Marais
- ECIMUD Bichat

GROUPE K :

Mardi 12 Juin (journée) EMMAÜS – 19 bd Arago – 75013 PARIS

Mardi 26 Juin (matin) EMMAÜS – 19 bd Arago – 75013 PARIS

- CH Pixérécourt
- CH Olivier Métra
- CH Travail et vie
- CH Sarah
- ESI Espace Solidarité
- Maraudes Restaurants du cœur
- PSA Belleville
- LHSS Hospice St Michel
- CCAA Ménilmontant
- ECIMUD Tenon

GROUPE L :

Jeudi 14 Juin (journée) EMMAÜS – 32 rue des Bourdonnais – 75001 PARIS

Mardi 26 Juin (après-midi) EMMAÜS – 19 bd Arago – 75013 PARIS

- CH Crétet
- CH Gare de l'Est
- CH Louvel Teissier
- CH Lancry
- CH Valmy
- ESI Maison de la rue
- LHSS Maubeuge
- CSST CECCOF
- CCAA L'Elan retrouvé

GROUPE M :

Lundi 18 Juin (journée) CITE ANDRE JACOMET – 17 bd Ney – 75018 PARIS

Jeudi 28 Juin (matin) EMMAÜS – 32 rue des Bourdonnais – 75001 PARIS

- CH La Fayette Accueil
- CH Service LARCH
- CH Atoll 75
- CH ARAPEJ
- CH Sarah APCARS
- ESI Captifs La Libération
- CSST Gaïa-Bus methadone
- CCAA-CSST Moulin Joly
- ECIMUD Lariboisière

GROUPE N :

Jeudi 21 Juin (journée) et Mardi 3 Juillet (matin) ITINERANCE Le Lieu Dit – 3 rue de la Folie Régnault – 75011 PARIS

- CH Catherine Booth
- CH Gerbier
- CH Maavar
- CH Ilot République
- CH Le Lieu-dit
- ESI La Halte Paris Lyon
- PSA Bastille
- CCAA-CSST Moulin Joly
- CCAA Marais
- ECIMUD Saint Antoine

GROUPE O :

Lundi 25 Juin (journée) CASP EGLANTINE – 21 rue Salneuve – 75017 PARIS

Jeudi 5 Juillet (matin) EMMAÜS – 32 rue des Bourdonnais – 75001 PARIS

- CH Charonne
- CH Y. Garel
- CH M. Bizot
- CH Fondation Merice
- ESI Maison dans la rue
- ESI Maison dans le jardin
- PSA Chemin-vert
- CCAA L'Elan retrouvé
- ECIMUD Saint Antoine

GROUPE P :

Mardi 26 Juin (journée) CITE ANDRE JACOMET – 17 bd Ney – 75018 PARIS

Lundi 9 Juillet (matin) EMMAÜS – 19 bd Arago – 75013 PARIS

- CH Cité Saint Martin
- CH Rue St Bon
- CH Claude Tillier
- CH La Chapelle
- Maraudes Emmaüs
- ESI La Halte femmes
- CSST La Corde Raide
- CCAA Vauvenargues
- CSST St Germain P. Nicole

GROUPE Q :

Jeudi 28 Juin (journée) CITE ANDRE JACOMET – 17 bd Ney – 75018 PARIS

Mardi 10 Juillet (matin) EMMAÜS – 32 rue des Bourdonnais – 75001 PARIS

- CH Emmaüs Sarah
- CH Marais-bd du temple
- CH FIT
- CH La Péniche du cœur
- ESI Espace St Martin
- Maraudes CASVP
- ECIMUD Saint Antoine
- CCAA L'Elan retrouvé

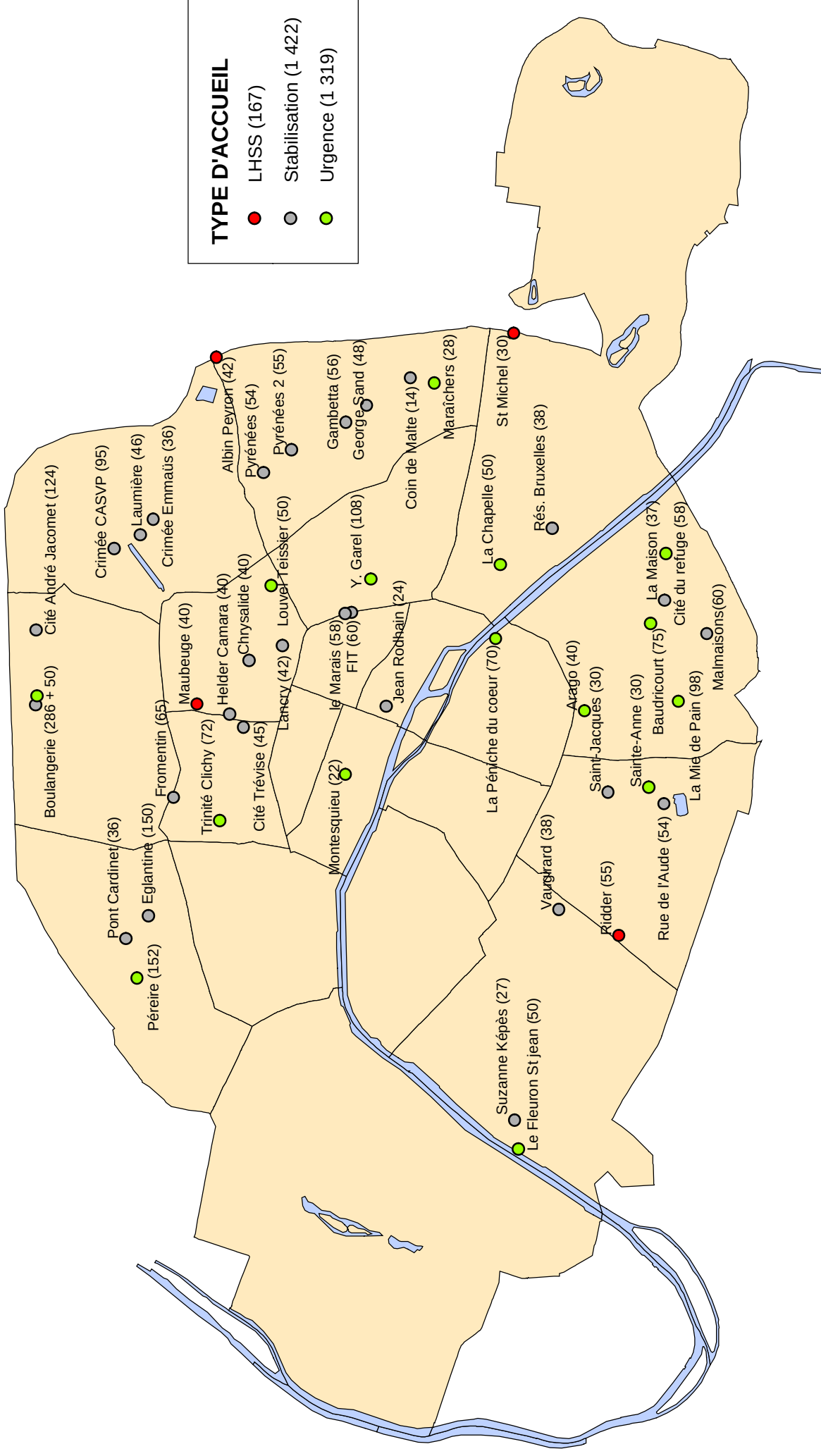
GROUPE R :**Lundi 2 Juillet (journée)** EMMAÜS – 19 bd Arago – 75013 PARIS**Jeudi 12 Juillet (matin)** EMMAÜS – 32 rue des Bourdonnais – 75001 PARIS

- CH Cité Trévise
- CH Trinité Clichy
- CH Fromentin
- CH L'Estran
- ESI L'Agora
- Maraudes Protection Civile de Paris
- CSST 110 Les Halles
- CSST Monceau
- CCAA Marais

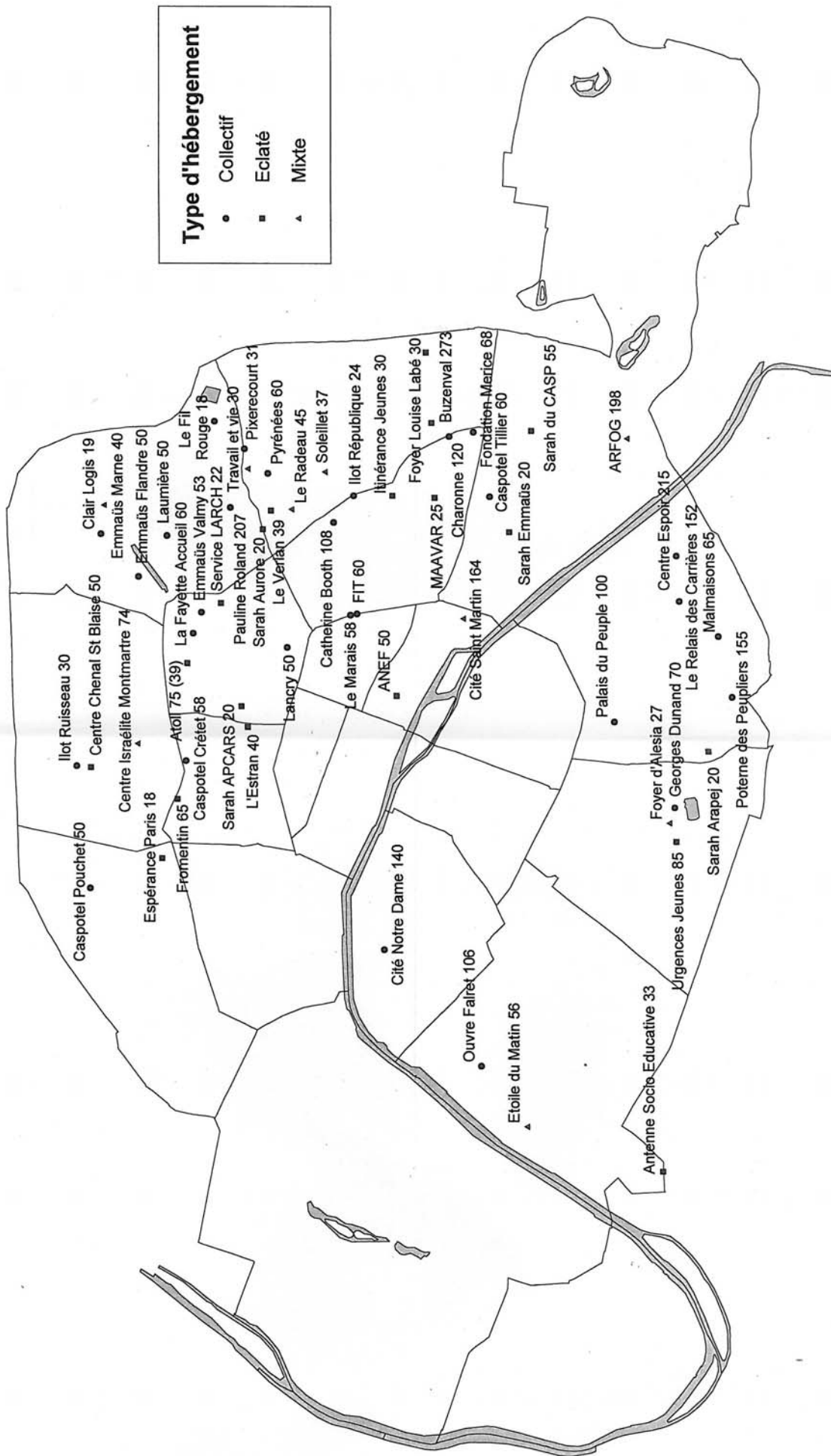
GROUPE S :**Mardi 3 Juillet (journée) et Vendredi 13 Juillet (matin)** EMMAÜS – 32 rue des Bourdonnais – 75001 PARIS

- CH Poterne des peupliers
- CH Palais du peuple
- CH Broussais
- ESI Famille
- Maraudes Captifs Libération
- ECIMUD Pompidou
- CSST Cassini
- CSST Didro
- CCAA CAP 14

HEBERGEMENT D'URGENCE ET DE STABILISATION - PARIS



CHRS - PARIS



Répartition des Appartements de Coordination Thérapeutique sur Paris



Paris le

Madame, Monsieur,

Nous sommes heureux de vous confirmer l'inscription de 2 ou 3 membres de votre structure à la formation :

**Précarité et addictions :
pratiques professionnelles et stratégies de coopération**

Les dates et les lieux des journées sont :

- date (journée) à lieu
- date (matin ou après-midi) à

Ces journées étant des journées d'échanges de pratiques et de connaissances, nous vous rappelons qu'il est important qu'un membre inscrit de votre équipe puisse présenter des données récentes dans son champ de compétences. Une intervention par champ (précarité, toxicomanies, alcool) est prévue le matin du premier jour.

Nous vous rappelons également que la distribution de documents de présentation de votre structure est souhaitée.

Nous vous suggérons que les repas soient pris en commun, à l'initiative des participants.

Nous nous réjouissons de vous rencontrer bientôt et vous prions de croire, Madame, Monsieur, l'expression de nos cordiales salutations.

Dr Meryem BELKACEMI

Responsable des Formations

Précarité et addictions : pratiques professionnelles et stratégies de coopération

Objectifs

- Permettre aux travailleurs sociaux et aux personnels de maraude de disposer des éléments techniques et méthodologiques de base pour connaître, identifier et intervenir efficacement auprès des populations en situation de précarité dans un contexte de prise de drogues
- Permettre aux équipes soignantes de mieux comprendre les modalités et les déterminants de l'usage de drogues par les populations en situation de précarité ainsi que les modes d'intervention des travailleurs sociaux de première ligne
- Poser les bases d'une coopération territoriale entre les structures de soins et celles d'accompagnement.

Programme

Première phase (1 journée)

Matin :

- Travail sur les représentations mutuelles des équipes en présence sur la précarité et sur l'usage de drogues illicites (exp. crack) et licites (exp. alcool)
- Actualisation réciproque des connaissances
- Analyse et échange de pratiques

Déjeuner en commun : temps à part entière de la formation.

Après midi :

- Présentations et débats autour de situations de crise (crise aiguë ou répétition de crise) rapportées par les professionnels
- Discussion et décorticage des dynamiques personnelles et institutionnelles
- Recherche de solutions et de propositions d'intervention adaptées

Deuxième phase (1/2 journée)

Elle se déroulera 10 à 15 jours après la première journée. La présence des directeurs ou responsables est fortement souhaitée.

- Compléments d'informations sur les présentations étayées lors de la première journée
- Propositions individuelles et institutionnelles, et outils communs
- Le travail en réseau et le partenariat entre les structures de soins et celles d'hébergement : principes, intérêts et possible concrétisation pour les équipes en présence.

Précarité et addictions : pratiques professionnelles et stratégies de coopération

Liste de présence

GROUPE A : Lundi 21 Mai (journée) et Lundi 4 Juin (matin)

RICHARD Caroline – CSST Emergence (les 2 jours)
MERIEUR Tebbal – CSST Emergence (21 mai)
PEQUANT Catherine – CSST Charonne (les 2 jours)
MOISAN Françoise – CSST Charonne (21 mai)
SAMSON Geneviève - ECIMUD Pitié Salpêtrière (les 2 jours)
DIENER Guylaine - ECIMUD Pitié Salpêtrière (les 2 jours)
Dr EDEL Yves - ECIMUD Pitié Salpêtrière (les 2 jours)
AKINCI Christine - ECIMUD Pitié Salpêtrière (4 juin)
MAZERAND Frédéric – Hôpitaux Universitaires Strasbourg (4 juin)

GROUPE B : Mardi 22 Mai (journée) et Lundi 4 Juin (après-midi)

NZE-NGUEMA Henri – Les enfants du Canal (les 2 jours)
DUFELLA Meziane – Les enfants du Canal (les 2 jours)
RUSSO Marc – Les enfants du Canal (les 2 jours)
TORREGROSSA Bruno – CSST Confluences (22 mai)
BONENFANT Yvonne – CSST Confluences (22 mai)
PASQUELTI Fernande – CSST Confluences (les 2 jours)
MOGLIA Anne – CSST Confluences (les 2 jours)
LOTTENBERG Pierre – Emmaüs Malmaison (les 2 jours)
MEITE Amadou – Emmaüs 13^{ème} (4 juin)
MOGAATARIF Loubna – Emmaüs 13^{ème} (4 juin)
FAYETTE Jérôme – Emmaüs 13^{ème} (4 juin)
STEVENIN Frédérique – Lieu-Dit (4 juin)

GROUPE C : Jeudi 24 Mai (journée) et Jeudi 7 Juin (matin)

Pas de nom (1 personne du CCAA CAP 14 le 24 mai)

GROUPE D : Lundi 28 Mai (journée) et Jeudi 7 Juin (après-midi)

Formation annulée

GROUPE E : Mardi 29 Mai (journée) et Mardi 12 Juin (matin)

Pas de liste de présence pour le 12 juin

ALLIETTA Lucie – ESI La Halle Saint Didier (le 29 mai)
BANOS David – BAPSA (le 29 mai)
LLOVERAS Geoffroy – ATOLL 75 (le 29 mai)

GROUPE F : Jeudi 31 Mai (journée) et Mardi 12 Juin (après-midi)

Pas de liste de présence pour le 12 juin

SCAMPS Anne – La Terrasse (le 31 mai)
KAVCIYAN Aram – Marmottan (le 31 mai)
LUTTENBACHER Catherine – Marmottan (le 31 mai)
GAURION LANTE Caroline – Parcours (le 31 mai)
SAIDI Katia – Bus Social Dentaire (le 31 mai)
DIABY Cheikhna – Emmaüs (le 31 mai)
ALLAL EL KADIRI – Emmaüs (le 31 mai)

GROUPE G : Lundi 4 Juin (journée) et Lundi 18 Juin (matin)

Pas de nom pour le 18 juin (2 personnes du CSST Ego, 1 personne du Bapsa et 1 personne de la Cité André Jacomet)

Mlle CROSNIER – Centre Israélite de Montmartre (le 4 juin)
BONIFACE – Bapsa (le 4 juin)
ENGERMAN – Bapsa (le 4 juin)
TREFCE – Bapsa (le 4 juin)
GUIHAT – Bapsa (le 4 juin)
LEBIVIC – Siloë (le 4 juin)
ROUSSEAU Céline – Siloë (le 4 juin)
FELIN Pierre – Cité André Jacomet (le 4 juin)
AMiot-FERNAND Olivia – CCAA Vauvenargues (le 4 juin)
HURET Marie-Catherine – CCAA Vauvenargues (le 4 juin)
ALESSANORI Sophie – CSST Ego (le 4 juin)

GROUPE H : Mardi 5 Juin (journée) et Lundi 18 Juin (après-midi)

Formation annulée le 18 juin.

JOUET Thierry – CSST Espace Murger (le 5 juin)

GROUPE I : Jeudi 7 Juin (journée) et Jeudi 21 Juin (matin)

DEKEIREL Cécile – CHRS Clair Logis (les 2 jours)
SIMON Véronique – CSST Horizons (le 7 juin)
GASTON-MABIZAT Christine – CSST Horizons (le 21 juin)
CORDEAU Philippe – CHU Georges Sand (les 2 jours)
MATTGR Marie-Blanche – CHRS Pauline Roland (le 21 juin)

GROUPE J : Lundi 11 Juin (journée) et Jeudi 21 Juin (après-midi)

RICHARD Julie – ECIMUD Bichat (le 11 juin)
PEREZ Sylvia – ECIMUD Bichat (le 11 juin)
JACQUELET Isabe – ECIMUD Bichat (le 11 juin)
BAUMARD Gaëlle – ECIMUD Bichat (le 21 juin)
RIHLSE Julien – CHRS Soleillet (le 11 juin)
OUSSAY Rachid – CHRS Soleillet (le 11 juin)
PAILLETTE Muriel – Bapsa (le 11 juin)
AIT-SI-ALI Mehdi- Bapsa (les 2 jours)
ROSENBERG Ruben – CCAA du Marais (les 2 jours)
BABOU Mehdjouba – Chenal St Blaise (les 2 jours)
GINSBERG Gisèle – Emmaüs Arago (le 11 juin)

GROUPE K : Mardi 12 Juin (journée) et Mardi 26 Juin (matin)

LOTHON – Les restos du cœur (les 2 jours)
BUFFET – Les restos du cœur (le 12 juin)
DELBARY Liliane – Les restos du cœur
GINSBERG Gisèle – Emmaüs Arago (les 2 jours)
GUEGAN Françoise – SAMU Social (les 2 jours)
FUSINAZ Marc – AAX CHRS (le 12 juin)
LAFOSSE Pascale – CHRS Pixérécourt (le 12 juin)

GROUPE L : Jeudi 14 Juin (journée) et Mardi 26 Juin (après-midi)

LEFEVRE – LHSS Maubeuge (le 14 juin)
RASOLONJATOVO Bernard – LHSS Maubeuge (les 2 jours)
GEORGES Véronique – LHSS Maubeuge (le 14 juin)
LE DEAN Laëtitia – La Terrasse (les 2 jours)
CHU BA Dung – La Terrasse (les 2 jours)
BAZILE Corinne – Caspotel Crétet (le 14 juin)
KORYAGINA Marina – CHU Lancry (le 14 juin)

GROUPE M : Lundi 18 Juin (journée) et Jeudi 28 Juin (matin)

MAAMRI-BORA – ATOLL 75 (les 2 jours)
MOTTE Gladys – CHRS Le Fil Rouge (les 2 jours)
GUILLOT Christelle – CCAA Moulin Joly (le 18 juin)
LANFRANCHI Caroline – CCAA Moulin Joly (les 2 jours)
CHAPIN Delphine – APCARS (le 18 juin)
GEHANT Alain – Gaïa Paris (le 28 juin)

GROUPE N : Jeudi 21 Juin (journée) et Mardi 3 Juillet (matin)

SCHNALP D. – CCAA Marais (le 21 juin)
BLIN Alain – CCAA Moulin Joly (les 2 jours)
HALLEGUEN – CCAA Moulin Joly (le 21 juin)
ROUDIER – CHRS Le Lieu Dit (les 2 jours)
OURAHMOUNE Sonia – CHRS L'îlot (les 2 jours)

GROUPE O : Lundi 25 Juin (journée) et Jeudi 5 Juillet (matin)

MOISAN – CSST Charonne (le 25 juin)
PECQUART – CSST Charonne (le 25 juin)
MONNIEZ Elodie – CHRS Charonne (le 25 juin)
NAKACHE Cyril – Fondation Merice (les 2 jours)
DAO Lin – CHUS Yves Garel (le 25 juin)
BRICARD Christian – CHUS Yves Garel (le 25 juin)
REIGNIER Emmanuelle – CCAA Paul Siradon (le 25 juin)
KHEDER Karima – ESI CASP Maison dans la rue (le 5 juillet)
GEFFROY Cédric – ESI CASP Maison dans la rue (le 5 juillet)

GROUPE P : Mardi 26 Juin (journée) et Lundi 9 Juillet (matin)

Pas de liste de présence pour le 9 juillet

MAKHLOUFI – LCR (le 26 juin)
ARON – La Corde Raide (le 26 juin)
MERCURY – La Corde Raide (le 26 juin)

GROUPE Q : Jeudi 28 Juin (journée) et Mardi 10 Juillet (matin)

Pas de date de préciser sur la seule liste, 1^{er} jour par défaut

BOUGOT Gaëlle – CHRS FIT (le 28 juin)

GROUPE R : Lundi 2 Juillet (journée) et Jeudi 12 Juillet (matin)

FARE Stéphanie – CCAA Marais (les 2 jours)
LABONNE Eric – Protection Civile Paris (le 2 juillet)
GUERIM Christophe – Centre Fromentin (le 2 juillet)
NAOUNOU Laurent – Centre Fromentin (les 2 jours)
MARTINEAU Annie – Centre Fromentin (les 2 jours)
GINSBERG Gisèle – Emmaüs Arago (les 2 jours)

GROUPE S : Mardi 3 Juillet (journée) et Vendredi 13 Juillet (matin)

GUERIN Christine – ACT Maison des Champs (le 3 juillet)
MACE Sandrine – ESI ACLL (le 3 juillet)
FOUCART Michèle – ESI ACLL (le 3 juillet)
ODILE Thierry – ESI ACLL (les 2 jours)
BOURSIER Daniel – ESI ACLL (le 3 juillet)
BOUCHIFAT Hamid – ESI ACLL (le 3 juillet)
GUILLIEN Rachel – ACLL 16^{ème} (le 3 juillet)
GINSBERG Gisèle – Emmaüs Arago (le 3 juillet)
ALLANO Solen – CHRS La Poterne des Peupliers (les 2 jours)
HERCY Pierre – CHRS La Poterne des Peupliers (les 2 jours)
TELLIER A. – CHRS La Poterne des Peupliers (les 2 jours)
BRUNEAU Jean-Paul – ECIMUD (les 2 jours)
JOUBERT Maud – Le Palais du Peuple (les 2 jours)
BLANCART Jacinthe – Association Aux Captifs de la Libération (le 13 juillet)



Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités

CHARTRE DE COOPERATION

PREAMBULE

La présente charte vise à renforcer la coopération entre les sites d'hébergement et les centres de soins spécialisés pour toxicomanes pour améliorer la réponse aux besoins des usagers de drogues dans un parcours thérapeutique

La présente charte décrit :

- les caractères généraux des usagers auxquels elle s'applique
- Les établissements concernés.
- Les apports et contributions de chacun des signataires, en termes de disponibilité, de compétence, de coopération.
- Ses contraintes et limites.
- Les éléments favorisant cette coopération.

1 DISPONIBILITE CREEE PAR LES CENTRES D'HEBERGEMENT

Dans le cadre de cette charte, les capacités préétablies suivantes: places, lits en structures collectives, chambres d'hôtel, sont gardées disponibles à l'attention des bénéficiaires de cet engagement collectif.

Cette « réservation » vaut jusqu'à 18 heures, ensuite de quoi la place concernée relève de la gestion de droit commun de chaque établissement.

2 PERSONNES CONCERNEES

Il s'agit de sujets usagers de drogues. Ils sont ou vont s'engager dans une démarche de soins.

Les caractères cliniques sont inhérents au fait d'être adressé par le CSST signataire de cette charte : le fait d'être adressée par un CSST, suffit à définir le caractère de « toxicomanes en cours de traitement ».

3 CONDITIONS GENERALES DE SEJOUR

Pour chaque personne, il n'y aucune dérogation particulière quant au respect du règlement intérieur, des conditions de séjour et d'admission propres à chaque établissement.

4 DUREE DU SEJOUR :

Elle est définie par le règlement intérieur de chaque structure mais peut faire l'objet d'aménagements quand ils peuvent aider à l'efficacité du processus thérapeutique, en concertation avec le centre de soins.

5 CONDITIONS D'ACCES SPECIFIQUES

Pour les personnes relevant de cette charte, et dans les limites des places disponibles, le CSST peut faire appel directement au centre d'hébergement, selon des modalités qui feront l'objet d'une convention spécifique. L'accès pourra se faire selon les principes suivants :

- Soit pour le jour même avant 18 heures.
- Soit dans certains cas pour « pré réserver » une place dans une échéance maximale de sept jours sous réserve que cette demande s'intègre dans un processus de soins et que cela soit l'une des conditions de sa poursuite.

L'information est confirmée par fax.

En cas de « défaillance », le CSST est informé en retour le jour même ou le lendemain.

6 DU SUIVI THERAPEUTIQUE

Pour ce qui concerne la prise en charge de l'addiction et de certains aspects médicaux, la responsabilité est exclusivement celle du CSST. Un contact personnalisé avec un des membres de l'équipe de soins est prévu, l'amplitude horaire est définie de gré à gré, également dans le cadre d'une convention.

7 FORMATIONS - ECHANGES PROFESSIONNELS

Sur une période annuelle, et selon un calendrier prévisionnel, des sessions de formation, ou d'analyses de pratiques sont organisées, soit de structures à structures, soit dans un cadre général selon les objectifs d'un plan de formation établi en lien avec la DDASS du département concerné.

Des échanges de professionnels, au titre de la formation, par exemple pour une journée ou une demi-journée de présence peuvent être prévus dans un cadre régulier soit pour un « staff » soit lors de l'activité propre à chaque structure.

8 SEANCES DE SYNTHESE

Sur un rythme régulier préétabli, bimensuel, trimestriel, semestriel, des réunions de synthèse pour la révision de tel ou tel cas à titre individuel, ou au titre de procédures spécifiques, (gestion de produits, situation d'urgence etc.) sont organisées.

9 GESTIONS DE L'INFORMATION, ECHANGES, ETHIQUE, CONFIDENTIALITE.

Dans le cadre de la coopération professionnelle, pour chacun des patients, des informations peuvent partagées ou échangées, elles sont soumises au secret professionnel partagé.

Chaque établissement établira le rythme, la nature, les destinataires des informations aussi bien à titre individuel que collectif.

10 EVALUATION ET SYNTHESE ANNUELLES

Cette charte, est mise en œuvre dans le cadre de conventions bilatérales entre les établissements, établies pour une durée de un an renouvelable tacitement. Elles font l'objet d'une évaluation conjointe, cette évaluation n'a pour objet que le champ commun défini par cette convention c'est-à-dire l'hébergement d'urgence des patients en cours de suivi dans un CSST.

11 RELATIONS AVEC LE 115

SAMU Social et 115 sont associés à cette charte. Ils sont informés autant que de besoin des termes des conventions établies, des capacités d'hébergements qui sont ainsi mises en œuvre. Ils sont invités et peuvent participer aux séances de travail pour ce qui est de leur champ d'activité.

12 CONVENTIONS ETABLIES ENTRE LES ETABLISSEMENTS

Elles définissent pour chaque « binôme » hébergements et structures de soins les aspects pratiques et comprendront, entre autres, les éléments de mise en application suivants :

- Horaires d'activité et de disponibilité, et solutions alternatives envisagées en dehors de ces plages horaires,
- Personnes contacts, avec coordonnées,
- Modalités de formation et d'analyse de pratique ou synthèse,
- Mode d'arbitrage des différents,
- Modalités d'évaluations, indicateurs selon le cas.

PARIS, LE

LES SIGNATAIRES :

« PYRÉNÉES 2 » : ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET RENFORCEMENT DES LIENS ENTRE LE MONDE SANITAIRE ET LE MONDE DE L'INSERTION.

CONTINUE DE L'ACTION D'ÉCHANGES DE PRATIQUES DANS LE CADRE DU PLAN REGIONAL CRACK 2007

CONTEXTE :

Le site de l'association Emmaüs « Pyrénées 2 » dispose de 50 places et est en activité depuis le 1er juillet 2007.

Il a dû faire face à des **situations critiques** – dont une des composantes est la **toxicomanie** – qui ont été gérées aussi bien du point de vue des résidents que du point de vue de la réglementation avec la plus grande efficacité possible de la part des gestionnaires.

Au-delà des phénomènes humains et de ce qui est lié à un décès ou à des actes de violence, il paraît urgent et utile de proposer une action d'accompagnement à l'attention du personnel voire des résidents.

Dans le cadre de la continuité des actions de promotion de la santé et du renforcement des liens entre les acteurs de l'insertion sociale et les acteurs de la santé*, et en particulier à l'occasion des projets de stabilisation, une action particulière a été proposée à l'attention du centre « Pyrénées 2 ».

Les quelques échanges préalables montrent que chaque professionnel est régulièrement confronté à des interrogations lourdes dans le champ sanitaire, et que souvent des expériences originales, d'usage normal du soin normal ont été trouvées à titre individuel et répété, sans avoir jamais été complètement généralisées ni formalisées.

Un savoir-faire, une expérience, tout cela existe, il s'agit de le formaliser, de le renforcer, d'en faire une règle et non plus une exception.

Il a donc été décidé d'organiser autour de la problématique « addiction, santé mentale, hébergement » des réunions de proximité sur le modèle d'échanges de pratiques dans le cadre du plan régional Crack.

Trois centres d'hébergement Emmaüs ont été concernés ainsi qu'un centre d'hébergement de l'Armée du Salut.

PRINCIPES GÉNÉRAUX DES ACTIONS :

- **Des échanges de proximité** avec les divers acteurs des champs sanitaire et social à partir des préoccupations quotidiennes ou récurrentes.
- **L'absence d'approche par « un ou deux cas personnels »**, ceux-ci doivent trouver une solution par synergie mais surtout en respectant l'individualité, et la confidentialité.
- **La conviction que « l'apprentissage » sera réciproque entre les différents acteurs.**
- **La recherche d'un pragmatisme de moyen et de long terme.**
- **Le respect et l'adaptation de la démarche** pour respecter l'acceptabilité par les différentes équipes.
- **Une approche des questions de santé dans les diverses acceptions de ce terme.**
- **L'importance de pouvoir construire des relations normales avec les établissements spécialisés, CSST en particulier, de lutte contre la dépendance de en matière**

* L'association Emmaüs a été l'un des partenaires importants de deux actions menées depuis 2005 dans le domaine de la promotion de la santé et du renforcement des liens entre le monde sanitaire et le monde de l'insertion :

- L'action SAHIP sur la formation et l'éducation à la santé à l'attention des intervenants premiers contacts.

L'action d'échanges de pratiques dans le cadre du plan régional Crack début et courant été 2007.

d'alcool : ceci est d'autant plus important que ces problèmes ne sont pas aigus ni les plus essentiels vis-à-vis des personnes concernées.

- **L'approche par le droit commun, « hors précarité »** c'est-à-dire en lien normal avec les médecins généralistes, le CMP de secteur, les pharmaciens d'officine, les SSIAD, les infirmiers libéraux, les hôpitaux de proximité est essentielle. Il ne s'agit pas d'une action de lutte contre la précarité, mais bien d'un accompagnement de l'insertion.
- **Le principe de l'échange de pratique** : Au-delà d'un simple slogan, il est probable que chaque partie sera amenée à bénéficier de la rencontre des expériences apportées par les participants. Pour ce faire, des règles de fonctionnement strict sont indispensables. Il faut déterminer un thème, des modalités d'échange pratique, une formalisation des expériences les plus adaptées, et faire ressortir quelques éléments concrets tels que des numéros de téléphone, des horaires, des plaquettes permettant ultérieurement de construire des relations.
- **Les échanges de pratique avec des professionnels du même territoire** c'est-à-dire le Nord Est parisien. Cela permet une visualisation des visages, des attitudes et habitudes, un apprentissage des modalités de prise de contact pour chacune des personnes présentes.
- **Un enrichissement du savoir-faire commun, un enrichissement du savoir-faire propre de chacun.**
- **Un apprentissage de l'usage et des habitudes professionnelles et fonctionnelles de chacun.**
- **Tout ne se fait pas en urgence, tout ne relève pas de la compétence de tout le monde.**
- **La population hébergée dans les différents centres, est plus confrontée à des situations de risques qu'à des pathologies évolutives.** Les sites sont des sites d'hébergement et d'insertion et non des établissements de soins.
- **Les hébergées sont des usagers du droit commun**, ayant des droits en termes de couverture sociale normaux.
- **L'apprentissage porte donc sur des principes certes mais surtout sur 1000 petits détails**, qui permettent l'usage quotidien du système de santé et du système de soins en générale et à bon escient.

MODALITÉS DES ACTIONS :

Le modèle utilisable serait issu de l'action « formations/échanges de pratiques » réalisée au printemps/été 2007 par le CRESIF et la DASS de Paris.

- **Les modalités en termes de durée**

Les modalités sont de l'ordre de deux heures associant échanges et présentation théorique ou différentes informations par des acteurs locaux et non des spécialistes avec une fréquence d'environ trois semaines

- **Le public cible des rencontres**

Il peut être variable en fonction du sujet ou moment, cela peut concerner le personnel d'intervention, les résidents, les compagnons, et d'autres personnes.

- **La disponibilité des équipes est la contrainte la plus forte**

On peut espérer dans le meilleur des cas, avoir l'ensemble des équipes de 2 sites simultanément entre 19 heures et 21 heures aux plus toutes les trois semaines. Pour les autres sites, le nombre de personnes souhaité est le maximum possible sans qu'il soit réaliste de rechercher un consensus en termes de calendrier, de disponibilité.

L'annonce des lieux, des thèmes, doit être très fortement anticipée pour permettre aux personnes de s'organiser en conséquence.

THEMES DES RENCONTRES :

1^{er} thème : le rôle de la médecine générale, autour du lien individuel et du lien collectif.

« Du bon usage du médecin généraliste » (représentation de la santé, positionnement de la personne comme sujet ayant le droit d'ignorer le diagnostic exact de sa souffrance)

Intervenant : Réseau Paris-Nord
Vincent BOURSEUL (coordinateur)
3 et 5 Rue de Metz 75010 PARIS
Tél: 01 53 24 80 80 Fax: 01 53 24 80 81
coordination@reseau-paris-nord.com

2^{ème} thème : la psychiatrie de secteur, l'usage du CMP de proximité, la différence entre approche psychiatrique et souffrance psychique au quotidien.

> Intervenants : Association Nationale de Prévention
en Alcoologie et Addictologie
Denis BENARD – A.N.P.A.A.75
54, rue de Clignancourt 75018 PARIS
Tél : 01 46 06 26 00 - Fax : 01 46 06 80 35
comite75@anpa.asso.fr
STEP (Seringues, Tampons alcoolisés,
Eau stérile et Préservatifs) est un accueil bas seuil dit d'« échange de
seringues » faisant partie de l'association
Ego (Espoir Goutte d'Or)
Alberto TORRES – STEP
56, boulevard de la Chapelle 75018 PARIS
Tél. : 01 42 26 03 12
Ouvert tous les soirs de 19h30 à 23h

3^{ème} thème : les addictions sous leurs différents aspects.

> Intervenant : Dr E. Monduit de Caussade
Chef de service
27^e secteur de psychiatrie
EPS Maison Blanche – Avron
129, rue d'Avron 75020 Paris
Tél. : 01 44 64 34 56
emonduit@ch-maison-blanche.fr

Il s'agit bien d'un exercice professionnel d'équipe normale et non une approche exceptionnelle. L'idéal à terme serait qu'à partir de 2008, un rythme et une régularité puissent s'installer pour des échanges professionnels dans ce domaine où chacun est demandeur de la compétence de l'autre.

Remarque :

La participation à ces 3 réunions de :

- la coordinatrice du programme Santé Communautaire de l'association Emmaüs
- le médecin inspecteur de santé publique de la DASS de Paris
- les responsables des CHU
- les équipes (permanents, travailleurs sociaux, compagnons et un relais santé)

a permis de valoriser l'action.

CONVENTION DE COOPERATION

I

Entre le CSST de l'association Espoir Goutte d'Or, établissement médico-social dont le siège est situé au 6 rue de Clignancourt, 75018 PARIS, représenté par sa Directrice générale, Madame Lia CAVALCANTI,

Et

L'association Emmaüs, Boulevard Pereire – 75017 PARIS, représenté par son Directeur, Monsieur Patrick BERTOT,

Il est convenu :

Preamble

La présente convention vise à renforcer la coopération entre le Site d'hébergement Péreire de l'association Emmaüs et le centre spécialisé de soins aux toxicomanes CSST-Espoir Goutte d'or afin d'améliorer la réponse aux besoins des usagers de drogues dans un parcours thérapeutique.

La présente convention décrit :

- Les caractères généraux des usagers auxquels elle s'applique
- Les établissements concernés.
- Les apports et contributions de chacun des signataires, en termes de disponibilité, de compétence, de coopération.
- Les contraintes et limites.
- Les éléments favorisant cette coopération.

Article 1 - Disponibilité créée par le centre d'hébergement

Dans le cadre de cette convention, les capacités préétablies sont les suivantes :

- 2 places, lits en structure collective,

sont gardées disponibles à l'attention des bénéficiaires de cet engagement collectif.

Cette « réservation » vaut jusqu'à 18h00 faute de quoi la place concernée relève de la gestion de droit commun du Site d'hébergement de l'association Emmaüs.

Une confirmation par fax comprenant les nom, prénom et date de naissance du bénéficiaire ainsi que les coordonnées du référent de l'équipe du CSST « Espoir Goutte d'Or » est adressée au Site d'hébergement de l'association Emmaüs.

Article 2 - Personnes concernées

Il s'agit de sujets usagers de drogues qui sont engagés dans une démarche de soins ou qui souhaitent le faire et ayant besoin de bénéficier d'une structure d'hébergement.

Les caractères cliniques sont inhérents au fait d'être adressé par le CSST-EGO signataire de cette convention : le fait d'être adressée par le CSST-EGO, suffit à définir le caractère de « toxicomanes en cours de traitement ».

Article 3 - Conditions générales de séjour

Pour chaque personne, il n'y aucune dérogation particulière quant au respect du règlement intérieur, des conditions d'admission et de séjour propres au Site d'hébergement Péreire de l'association Emmaüs.

4 - Durée du séjour

Elle est définie par le règlement intérieur du Site d'hébergement Péreire de l'association Emmaüs mais peut faire l'objet d'aménagements quand ils peuvent aider à l'efficacité du processus thérapeutique, en concertation avec le CSST-EGO.

Article 5 - Conditions d'accès au Centre d'hébergement

Pour les personnes relevant de cette convention, et dans les limites des places disponibles, le CSST-EGO peut faire appel directement au Site d'hébergement de l'association Emmaüs, selon des modalités qui feront l'objet d'une annexe spécifique. L'accès pourra se faire selon les principes suivants :

- Soit le jour même, avant 18 heures.
- Soit, dans certains cas, pour « pré réserver » une place dans une échéance maximale de sept jours, sous réserve que cette demande s'intègre dans un processus de soins et que cela soit l'une des conditions de sa poursuite.

L'information est confirmée par fax.

En cas de « défaillance », le CSST-EGO est informé en retour, le jour même ou le lendemain.

Article 6 - Le suivi thérapeutique

Pour ce qui concerne la prise en charge de l'addiction et de certains aspects médicaux, la responsabilité est exclusivement celle du CSST-EGO.

Un contact personnalisé entre un membre du Site d'hébergement de l'association Emmaüs et un membre de l'équipe de soins du CSST-EGO est organisé. Pour cela, un référent du CSST-EGO est identifié lors de la demande d'admission en application de l'Article 1 de la présente convention.

Article 7 - Formations - Echanges professionnels

Sur une période annuelle, et selon un calendrier prévisionnel, des sessions de formation ou d'analyses de pratiques sont organisées, décrites en annexe.

Des échanges de professionnels, au titre de la formation seront envisagés lors de la réunion annuelle de suivi de la mise en œuvre de la présente convention.

Article 8 - Séances de synthèse

Sur un rythme régulier préétabli, des réunions de synthèse pour la révision de tel ou tel cas à titre individuel, ou au titre de procédures spécifiques, (gestion de produits, situation d'urgence etc.) sont organisées. Cf. annexe.

Article 9 - Gestion de l'information, échanges, éthique, confidentialité.

Dans le cadre de la coopération professionnelle, pour chaque patient, des informations peuvent être partagées ou échangées, elles sont soumises au secret professionnel partagé.

Chaque établissement définit le rythme, la nature, les destinataires des informations aussi bien à titre individuel que collectif.

Article 10 - Evaluation et synthèse annuelles

Cette convention est mise en œuvre de façon bilatérale entre les deux établissements. Elle est établie pour une durée d'un an renouvelable tacitement. Elle fait l'objet d'une évaluation conjointe, cette évaluation n'a pour objet que le champ commun défini par cette convention c'est-à-dire l'hébergement d'urgence des patients en cours de suivi dans le CSST.

Article 11 - Relations avec le 115

Le SAMU Social et le 115 sont associés et informés de l'existence de cette convention et de ses annexes ainsi que des capacités d'hébergements qui sont ainsi mises en œuvre. Ils sont invités et peuvent participer aux séances de travail pour ce qui est de leur champ d'activité.

Article 12 - Convention établie entre les établissements

Elle définit pour chaque « binôme » hébergements et structures de soins les aspects pratiques avec, entre autres, les éléments de mise en application suivants :

- Horaires d'activité et de disponibilité, et solutions alternatives envisagées en dehors de ces plages horaires.
- Personnes contacts, avec coordonnées.
- Modalités de formation et d'analyse de pratique ou synthèse.
- Mode d'arbitrage des différends.
- Modalités d'évaluation, indicateurs selon le cas.

Espoir Goutte d'Or
Mme CAVALCANTI
Directrice générale

Centre Pereire
M. Patrick BERTOT
Directeur

Association Emmaüs
M. CUSSERNE
Délégué

Fait à PARIS, le _____

ANNEXES A LA CONVENTION DE COOPERATION

Article 1 : Disponibilité créée par le centre d'hébergement

Le CSST-EGO, bénéficie de places permanentes sur le Site d'hébergement de l'association Emmaüs. A sa charge de gérer l'occupation des deux lits.

Article 5 : Conditions d'accès au Centre d'hébergement

Le CSST affecte les personnes en fonction de la disponibilité des places. Il prévient par fax le site d'hébergement Péreire de chaque nouvel arrivant, un point téléphonique est effectué sur la situation de la personne et son projet éventuel. Le Site d'hébergement de l'association Emmaüs prévient par fax le CSST-EGO des absences consécutives (plus de deux jours) du patient orienté.

Article 6 : Le suivi thérapeutique

Le CSST EGO et le Site d'hébergement de l'association Emmaüs s'engagent à communiquer tous renseignements concernant le bon déroulement du séjour et du suivi.

- ☐ Le CSST-EGO est joignable du lundi au vendredi, de 9h30 à 18h00

Personnes ressources :

- Le Directeur – Tél. : 01 53 09 99 49 – Fax : 01 53 09 99 43
- L'Assistante sociale – Tél. : 01 53 09 29 12 – Fax : 01 53 09 29 14

- ☐ Le Site d'hébergement de l'association Emmaüs est joignable de 9h30 à 18h00.

Téléphone : 01 46 22 30 01

Fax : 01 46 22 30 01

Personnes ressources : les travailleurs sociaux.

Article 7 : Formations – Echanges professionnels

Le CSST d'EGO s'engage à mettre en place un cycle annuel de formation sur les addictions, élaboré et « conçu sur mesure » en fonction des besoins et demandes exprimés par l'équipe du Site d'hébergement de l'association Emmaüs.

Ces formations seront assurées par des experts liés à EGO et se réaliseront dans les locaux choisis par le centre d'hébergement, selon un rythme à définir.

Article 8 : Séances de synthèse

Les partenaires de la présente convention s'engagent à réaliser au moins 3 rencontres annuelles de travail.

Le CSST s'engage cependant à répondre aux demandes d'intervention d'urgence si le cas se présente.

Article 9 : Gestion de l'information, échanges, éthique, confidentialité

Pour le Site d'hébergement de l'association Emmaüs, les informations concernant les personnes hébergées doivent être communiquées aux membres de l'équipe éducative.



CONVENTION DE COOPERATION

Entre le CSST de l'association Espoir Goutte d'Or, établissement médico-social dont le siège est situé au 6 rue de Clignancourt, 75018 PARIS, représenté par sa Directrice générale, Madame Lia CAVALCANTI,

Et

L'association des Cités du Secours Catholique, site André Jacomet situé au 17 Bd Ney, 75018 PARIS, représenté par son Directeur, Monsieur Luc MONTI,

Il est convenu :

Preamble

La présente convention vise à renforcer la coopération entre le site d'hébergement de l'association des Cités du Secours Catholique, Cité André Jacomet et le centre spécialisé de soins aux toxicomanes CSST-Espoir Goutte d'or afin d'améliorer la réponse aux besoins des usagers de drogues dans un parcours thérapeutique.

La présente convention décrit :

- Les caractères généraux des usagers auxquels elle s'applique
- Les établissements concernés.
- Les apports et contributions de chacun des signataires, en termes de disponibilité, de compétence, de coopération.
- Les contraintes et limites.
- Les éléments favorisant cette coopération.

Article 1 - Disponibilité créée par le centre d'hébergement

Dans le cadre de cette convention, les capacités préétablies sont les suivantes :

- 2 lits sur la Cité Jacomet

sont gardés disponibles à l'attention des bénéficiaires de cet engagement collectif.

Cette « réservation » est permanente.

Une confirmation par fax comprenant les noms, prénoms et dates de naissance du bénéficiaire ainsi que les coordonnées du référent de l'équipe du CSST « Espoir Goutte d'Or » est adressée à la Cité Jacomet.

Article 2 - Personnes concernées

Il s'agit de sujets usagers de drogues qui sont engagés dans une démarche de soins ou qui souhaitent le faire et ayant besoin de bénéficier d'une structure d'hébergement.

Les caractères cliniques sont inhérents au fait d'être adressé par le CSST-EGO signataire de cette convention : le fait d'être adressée par le CSST-EGO, suffit à définir le caractère de « toxicomanes en cours de traitement ».

Article 3 - Conditions générales de séjour

Pour chaque personne, il n'y aucune dérogation particulière quant au respect du règlement intérieur, des conditions d'admission et de séjour propres à la Cité Jacomet.

4 - Durée du séjour

Elle est définie par le règlement intérieur de la Cité Jacomet mais peut faire l'objet d'aménagements quand ils peuvent aider à l'efficacité du processus thérapeutique, en concertation avec le CSST-EGO.

Article 5 - Conditions d'accès au Centre d'hébergement

Pour les personnes relevant de cette convention, et dans la limite des places disponibles définies à l'Article 1 de la présente convention, le CSST-EGO peut faire appel directement au centre d'hébergement André Jacomet.

La personne adressée par le CSST-EGO se présente à la Cité Jacomet entre 18h00 et 20h00 pour la première soirée d'admission.

Si la personne ne se présente pas dans les horaires prévus, le CSST est informé de la non présentation de la personne dès le lendemain.

Article 6 - Le suivi thérapeutique

Pour ce qui concerne la prise en charge de l'addiction et de certains aspects médicaux, la responsabilité est exclusivement celle du CSST-EGO.

Un contact personnalisé entre un membre de la Cité Jacomet et un membre de l'équipe de soins du CSST-EGO est organisé. Pour cela, un référent du CSST-EGO est identifié lors de la demande d'admission en application de l'Article 1 de la présente convention.

Article 7 - Formations - Echanges professionnels

Sur une période annuelle, et selon un calendrier prévisionnel, des sessions de formation ou d'analyses de pratiques sont organisées, décrites en annexe.

Des échanges de professionnels, au titre de la formation seront envisagés lors de la réunion annuelle de suivi de la mise en œuvre de la présente convention.

Article 8 - Séances de synthèse

Sur un rythme régulier préétabli, des réunions de synthèse pour la révision de tel ou tel cas à titre individuel, ou au titre de procédures spécifiques, (gestion de produits, situation d'urgence etc.) sont organisées. Cf. annexe.

Article 9 - Gestion de l'information, échanges, éthique, confidentialité.

Dans le cadre de la coopération professionnelle, pour chaque patient, des informations peuvent être partagées ou échangées, elles sont soumises au secret professionnel partagé.

Chaque établissement définit le rythme, la nature, les destinataires des informations aussi bien à titre individuel que collectif.

Article 10 - Evaluation et synthèse annuelles

Cette convention est mise en œuvre de façon bilatérale entre les deux établissements. Elle est établie pour une durée d'un an renouvelable tacitement. Elle fait l'objet d'une évaluation conjointe, cette évaluation n'a pour objet que le champ commun défini par cette convention c'est-à-dire l'hébergement d'urgence des patients en cours de suivi dans le CSST.

Article 11 - Relations avec le 115

Le SAMU Social et le 115 sont associés et informés de l'existence de cette convention et de ses annexes ainsi que des capacités d'hébergements qui sont ainsi mises en œuvre.

Article 12 - Convention établie entre les établissements

Elle définit pour chaque « binôme » hébergements et structures de soins les aspects pratiques avec, entre autres, les éléments de mise en application suivants :

- Horaires d'activité et de disponibilité, et solutions alternatives envisagées en dehors de ces plages horaires.
- Personnes contacts, avec coordonnées.
- Modalités de formation et d'analyse de pratique ou synthèse.
- Mode d'arbitrage des différends.
- Modalités d'évaluation, indicateurs selon le cas.

Espoir Goutte d'Or

Mme CAVALCANTI
Directrice générale



Espoir Goutte d'Or (E.G.O.)

Association Loi 1901
6, rue de Clignancourt - 75018 PARIS
Tél. : 01 53 09 99 49 - Fax : 01 53 09 99 43
SIRET 349 693 887 00037 - APE 853 K

Fait à PARIS, le 30 Mai 2007

Cité André Jacomet

M. MONTI
Directeur



Cité André Jacomet
17 Boulevard Ney
75018 PARIS

Cette convention entrera en vigueur à partir du 1^{er} septembre 2007.



ANNEXES A LA CONVENTION DE COOPERATION

Article 1 : Disponibilité créée par le centre d'hébergement

Le CSST-EGO, bénéficie de places permanentes sur la Cité André Jacomet. A sa charge de gérer l'occupation des deux lits.

Article 5 : Conditions d'accès au Centre d'hébergement

Le CSST affecte les personnes en fonction de la disponibilité des places. Il prévient par fax la Cité André Jacomet de chaque nouvel arrivant, un point téléphonique est effectué sur la situation de la personne et son projet éventuel. La Cité André Jacomet prévient par fax le CSST-EGO des absences consécutives (plus de deux jours) du patient orienté. La personne perd alors sa place sur la Cité André Jacomet.

Article 6 : Le suivi thérapeutique

Le CSST EGO et la Cité André Jacomet s'engagent à communiquer tous renseignements concernant le bon déroulement du séjour et du suivi.

- ☐ Le CSST-EGO est joignable du lundi au vendredi, de 9h30 à 18h00

Personnes ressources :

- Le Directeur – Tél. : 01 53 09 99 49 – Fax : 01 53 09 99 43
- L'Assistante sociale – Tél. : 01 53 09 29 12 – Fax : 01 53 09 29 14

- ☐ La Cité André Jacomet est joignable de 9h00 à 18h00.

Téléphone : 01 45 50 45 00

Fax : 01 45 50 44 98

Personnes ressources : les travailleurs sociaux.

Article 7 : Formations – Echanges professionnels

Le CSST d'EGO s'engage à mettre en place un cycle annuel de formation sur les addictions, élaboré et « conçu sur mesure » en fonction des besoins et demandes exprimés par l'équipe du Centre d'hébergement André Jacomet.

Ces formations seront assurées par des experts liés à EGO et se réaliseront dans les locaux choisis par le centre d'hébergement, selon un rythme à définir.

Article 8 : Séances de synthèse

Les partenaires de la présente convention s'engagent à réaliser au moins 3 rencontres annuelles de travail.

Le CSST s'engage cependant à répondre aux demandes d'intervention d'urgence si le cas se présente.

Article 9 : Gestion de l'information, échanges, éthique, confidentialité

Pour la Cité André Jacomet, les informations concernant les personnes hébergées doivent être communiquées aux membres de l'équipe éducative.

**Convention de partenariat entre
l'Association EMMAÜS et l'A.N.P.A.A.75
élaborée dans le cadre du programme de santé communautaire**

ENTRE LES SOUSSIGNEES :

L'ASSOCIATION NATIONALE DE PREVENTION EN ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE, association régie par la loi du 1er juillet 1901, déclarée à la Préfecture le 5 février 1880, ayant son siège social au 20, rue Saint-Fiacre 75002 Paris, représentée par le Professeur Gérard FELDMANN agissant en qualité de Président départemental de l'A.N.P.A.A. 75,

Ci-après dénommée « A.N.P.A.A. 75 »

D'UNE PART,

ET

L'ASSOCIATION EMMAÜS, association régie par la loi du 1er juillet 1901, représentée par Monsieur Didier CUSSERNE agissant en qualité de Délégué général,

D'AUTRE PART,

Il a été arrêté et convenu ce qui suit :

L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie 75 organise de janvier 2008 à décembre 2008 :

- 26 séances de sensibilisation aux risques « alcool et addictions »
- une formation de 2 jours en lien avec le projet triennal « manger bouger »

I. LES SENSIBILISATIONS

Elles se déroulent sur trois heures en journée ou en soirée sur la thématique « Alcool et Addictions » et concernent les centres suivants :

Les centres de jour

- AGORA (Paris 1^{er})
- MONTESQUIEU (Paris 1^{er})
- BOUTIQUE SOLIDARITE (Paris 10^{ème})
- LA MAISON DU 13 (Paris 13^{ème})
- SERVICE RMI (Paris 20^{ème})
- ESPACE EMPLOI (Paris 18^{ème})
- BOUTIQUE CRETEIL (CRETEIL)
- ETAPE IVRYENNE (IVRY / SEINE)

Hébergement d'insertion

- CHRS MARNE (Paris 19^{ème})
- CHRS PROST (Le Pré Saint Gervais)
- MAISON RELAIS BUCI (Paris 6^{ème})
- MAISON RELAIS COUR St PIERRE (Paris 17^{ème})
- MAISON RELAIS SAMPAX (Paris 10^{ème})
- MAISON RELAIS TAITBOUT (Paris 9^{ème})
- MAISON RELAIS LEFEBVRE (Paris 18^{ème})
- HOTEL FLOREAL (Paris 14^{ème})

Hébergement d'urgence

- CHU CLICHY-TRINITE (Paris 9^{ème})
- CHU CRIMEE (Paris 19^{ème})
- CHU GEORGES DUNAND (Paris 14^{ème})
- CHU LANCERY (Paris 10^{ème})
- CHU PEREIRE 1 (Paris 17^{ème})
- CHU PYRENEES 2 (Paris 20^{ème})
- CHU SAINTE ANNE (Paris 14^{ème})
- CHU TESSIER (Paris 10^{ème})
- CHU ANDRE BERCHER (Vincennes)

Autre service

- COMMUNAUTE DE SERVICES (Ivry sur Seine)

I.1. Démarche pédagogique des séances de sensibilisation

Motifs

- Public précarisé et particulièrement exposé à la problématique « Alcool et addiction »
- Augmentation de la consommation d'alcool et/ou de produits psychoactifs
- Modification des modes de consommation (polyconsommation, augmentation des ivresses)

- Disparité des représentations vis à vis de l'alcool et des autres produits psychoactifs
- Implication de l'alcool dans de nombreux accidents et comportements à risques

Objectifs généraux

- Elever le niveau de savoir et de compétence vis à vis des produits psychoactifs (bio-psycho-social)
- Promouvoir la responsabilité individuelle et le respect collectif
- Inscrire la prévention dans l'activité naturelle de l'établissement

Objectifs opérationnels

- S'adresser à l'ensemble des personnes sans stigmatiser un groupe ou une personne au sein de l'établissement
- Proposer des outils de réflexion et de communication (débat, documentation...)
- Informer et orienter vers le soin

I.2. Déroulement

La méthode d'intervention proposée favorise l'expression du groupe. La séance se déroule sous forme d'exposé puis de débat.

Parallèlement aux nécessaires connaissances relatives aux produits, l'intervenant travaille sur les représentations et comportements en faisant appel aux compétences psychosociales des personnes.

L'action est accompagnée de documentation, support vidéo, audio, exposition, affiches, simulateur d'alcoolémie...

- Lieu de l'intervention : Sur le site concerné
- Durée d'une action type : 3 heures
- Matériel mis à disposition par le site EMMAÜS: rétro- projecteur / Magnétoscope / Paper-board
- Mise à disposition de documentation A.N.P.A.A

L'évaluation est effectuée avec la structure concernée.

D'autres types d'actions peuvent être mis en place en concertation avec la structure. Les tarifs seront déterminés en fonction du nombre, de la durée et de la période (journée ou soirée) de l'action.

2. LA FORMATION

Public:

Elle s'adresse à un groupe de travailleurs sociaux (25 personnes).

Déroulement

Elle se déroule à Paris dans un centre EMMAÜS sur quatre demi-journées de quatre heures selon le contenu suivant:

- Alcoologie générale
Représentations et connaissances
- Approche préventive et sociale de la problématique « Alcool et addictions »
Méthode d'animation et présentation des outils de prévention
L'accompagnement social en alcoologie et connaissance du réseau
Temps d'échange entre les travailleurs sociaux et les intervenants
- Approche médicale sur la thématique « Alcool et alimentation »
Les aspects sociobiologiques et pathologiques de l'alcoolisation et de la dépendance
Temps d'échange entre les travailleurs sociaux et le médecin alcoologue
- Approche psychologique de la maladie alcoolique
La relation avec une personne en difficulté

3. PARTICIPATION FINANCIERE

Participation Financière 2 500 Euros

4. DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention est conclue pour une durée d'une année à compter de sa date de signature.

5. RESILIATION DE LA CONVENTION

En cas de manquement de l'une ou l'autre des parties à l'une des obligations prévues dans cette convention, l'autre partie aura la faculté unilatérale de résilier la présente convention, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, sans préjudice des dommages et intérêts qui pourraient être demandés à l'encontre de la partie défaillante.

Fait à Paris, le
En 2 exemplaires

Pour l'A.N.P.A.A.7
Gérard FELDMANN
Président départemental

Pour l'Association EMMAÛS,
Didier CUSSERNE
Délégué général

