

# L'ACTUALITÉ DES CENTRES THÉRAPEUTIQUES RÉSIDENTIELS

Colloque d'Amiens  
Mercredi 10 et Jeudi 11 Décembre 2003

Espace DEWAILLY  
Place Dewailly à Amiens (80)

ANIT

## ORGANISATION

Association Nationale des Intervenants  
en Toxicomanie

28, chemin des Moulins

Tel 04 78 50 78 50 - Fax 04 78 50 78 76

E-mail [secretariat@anitasso.fr](mailto:secretariat@anitasso.fr)



## COORDINATION

Association LE MAIL

51, mail Albert 1er - 80000 AMIENS

Tel 03 22 92 28 52 - Fax 03 22 92 53 41

E. mail [assoc.le.mail@wanadoo.fr](mailto:assoc.le.mail@wanadoo.fr)

*Avec le concours de la Mairie d'Amiens*

## L'ACTUALITE DES CTR : COLLOQUE D'AMIENS

Les Centres thérapeutiques résidentiels constituent un outil essentiel de la prise en charge et du soin aux personnes en difficulté avec les drogues.

Pourtant entre disparition de lits (20% depuis 5 ans) et annonce de structures expérimentales de type communautés thérapeutiques, ils semblent victime de représentations floues de la part des pouvoirs publics, voire d'une partie des professionnels du secteur. Cela certainement pour plusieurs raisons :

- nés de l'esprit communautaire des années 70, où l'on comptait sur la magie de l'éloignement et de la restauration de soi dans un environnement bon, leur évolution en lieux de soins soutenus par des projets thérapeutiques ou éducatifs a certainement été insuffisamment mise en valeur.
- Par ailleurs le développement de la problématique de l'exclusion et de sa prise en compte au cours des années 80-90 a conduit à considérer l'hébergement spécialisé essentiellement sous ses aspects sociaux : d' « hébergement thérapeutique » on n'a retenu que le l' « hébergement »,
- En conséquence des structure généralistes de type CHRS se sont vues confrontées à héberger des personnes présentant des problématiques spécifiques, addictions, maladies, et se sont pour certaines adaptées à ces évolution, en développant des réponses sanitaires ou médico-sociales pour ces populations.

Il nous faut aujourd'hui refonder la pertinence de cette réponse, actualiser les discours, les théories et les pratiques qui sous tendent cette modalité de prises en charge, resituer les CTR dans l'ensemble des dispositifs d'aide et de soins aux toxicomanes.

Nous y sommes d'autant plus invités que nos environnements évoluent : l'évolution des besoins des personnes accueillies, l'introductions des CSST dans le champ médico-social, la prééminence de la région et des schémas en cours de construction, la diversification des acteurs concernés par les usages et abus de drogues, etc., ont déjà modifié et modifieront encore nos pratiques.

C'est pourquoi l'ANIT a réactivé un dossier dont l'objectif est de développer des propositions, non seulement quantitative (l'ANIT demande que le nombre de places en CTR soit porté à 1000 dans un premier temps) mais aussi qualitatives. Ces journées permettront donc non seulement d'échanger sur les pratiques et de dresser un état des lieux des réponses et problématiques actuelles, mais doivent aussi constituer un pas vers un référentiel commun de « bonnes pratiques » issu du secteur et associant l'ensemble des professionnels concernés.

Cet objectif est essentiel, car à défaut de référentiel reconnu, l'évaluation des dispositifs ne peut qu'être empreinte de subjectivité et reposer sur l'opinion des évaluateurs.

Nous vous donnons donc rendez vous à Amiens, les XX et XX décembre 2003, où la contribution de chacun sera essentielle.

# Sommaire

François HERVÉ.....	5
« L'hébergement thérapeutique : évolution d'une idée » .....	5
ATELIER N° 1 .....	17
Odile VITTE .....	18
« Les articulations des CTR » .....	18
ATELIER N° 2.....	19
Bernard Fontaine, .....	20
"Évolution des populations, évolution des besoins" .....	20
ATELIER N° 4.....	21
Marie Villez .....	22
« Vers un référentiel commun » .....	22
Lysbert ROUILLON,.....	25
ATELIER N° 6.....	42
Christine TELLIER .....	43
« Les dispositifs et leur diversité » .....	43
ALLOCUTION DE CLÔTURE.....	45
François Hervé.....	46

# Programme

**Mercredi 10 Décembre 2003**

## **Ouverture**

**Brigitte FOURRE**, Maire d'Amiens ou son représentant

**Jean-Luc DESMET**, Chef de Projet de la MILDT de la Somme

**Christian LEPRETRE**, Secrétaire National ANIT, Directeur de l'Association LE MAIL

## **1ère Plénière**

Présidente : **Marie VILLEZ**, Vice-présidente ANIT, Directrice du Cèdre Bleu

« **Histoire des idées** »

Intervenant : **Jean-Jacques YVOREL**, Historien, Chargé d'études au Centre National de Formation et d'Études de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

**Jeudi 11 Décembre 2003**

## **2ème Plénière**

Présidente : **Christine TELLIER**, Administratrice de l'ANIT, Directrice APLEAT

« **30 ans d'histoire des établissements de post-cure pour alcooliques** »

Intervenant : **Jean FOUGEROUSSE**, Directeur, Centre la Fontenelle MAIZEROTY

Sous la présidence de

**Michel BOULANGER**, Vice-président de l'ANIT, Directeur du PÉLICAN

**13h45 – 15h30 : Restitution des ateliers - Discussion**

**15h30 : « L'hébergement et le thérapeutique »**

Intervenant : **François HERVÉ**, Président de l'ANIT

## **Ateliers**

**Atelier n° ❶** : « Les articulations des CTR »,  
*Animateur* : **O. VITTE**

**Atelier n° ❷** : « Évolution des populations, évolution des besoins »  
*Animateur* : **B. FONTAINE**

**Atelier n° ❸** : « Spécificité du traitement des addictions en CTR »  
*Animateurs* : **A. MOREL** et **N. RONGIER**

**Atelier n° ❹** : « Vers un référentiel commun »  
*Animateur* : **M. VILLEZ**

**Atelier n° ❺** : « Problématiques associées : "médicales et sociales" »  
*Animateur* : **C. LEPRETRE**

**Atelier n° ❻** : « Les dispositifs et leur diversité »  
*Animateur* : **C. TELLIER**

## « L'hébergement thérapeutique : évolution d'une idée »

L'hébergement thérapeutique est depuis près de 30 ans au cœur du dispositif de prise en charge des toxicomanes. En faire l'histoire se révèle une tâche ardue, car l'histoire supporte toujours plusieurs lectures. On peut la lire à travers les hommes qui la font, à travers les anecdotes qui en révèlent les dessous, à travers les mouvements d'idées ou les mouvements économiques qui en forment la toile de fond. Je vous propose ici d'articuler quelques témoignages, quelques textes administratifs, et quelques éléments de contexte, dans l'espoir de contribuer à l'intelligibilité d'une histoire dont la lecture reste subjective, et supportera vos remarques. Je précise qu'une part de mon propos doit beaucoup aux souvenirs de Michel DAMADE, François PETIT, Jean DUGARIN ainsi que quelques autres.

### **Première génération : la préhistoire**

#### **Pourquoi l'hébergement ?**

Avant d'entrer dans une chronologie, il faut se demander pourquoi l'hébergement est autant associé au traitement des toxicomanies. Il faut pour cela remonter à un temps antérieur à celui des post cures, pour comprendre une architecture de prise en charge à la pertinence apparemment évidente durant un bon siècle.

En effet, dès que l'on commence à s'intéresser aux toxicomanies modernes, c'est à dire celles qui succèdent à l'invention de la seringue et à la purification et concentration des principes actifs des plantes aux effets psychotropes, se pose la question du traitement des abus. Je ne referai pas ici l'histoire des sevrages, méthode allemande, française, demi lente<sup>1</sup>. Mais au delà de ces techniques, chaque auteur insiste sur la nécessaire « séquestration », ou « internement (Chambard) » du toxicomane, condition nécessaire à la réussite de la cure et de sa convalescence.

« Pour avoir chance de guérir », nous dit Chambard, « tout morphinomane tant soit peu gravement atteint doit quitter le milieu où sont nées ses habitudes funestes, abdiquer sa liberté entre les mains du médecin, se soumettre, quelle que soit la méthode à laquelle celui ci ait recours, à un traitement sévère, méthodique et suivi, et se mettre ainsi dans l'impossibilité absolue de se procurer ouvertement ou subrepticement de la morphine.<sup>2</sup> »

Deux considérations apparaissent donc déjà : la protection contre un milieu pathogène ou lié à « l'habitude », et le nécessaire éloignement des possibilités d'approvisionnement. Pour mener à bien le traitement, le domicile du malade est donc exclu. La question se pose alors de savoir quel type d'établissement est le plus adapté à ces traitements qui comprennent un temps de cure proprement dit suivi d'un temps de convalescence, au cours duquel les conditions de la cure doivent perdurer, du fait de la fragilité du malade.

On évoque bien les hôpitaux, mais d'une part rien ne permet d'y retenir le malade si il veut interrompre le traitement avant sa fin, d'autre part rien ne peut empêcher les visites et donc son approvisionnement, et enfin la compétence du personnel n'est pas assurée, quand on ne le soupçonne pas de plus d'être corruptible.<sup>3</sup>

Quant aux maisons de santé, non spécialisées, leur coût les réserve à une minorité, et l'on craint là que certains directeurs y favorisent des méthodes ultra lentes... . De plus rien ne permet non plus d'y retenir contre leur volonté les malades au plus fort des difficultés du sevrage.

<sup>1</sup> Notons seulement que ces sevrages se faisaient parfois à l'aide de quelques adjuvants : codéine pour le Dr Guimbail, cocaïne (rapidement critiquée), opium avec discernement pour le Dr Chambard, alcool, à condition qu'il soit employé comme tonique et non comme substitut (Pichon), sulfate de spartéine et nitroglycérine, traitement de choc assurément, éther sulfurique, et quelquefois ..., hypnose et injections d'eau pure .

<sup>2</sup> Chambard, les morphinomanes, p217

<sup>3</sup> Les livres d'époque fourmillent d'exemples de ruses employées par les morphinomanes pour introduire leur « poison »

Les asiles d'aliénés apparaissent à plusieurs auteurs comme une bonne solution (Chambard, Pichon), permettant la contention, et aussi d'interdire les visites, de décider du temps du traitement, etc. ... Mais il faut pour y placer un malade que le médecin signe un certificat attestant de son aliénation mentale. Or les médecins répugnent à considérer le morphinomane comme un aliéné, et redoutent pour leurs malades que ce passage par l'asile ne soit néfaste à leur réinsertion, car trop stigmatisant. Par ailleurs, les patients ne veulent pas de l'asile, ne se considérant pas fous. Guimbail le résume ainsi :

« ...je considère à la fois comme une atteinte à la liberté individuelle et comme un abus d'autorité l'internement dans un asile d'aliénés d'un morphinomane non délirant.

Bien plus, le morphinomane lucide viendrait-il à réclamer, lui même, sa propre séquestration dans ces conditions, je ne me croirais pas le droit de souscrire à son désir. Non seulement ma conscience me l'interdirait, mais je sens combien les reproches que pourrait m'adresser le malade un fois guéri seraient inévitables et fondés et je me garderais de m'y exposer »<sup>4</sup>

On en appelle alors à la création d'établissements spéciaux « comme il en existe en Angleterre, en Amérique, et en Allemagne », spécifiquement dédié au soin des morphinomanes, avec un personnel formé et des conditions d'encadrement spécifiques aux besoins de cette population. Le principe est le volontariat. Erlenmeyer le souligne :

« Le médecin ne soumet pas le malade au traitement contre sa volonté :c'est celui ci qui vient de son propre mouvement et librement prier le médecin de le sevrer de la morphine »<sup>5</sup>

### Quel hébergement ?

Il en découle un certain type d'établissement :

« C'est donc à l'intérieur d'un établissement ouvert que devra être traité le morphinomane conscient et lucide ; le médecin aura soin, sitôt son arrivée, de lui faire écrire et signer une attestation exprimant sa volonté formelle de ne pas sortir de l'établissement avant que sa cure soit complète et que le temps nécessaire à sa convalescence soit écoulé. Il promettra par ce même écrit de se soumettre entièrement et de son plein gré à tous les règlements de la maison » (1891)<sup>6</sup>

Les établissements dirigés par Levinstein et Erlenmeyer en Allemagne serviront de modèle, alliant accès libre, rigueur du règlement, importance du temps consacré à la convalescence. D'ailleurs les rechutes nombreuses sont attribuées à l'insuffisance de ce temps. On conseille d'ailleurs au morphinomane guéri s'il en a les moyens d'entreprendre ensuite un long voyage, ou de changer de ville, de relations, d'environnement (Guimbail).

Dans ces établissements on reçoit des personnes atteintes de maladies nerveuses, affections cérébrales sans folie, anémiques, convalescents mais les maladies mentales en sont « absolument exclues ».

« L'établissement pour les maladies nerveuses est installé dans une élégante villa, ou une série de pièces au rez-de-chaussée sont réservées au service des morphinomanes et où les femmes sont absolument séparées des hommes. Les malades, une fois conduits dans ces pièces, ne les quittent plus pendant toute la durée du traitement. Personne n'y a accès que les gardes. Les correspondances ou autres envois sont ouverts par moi en leur présence. Ils sont complètement séparés des effets qu'ils ont apportés, et ceux qui leurs sont laissés (..) ont été tout d'abord soumis à l'inspection la plus minutieuse (..) je réunis d'ordinaires plusieurs malades dans la même pièce. Ils se délassent mieux ainsi se consolent mutuellement, et les amusements auxquels ils se livrent en commun leur fait supporter les heures douloureuses.(...) Au bout de 10 à 12 jours, les malades sortent de leur isolement, et trouvent dans l'établissement même des attractions qui les remontent et les distraient. »<sup>7</sup>

J'arrêterai ici cette plongée dans les origines de l'hébergement. On perçoit cependant par delà les débats d'époque dont Yvorel souligne les aspects corporatistes et philosophiques<sup>8</sup>, que bien des éléments que nous allons retrouver, près d'un siècle plus tard, sont déjà en place : récusation de l'hôpital et de l'asile par des médecins qui en sont issus et continuent par ailleurs à y exercer, notions d'éloignement, de durée, de protection du patient contre l'extérieur et

<sup>4</sup> Guimbail, les morphinomanes , Baillère et fils, 1891, p 288

<sup>5</sup> in Chambard, p 226

<sup>6</sup> Guimbail, 1891

<sup>7</sup> Erlenmeyer, in l'Encéphale, 1886

<sup>8</sup> Yvorel, J.J., Les poisons de l'esprit, Quai Voltaire histoire, Paris, 1992, pp230-232

contre lui-même, activités dérivatives, appui sur le groupe, signature d'un engagement, etc.<sup>9</sup>. Gageons aussi que cette exigence d'allégeance au médecin, au nom de l'éclipse du jugement liée au sevrage, puisse déjà produire selon la personne de ce dernier, le meilleur... comme le pire.

## Deuxième génération : Les nouveaux pionniers 70-80

### Le contexte

Mais passons quelques décennies, pour arriver à une époque plus proche de nos mémoires, même si elle appartient désormais au siècle passé. Mai 68 a fait trembler l'ordre établi. Une part de la jeunesse, en réaction à un monde qui de plus en plus repose sur l'économie et les valeurs de profit, repousse ses horizons à la recherche de spiritualité, vers l'Asie, le Népal et les Indes. Les états modifiés de conscience par la méthode chimique participent à cette contre culture, qui voit se développer en cette fin des années 60 les usages de cannabis, de LSD, puis d'héroïne. Une nouvelle jeunesse émerge. Les grands festivals, Woodstock, Ile de Wight, en donnent la mesure. Et cette jeunesse fait peur, par ce qu'elle dégage de force et d'utopie.

Une confusion historique fera en France assimiler drogues et révolution par le ministre de l'intérieur de l'époque. Il faut dire que cet amalgame rencontrait une inquiétude grandissante dans le public, entretenue par la presse suite au décès par overdose d'une adolescente à Bandol durant l'été 1969. La pression à légiférer était forte<sup>10</sup>, et dans un sens accentuant la répression de l'usage et la traque à l'usager<sup>11</sup>. Ainsi s'exprime en 1971 Raymond Marcellin :

« (La loi du 31/12 1970) a créé le délit d'usage illicite des stupéfiants, qui n'existait pas dans notre droit. Cette innovation est très importante : dès lors que la toxicomanie est reconnue comme une infraction à la loi tous ceux qui en ont connaissance d'un cas d'usage de drogue ont le devoir d'en informer l'autorité publique. D'autre part, si le toxicomane lui-même est un malade, et personne ne peut douter qu'il le soit, il est aussi un délinquant. A ce titre il peut être astreint, sous peine de poursuites, à subir une cure de désintoxication sous le contrôle de l'autorité judiciaire. La répression est ainsi associée à une action médico-sociale dans l'intérêt des intoxiqués eux-mêmes. »<sup>12</sup>

Ajoutons qu'un cortège de mesures d'exception est alors destiné à lutter contre « la drogue » : perquisitions de nuit, prolongement de la garde à vue à 4 jours, formation des services de police à l'identification des drogués, etc.

Parallèlement, certains prennent la route, vers les ashrams et les rapatriements sanitaires, d'autres tentent de vivre l'utopie communautaire, le retour à la terre ou la communauté urbaine, sans autres contraintes que celles que le groupe s'impose. D'autres encore, déambulent sur les trottoirs des centre-villes.

### Nouveaux fondements de l'hébergement

C'est dans ce contexte que le traitement des toxicomanes est à réinventer. Quelques pionniers s'émeuvent de ces jeunes qui dérivent, refusant, comme leurs aînés, l'hôpital et la psychiatrie. Globalement rejetés par le système de soins traditionnel, ils sont accueillis en de rares lieux « au nom », dit Dugarin, « d'un certain sens du service public et, souvent, de la séduction qu'ils exercent. »<sup>13</sup>. L'Abbaye, sous l'impulsion de Claude Orsel, ouvre ses portes en 69, inspirée des « free clinics » américaines, puis Claude Olievenstein s'installe en 1971 à Marmottan, suscitant l'opprobre de la psychiatrie de l'époque, en prise avec la sectorisation naissante.

« J'avais osé parler de pathologie nouvelle, proclamer qu'elle ne s'attachait plus aux maladies, dans le sens classique, mais aux conduites, et qu'il fallait créer des endroits neufs

<sup>9</sup> Cette expérience engrangée depuis le XIX siècle ne peut être coupée des traitements tels qu'ils se conceptualiseront à partir des années 70, qui ne surgissent donc pas ex-nihilo. Toute histoire qui l'oublierait serait tronquée et faussée dans ses analyses.

<sup>10</sup> cf. Bernat de Celis J., « Drogues : consommation interdite, La genèse de la loi de 70 sur les stupéfiants », l'Harmattan, Paris, 1996.

<sup>11</sup> Il faut se souvenir de l'ambiance de l'époque, et rappeler que plusieurs lois restrictives des libertés ont été promulguées en 1970 : loi Anticasseurs, etc.

<sup>12</sup> Extrait d'un texte de 1971 de Raymond Marcellin, Ministre de l'intérieur.

<sup>13</sup> Dugarin J., Evolution et adaptation, in AGORA, n°27-28, Automne 93

pour accueillir les gens qui avaient des problèmes sans pour autant relever de l'étiquette de malade mental »<sup>14</sup>

Ces services, souvent issus du secteur public et de l'hôpital, s'organisent essentiellement autour de l'accueil et du sevrage, phase aiguë du traitement. Cela est rapidement perçu comme insuffisant, et l'on va chercher des lieux permettant une prise en charge au long cours, différenciant désormais le temps de la cure et de la post-cure.

Les premiers lieux sont assez informels. C'est par exemple la communauté « Contre tout », dirigée par un supposé pape orthodoxe, dont l'objectif est l'autarcie en communion avec la nature. L'installation est cependant précaire, comme en témoigne une publication du groupe, rapportée par Damade :

« Notre installation nous vaut un contact direct avec la nature dont nous recevons au moment les plus inattendus les ondes bienfaisantes. Par exemple, la nuit passée où, tombant directement du toit à travers le plafond, la pluie vient partager la couche des hôtes de contre-tout<sup>15</sup> »

Par delà cet exemple anarcho-mystique, les premières postcures, participant souvent au mouvement culturel dans lequel semblent s'inscrire les toxicomanies, vont proposer des modes de vie au plus près de ce que l'on suppose des aspirations de leurs usagers. A ce moment, l'idée de « communauté » est dans l'air du temps, et l'on va promouvoir des valeurs d'égalité, de partage, d'autonomie, de refus de la « société de consommation ». L'organisation même des centres, marqués aussi par l'antipsychiatrie, s'en ressent : absence de hiérarchie, forte proximité entre les encadrants et les personnes accueillies, parfois idéal d'indépendance financière, afin ne pas dépendre des pouvoirs publics et leurs éventuels contrôles, et pour les plus extrémistes, idéal d'autarcie<sup>16</sup>. Les centres sont ancrés dans une démarche rousseauiste, qui postule qu'un environnement sain modèlera un Homme sain. Leurs murs ou les champs qui les entourent protègent : de la toxicité de la drogue, de la toxicité de la ville, et aussi de la répression.

Il est difficile d'établir une filiation théorique de ces lieux, qui n'en revendiquent pas. Il semble cependant que l'on y retrouve, adaptés aux critères de l'époque, l'empreinte laissée par les traitements de la première génération, avec la notion de « temps nécessaire à la convalescence », d'éloignement, de protection contre l'environnement. Mais on y retrouve aussi l'idée des « groupes sans leaders » tels que mis en œuvre par Bion en 1946<sup>17</sup>, ainsi que l'expérience américaine des communautés thérapeutiques à partir des années 60<sup>18</sup>, qui est connue d'un certain nombre de professionnels et de décideurs, comme en attestent ces recommandations produites par le ministère de la santé :

« Ces associations doivent offrir aux toxicomanes une véritable sociothérapie, qui peut être exercée par d'anciens drogués pour éliminer le clivage entre soignants et soignés. La pression du groupe, l'auto organisation de la communauté, l'identification aux membres guéris, la preuve de la possibilité de vaincre l'assuétude, l'exercice d'une profession stable, permettent des succès importants comme l'attestent les guérisons (50%) obtenues à la fondation Synanon aux États Unis. »<sup>1972</sup>

Parfois issus de lieux d'accueil, les premiers lieux d'hébergement collectif de cette génération verront le jour durant les années 72/74 : Les Blannaves, En Boulou, La Gentillade, Le Peyry. A côté de ces institutions aux sources de l'histoire, on voit s'en développer d'autres aux destins plus incertains, mais témoins des ouvertures de l'époque. Une post-cure agréée fonctionnera selon les préceptes du Guru Maraha Ji, « Le Bel Espoir » du Père Jaouen embarquera avec un succès mitigé son lot de toxicomanes, Le Patriarche recevra à la Boère ses premiers pensionnaires. Ces lieux se trouvent souvent à la campagne, ce qui correspond à une période de montée de l'écologie, où toxicité des produits et toxicité de la ville voire de la société se confondent parfois.

<sup>14</sup> Olievenstein C., « Il n'y a pas de drogués heureux », Robert Laffont, 1977

<sup>15</sup> Cité par Damade M., in « Quelques points d'histoire concernant les post-cures, Intervention, n°27, Décembre 1990. Cette partie de l'histoire des post-cure doit beaucoup aux contributions très éclairantes de Michel Damade et François Petit.

<sup>16</sup> On voit à travers l'histoire de l'Association Le Patriarche, comment le télescopage entre abstinence et autarcie peuvent produire un système fou.

<sup>17</sup> dans la suite des travaux de Maxwell Jones sur les communautés thérapeutiques

<sup>18</sup> Delile JM, Bourgeois M., « Les communautés Thérapeutiques aux USA, Bilan et évaluation des soins », in Intervention n°46, nov. 94

D'ailleurs les fondateurs de ces post-cures 'rurales' sont rarement des ruraux, mais des personnes qui par choix personnels quittent la ville.

Notons que certains acteurs réfutent cet argument écologiste :

« On a beaucoup disserté sur le caractère rural de ces post-cure en liaison avec diverses idéologies plus ou moins fugitives de l'époque, mais ne perdons pas de vue que les toxicomanes alors prenaient des doses sans commune mesure avec celles d'aujourd'hui, que la qualité des produits était toute autre, que le sevrage était véritablement une épreuve physique, et que la remise en état imposait plus sûrement qu'aujourd'hui et hors de toute contingence idéologiques un séjour « au vert<sup>19</sup> ».

En ville aussi on tâtonne : Une première expérience de recevoir en communauté des toxicomanes non sevrés se déroulera à Sartrouville en 71, interrompue en 75, l'équipe refusant d'être soumise au contrôle d'un médecin psychiatre envoyé par les autorités<sup>20</sup>. L'association Charonne s'essaiera quant à elle à structurer un hébergement en ville, ainsi qu'en 1974 le Centre Pierre Nicolle, revendiquant plus précisément la notion de postcure.

## L'accompagnement administratif

L'administration accompagne ces créations, et c'est volontairement sur le secteur associatif, que l'on va s'appuyer pour développer ces post-cures.

« La longueur de la postcure ne permet pas d'en confier la surveillance et l'orientation aux organismes traditionnels de l'action sociale, car le personnel de ces organismes ne pourrait assumer les autres tâches auxquelles il est appelé. Il faut donc envisager un relais des services du ministère de la santé publique par des associations privées ou des fondations recevant des subventions de l'État et vouées à assurer la réinsertion sociale des malades »<sup>21</sup>

Par ailleurs, l'heure est au pragmatisme, et face à cette « épidémie » qui fait peur, Le ministre Robert Boulin, secondé par son fils, recommande à son administration dans une circulaire du 29 mars 1972 de « soutenir toutes les expériences sérieuses qui peuvent apporter quelques résultats positifs »<sup>22</sup>.

La diversité des situations est non seulement prise en compte par cette circulaire, mais encouragée. Différents types de lieux collectifs sont par ailleurs identifiés :

« Les centres de post cure se divisent en deux catégories : les uns traitent pendant quelques mois en cure psychothérapique les toxicomanes ayant terminé une cure de sevrage, qui ont une personnalité très fragile. Les autres aident pendant 6 mois à deux ans environ le toxicomane à quitter définitivement l'univers de la drogue, c'est la réinsertion sociale. (...)

Le personnel de la première catégorie de centres devra avoir surtout une formation psychiatrique ou psychologique, tandis que pour les centres destinés aux post cures de plus longue durée, l'origine professionnelle des équipes sera très variée. Les qualités du personnel composant l'encadrement de ces centres en constituent le point essentiel. Le plus souvent le personnel de ces centres n'est ni médical, ni psychiatrique, mais il est souhaitable qu'un médecin et ou un psychiatre soient attachés au centre et puissent répondre à la demande d'un membre du groupe<sup>23</sup>. »

Le financement de ces centres est assuré par l'état, selon des modalités à faire rêver tout directeur :

« Les dépenses étaient votées par les conseils Généraux, et remboursées aux départements par l'État, à 100% compte tenu de l'anonymat, à 83% s'il ne jouait pas<sup>24</sup>. (...) Les synergies qui se créaient étaient totalement sur des objectifs techniques dépouillés de toute préoccupation financière. »<sup>25</sup>

<sup>19</sup> Petit F., « Mémoire du système de soins », Connexions 59/1992-1, p.95-105

<sup>20</sup> Il faut dire aussi que les consommations en particulier de cannabis y étaient tolérées, et que l'institution avait connu un décès par overdose.

<sup>21</sup> in « La lutte contre la drogue, Documents » ; ministère de la santé publique et de la sécurité sociale, Juin 72

<sup>22</sup> in Petit F., « Mémoire du système de soins », Connexions 59/1992-1, p95-105

<sup>23</sup> Circulaire 591 du 29 mars 72

<sup>24</sup> Cette circulaire précise ainsi les distinctions à opérer : -Les dépenses de préventions dont le taux de remboursement par l'état est en moyenne de 83%, -Les dépenses de soins des toxicomanes se présentant spontanément aux services de cures remboursées par l'état à 83%, -les dépenses de soins des toxicomanes soit signalés par les parquets aux autorités sanitaires, soit inculpés, dont le remboursement sera assuré à 100% par l'état.

<sup>25</sup> F. Petit, p 99

Dans ce contexte l'hébergement « post-cure » se diversifie dans ses offres, et les textes administratifs s'attachent à spécifier son rôle. Il sera particulièrement précisé par une circulaire de 1979<sup>26</sup>, qui vient en point d'orgue d'une série de textes précisant les cadres administratifs de plusieurs modalités d'hébergement, en CHRS et en familles d'accueil<sup>27</sup>, ou instaurant la possibilité en « placement familial ou communautaire »<sup>29</sup>. Cette circulaire affirme ainsi le rôle thérapeutique de la postcure.

« L'efficacité (de la cure de désintoxication) ne saurait être réelle si elle n'est pas prolongée par une étape d'intense soutien psychologique permettant au toxicomane de prendre ou de reprendre son autonomie au sein de la société »

Cependant le législateur ne fixe pas de norme, car « la diversité des types de prise en charge doit rester la règle » à condition que deux principes soient respectés : « L'établissement doit être en relation avec l'ensemble des institutions existantes », et sa capacité doit être réduite, afin d'offrir « une atmosphère familiale nécessaire à l'évolution favorable des toxicomanes qui ont fréquemment souffert de carences affectives ».

La circulaire engage d'ailleurs les services de l'État à admettre un ratio d'encadrement de 1/1, les besoins en personnels devant « être considérés de manière prioritaire »

Le cadre administratif et financier retient deux possibilités pour ces centres : Les établissements publics ou privés comportant des moyens d'hospitalisation, dits « centres sanitaires de moyen séjour » agréés en référence à la loi du 31/12/70 portant réforme hospitalière, ou bien les CHRS qui ont vu dans une circulaire de 1976<sup>30</sup> leur compétence affirmée en matière de prise en charge des toxicomanes.

On le voit, durant cette période, les textes suivent les innovations, encouragent la diversité, et visent à donner un cadre administratif et juridique à des pratiques qui se mettent ou se sont déjà mises en place : Le projet fait le cadre.

### **Troisième génération : la professionnalisation 80-92**

#### **Évolution des textes**

Des changements vont s'amorcer dans les années 80, inaugurant une nouvelle période. La loi de 83 relative à la répartition des compétences entre les départements et l'État va être l'occasion de mettre à plat certaines conventions. Une circulaire s'émeut des situations rencontrées :

« Il apparaît qu'un certain nombre de structures fonctionnaient jusqu'à présent sur des subventions, annuellement votées par les conseils généraux, sans signature préalable de convention. De telles situations ne doivent pas être maintenues, et aucun crédit ne doit être versé à une quelconque association, (...) sans l'établissement d'une convention définissant l'objet et la nature des actions confiées à l'association, les obligations réciproques, les modalités de fixation du budget et de versements de crédits, les postes de personnel pris en charge, les modalités du contrôle de l'état »<sup>31</sup>

Un an plus tard, une nouvelle circulaire annonce la fusion sur une seule ligne budgétaire, chapitre 47-15, article 10 du budget de l'État, des financements des

« actions sanitaires de prévention et de traitement des toxicomanies financées jusqu'ici au titre des actions et services obligatoires de santé, chapitre 47-14 art.60 et du financement des CHRS accueillant exclusivement des anciens toxicomanes en voie de réinsertion, relevant du chapitre 47-23 "Action sociale obligatoire" »

Cette unification signe la fin des CHRS spécialisés :

« Ce transfert ne signifie pas non plus que les autres CHRS n'ont pas dans leurs missions l'accueil des anciens toxicomanes en difficulté ou des personnes ayant eu dans le passé des problèmes avec la drogue. En effet ils s'adressent à toutes les personnes visées par l'art. L185 du Code de la famille, et de l'aide Sociale, et pour la prise en charge des anciens toxicomanes leur rôle peut être important. Il ne doit donc plus aujourd'hui, pour cette raison, être ouverts de tels centres destinés à recevoir exclusivement d'anciens toxicomanes »

<sup>26</sup> circulaire DGS /69/AS2 du 3 juillet 1979

<sup>27</sup> Décret 76/526 du 15 juin 76

<sup>28</sup> Circulaire 42 du 15 juin 76

<sup>29</sup> décret du 20 juillet 77

<sup>30</sup> Circulaire 42 du 15/2/76

<sup>31</sup> Circulaire DGS/106/2D du 22 février 1984

L'ensemble des centres spécialisés se voit donc renvoyé vers le sanitaire, indépendamment des projets qui pour certains étaient davantage tournés vers l'insertion.

Mais parallèlement, on sent dans ces circulaires que la tonalité change. La diversité érigée en politique au départ doit trouver un cadre commun, afin de « renforcer la cohérence et l'efficacité de l'action sanitaire et médico-sociale (...) et de mieux cerner et maîtriser l'effort financier correspondant ».

Pendant que l'administration œuvre à rationaliser, les centres, eux, se professionnalisent : les utopies ont fait long feu, le « feeling » ne suffit plus à légitimer une pratique, les échecs ont épuisé les équipes. La clinique du départ, fondée sur le regard, la séduction, la relation et la fusion<sup>32</sup>, se transforme à la rencontre des patients<sup>33</sup>. Il faut prendre de la distance, se référer à un projet, soutenir les équipes. De plus les patients ont changé. Aux utopies de « la route » succède la dureté du chômage. « La drogue » a gagné les banlieues.

Le temps de la posture prend de la consistance. Ce n'est plus seulement une prolongation du sevrage, c'est un temps de remaniement, restructuration de la personne, préparation à l'insertion. Une nouvelle génération d'établissements se profile, soit par évolution des précédents, soit par recouvrement et intrication de nouveaux établissements dans le secteur. Les personnels hésitent entre plusieurs appellations : ils se reconnaissent sous des vocables génériques d'« intervenants », ou « thérapeutes », masquant l'hétérogénéité des qualifications, ou bien, plus rarement, se réfèrent à leur qualification propre, le plus souvent éducateurs. On voit aussi arriver des délégués du personnels ou syndicaux. On ne milite plus, on travaille.

Pour penser leurs pratiques, construire un discours sur ce qu'ils font, les professionnels se saisissent des théories du moment, et pour un certain nombre, comme dans d'autres secteurs, du soin à l'action sociale, c'est la psychanalyse qui va servir de support à leurs élaborations. Les premières journées organisées par le CAST de Reims, sous le titre « Pour une clinique du toxicomane », et leur répétition, viendront cristalliser une part de cette approche.

Il faut souligner que tous les professionnels ne souscrivent pas à ce référentiel, ou bien ne participent que de loin, ne se reconnaissant pas dans un langage parfois volontairement hermétique qui leur paraît éloigné de leurs préoccupations et de leurs propres élaborations. Mais ils produisent peu d'écrits, et leur critique ne vient pas à ce moment alimenter une véritable controverse.

Il convient à ce sujet de modérer l'analyse que fait l'auteur d'un ouvrage au demeurant bien documenté sur l'histoire du secteur<sup>34</sup> : Si la psychanalyse va constituer pour certains une grille de lecture de la toxicomanie, les pratiques dans les centres d'hébergement en sont souvent fort éloignées<sup>35</sup>, d'autant qu'il y a toujours dans l'hébergement une dimension comportementale forte, qui gagne à ne pas être mise en œuvre à l'insu de ceux qui en ont la charge.

Cette apparente domination de la psychanalyse me semble tenir d'une part à l'accent mis sur l'individu, son histoire et son parcours, et à un jargon qui infiltre tout le travail social de l'époque. Il ne suffit pourtant pas d'écouter quelqu'un pour être ipso facto psychanalyste. D'ailleurs, si un certain nombre de centres se réfèrent à une démarche psychothérapique, il est intéressant de constater que les psychologues sont en 1991 peu présents avec une moyenne de 0.9 ETP de psychologues par centre qui disposent de cette qualification.<sup>36 37</sup>. Quant aux

---

<sup>32</sup> cf. Charles Nicolas A, Prat P. ; « Thérapeutique de la personne toxicomane », in Bergeret, Leblanc et coll., Précis des toxicomanies, Masson, 1983

<sup>33</sup> cf. Hervé F., Du regard à l'écoute, in Interventions

<sup>34</sup> Bergeron H. ; L'Etat et les toxicomanies,

<sup>35</sup> La question qui s'y pose déjà, en filigrane des élaborations, et qui doit à mon sens être en permanence au travail, semble plutôt être comment articuler le comportementalisme inhérent à toute structure d'hébergement à la reconnaissance de la personne et de ses droits. La mise en œuvre de solutions à cette complexité n'est pas directement liée au discours manifeste des structures, et ce ne sont pas toujours les cliniciens les plus intransigeants quant à l'émergence du sujet qui sont les moins comportementaux. Ainsi les discours emprunts de psychanalyse, mettant l'accent plus sur l'individu que sur le produit, vont certainement contribuer à « humaniser » les centres, au sens où les transgressions par exemple vont être analysées autrement que comme un abandon de la motivation ou la marque d'un échec. Mais ces mêmes discours, dans les dérapages où la théorie prend le pas sur l'intérêt du patient, peuvent abriter le plus féroce comportementalisme, avec son cortège de sanctions et d'exclusions.

<sup>36</sup> Sur l'ensemble du dispositif la moyenne est de 0.5 ETP de psychologue. Les Assistantes sociales sont présentes dans 8 centres seulement à raison de 0.5 ETP. Les éducateurs spécialisés représentent l'essentiel du personnel (en moyenne 4.7 ETP)

<sup>37</sup> Source DGS/ DEMOSCOPIE, 1992

psychiatres, la moyenne sur l'ensemble du dispositif est de 0.1 ETP par structure...) On peut donc s'interroger quant à ce que recouvre à ce moment ce vocable de psychothérapie... .

D'autre part cela semble tenir aussi à la difficulté de problématiser et d'écrire sur cette articulation complexe entre le social et le sanitaire que constitue l'hébergement thérapeutique, et de valoriser les outils dont il se dote progressivement: le contrat, le projet thérapeutique, l'accompagnement individualisé, dans des cadres qui se diversifient toujours plus : l'hébergement en studio, l'hébergement d'urgence et de transition, la « chaîne thérapeutique », l'hébergement des mineurs, etc. .

Dans cette génération d'établissements, lorsque des activités sont proposées, elle n'ont plus pour but le fonctionnement autarcique du lieu, mais elles s'inscrivent dans un projet, elles sont soit occupationnelles (il faut structurer le temps), soit supports à la relation éducative (médiation du lien), soit directement liées à un projet d'insertion (acquisition de compétences techniques). Des centres résidentiels s'implantent aussi en ville, ouverts sur leur environnement à des degrés divers.

Selon les projets institutionnels, le style des lieux diffère, mais chacun vise à l'autonomie de la personne, en opposition à la dérive sectaire d'une organisation qui fera l'unanimité contre elle<sup>38</sup>.

Mais le monde change. Le SIDA est apparu. Mal connu, il prête à controverses, et c'est cette génération d'établissements qui prendra de plein fouet le choc de ses effets. L'inquiétude quant à ses modes de transmission traverse les hébergements collectifs. De nouveaux acteurs issus du monde du sida émergent, porteurs d'un discours souvent virulent à l'endroit des centres spécialisés. C'est dans ce contexte que plusieurs rapports se penchent sur le dispositif : rapport du conseil économique et social<sup>39</sup> présenté E. Sullerot, rapport de Catherine Trautmann au premier ministre<sup>40</sup>, en 1989, puis une évaluation du dispositif de soins, et entre autres des centres spécialisés avec hébergement, en 1991-92.

En 1987 le Conseil économique et Social décrit les institutions d'hébergement. Sur 30 post-cures, 16 sont axées sur des « techniques relationnelles », 14 sur des « techniques occupationnelles », 3 proposent des « modes de vie semi autonomes » (appartements thérapeutiques). La postcure est aussi assurée par 4 grands réseaux de familles d'accueils et 19 plus modestes, rattachés à des centres d'accueil.

Si ce rapport déplore l'insuffisance quantitative des capacités d'hébergement, il souligne un certain nombre de points faibles et porte un certain nombre de critiques, à savoir pêle-mêle la sous médicalisation des centres, la sous utilisation de certains dispositifs, l'inadaptation des projets à l'évolution de la clientèle et la sélection de celle ci, la mise à distance des familles, le manque de communication entre les centres résidentiels et leur environnement. Mais surtout il récuse ce qui était présenté comme un atout du dispositif français, à savoir la diversité des modes de prise en charge proposés, qui selon le rapport n'est pas effective pour le patient qui s'adresse à un centre : il est orienté par affinités idéologiques des soignants, où plus prosaïquement là où il y a de la place, ce qui explique la brièveté des séjours dans les centres.

« La variété n'a guère de vertu quand elle ne permet pas de choix<sup>41</sup> »

Certains de ces éléments -pas tous- vont se retrouver dans l'évaluation effectuée en 1992 par l'institut DEMOSCOPIE

Celle ci est intéressante, car elle permet de problématiser la situation : D'une part les centres fonctionnent, et ils ont majoritairement évolué, se sont diversifiés (nouvelles formes d'hébergement, suivis plus longs, prise en compte des familles, accueil et suivi des patients malades, évaluation du devenir des résidents), les taux d'occupation sont satisfaisants. Mais le nombre de place est insuffisant ( le rapport estime à 200 lits ce déficit), et d'autre part les centres n'ont pas les ressources financières pour recruter le personnel spécialisé nécessité par l'évolution de leur clientèle, en particulier pour ce qui concerne les questions liées au sida.

Mais on y évoque aussi la sélection des demandes, les fermetures saisonnières de certains centres, et la difficulté pour certaines catégories de la population d'avoir accès à ces centres :

---

<sup>38</sup> Cette unanimité participera à l'unification du secteur autour de valeurs de liberté et de démocratie, mais paradoxalement empêchera que soient abordés en profondeur les modalités de fonctionnement des centres, comme si s'opposer au Patriarcat était une garantie suffisante de respect du patient.

<sup>39</sup> Commandé en 1987

<sup>40</sup> Rapport au 1<sup>er</sup> ministre, 1989

<sup>41</sup> Rapport Sullerot, p 76

«La plupart des structures d'hébergement refusent les couples constitués (60%), les mères avec enfant (70%), les mineurs (absence d'agrément légal), les plus de 40 ans, les psychopathologies lourdes, et les malades atteints de pathologies graves liées au VIH »<sup>42</sup>

Dans la « grande diversité ente les centres » le rapport note un clivage entre deux types d'orientation :

« pour les uns le travail sur la réinsertion économique est la finalité des centres : pour les autres le travail sur le psychisme de l'individu est l'indispensable préalable à une éventuelle réinsertion (...)» On constate que peu de centres proposent une approche sur ces deux axes avec des équipes de professionnels spécialisés dans l'une et l'autre approche »<sup>43</sup>

Cela appelle plusieurs remarques : D'abord, que dans ce qui apparaît là comme un clivage, on reconnaît les deux types de centres encouragés et modélisés par la circulaire de 72. Mais ce qui est plus important, c'est qu'en filigrane de ces commentaires on voit s'affirmer fortement la notion d'une commande publique, concernant certaines populations et certains besoins non couverts. Corrélativement, ce qui est souligné c'est un mode de fonctionnement qui repose sur le projet du centre, et non sur les besoins de la population.

Le décalage entre la perception de l'administration et la perception des centres tient selon le rapport, au nombre insuffisant de places qui permet aux centres de recruter une clientèle « adaptée » à leur projet, mais laisse sans solution d'autres populations, que par ailleurs ils n'ont pas toujours les moyens de prendre en charge, faute de pouvoir rémunérer un personnel qualifié (médical par exemple).

Par ailleurs il faut souligner que cette évolution vers ces notions, de besoins de la population et de commande publique, sont en résonance avec un contexte qui lui aussi a changé : la loi 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales encadre un secteur dorénavant mieux structuré, et la loi du 6/1/86, a instauré les notions de planification et de schémas pour l'ensemble du secteur médico-social. Et puis l'exclusion sociale s'accroît, devient une préoccupation politique, et conduit à la loi de 88 instaurant le RMI, dans une philosophie de l'aide directe à la personne. Par ailleurs, une importante réflexion commence à s'imposer dans le secteur médico-social, concernant les droits des usagers<sup>44</sup>.

Le dispositif spécialisé n'est pas, administrativement, directement concerné par la plupart de ces évolutions, hormis la régionalisation. Néanmoins on peut faire l'hypothèse que la logique de celles ci va désormais imprégner les pouvoirs publics, et le dispositif spécialisé être considéré à travers ce prisme, sans que ses acteurs en aient toujours bien conscience.

C'est ainsi que le décret de 1992 va être publié, sortant le secteur de l'expérimentation pour lui donner une base juridique. La diversité précédemment décrite y est prise en compte, mais le clivage est atténué, car si pour être un CSST conventionné, il faut assurer « au moins 1) la prise en charge médico-psychologique du toxicomane, 2) la prise en charge sociale et éducative du toxicomane, qui comprend aide à l'insertion ou à la réinsertion. », si l'on n'assure qu'une de ces missions il faut ajouter « L'accueil, l'orientation l'information des toxicomanes et de leur famille, le sevrage et son accompagnement(..) le soutien à l'environnement familial ».

Mais cela est assorti d'un certain nombre d'obligations: projet thérapeutique et socio-éducatif à l'instar de ce qui existe dans les secteurs sanitaire et médico-social<sup>45</sup>, rapport d'activité, projet établi pour 5 ans maximum, qui peut être revu à la demande du préfet, évaluation des actions entreprises. Au passage, certains services non directement liés au soin sont retirés aux intervenants : la prévention, les services d'accueil téléphonique.

Si ce décret reconnaît l'essentiel du dispositif de soins tel qu'il s'est construit dans les dix ans passés, déjà le sol vacille, car les paradigmes changent, pour entrer dans celui qu'Alain Morel désigne comme le paradigme de la santé publique<sup>46</sup>, auquel il convient de rajouter le paradigme de l'exclusion.

<sup>42</sup> DGS Analyse de l'activité du dispositif national de soins avec hébergement pour toxicomanes, rapport de synthèse, 1992, p.13

<sup>43</sup> ibid., p.18

<sup>44</sup> exemple création des conseils d'établissements, loi 85-10 du 3 janvier 1985

<sup>45</sup> La référence à ces secteurs est explicite dans la circulaire n°56 DGS/2D/ du 6/10/92 relative au décret du 29 juin

<sup>46</sup> Morel A., « Le système de soins Français et les pharmacothérapies, Histoire et actualité », in Traitements de substitution, Histoire Etude Pratique, l'Harmattan., 2000

A peine la troisième génération trouve-t-elle par le décret une existence légale, que déjà la quatrième se profile.

#### **Quatrième génération : Les changements de paradigme 1992- ????**

Je ne m'étendrai pas sur cette quatrième génération, car nous y sommes, et c'est l'objet de ces journées que d'en dresser l'état des lieux.

Je dirai seulement qu'on la voit se dessiner depuis le décret de 92, et qu'on perçoit cette évolution dans la mise en perspective des circulaires qui se succèdent dans le contexte de l'extension de l'épidémie de sida, et de montée de la problématique de l'exclusion sociale

En 1993<sup>47</sup> les pouvoirs publics se proposent de doubler en trois ans les capacités d'hébergement. Mais celui-ci doit être diversifié, « afin de répondre à la diversité des besoins des toxicomanes ». On encourage alors la création d'appartements thérapeutiques, de prises en charge s'appuyant sur le groupe (les communautés thérapeutiques), les réponses à l'urgence. La même circulaire annonce un nouveau cadre de prescription de la méthadone, et encourage la création de réseaux Toxicomanie/ville/ hôpital, visant entre autre à impliquer davantage les médecins généralistes. Mais les dépenses publiques devenant une préoccupation majeure, on va aussi fixer deux ans plus tard, les coûts maximums de l'hébergement<sup>48</sup> : 220000F par an et par place en hébergement collectif, 150000F en appartement thérapeutique relais, 50000F en famille d'accueil. Dans le même temps, on préconise le développement de lieux de contact, les boutiques, afin de recevoir les plus marginalisés et faciliter l'accès aux soins. Nous sommes dans l'ère de la réduction des risques, et tous les CSST peuvent désormais prescrire la méthadone, dont les indications de prescription sont élargies.

Les équipes sont renforcées en personnel médical, en particulier les « médecins prescripteurs », comme on les a souvent nommés, appellation dont il faudrait approfondir la signification. La même année, Le 31 juillet 1995, la buprénorphine obtient une AMM avec l'indication de pharmacodépendance aux opiacés. En quelques mois, ce sont plusieurs dizaines de milliers de personnes qui vont bénéficier de ces traitements<sup>49</sup>.

Un an encore, et une circulaire de 1996 précise les priorités : l'adaptation des structures sanitaires à la pratique des traitements de substitution, la diversification toujours des modalités d'accès aux soins, l'achèvement des objectifs du plan 96 en matière d'hébergement en précisant que les structures créées devront favoriser l'hébergement des mères avec leur(s)enfant(s). C'est aussi la poursuite du renforcement des centres en personnel médical.

23 nouvelles places d'hébergements seront créées en 97<sup>50</sup> dont les orientations sont précisées par circulaire : ce sont des places en

« appartements thérapeutiques relais, et en hébergement de transition, permettant d'accueillir des mères avec enfant, des personnes sous traitements de substitution, des personnes dont la demande de soins est encore mal définie et hésitante », des personnes relevant d'une mesure judiciaire ou sortant de prison »

L'administration précise aussi que les projets financés « devront organiser les conditions d'une forte coordination avec le tissu sanitaire social local » ; rappelons que les ordonnances Juppé viennent de consacrer à titre expérimental en 1996 les réseaux de soins<sup>51</sup>.

La dimension de la commande publique est devenue au fil du temps prééminente et nous atteignons son paroxysme en 1998, avec non pas une circulaire mais une note d'orientation<sup>52</sup>, indiquant en quel sens doivent être révisés les projets thérapeutiques.

Il y est stipulé que les « Centres thérapeutiques résidentiels » doivent pouvoir accueillir des personnes sous traitements de substitution, et surtout que le « principe qui doit désormais prévaloir est celui de l'adaptation de la structure à la personne ». Trois types d'évolutions sont par ailleurs préconisés : l'assouplissement des conditions d'admission (accueil sans préalable..., projet thérapeutique individualisé.), une plus forte articulation médicale locale (surtout si le centre n'est pas lui-même médicalisé), une prise en compte des besoins sociaux et professionnels des usagers (ouverture des droits, aide à l'insertion, recrutement local). Les

<sup>47</sup> circulaire 72 du 9 novembre 93

<sup>48</sup> circulaire 04 du 11 janvier 95

<sup>49</sup> Ce qui fait du Subutex ® en 2000 le 12<sup>ème</sup> médicament en coût remboursé par les caisses d'assurance maladie, le 39<sup>ème</sup> en volume prescrit.

<sup>50</sup> Circulaire DGS/SP3 n°97/366 du 23 mai 1997

<sup>51</sup> Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

<sup>52</sup> Note d'orientation n°98-659 relative à la révision des projets thérapeutiques des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

communautés thérapeutiques y sont citées, elles doivent favoriser les « projets individuels », quant aux appartements thérapeutiques, « ils ne doivent être réservés qu'aux personnes en grande difficulté sanitaire ou sociale », car « les personnes toxicomanes bénéficiant de revenus peuvent accéder aux dispositifs d'hébergement sociaux de droit commun, et solliciter par ailleurs un suivi thérapeutique par un centre spécialisé. »

Indépendamment du contenu de cette note, dont certains aspects sont assurément inappropriés, il est utile de considérer l'environnement de cette évolution réglementaire. Je ne reviendrai pas sur le paradigme de la santé publique, qui dans la suite du « sang contaminé » s'est imposé au pays entier et dans bien d'autres domaines que les toxicomanies.

Je voudrais par contre attirer votre attention sur deux évolutions de fond :

La première, c'est la loi de lutte contre l'exclusion de 1998. Toutes les politiques publiques depuis cette loi doivent être lues à travers elle.

La loi organise l'accès aux soins et leur continuité, sur l'ensemble du territoire, l'accès au logement et le maintien dans celui-ci, l'exercice de la citoyenneté :

Art. 1 : « La présente loi tend à garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance. (...) L'État, les collectivités territoriales, les établissements publics(...), les organismes de sécurité sociale, ainsi que les institutions sociales et médico-sociales participent à la mise en œuvre de ces principes. »

Toutes les institutions sociales sont donc invitées à contribuer à ces objectifs, avec cette règle implicite qu'une institution sanitaire, sociale ou médico-sociale ne doit pas produire elle-même de l'exclusion.

La seconde lame de fond, consiste en l'évolution des concepts dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux. La refonte en cours de la loi de 75 relative aux institutions sociales et médico-sociales est éloquent : ses objectifs sont entre autres de promouvoir le droit des personnes, c'est à dire le droit de l'usager, d'améliorer la planification de l'ensemble des équipements sociaux et médico-sociaux, et de mettre en œuvre des procédures d'évaluation des actions financées dans un contexte, il faut le rappeler, de maîtrise des dépenses.

Ces deux grandes lois s'organisent autour de la volonté d'adapter l'outil à l'usager et non le contraire, volonté soutenue, comme le rappelle l'UNIOPSS, par l'ensemble des associations du secteur social et médico-social<sup>53</sup>.

Nos établissements, n'appartenant pas au champ médico-social, se sont tenus plus ou moins à l'écart de ces évolutions, qui ne rencontraient pas leur histoire.

Ainsi on voit que les évolutions des secteurs sanitaire, social et médico-social, influent déjà fortement sur notre secteur, sans que leurs répercussions aient été précisément élaborées entre pouvoirs publics et professionnels.

J'arrêterai là cette mise en perspective des textes, pour commencer à conclure. D'abord deux points m'ont frappé à la relecture de ces textes :

Dans les premiers textes, l'hébergement constituait un dispositif central de la prise en charge, et plus on avance, plus le secteur se diversifie, plus l'hébergement se trouve réduit à la portion congrue, au profit de l'accès aux soins, de la réduction des risques, des réseaux, des traitements de substitution.

Ce ne serait pas dérangeant en soi, si d'autre part, dans un contexte de médicalisation de l'ensemble du dispositif, plus on évoque et renforce l'accès aux soins, moins on définit ce qu'est le soin, et moins l'hébergement semble être considéré en tant que soin à part entière, alors qu'il s'est au fil du temps professionnalisé et majoritairement adapté aux évolutions de ses publics. Le dernier texte cité renvoie par exemple clairement les appartements thérapeutiques à un pur dispositif d'accès au logement.

Je crois donc que nos journées doivent répondre à la question suivante : les hébergements que nous proposons constituent-ils un support social à un travail médico-psycho-éducatif, ou bien l'hébergement constitue-t-il un outil thérapeutique en lui-même ?

---

<sup>53</sup> « La réforme de la loi du 30 juin 75 relative aux institutions sociales, et médico-sociales : les attentes des associations ». texte adopté par le Conseil d'Administration de l'UNIOPSS le 22 mars 2000

Je penche plutôt pour la seconde réponse. Mais il faut l'étayer, faire valoir la pertinence d'un dispositif à l'articulation du médical, du psychologique et du social, dont l'efficacité même tient à ce nouage, que l'on peine néanmoins à décrire et expliciter, faute de cadre conceptuel préformé. Cela signifie certainement poser les bases de « référentiels », permettant de mieux caractériser ces outils qui gardent toute leur importance, avec leurs possibilités, leurs limites, leur exportabilité.

Car si la médicalisation a conduit à une « crise des outils » de l'intervention en toxicomanie, il nous faut maintenant les recomposer dans une nouvelle donne, qui n'est, c'est le lot de l'Histoire, assurément que transitoire.

# **ATELIER N° 1**

Animatrice .  
**Odile VITTE**

Directrice  
APS Contacts, Provins  
avec la collaboration de  
**Danièle FLAMBERT**  
Le Mail, Amiens

## « Les articulations des CTR »

Groupe :12 pers sur les 2 jours composé de membres d'équipes de CSST et de CTR. Très bonne écoute, la parole a bien circulé,

Le premier jour le groupe s'est attaché à dresser des constats autour des pratiques :

Après une diminution d'orientation en CTR il y a depuis, de nouveau une augmentation de demandes. Les CTR ont le sentiment d'être les "mauvais objets" du secteur.

Les préalables aux orientations

- Méconnaissance des projets thérapeutiques : quelles sont les indications pour une orientation, évaluation des besoins, conditions d'admission (caution, billet de retour, situation administrative régularisée), critères d'admission, modalités d'admission (courrier ? téléphone ?) Délai d'attente pas toujours très clair.

Le travail en partenariat,

- Le travail en partenariat semblerait être ou ressembler pour certains à un réseau privilégié, "cooptation de copinage", de "portefeuille relationnel"

- Circularité, acceptation et reconnaissance du travail de l'autre, des contraintes extérieures, des injonctions de certains services hospitaliers, des exigences des tutelles.

- Notion de référence et garantie du projet, notion de parcours, et son évolution, travail sur la circularité avec comme élément central le patient ses difficultés, ses attentes, ses devoirs, ses exigences, ses droits.

- La question du « secret partagé ».

Le deuxième jour a abouti à la construction des 4 propositions suivantes :

ARTICULATION – COMMUNICATION

Lisibilité : spécificité du lieu et projet thérapeutique

Conditions d'admission

Communication avec une proposition de mise en place de moyens techniques (ex : fiche de liaison)

Répertoire officiel

Proposition de lieux de rencontres et d'échanges sur les pratiques

(CTR, CSST, RDR, droit commun etc.)

# **ATELIER N° 2**

## **« Évolution des populations, évolution des besoins »**

Très vite est apparu dans l'atelier que l'évolution des centres de soins résidentiels n'a pas toujours découlé d'une évolution des besoins qui aura pour origine une évolution des publics demandeurs d'un séjour.

Ainsi, pour beaucoup de personnes présentes dans l'atelier, l'arrivée de la méthadone en centre de soins résidentiel a été imposée aux équipes par les instances publiques sans aucun débat.

Certains résument la situation à "c'était ça où fermer". Quelqu'un souligne le regret qu'il n'existe plus de centres thérapeutiques résidentiels sans méthadone. Cette situation a pour conséquence qu'il est très difficile dans ces lieux de valoriser l'abstinence.

Apparaît aussi que la méthadone a renforcé le poids du médical dans les institutions sans qu'un point d'équilibre soit toujours recherché entre celui-ci et le travail psychosocial. Cette arrivée du médical aurait eu aussi pour conséquence un développement des traitements psychiques et une rupture dans la façon dont les équipes prennent en charge l'angoisse, les problèmes de sommeil, en un mot le mal-être. Plusieurs participants relèvent le fait que la méthadone a eu plusieurs effets positifs et pas des moindres : la baisse des OD, la possibilité pour la plus grande partie des toxicomanes d'être pris en charge en ambulatoire, une qualité de vie nettement améliorée avec peut être comme conséquence pour les centres thérapeutiques résidentiels des demandes provenant de personnes en très grandes détresses sociales et/ou psychologiques ou psychiatriques pour que la prise en charge ambulatoire ne puisse suffire et donc la nécessité pour les équipes d'évoluer vers des prises en charge très complexes.

Est aussi avancé comme regret, la circulaire de 1998 ressenti comme une espèce de mise au pas des équipes avec une volonté de bouleverser les centres de soins résidentiels pour en faire des ersatz de CHRS enlevant aussi toute spécificité à ces structures de soins.

Enfin, est abordée l'évolution des publics et la complexité à prendre en charge des personnes consommatrices de drogues donc les troubles psychopathologiques sont majeurs.

**Difficulté aussi de prendre en charge des personnes en très grande détresse sociale donc les capacités en matière d'adresse sociale sont très pauvres.**

En conclusion et quelque qu'en soient les raisons, il apparaît comme inéluctable que les centres thérapeutiques résidentiels soient de plus en plus amenés à prendre en charge des publics aux problématiques complexes. Ainsi, concernant les recommandations, trois propositions :

Être en capacité de construire des trajectoires de soins qui répondent à la diversité des demandes et besoins des différents "profils" accueillis. Cela implique une pluridisciplinarité et un haut niveau technique des équipes.

1. Nécessité que les centres soient inscrits dans un réseau partenarial qui inclut les dimensions du social, du psychiatrique et du judiciaire.
2. Travailler à la mise en place d'un référentiel commun qui précise :
  - les publics accueillis
  - les objectifs individualisés
  - les moyens nécessaires.

# **ATELIER N° 4**

## « Vers un référentiel commun »

Participants :

Couteau Gilles Trait d'Union Boulogne Billancourt 92100  
Andreatta Pascaline 10 le haut des Frets Gerbepal 88430  
King Mélanie Anit  
De Bourdilla Daniel Porte des allemands. Metz 57000 (22 rue du Wad Billy)  
Merveille Flavie CSST Blannaves 2 rue J Louche Ales 30100  
Jeanson Patricia Le Mail Amiens 80000  
Djenouic Georges Clémence Isaure Toulouse 31500  
Pitrel Chantal Ass Arpade En Boulou 31570 Bourg St Bernard  
Gnansia Yvette Aps contact 28 rue de la Venière 77160 Provins  
Thibaut Richard Ass Suerte 625 RN117 40390 St André de Seignaux  
Escorneboueu Elodie Ass Suerte  
Rolando Jean Ass Suerte  
Segui Isabelle Ass Ste Marie 19 cours du temple 07000 Privas  
Baraton Geneviève Aprae 8 rue Clémenceau 93220 Gagny  
Boulanger Michel Le Pélican 1é rue du Cdt Perceval 73 Chambéry  
De Mori Paola Le Trait d'Union 92100 Boulogne  
Rouillon Lysbert Ceid Bègles 33-35 impasse du 4 septembre 33130 Bègles  
Villez Marie Le Cèdre Bleu 59000 Lille

Animatrice du groupe : Marie Villez vice-présidente Anit  
Personne ressource : Lysbert Rouillon directeur CTR Bègles Ceid, engagé dans son établissement à la mise en place « d'une démarche qualité »

### 1/Notre intention

« on ne peut demeurer aujourd'hui sans évaluation de la qualité du service rendu » rapport de l'Igas sur les institutions médico-sociales en 1995

Les exigences actuelles : La loi du 2 janvier 2002 précise que les établissements médico sociaux doivent mettre en place une auto-évaluation de leurs actions tous les 5 ans transmise à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Elle précise aussi qu'une instance extérieure fera une évaluation tous les 7 ans ( elle s'effectuera à partir d'un référentiel validé par le CNESMS conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale) S'il n'est pas proposé par les professionnels représentatifs et validé par le CNESMS, cette instance en proposera un elle-même à l'intention des évaluateurs.

Le référentiel devra donc tenir compte des éléments obligatoires contenus dans la loi et les textes réglementaires et les intégrer en tenant compte de la spécificité des publics et des projets mis en place dans les CSST.

De façon plus profonde les professionnels intervenants dans le champ des toxicomanies ressentent le besoin d'améliorer leurs pratiques, de les faire évoluer et de les évaluer

Ils souhaitent travailler à plus de transparence, d'explication des choix éducatifs et thérapeutiques et ceci à l'attention des partenaires, financeurs, politiques, usagers ou autres dispositifs spécialisés ou de droit commun

L'ANIT souhaite se mettre au travail et proposer des recommandations de bonnes pratiques pour notre champ professionnel

## 2/constats

Un tour de table a permis a chacun de faire état, de son point de vue, de ce qui est engagé dans son établissement s'apparentant de près ou de loin à ces démarches d'évaluation, de qualité, de bonnes pratiques... ou autre application de la loi du 2 janvier

Ce tour de table a confirmé des différences de compréhension, de mise en place et d'utilisation d'outils multiples visant tous à améliorer les pratiques, à mesurer l'action, à évaluer les projets ou l'évolution des personnes suivies à partir du projet de soins qui est proposé.

Ont ainsi été évoquées entre autre :

- l'utilisation systématique de l'ASI comme outil d'évaluation de la situation des patients, des analyses comparées de files actives sur plusieurs années
- la mise en place de fiches individuelles de satisfaction
- la mise en place d'un nouveau règlement de fonctionnement impliquant les usagers
- l'élaboration de plaquettes d'information sur les offres de soins proposées dans une région aux personnes toxicomanes
- l'engagement d'une démarche qualité dans l'établissement -la réflexion sur les critères d'admissions utilisés dans un hébergement
- l'analyse des rôles et fonctions et compétences des professionnels nécessaires au bon fonctionnement d'un projet précis
- etc. ...

Cette diversité des propositions a montré combien ces initiatives si elles vont dans le sens d'une démarche qualité, d'une élaboration de bonnes pratiques ou autres procédures d'évaluations gagneraient à être travaillées dans les sens de l'élaboration d'un référentiel commun dont elles constituent les bases et fondements.

Les niveaux d'implication et de compréhension sur ces questions restent très inégaux et toujours à ce jour incomplets ou en chantier

Les participants de l'atelier constatent que la culture de notre secteur rend les professionnels réservés sur toute démarche d'évaluation dès lors qu'elle s'apparenterait à un contrôle et une normalisation. Il est essentiel aux yeux de tous progresser sur ces questions.

Ils sont convaincus a contrario que l'élaboration de référentiels par les prof eux-mêmes est un levier pour le changement et qu'une analyse quantitative et qualitative des projets et des actions peut se mener et permettre une meilleure adaptation des moyens et de projets aux besoins des personnes

## 3 Quelques repères nécessaires (Apport de Lysbert Rouillon)

A/Il a donc été utile de repréciser un certain nombre de notions pour avoir un langage commun : le référentiel :

« il est opposable comme standard à tous les établissements du secteur considéré après l'agrément Cnesn

Il balaye tous les domaines de la loi 2002 62, les croise avec les processus de l'établissement en fonction des « dimensions de qualité » retenus par le secteur

Il apprécie, mesure et évalue la qualité de lien entre une structure, des processus et des résultats en fonction des fins poursuivies et de moyens à privilégier.

Il génère des instruments de mesure d'indicateurs tenant à la fois compte d'impératifs budgétaires et de contrainte en terme de qualité de service.

Il assure le développement d'un système d'amélioration continu de la qualité des CSST »

B/Travail à partir d'un exemple : l'admission ( processus )

**Une référence** est souvent rédigée de façon affirmative et positive

C'est l'énoncé d'une exigence qui permet d'atteindre un objectif qui sera vérifié par la suite

1 Ex : il existe une procédure d'admission

2Ex :

...

**Un critère** est l'énoncé d'un moyen ou d'un élément permettant de satisfaire la référence

1-2Ex :les demandes se font par courrier

2-2

...

Lors d'une évaluation(ou autoévaluation) on peut s'interroger sur :

-que fait on pour réaliser le critère

-que mettons nous en oeuvre pour l'améliorer

- quel indicateur utilisons nous pour mesurer ou améliorer le critère

**Un indicateur** est une donnée objective qui décrit une situation d'un point de vue quantitatif

1-3Ex :nombre de courriers reçus

2-3

...

#### **4 points de vigilance et perspective**

- Le référentiel ne se substitue pas au projet thérapeutique qui reste premier Il en valide la cohérence
- Il ne faut pas se laisser absorber par une démarche technocratique et technique  
 Crainte de l'élaboration de normes et de standards étouffant la diversité et la spécificité des projets
- Comment intégrer la question du sens, de la complexité de l'humain...
- Ces démarches doivent être appropriées par les équipes qui doivent participer à leur construction et participer directement au processus d'autoévaluation
- Elles sont « chronophages » et demandent une disponibilité et du temps qui ne peut être pris sur le temps peu compressible nécessaire à l'encadrement et à l'accompagnement médico psycho social des personnes accueillies
- Est-ce que tout se vaut ( entre démarche qualité, guide de bonnes pratiques, loi 2002etc....

Les membres groupe souhaitent que l'ANIT puisse poursuivre et formaliser sa réflexion sur les référentiels en priorité ceux concernant les hébergements thérapeutiques (plus fragiles et plus isolés que les autres) Ils souhaitent être informés voire associés à ce travail.

Une méthode de travail et des moyens humains disponibles et compétents (que nous n'avons pas à ce jour) doivent être proposés pour accompagner cette démarche

Celle-ci devrait par ailleurs concerner également les autres secteurs d'activité des CSST

Obligation contractuelle liée à la loi 2002-2 dite de Rénovation Sociale  
Ou une chance à saisir pour valider des pratiques professionnelles ?

La question de l'élaboration d'un **référentiel** .... ( de bonnes pratiques)  
à utiliser comme outil d'étayage du **projet d'établissement** se pose donc.

La mise en avant d'une démarche d'évaluation de la qualité dans la loi dite de rénovation sociale peut susciter deux approches :

- Soit on se contente de développer les outils de qualité dans une stricte conformité administrative,
- Soit on se lance dans cette démarche en en faisant un levier du changement, faire évoluer les ressources humaines et le management des établissements.

**Pour bien cerner cette notion de référentiel nous sommes partis de l'étude des innovations qu'apporte la réforme de la loi de 1975. Ces nouveautés peuvent être regroupées sous les neuf domaines suivants, à savoir :**

- La notion d'usager,
- La coordination des activités sociales et médico-sociales,
- L'amélioration du pilotage du dispositif,
- La généralisation de l'évaluation et du contrôle,
- Le financement des établissements,
- La personnalisation des prestations,
- Le droit à l'innovation,
- La nécessité de développer les qualifications,
- Les conventions et contrats pluriannuels.

Le référentiel devra, pour recouper les préoccupations du législateur, prendre en considération ces neuf niveaux d'exigences. Nous voyons donc déjà qu'il doit aller au-delà de la simple notion de bonnes pratiques, qui ne sera qu'une des facettes de celui-ci. Il sera transversal à tous ces champs afin de pouvoir en **évaluer l'application**.

## **LA NOTION D'ÉVALUATION**

Le point de vue des rapporteurs de L'IGAS de 1995 ( rapport n°95155 de décembre 1995) sur les institutions médico-sociales était fort clair :

« on ne peut demeurer aujourd'hui sans évaluation de la qualité du service rendu ».

La notion de qualité avec son corollaire l'évaluation traversent toute la loi de rénovation sociale (Art 312.8 du CASF).

Cependant force est de constater que notre secteur d'activité est resté globalement éloigné d'une évaluation rigoureuse, admettant même parfois qu'il y est peu enclin. A cela deux raisons :

- la perception d'une ambiguïté entre évaluation et contrôle,

Les professionnels sont souvent méfiant vis-à-vis de l'évaluation parce qu'ils craignent qu'elle ne porte sur des aspects normatifs des institutions plutôt que sur la nature même des objectifs qu'elles poursuivent.

- la spécificité du champ à évaluer.

Les professionnels du secteur social et médico-social considèrent que ce qui est essentiel dans leur activité est difficilement quantifiable. Les pratiques étant plus particulièrement basées sur l'écoute que sur des réponses référencées.

Il est à craindre donc que malgré un effet de mode dû au caractère innovant de ces dispositions, elles ne suscitent à terme qu'un désintérêt aussi rapide et manifeste que l'engouement suscité. En effet, la méconnaissance des enjeux exacts de la mise en place d'une politique qualité dans le secteur social et médico-social donne lieu à autant de manifestations incantatoires sur ses effets bénéfiques escomptés que de symptômes de rejets sans appel.

## LES ENJEUX DE L'ÉVALUATION

Depuis une vingtaine d'année nous avons vu se dessiner de plus en plus clairement les approches vers des préoccupations de gestions plus rigoureuses mais manifestement insuffisantes en elles-mêmes pour dispenser l'état d'impulser réglementairement des approches manageriales adaptées à des services détenteurs d'une mission de service public. La loi 2002-2 participe donc de cette volonté à faire émerger des convergences entre le « marché » et le médico-social, une nouvelle culture. Ce nouveau champ managerial devant être capable de concilier logique d'entreprise et rationalité économique, inhérent au « marché », avec la force des engagements collectifs et individuels, propre au secteur associatif.

- La voie choisie réglementairement est celle des grands principes des ordonnances de 1996.
- Évaluation des services rendus pour l'utilisateur remis au « centre du dispositif »,
- Contrôle de l'adéquation entre missions de ces établissements et leurs activités réelles,
- Maîtrises budgétaires des moyens alloués,
- Contractualisation des objectifs,
- Autorisation renouvelable.

On ne peut plus imaginer qu'une activité utilisant au moins partiellement et parfois totalement des fonds publics ne soit pas évaluée en fonction des moyens alloués par rapport aux effets produits et la conformité de ceux-ci à ceux attendus.

Les évaluations prévues permettront une plus grande lisibilité du contenu de l'activité sociale et médico-sociale.

C'est dans ce cadre que le secteur d'activité doit saisir l'occasion d'explicitier sa technicité par la maîtrise du standard d'évaluation (notamment des bonnes pratiques) et, ce faisant, de faire valoir ses compétences par la validation de ce dernier.

Le RÉFÉRENTIEL devenant un outil stratégique au service d'une politique de reconnaissance et de validation de nos pratiques professionnelles.

## L'OUTIL D'ÉVALUATION

Comme le précise l'article 312.8 du CASF, **le référentiel devra permettre d'évaluer :**

- 1) L'activité de l'établissement ( son fonctionnement),
- 2) La qualité des prestations délivrées.

Et ce en termes de :

- de procédures,
- de références,
- et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Toutes trois validées ou, en cas de carence, élaborées, par le **CNESMS** (comité national évaluation sociale et médico-sociale). En d'autres termes, pour être applicable et opposable, le référentiel devra être validé par cette instance, et par voies de conséquences répondre aux préoccupations du législateur.

Il devra en outre permettre d'intégrer les préconisations des **SRESMS** (schémas régionaux des établissements sociaux et médico-sociaux (Art 312-5 du CASF, qui intègre le schéma régional relatif à l'addictologie), qui deviennent la référence de toute actions de pilotage de par leur caractère obligatoire et leur rôle essentiel, voire prééminent, dans l'avis des **CROSS**.

De plus ce qui est central, dans les dispositions de cette loi, est le recours systématique à :

- un tiers pour valider procédures, références et recommandations, le CNESMS,
- un autre tiers pour procéder à l'évaluation, autre tiers lui même habilité par le CNESMS.

## **LES DIFFÉRENTS TYPES D'ÉVALUATION**

Cette évaluation, systématiquement associée à toute activité est présentée sous ses deux aspects toujours à l'article 22 de la loi de rénovation sociale, l'évaluation interne ou autoévaluation et l'évaluation externe par un organisme habilité. Ces deux évaluations se faisant sur les bases d'un même référentiel regroupant les procédures de l'établissement, les références utilisées et des recommandations de bonnes pratiques toutes trois déterminées et/ou agréées par le CNESMS. Pour donner plus de poids à cette autoévaluation, la loi prévoit la communication de ses résultats tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation de création de l'établissement. Cette durée correspondant au tiers de la durée définitive de l'autorisation et à la durée du schéma d'organisation sociale et médico-sociale. L'autoévaluation est qualitative et ne cherche pas à mesurer un rendement « coût-efficacité » des prestations. Quant à l'évaluation extérieure elle aura lieu environ tous les sept ans sauf création, extension, transformation des institutions où cette évaluation est systématique dans le cadre de la démarche d'autorisation. Là encore les résultats de l'évaluation seront communiqués à l'autorité ayant délivré la dite autorisation.

L'expérience en ce domaine de certain sous-secteur, comme celui des EHPAD, nous font pointer certains effets indésirables qui pourraient venir parasiter la démarche. En effet contrôle et contrôle de la qualité ne peuvent être confondu, la pratique obligatoire de l'autoévaluation et l'élaboration de bonnes pratiques professionnelles peuvent aider à assurer les objectifs attendus en terme de qualité. Les contrôles de qualité étant réalisés par un organisme extérieur.

## **LES DIFFÉRENTS NIVEAUX D'ÉVALUATION**

Bien entendu l'évaluation ne se limite pas aux seules activités spécifiquement professionnelles des équipes sociales et médico-sociales. Inséparable de la démarche qualité, elle est présente à d'autres niveaux, par exemple dans le déroulement des schémas. En effet, ils se sont vus confier par la loi de rénovation sociale le soin d'établir des critères « d'évaluation des actions mis en œuvre » dans le cadre de ce qu'ils auront préalablement défini. (Art 321.4 du CASF)  
De plus tous les domaines d'activité d'un établissement, formalisés en grands processus seront à évaluer et devront être balayés dans leur intégralité.  
Il appartient donc au secteur spécifique d'activité d'élaborer et de faire valider par le CNESMS leur **Référentiel**.

**LE RÉFÉRENTIEL EST :**  
***l'outil central de toutes les évaluations,***  
***il est opposable comme standard à tous les établissements du secteur considéré après l'agrément CNESMS.***

***Il balaye tous les domaines de la loi 2002-2,***  
***les croise avec les processus de l'établissement***  
***en fonction des « dimensions de la qualité » retenus par le secteur.***

***Il apprécie, mesure et évalue la qualité***  
***du lien entre une structure, des processus et des résultats,***  
***en fonction des fins poursuivies et des moyens à privilégier.***

***Il génère des instruments de mesure d'indicateurs***  
***tenant à la fois compte d'impératifs budgétaires et de contraintes***  
***En terme de qualité de service***

***Il assure le développement d'un système***  
***d'amélioration continue de la qualité***  
***des services des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.***

## LE RÉFÉRENTIEL

### A) Définition :

C'est un document décrivant « l'organisation » suivant trois axes :

- la structure,
- les processus,
- les résultats.

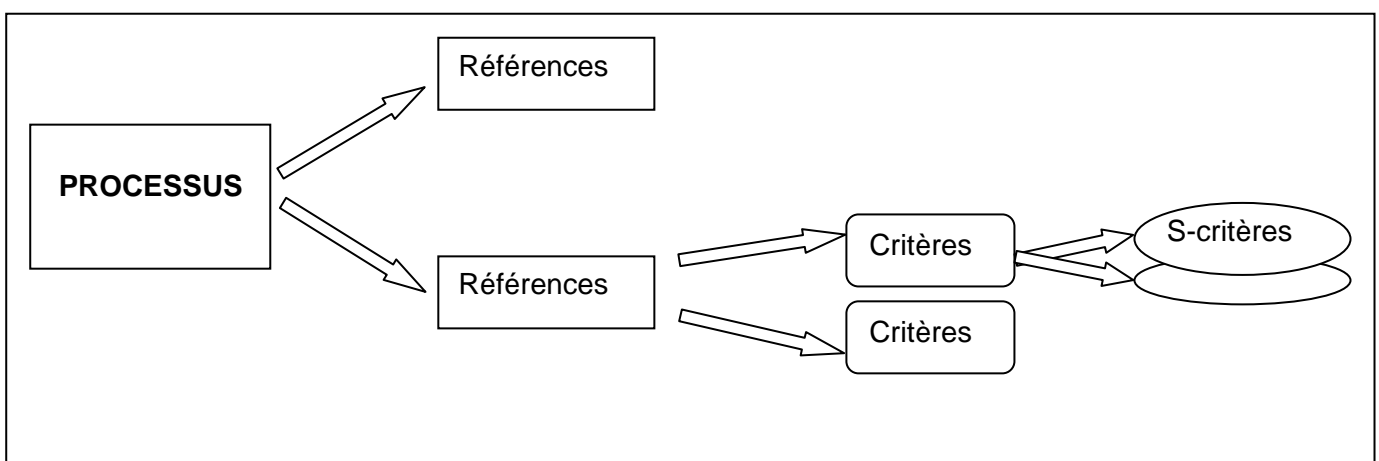
Il en détermine exigences et niveaux d'exigence en :

- remplissant les fonctions de guide technique,
- définissant les caractéristiques attendues d'un produit ou d'un service,
- spécifiant les modalités de contrôle de conformité des produits ou services.

Le référentiel énonce les attentes ou exigences permettant de satisfaire la délivrance de prestations de qualité.

### B) La structuration du référentiel :

Nous avons structuré ce référentiel sur la base de références, elles-mêmes déclinées à partir des grands processus de « l'organisation », et évaluées en critères et sous-critères.



Remarque : Nous nous sommes largement inspirés pour structurer ce document des préoccupations qui ont présidé à l'élaboration du guide de l'ANAES( référence française) ainsi que du modèle EFQM (référence européenne), du RISQ (référence canadienne) et de SCODA (référence anglaises). En effet ceux-ci sont déjà eux-mêmes la synthèse d'expériences étrangères les plus abouties.

La structure du référentiel pouvant s'apparenter à un **langage standard d'évaluation**, il nous est paru important de reprendre ceux déjà en vigueur au niveau international, reconnus et validés.

### **B.1) Définitions :**

**B.1.1) Les références :** peuvent être définies comme **l'énoncé d'une exigence** permettant l'atteinte d'un objectif. Elles ont été rédigées sur un mode affirmatif et de façon positive.

Exemple : Dans le processus ADMISSION la procédure d'ACCUEIL peut être structuré autour d'une référence ainsi formulée.

#### ***L'Établissement met en œuvre une politique d'accueil du patient et de son entourage.***

**B.1.2) Les critères :** peuvent être l'énoncé d'un moyen ou d'un élément permettant de satisfaire les références. Il doit être mesurable, objectif et réalisable.

Exemple : Trois des critères de la référence précédente peuvent être énoncés comme suit,

- Une permanence d'accueil est assurée.
- L'accueil administratif est approprié pour une prise en charge rapide et fiable du résident.
- Les réclamations sont traitées rapidement.

Lors de l'autoévaluation, les auditeurs devront s'interroger sur les critères en essayant de répondre aux quatre questions suivantes :

- Comment fait-on pour réaliser le critère ?
- Que mettons-nous en œuvre pour améliorer le critère ?
- Quel indicateur utilisons-nous pour mesurer l'amélioration du critère ?
- Quelle preuve apportons-nous du niveau d'efficience atteint ?

**B.1.3) Les indicateurs :** Un indicateur est une donnée objective qui décrit une situation d'un point de vue quantitatif. Il n'a de réelle signification que si il est :

- Caractéristique du critère et reproductible,
- Mesurable et vérifiable,
- Comparable et interprétable dans le temps et dans l'espace,
- Simple et compréhensible,
- Pertinent.

Trois types d'indicateurs peuvent être distingués :

- Les indicateurs afférents à la structure,
- Les indicateurs afférents aux processus,
- Les indicateurs afférents aux résultats.

Ces indicateurs peuvent être d'origine :

- Internes, propres à la structure et à usage interne,
- Externes, choisis par une structure externe ayant pour finalité la comparaison de résultats obtenus par rapport aux résultats attendus. ( les futurs indicateurs d'activité et de convergence budgétaire annoncés par le décret d'application 2003-1010).

*B.2) Le projet de référentiel des établissements spécialisés  
de soins en Addictologie avec hébergement :  
les Centres Thérapeutiques résidentiels.*

B.2.1) Les objectifs et caractéristiques du référentiel

Le centre thérapeutique résidentiel du C.E.I.D de Bégles a clairement affiché depuis sa reprise, notamment dans son projet d'établissement qu'une des actions prioritaires était la mise en place à terme du développement du concept de « démarche qualité » vers une dynamique « d'amélioration continue de la qualité de service ». Cela passe en outre par le développement d'un *système intégré et continu* d'amélioration de la qualité : Le référentiel, (afin de pallier à une carence sectorielle).

Ce référentiel vise donc à atteindre les objectifs suivants :

- Assurer la qualité des services du centre,
- Anticiper les décrets d'application de la loi 2002-2,
- Aider la prise de décision concernant le choix des pratiques professionnelles,
- Être un outil de management et de gestion opérationnelle.
- Être transférable aux autres structures du secteur.

Pour satisfaire ces exigences le référentiel doit respecter les domaines suivants :

- **Être utile** : Il doit répondre avant tout aux préoccupations de tous ses utilisateurs, tarifificateur, Gestionnaires, intervenants et partenaires des CTR.
- **Être valide** : Il est conforme aux standards et aux règles de l'art en matière d'amélioration de la qualité.
- **Être intégré au système courant de gestion** : Le référentiel fournit des données qui constituent un intrant pour la gestion des structures.
- **Être convivial** : Chaque utilisateur peut trouver les informations contenues dans le référentiel rapidement et facilement.
- **Être flexible** : Le référentiel est suffisamment souple pour s'adapter à l'évolution des besoins et des situations.
- **Être stratégique** : Compte tenu des ressources limitées dont disposent les CTR, il devra hiérarchiser les priorités d'évaluation suivant des niveaux significatifs fonction des caractéristiques des données attendues.
- **Être continu** : Il doit fournir en permanence de façon régulière et sur de longues périodes les données recueillies.
- **Être généralisable** aux autres structures.

Les évaluations de la qualité dont il est le support portent donc à la fois sur l'organisation des services, la façon de rendre les services et les effets produits par ces services.

### B.2.2) Les grandes fonctions du référentiel

Si l'on veut donner un point de vue dynamique du référentiel, on doit considérer les fonctions qu'il sera amené à remplir dans l'organisation.

B.2.2.1) Produire des données d'évaluation sur la structure, les processus et les résultats. Ces données portent sur chacune des dimensions de la qualité considérées et priorisées.

B.2.2.2) Étudier les données, et vérifier la mise en œuvre des décisions.

B.2.2.3) Faire le suivi des actions et mesurer leur impact sur la qualité.

B.2.2.4) Couvrir l'ensemble des activités de l'établissement dans une approche transversale.

### *B.3) Méthodologie d'élaboration des références et critères*

Aux vues du peu de ressources mobilisables en interne nous avons structuré notre méthodologie d'élaboration comme suit, afin de rendre notre approche la plus efficiente possible.

L'idée qui a prévalu a été de pouvoir répondre aux questions suivantes :

- Ai-je besoin en terme de management ( le référentiel étant pour nous un outil de décision managériale et d'étayage du projet d'établissement, même s'il est utilisé à d'autres fins par les partenaires et/ou donneurs d'ordres) des données délivrées par le référentiel en même temps à un moment « T » ( une fois par an par exemple), où puis-je en répartir la délivrance suivant des quantum de temps variant en fonction des besoins d'utilisation des données générés par le pilotage de notre établissement ?. En d'autre terme est-ce que je réponds à une obligation, et je m'acquiesce le plus vite possible de cette exigence de conformité administrative, ou est-ce que je réponds à des préoccupations managériales ?.

Il nous est apparu possible et voire même souhaitable de diluer cette charge de travail supplémentaire en fonction de cycles repérables dans le fonctionnement de notre établissement et donc des besoins qu'ils génèrent.

Cependant pour accéder à cette efficacité il est impératif de mettre le référentiel au centre du système de pilotage de notre établissement. « L'amélioration permanente de la qualité » devenant la culture de référence présidant à la gestion d'établissement.

Dés lors la méthodologie employée sera de type itératif, elle nécessite la création d'un groupe de travail qui fonctionnera comme un comité de lecture et de rédaction. Différentes phases dans la création du référentiel peuvent d'ores et déjà être repérées, afin d'y impliquer un maximum d'établissements du secteur, à savoir :

-1) Une première phase interne d'ébauche d'un document de travail à partir des références françaises et étrangères ainsi que des divers textes réglementaires.

-2) Une phase de rédaction, répartie sur deux journées de réunion :

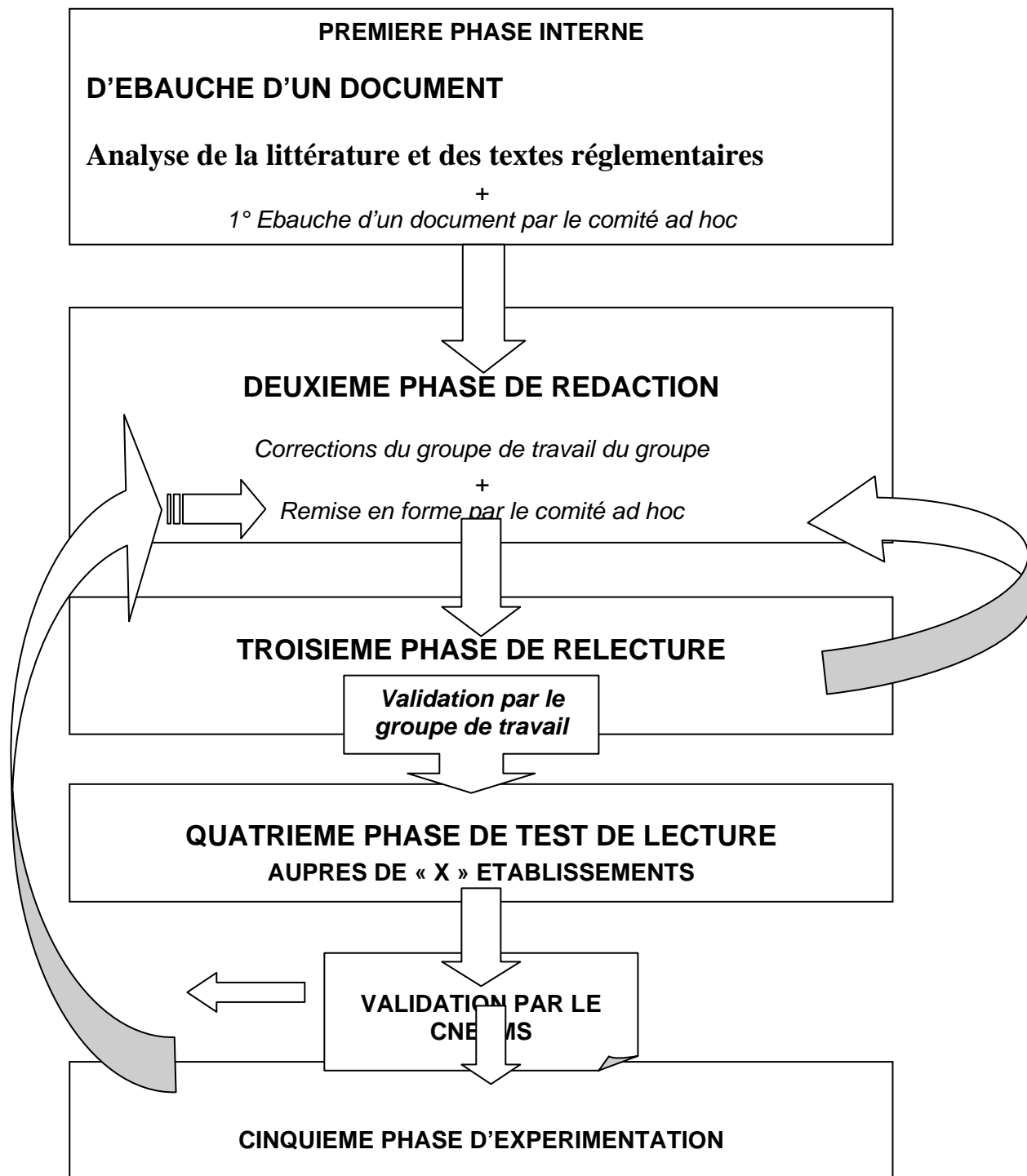
- Une première proposition de référentiel est en cours de réalisation, elle sera discutée lors de la première réunion du groupe de travail ( qui peut soit rester au niveau local, soit à un niveau plus global du secteur l'ANIT par exemple).
- Une version corrigée des observations de cette première réunion est adressée à chaque membre du groupe de travail qui fera part de ses remarques par écrit.
- Ces commentaires et observations sont remis en forme et communiqués au groupe de travail lors de sa deuxième réunion. Après correction une nouvelle version sera adressée à chaque membre pour validation et commentaires.

- 3) Une phase de relecture, répartie sur trois journées de réunion, une par axe de structuration du référentiel (structure, processus, résultats). Qui donnera lieu à diffusion du référentiel test auprès d'un nombre de structures à déterminer ?

- 4) Une phase de test de lecture par « X » établissements qui feront part de leurs observations au groupe de travail. Ces remarques seront mises en forme et une version expérimentale sera diffusée auprès de tous les établissements du secteur et auprès du CNESMS.

- 5) Suivant les recommandations du CNESMS, le référentiel sera mis en expérimentation ou remis en forme par le comité ad hoc et remis en phase test de lecture.

RMQ : Un comité ad hoc préparera les différentes versions en fonction des observations du groupe de travail, il assurera tout le travail de fond nécessaire à la logistique de ce programme afin de proposer à chaque réunion une forme la plus aboutie possible du référentiel. Chaque réunion de travail validera tout ou partie des propositions du comité.



En attendant la création de ce comité ad hoc, notre démarche dans un premier temps fût de collecter d'un maximum de données :

1) Nous avons analysé la littérature française et étrangère sur le sujet et nous avons retenu :

- A) Comme source d'information générale les travaux de L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) et de L'EFQM (Européan Foundation for Quality Management)

- B) Les travaux du C.PSY ( Syndicat national des cliniques de neuropsychiatrie privées) et UNEP ( union nationale des établissements psychiatriques privés) comme source française sur un secteur proche du notre confronté aux problématiques addictives qui ont donné un premier référentiel le BAQHP-Psy.

- C) Les travaux de L'ANCREAI (Association Nationale des Centre Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée) qui se veut être la référence dans le champs des activités sociales et médico-sociales. Secteur auquel la loi de 2002-2 nous rattache.

- D) Les travaux canadiens du RISQ ( Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives) qui propose un modèle de guide spécifique au secteur de l'addictologie.

- E) Les travaux de la conférence ouverte sur l'abus de drogue ( Standing Conférence on Drogue Abuse ou SCODA).

*2° Ensuite nous avons structuré le référentiel autour d'un squelette qui reprend les préoccupations évoquées précédemment, aussi avons nous défini :*

A) Quatre niveaux d'évaluation (inspirées des pratiques du RISQ), en fonction de la périodicité de production des données d'intrant, balisant en continuum la complexité croissante des questions d'évaluation :

- a) Le « monitoring », consiste à mesurer la prestation de service et en assurer le suivi. Il produit des indicateurs sur une base courante à des intervalles réguliers plus ou moins rapprochés. ( le mois par exemple).
- b) L'évaluation « formative récurrente » produira des données sur une base annuelle, elle mesure et contrôle les prestations de services dans leurs dimensions jugées prioritaires.
- c) L'évaluation « formative approfondie » touche toutes les « bonnes pratiques » en profondeur sur des cycles d'environ trois ans.
- d) La recherche évaluative produira des résultats sur les programmes de types « mesures nouvelles » (à prendre au sens budgétaires du terme) sous-tendues par les recommandations et/ou demandes des schémas territoriaux d'addictologie.

B) Quatre niveaux sources de données d'intrant seront audités :

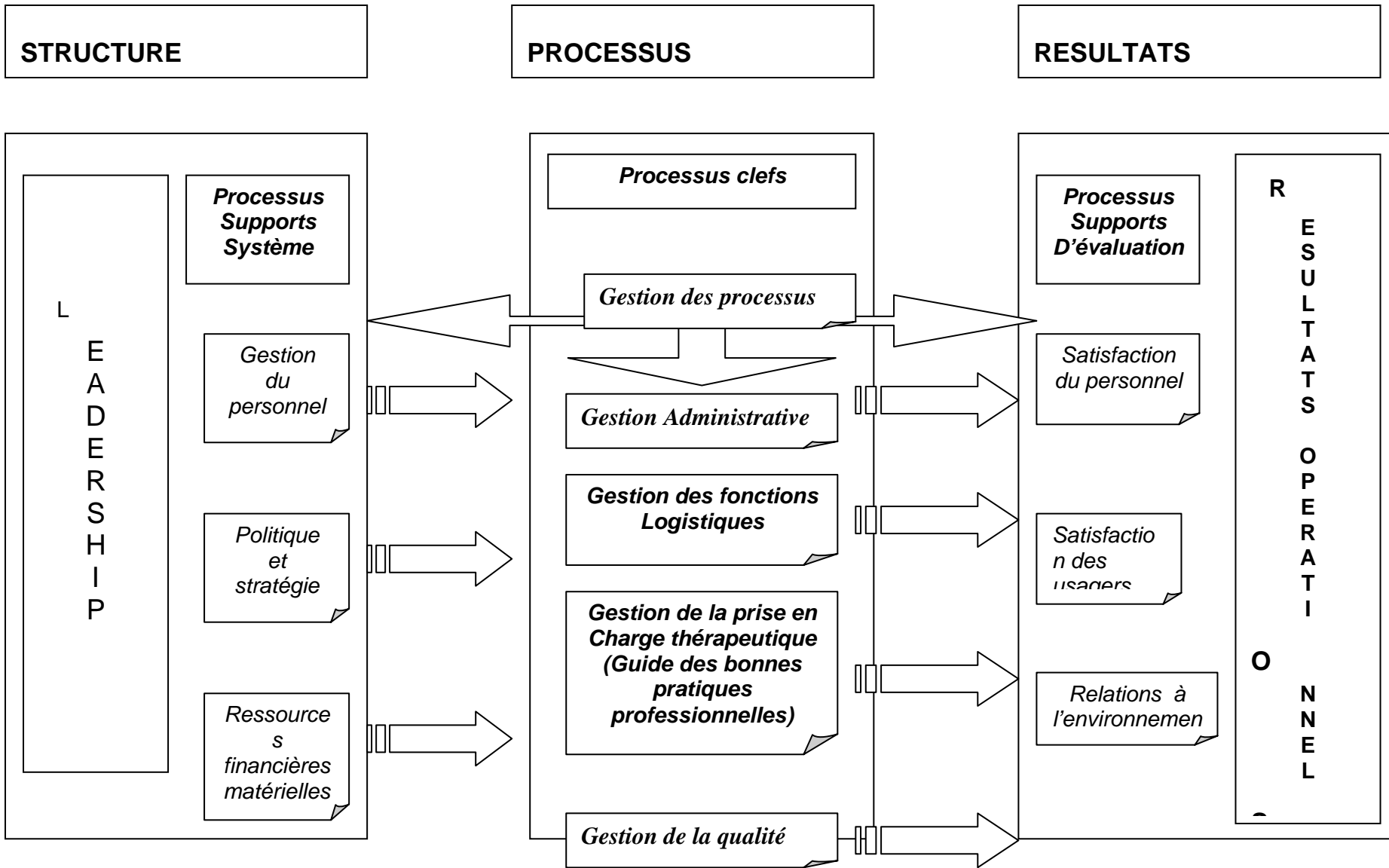
- a) Les usagers et leur famille, en tant que groupe le plus concerné par la qualité des services, fourniront des données, directement ou indirectement, sur la qualité des services et ce en terme de « pratiques » et de résultats. De plus leur niveau de satisfaction sera mesuré. Ils sont audités par les intervenants.
- b) Les intervenants fourniront des informations en plus de participer activement à l'évaluation de la qualité de service. Pour eux aussi leur niveau de satisfaction sera évalué. Ils seront audités par les cadres.
- c) L'encadrement, idem que précédemment. Il participera aussi au comité de pilotage de l'évaluation. Ils seront audités par le comité de pilotage.
- d) L'environnement, partenaires professionnels du réseau et donneurs d'ordre seront appelés à participer à l'évaluation. Ils seront audités par le comité de pilotage.

Ces différents niveaux d'évaluation et sources ont été définis afin d'en planifier la mise en œuvre en fonction des différentes dimensions de la qualité retenue comme prioritaires. Et ce 33

afin d'en rationaliser la charge en personnel tout en la répartissant dans le temps, avec comme clef de répartition la périodicité et le besoin de disponibilités des données d'intrants.

C) Sept dimensions de la qualité, déjà repérées dans les expériences les plus abouties. Ces dimensions seront validées ultérieurement par une enquête menée auprès des quatre sources de données précédemment repérées :

- a) L'amélioration de l'adéquation des pratiques de la structure par rapport aux besoins exprimés et/ou implicite de l'utilisateur.
- b) L'amélioration de l'adéquation des pratiques de la structure par rapport aux recommandations des « donneurs d'ordres » (Tarificateur, financeur, autorité d'accréditation au travers des schémas territoriaux).
- c) L'amélioration de l'adéquation des pratiques de la structure par rapport aux valeurs associatives exprimées par le CA et déclinées sous forme de politiques.
- d) L'amélioration de l'adéquation des pratiques de la structure avec l'amélioration de la qualité de vie des usagers.
- e) L'amélioration de l'adéquation des compétences des intervenants avec les pratiques de la structure.
- f) L'amélioration de l'efficacité des pratiques de la structure.
- g) L'amélioration de l'adéquation de la qualité de la relation d'aide avec les pratiques de la structure.



CARTOGRAPHIE FONCTIONNELLE DU LIEN « STRUCTURE



PROCESSUS



RÉSULTATS »

CARTOGRAPHIE DES DIMENSIONS DE LA QUALITÉ EN FONCTION DES QUESTIONS D'ÉVALUATION DE LA STRUCTURE  
(Approche matricielle de l'élaboration des références en fonctions des processus et sous-processus)

COMMENT :	L'amélioration de l'adéquation des pratiques de la structure par rapport aux besoins exprimés et/ou implicites des usagers	L'amélioration de l'adéquation des pratiques de la structure par rapport aux recommandations des donneurs d'ordres	L'amélioration de l'adéquation des pratiques de la structure par rapport aux valeurs associatives exprimées par le CA et déclinées sous forme de politiques.	L'amélioration de l'adéquation des pratiques de la structure avec l'amélioration de la qualité de vie des usagers.	L'amélioration de l'adéquation des compétences des intervenants avec les pratiques de la structure.	L'amélioration de l'efficacité des pratiques de la structure	L'amélioration de l'adéquation de la relation d'aide avec les pratiques de la structure.
<i>Management et leadership</i>							
la direction s'implique ?	La direction élabore des valeurs et des attentes claires pour la structure. La direction Joue le rôle de modèle pour les valeurs de la structure.		La direction dispense et reçoit de la formation .			La direction évalue et améliore l'efficacité de leur propre leadership. La direction s'implique personnellement dans l'amélioration des activités.	
				La direction est accessible et à l'écoute de son personnel.			
la direction soutient l'amélioration et l'implication ?				La direction finance la formation et les activités de soutien.		La direction utilise les systèmes d'appréciation et de motivation pour soutenir l'amélioration et l'implication.	
la direction s'implique vis-à-vis de ?	La direction rencontre, comprend et répond aux besoins.				La direction encourage tous les niveaux de la structure à identifier leur « clients » et fournisseurs et souligne l'importance des clients extérieurs.		
la direction reconnaît et apprécie les efforts du personnel ?	La direction s'implique dans la reconnaissance en temps voulu et de manière appropriée des personnes et des équipes à tous les niveaux de la structure.						
<i>Politique et stratégie</i>							
les politiques et stratégies sont-elles basées sur une information adéquate ?	La direction utilise des infos sur les usagers	La direction utilise des infos sur les donneurs d'ordres	La direction utilise des infos sur les politiques associatives			La direction utilise des infos sur les nouvelles technologies	
	La direction utilise des indicateurs économiques et démographiques				La direction utilise des informations issues de l'évaluation.		
les politiques sont-elles développées ?							
les politiques et stratégies sont communiquées ?	La direction rédige et communique au personnel et aux partenaires le projet d'établissement						
sont-elles régulièrement améliorées ?							
<i>Gestion du personnel</i>							
Les ressources humaines sont planifiées ?							
les compétences du personnel sont soutenues et développées ?							
Le personnel marque son accord sur les objectifs et examine régulièrement sa performance ?	Le personnel participe à l'élaboration du projet d'établissement.						
<i>Ressources financières et matérielles</i>							

**CARTOGRAPHIE DES DIMENSIONS DE LA QUALITÉ EN FONCTION DES QUESTIONS D'ÉVALUATION DES PROCESSUS**

COMMENT :	L'amélioration de l'adéquation des pratiques de la structure par rapport aux besoins exprimés et/ou implicites des usagers	L'amélioration de l'adéquation des pratiques de la structure par rapport aux recommandations des donneurs d'ordres	L'amélioration de l'adéquation des pratiques de la structure par rapport aux valeurs associatives exprimées par le CA et déclinées sous forme de politiques.	L'amélioration de l'adéquation des pratiques de la structure avec l'amélioration de la qualité de vie des usagers.	L'amélioration de l'adéquation des compétences des intervenants avec les pratiques de la structure.	L'amélioration de l'efficacité des pratiques de la structure	L'amélioration de l'adéquation de la qualité de la relation d'aide avec les pratiques de la structure.
Gestion des processus							
Sont identifiés les processus clefs et supports ?							
Les processus sont améliorés ?							
Les processus sont évalués ?							
Gestion administrative							
L'admission est organisée ?		Il existe un règlement intérieur	Il existe une charte du résident.	Il existe un livret d'accueil.			
La structure met en œuvre une politique d'accueil de l'utilisateur et de son entourage ?	Les réclamations sont rapidement traitées.			Une permanence d'accueil est assurée.		L'accueil administratif est approprié pour une prise en charge rapide.	
L'établissement inscrit les droits et informations du patient dans ses priorités ?							
Dossier de l'utilisateur							
Gestion des fonctions logistiques							
Restauration							
Hébergement							
Gestion de la prise en charge thérapeutique							
L'accès aux soins est-il organisé et garanti ?							
La structure met en œuvre une politique d'accueil de l'utilisateur et de son entourage ?							
L'accueil et l'admission sont-ils organisés ?							
L'évaluation des besoins et de l'état de santé du résident sont pratiqués ?							
Gestion de la qualité							

**CARTOGRAPHIE DES DIMENSIONS DE LA QUALITÉ EN FONCTION DES QUESTIONS D'ÉVALUATION DES RÉSULTATS**

QUELLES SONT :	L'amélioration de l'adéquation des pratiques de la structure par rapport aux besoins exprimés et/ou implicites des usagers	L'amélioration de l'adéquation des pratiques de la structure par rapport aux recommandations des donneurs d'ordres	L'amélioration de l'adéquation des pratiques de la structure par rapport aux valeurs associatives exprimées par le CA et déclinées sous forme de politiques.	L'amélioration de l'adéquation des pratiques de la structure avec l'amélioration de la qualité de vie des usagers.	L'amélioration de l'adéquation des compétences des intervenants avec les pratiques de la structure.	L'amélioration de l'efficacité des pratiques de la structure	L'amélioration de l'adéquation de la qualité de la relation d'aide avec les pratiques de la structure.	
Satisfaction des usagers								
Satisfaction du personnel								
Relations à l'environnement								
Résultats opérationnels								
Les mesures non financières et financières de mesure de performance de la structure ?						Mesure de performance en matière d'indicateurs de convergences budgétaires	Mesure de performance en matière d'indicateurs de la qualité.	

PROCESSUS	PROCÉDURES	PROTOCOLES
- L'ADMISSION	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueil (Livret Accueil + Charte des usagers)</li> <li>- Règlement de fonctionnement de l'institution</li> <li>- Dossier du règlement</li> </ul>	
- LE PROJET INDIVIDUALISÉ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Synthèse du projet –écrit- Lien avec les parents.</li> <li>- Le contrat de séjour</li> <li>- Décision en situation de dilemme éthique</li> </ul>	Élaboration MEO, Évaluation Annonce du handicap, de l'atteinte éventuelle
- L'ADMINISTRATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facturation</li> <li>- Droits et information du résident et sa famille.</li> <li>- Gestion des plaintes</li> </ul>	
- MAINTENANCE / APPRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien - Réparation</li> <li>- Achats - Approvisionnement</li> <li>- Hygiène des locaux</li> </ul>	
- HÉBERGEMENT / RESTAURATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sécurité des biens et des personnes</li> <li>- HACCP en restauration</li> <li>- Conformité réglementaire et législative.</li> </ul>	
- VIGILANCE SANITAIRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hygiène sanitaire</li> <li>- Vigilance médicale</li> <li>- Diététique</li> </ul>	
- GESTION RESSOURCES HUMAINES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion du personnel</li> <li>- Planification, Horaires</li> <li>- Évaluation compétence, formation, qualification</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paye</li> <li>- Dossier personnel</li> <li>- Médecine du travail</li> </ul>
- LE PROJET ÉTABLISSEMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Synthèse du projet –écrit- Lien avec les parents</li> <li>- Le contrat d'objectifs et de moyens (COM)</li> <li>- Fonctionnement du CHSCT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaboration MEO, Évaluation</li> <li>- Les projets des services</li> <li>- Le conseil vie sociale</li> </ul>
- RELATION AUX TUTELLES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- COM / Convention Pluriannuelle</li> <li>- Renouvellement autorisation</li> <li>- Budgétaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaboration MEO, Évaluation</li> <li>- Budget prévisionnel</li> <li>- Comptes administratifs</li> </ul>
- GESTION DE LA COMMUNICATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diffusion information</li> <li>- Réunion institutionnelle</li> <li>- Écoute du personnel et des résidents.</li> </ul>	
- MESURES, ANALYSES, ÉVALUATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enregistrement</li> <li>- Audit interne (1 procédure = 1 audit : an)</li> <li>- Enquête de satisfaction (1 enquête / service / an)</li> </ul>	
- AMÉLIORATION CONTINUE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion des non-conformités</li> <li>- Actions curatives, correctives, préventives, auto évaluation</li> <li>- PDCA Projet =&gt; Charte =&gt; Diagnostic =&gt; Politiques</li> </ul>	
- SYSTÈME DE GESTION DOCUMENTAIRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revue de direction</li> <li>- Maîtrise documentaires</li> <li>- Diffusion et archivage</li> </ul>	

**EXEMPLE :**

Dans le processus « Admission »

Étude de la référence « La structure met en œuvre une politique d'accueil du résident et de son entourage ».

Les critères peuvent être (source ANAES) :

- Une permanence de l'accueil est assurée.
- L'accueil administratif est approprié pour une prise en charge rapide et fiable de l'utilisateur.
- Si la situation du résident entrant ne relève pas de ses compétences, l'établissement l'adresse à une structure appropriée.
- Le séjour est programmé et est préalablement organisé au plan médical et administratif.
- Un livret d'accueil est préalablement envoyé au futur résident.
- Le livret d'accueil comporte ; la charte du résident, le règlement intérieur.
- Il est signé un contrat de séjour et un contrat de soin.

En fonction des commentaires recueillis lors de l'audit pour chaque critère et des preuves fournies le niveau de réalisation de celui-ci est estimé. Le tout est formalisé sous forme d'un tableau de notation.

Afin de lisser les effets de la subjectivité nous avons opté pour une approche matricielle de la notation (de type EFQM) du tableau se rapportant à la référence évaluée.

En ce qui concerne les références afférentes à la structure et au processus la notation tiendra compte

- de la pertinence de l'approche de la référence par la structure
- du déploiement de cette approche sur l'organisation de la structure.

En ce qui concerne les références afférentes aux résultats la notation tiendra compte

- du niveau d'excellence atteint
- de l'étendue des résultats.

Le diagramme suivant, préconisé dans l'EFQM, montre comment cela peut fonctionner :

RUBRIQUES	0%	25%	50%	75%	100%
Judicieusement fondée				X	
Systematique			X		
Revue		X			
Intégrée			X		

Approche	X
----------	---

	<b>CRITÈRES</b>	<b>PREUVE</b>	<b>CRITÈRE ATTEINT</b>	<b>COMMENTAIRE</b>
	Le service a une stratégie de développement des Ressources Humaines qui est liée au processus de planification stratégique et d'activité.	Stratégie de développement des Ressources Humaines planification stratégique / d'activité		

**TABLEAU DE NOTATION DES RÉFÉRENCES**

# **ATELIER N° 6**

## « Les dispositifs et leur diversité »

Construire un référentiel commun qui puisse mettre en valeur la diversité du dispositif comme valeur ajoutée à la prise en charge commune des CTR.

À l'aide de la grille proposée, les participants abordent les thèmes qu'ils souhaitent.

### 1) Comment dénommons nous les centres dans lesquels nous travaillons ?

L'appellation la plus utilisée est celle de postcure par les centres ambulatoires comme par les CTR.

Plusieurs CTR n'ont pas de nom propre.

Le terme CTR est perçu comme un terme politique.

Les usagers parlent également de postcure, cependant ils nomment les centres selon la désignation proposée par les professionnels eux-mêmes...

En grande majorité, les personnes accueillies ont effectué un sevrage avant leur admission. Si on prend ce point commun en compte, le terme de postcure reste adapté.

### 2) Pour qui existons-nous ? Où se place-t-on dans le parcours d'une personne ?

Plusieurs points sont abordés :

- la question de la différence entre personnes sevrées et personnes sous substitution. Il serait important de préciser que les personnes sevrées le sont aux « produits » dont ils faisaient usage comme toxicomane, et non à des traitements médicamenteux (substitution incluse) prescrits et pris selon prescription.
- La question de la polydépendance
- La question de l'alcoolisme et ou de la toxicomanie : outre, pour les polyconsommateurs la difficulté de déterminer à priori le produit principal, certains fréquentent les 2 types de structures. Les centres d'alcoologie sont construits principalement sur le modèle sanitaire, alors que les postcures toxicomanie se sont bâtis sur une approche sociale et éducative. Quelles conséquences et quelles caractéristiques pour la clinique institutionnelle des postcure ? Quelles manières de travailler ? Que doit-on préserver ? (ex : pas de prescription médicale en première instance, concertation d'équipe, indications de prise en charge...)  
Les CTR acceptent-ils majoritairement des personnes alcooliques d'emblée ?  
La dimension de personne malade est plus présentée pour les alcooliques car, à ce jour, ils n'ont pas d'autre choix que l'abstinence.
- La question de la spécificité du public (femmes, sortant de prison, VIH+, mineurs..)  
Du point de vue général, il ne faut pas trop spécifier les publics, cependant certaines structures sont nécessaires ou adaptées de fait à un public particulier en fonction de leurs choix thérapeutiques ou de leurs conditions d'existence .

### 3) Pour quoi faire ?

- La question des modalités d'accueil, de la préparation du séjour, des critères d'admission..  
Les centres ambulatoire définissent les personnes qu'ils adressent aux postcures comme des personnes ayant un projet, capables d'anticiper un avenir, devant un choix, qui veulent maîtriser leurs consommations pour pouvoir faire ce choix, capables d'intégrer une collectivité, des règles

de vie, demande une durée de prise en charge plus ou moins longue. Sans ces éléments, les CSSTA ou CA orientent plutôt vers familles d'accueil ?

Les critères d'admission doivent être acceptables :

. Pratique des entretiens d'admission, quelles limites ? (distance, entretiens surplace..)

. Demandes de papiers, de trousseaux,..

Quelles sont les explications cliniques ?

. Préparer un séjour est très important de l'avis de tous. Quels moyens se donnent-on pour que les partenaires en amont préparent le séjour et posent le cadre d'un CTR ?

. Les mêmes excès se retrouvent dans une sacro-sainte abstinence à tout produit ou tout traitement que dans une substitution et une médicalisation à tout va.

. Les réadmissions : certains CTR refusent les réadmissions, serait-ce parce que l'équipe est dans la culpabilité de ne pas avoir réussi ?

. les postcures (faute de place dans le dispositif ?) deviennent de plus en plus exigeantes et les départ de plus en plus difficiles. Les CSSTA ou CA avancent 1/3 de départ, et pour un départ il faut contacter au moins 5 à 6 postcures.

. Certains demandent des démarches importantes avant l'admission, d'autres admettent le plus rapidement possible mais prévoient un mois « d'observation » réciproque.

. Les choix cliniques sont très variés : par exemple plus d'activité pour un CTR où c'est le groupe de résidents qui proposent les activités. D'autres ont des activités obligatoires tout le séjour, d'autres proposent un parcours progressif..

Sont évoqués des points qui demandent un travail collectif entre les partenaires en amont de la postcure et en aval :

- les modalités d'admission et de prise en charge (dont les délais )
- la transparence des pratiques et des réponses aux questions que se posent les usagers en amont (sexualité par exemple)
- la possibilité de travailler avec le patient l'image et réalité de la postcure
- la cohérence entre les équipes pour la personne

**Il apparaît nécessaire que les CTR présentent et expliquent leur fonctionnement aux centres qui orientent pour une meilleure compréhension des professionnels en amont et des usagers.**

Chaque CTR doit pouvoir distinguer (et donc expliciter) ce que sont les axes cliniques essentiels d'une postcure et ce qui fait son identité propre : choix cliniques spécifiques à la structure qui peuvent apporter une particularité à la prise en charge et donc une diversité au dispositif.

Les questions de la grille ont été très partiellement abordées et le débat a primé sur une lecture terme à terme.

On peut noter quelques éléments de conclusion et d'attente du groupe , dont :

- Pouvoir continuer ce travail d'expression, de temps d'échanges concrets
  - Pouvoir se rencontrer et se connaître
  - Pouvoir se professionnaliser par un travail collectif
  - Créer un annuaire CTR (en tenant compte des demandes d'identification des structures)
- Poursuivre le travail du groupe avec le soutien de l'ANIT

# **ALLOCUTION DE CLÔTURE**

## « HÉBERGEMENT ET THÉRAPEUTIQUE »

En 2001, je conclusais ainsi un texte sur l'histoire de l'hébergement dans notre secteur :

*Dans les premiers textes, fondant l'hébergement thérapeutique, ce dernier constituait un dispositif central de la prise en charge, et plus on avance, plus le secteur se diversifie, plus l'hébergement se trouve réduit à la portion congrue, au profit de l'accès aux soins, de la réduction des risques, des réseaux, des traitements de substitution.*

*D'autre part, dans un contexte de médicalisation de l'ensemble du dispositif, plus on évoque et renforce l'accès aux soins, moins on définit ce qu'est le soin, et moins l'hébergement semble être considéré en tant que soin à part entière, alors qu'il s'est au fil du temps professionnalisé et majoritairement adapté aux évolutions de ses publics.*

J'en déduisais donc qu'il fallait répondre à la question de savoir si les hébergements que nous proposons constituent un support social à un éventuel travail médico-psycho-éducatif, ou bien si ils constituent en eux-mêmes un outil thérapeutique.

C'est dans la suite de cette question que je souhaite avancer aujourd'hui, tenter d'explicitier ce nouage particulier qui fonde nos dispositifs résidentiels et leur donne toute leur irremplaçable valeur.

Cela est d'autant plus nécessaire que l'hébergement thérapeutique, dans notre secteur, reste difficile à promouvoir, toujours trop cher pour nos financeurs, toujours suspect d'inadaptation, et surtout mal connu et, faute d'identifier autrement qu'intuitivement sa pertinence, trop peu valorisé par ses acteurs mêmes. Cette conjonction a conduit ces dernières années à une réduction significative du nombre de places en centres thérapeutiques résidentiels. (-20% au minimum), 500 places environ étant aujourd'hui disponibles quand il en faudrait au moins 1000 dans un premier temps, comme je le rappelais hier à l'Hôtel de Ville.

Pour contribuer à donner consistance à cette réponse spécifique, je développerai donc mes arguments en trois temps :

quelques considérations sur la notion de soin,

puis sur la clinique des toxicomanes,

Enfin j'aborderai en quoi les centres thérapeutiques résidentiels constituent une réponse adaptée à travers quelques idées quant à la fonction de cadre inhérente à l'hébergement, et à ce qu'il contient.

Il faut donc avancer pour expliquer en quoi pour un certain nombre de nos patients l'hébergement, c'est-à-dire le fait d'accueillir quelqu'un et pourvoir à son logement, est consubstantiel au soin.

Qu'est-ce que le SOIN ?

Tout d'abord il faut souligner une ambiguïté du mot soin. J'ai entendu hier ce mot dans plusieurs acceptions, qui risquent de conduire, si on ne définit pas mieux ce dont on parle, à considérer que tout est soin, tout est thérapeutique. Il faut donc préciser ce que le soin recouvre, en s'appuyant sur la distinction faite dans le monde anglo-saxon entre deux vocables différents : *to care*, « prendre soin de », et *to cure*, « soigner ». Autant le premier recouvre l'ensemble des actions contribuant au bien être de la personne, autant le second repose sur des actes, des stratégies et des techniques qui gagnent à être identifiés et précisés.

Il semble qu'une première difficulté tient à une divergence grandissante des représentations entre les pouvoirs publics et les professionnels quant à la fonction de l'hébergement spécialisé. Pour les pouvoirs publics, dans le contexte de la montée des exclusions dans les années 80, cette évolution s'est faite du « soigner » vers le « prendre soin » conduisant à envisager l'hébergement avant tout dans ses aspects sociaux : il fallait alors trouver un toit à tous les exclus de la société. Paradoxalement, dans le même temps, les intervenants confrontés aux usagers de drogues, s'étaient professionnalisés, avaient acquis des techniques, et fait le trajet inverse, faisant évoluer les dispositifs de lieux où l'on vit bien, conception rousseauiste originaire de ce qu'on appelait alors postcures, vers des lieux de soins. Du « care » vers le « cure », si l'on me pardonne encore une fois ces anglicismes.

Interactions entre l'hébergement et le soin : des conceptions différentes

Dès lors que l'on réfère l'hébergement au soin, on peut rencontrer deux acceptions divergentes :

Dans la première, l'hébergement quel qu'il soit constitue un support à des soins prodigués par des professionnels qualifiés, car il est vrai que pour engager un travail psychothérapeutique, un traitement médical, un accompagnement vers plus d'autonomie, mieux vaut avoir un toit qu'être livré aux aléas de la rue. C'est cette acception qui a conduit par exemple à fermer des places d'hébergement spécialisé pour redéployer des équipes mobiles en soutien de CHRS, et lors de nos journées de 2001 consacrées à ce même thème, une représentante de l'administration faisait valoir qu'à terme, au nom de l'accès aux dispositifs de droit commun pour tous, l'hébergement devrait être déspecialisé... Mais cette conception traverse aussi notre secteur, ainsi j'ai souvent entendu qu'un hébergement thérapeutique ne l'est que parce qu'il permet la rencontre avec des thérapeutes, et j'ai parfois été surpris de lire dans la littérature des cas cliniques dont l'évolution ne semblait tenir qu'au travail identifié comme thérapeutique, le cadre institutionnel dans lequel il se déroule, et le travail des quelques collègues y participant, étant complètement gommé.

C'est une seconde conception de l'hébergement thérapeutique selon laquelle l'hébergement est en lui-même un outil thérapeutique que je vous propose de creuser aujourd'hui.

Il faut pour cela faire un détour, et s'appuyer sur les effets de la prise régulière de drogues sur une personne, et en quoi celles-ci, par leur propriétés d'agir sur les perceptions et les états de conscience perturbent profondément le *rapport au monde* de ceux qui centrent leur existence sur leur consommation. Il faut donc revenir un instant sur la phénoménologie des usages de substances psychoactives.

### Phénoménologie des usages de drogues

En effet n'oublions pas que si les drogues rencontrent un tel succès, c'est parce qu'elles apportent au moins dans un premier temps un bénéfice réel à leurs usagers : par leur chimie particulière elles agissent sur le corps, support des émotions et des perceptions, elles le transforment, parfois l'altèrent. Pour préciser leur action, je reviens sur cette distinction que certains connaissent déjà entre trois registres du corps sur lesquels elles influent : le corps en soi, le corps pour autrui, le corps pour soi,.

#### Altération du corps

##### Le corps en soi

*Le corps en soi* c'est la mécanique organique, « la tuyauterie » des vaisseaux l'imbrication des cellules, le réel des psychanalystes. Les drogues affectent ce corps en modifiant les équilibres biochimiques et les échanges entre cellules nerveuses. Elles s'immiscent au plus profond de cet appareil, perturbant les capacités réceptives et intégratives de l'individu, ce dont rend compte la neurobiologie. Nous sommes là dans le domaine de la machine biologique dont, le fonctionnement ne traduit en rien un vécu qu'elle ne fait que médiatiser, pas plus que la connaissance approfondie des modes d'action des substances ne nous dit pourquoi certains aiment à se transformer ainsi.

##### Le corps pour autrui

*Le corps pour autrui* est le corps placé sous le regard des autres. Il est jugé, jaugé, évalué, et c'est par le regard porté sur lui, par la connaissance que l'on prend de soi-même à travers ce regard d'autrui, que l'on prend conscience de soi, et de sa dépendance aux autres. C'est ce corps pour autrui qui va inscrire certains usages dans des postures : celle de celui qui allume sa cigarette avant de prendre la parole, du bon vivant qui surconsomme avec ostentation alcool et graisses, celle du gobeur d'ecstasy qui va danser la nuit entière. Mais c'est aussi le corps de la relation, du désir. C'est dans le « corps à corps » nécessaire à toute relation l'on voit se glisser certains usages, par exemple pour « mieux communiquer », supporter/éviter la relation, le désir. Des stimulants vont permettre d'afficher un corps brillant, revendiquant paradoxalement, indépendance et liberté, d'autres substances, ou les mêmes avec d'autres effets, par l'écran que leur consommation instaure, vont au contraire abraser le désir, permettant à un corps de se sacrifier. Il s'agit là de moduler par la chimie affects et émotions d'un corps en relation avec d'autres corps.

##### Le corps pour soi

Mais c'est l'action des drogues sur *le corps pour soi* qui est au centre de l'expérience des psychotropes. Le corps pour soi, c'est le corps dont on ne peut se dépendre, le corps de l'ici et maintenant, auquel nous sommes indissolublement liés. C'est ce corps, « pivot du

monde », qui donne sens à l'univers qui l'entoure, qui l'organise par ses perceptions et ses actions, ce par quoi nous y sommes présents. Il est autant projection dans le monde qu'introjection du monde. L'usage de modificateurs d'états de conscience, en agissant sur nos sens et nos perceptions transforme notre insertion spatiale et temporelle, modifie la façon dont on dispose le monde : «*En agissant sur mes perceptions, je peux transformer à volonté la façon dont le monde a prise sur mon corps et la façon dont mon corps a prise sur le monde, je peux transformer ma réalité.*»

Certaines drogues visent ainsi à se libérer du corps, par la sensation qu'elles procurent d'affranchir l'esprit de la chair (certaines expériences hallucinogènes par exemple). D'autres visent à médiatiser la prise que le monde a sur soi, à procurer à volonté plaisirs et sensations, d'autres encore à modifier, augmenter les informations que les sens transmettent sur l'environnement. Dans tous les cas, le monde introjecté est le monde transformé chimiquement, par l'altération des perceptions ou par la surinformation que l'on ne peut traiter.

Lorsqu'on n'est plus sous l'effet du produit, le monde paraît pauvre, insipide, dénué de sens. Car l'introjection du monde appréhendé de cette façon singulière, monde non transmissible, non partageable, reproductible pour l'usager et lui seul par l'artifice chimique, transforme à son tour l'individu : arrimé à un monde n'existant que par la médiation des psychotropes, lorsqu'ils font défaut il s'en sent éjecté. Effet rebond, fin de l'anesthésie, retour insupportable de la quotidienneté, lorsqu'il n'est plus sous psychotropes, le corps encombre un monde qui n'est plus le sien et il revient massivement, parfois dans la douleur, la dépression, ou la solitude.

Ces modifications ont quelques conséquences : par exemple les altérations de la temporalité<sup>54</sup> : à côté de la temporalité commune, linéaire, inscrivant le présent dans la rencontre du passé et du futur, de la temporalité de l'inconscient, faite d'après coup et de rétroactions, vient s'inscrire une temporalité rythmée par les usages de drogues. En effet celles-ci accélèrent ou ralentissent le temps, inscrivent celui qui vit dans ce « temps des drogues ». Pris dans un rythme qui s'impose et écrase tous les autres, avec ou sans produit, le temps perd son axe, se désoriente, les événements ne s'inscrivent pas, ou coexistent sans lien. Moments de pertes de repères, de perte de l'avant et de l'après, du passé et du futur.

C'est peut-être cette succession des temps qui a fait dire à François ROUSTANG, que pour le toxicomane il faut «des thérapies brèves qui durent longtemps»<sup>55</sup>.

Cela n'altère pas que le temps, mais aussi la capacité de se lier à d'autres de façon satisfaisante : difficulté à communiquer sur une expérience par essence non partageable, qui renvoie à l'in substituabilité : « *mon expérience est unique, personne ne peut la vivre comme je l'ai vécue* ». C'est pour cela qu'à bout d'argument on nous propose toujours d'essayer nous-même, car non seulement l'expérience qui façonne notre interlocuteur est insubstituable à une autre, mais elle est aussi incommunicable : difficulté à trouver les mots pour la dire glissant vers une difficulté à trouver les mots pour se dire. A force de ne plus pouvoir communiquer sur cette expérience avec d'autres, ce sont les autres qui paraissent étranges, hostiles.

Alors, à partir de ces considérations cliniques, comment penser le soin ?

L'abord qui précède nous donne quelques pistes :

Le corps en tant que machinerie biologique nécessite bien sûr quelques mécaniciens, dès lors que certains de ses éléments sont en panne : la biologie, la médecine et la pharmacie pourvoient à la restauration de ses régulations, oeuvrent à le réparer le mieux possible là où il s'est abîmé, à le remettre en scène.

Le corps pour autrui, corps du regard et de la relation, lorsqu'il est en tant que tel affecté par les drogues sans que le corps pour soi ne le soit trop, pourra certainement être utilement resitué dans ses attentes et leur construction, à travers un travail adéquat par la parole, modifiant les représentations de soi et du monde. C'est le domaine essentiel des psychothérapies.

Ces deux aspects ont fait l'objet de nombreux travaux, et mon propos n'est pas de les reprendre ou d'en faire la synthèse. Il me paraît beaucoup plus pertinent d'avancer vers ce que peuvent apporter les Centres Thérapeutiques Résidentiels relativement à ce qui affecte la troisième déclinaison du corps, le corps pour soi. Car c'est dans ce registre que ces

<sup>54</sup> Cf Hervé F., *Drogues temps et contrat*, conférence, journées de Chantilly, 1996

<sup>55</sup>) ROUSTANG F., "Vitesse et impatience", in *Intervention*, n°41, novembre 1993

établissements sont essentiels, irremplaçables, la restauration de ce corps affecté dans son rapport à l'espace, au temps, dans sa capacité à se lier, ne pouvant reposer que sur une prise en compte spécifique de cette problématique, que ni la médecine, ni les théories psychologiques ou psychanalytiques ne peuvent prétendre appréhender seules. En effet, il va s'agir de retrouver une temporalité, des plages de temps et des espaces communs permettant la rencontre, la reconstruction d'un passé et la projection dans un avenir.

Alors quelle est cette spécificité des Centres Thérapeutiques Résidentiels ? Vous noterez que j'emploie bien le mot Centre Thérapeutique Résidentiel et non post-cure, qui renvoie trop à une notion chirurgicale de la prise en charge, où le séjour en établissement s'apparenterait à une convalescence : il y a dans la notion même de post cure une notion d' « après soins », donc de « hors soins », issue d'une histoire où l'essentiel du soin, au moment où cette dénomination a été forgée, consistait dans le sevrage, soutenu quant à lui par un appareillage médical. Or les Centres Thérapeutiques Résidentiels, récemment devenus établissements médico-sociaux, se situent résolument dans une articulation du soin au sens de « soigner » et du projet de vie.

D'ailleurs on réfère souvent le séjour en Centres Thérapeutiques Résidentiels à la « construction d'un projet », et/ou à un « travail sur soi ». C'est vrai que l'on fait ça, mais ce n'est pas spécifique au Centres Thérapeutiques Résidentiels. Ce qu'à mon sens il faut souligner, c'est que si on peut faire cela, engager un travail sur soi et construire un projet de vie, c'est parce qu'on a fait avant autre chose, sur lequel il est beaucoup plus difficile de communiquer et donc de le mettre en valeur : le Centres Thérapeutiques Résidentiels m'apparaît irremplaçable pour soutenir ce premier temps en deçà de la capacité à construire un projet, où d'élaborer quant à son parcours. On peut donner plusieurs noms à ce moment là : temps de reconstruction de soi, temps d'élaboration de la demande, etc.

Mais le support qui me paraît essentiel à ce premier temps, c'est justement la dimension de la collectivité, du groupe, qui va permettre, à l'intérieur d'un cadre, d'évoluer vers un monde plus partageable avec d'autres et souhaitons le, perçu comme plus accueillant.

Le cadre matrice du groupe

En effet on peut définir un groupe, comme « un ensemble d'individus qui sont suffisamment peu nombreux pour pouvoir entrer en communication et se percevoir les uns les autres et qui, poursuivant des buts communs ont une représentation collective de leur unité, support à des relations affectives »<sup>56</sup>.

Et qui dit groupe dit rythme : tout groupe secrète des rythmes qui vont servir de repère temporels à chacun de ses membres. Ces rythmes, diversifiés, rythmes de l'heure, de la journée, de la semaine, ne sont pas à confondre avec les éventuelles règles horaires de l'établissement : il sont faits de la façon dont chacun s'inscrit dans les « vibrations » de la collectivité, les cadres institutionnels ne visant qu'à les canaliser et les contenir. Cette inscription dans le groupe favorise l'évolution de la personne, et l'on peut s'appuyer pour l'affirmer sur de nombreux travaux, qui ont montré combien le groupe, en tant qu'espace de construction sociale de la réalité, est un puissant facteur de modification des représentations et des comportements de ses membres. Par la normativité et la pression à la conformité qui lui sont inhérentes, il renforce ou modifie les croyances, facilite (ou gêne) les performances individuelles, conduit à l'adoption de positions extrêmes ou au contraire à la recherche de consensus moyens... Etc.

Cela souligne aussi l'importance non seulement de la régulation du groupe, qui doit accompagner chacun de ses membres dans une démarche qui lui soit positive, mais de l'intégration pleine du travail avec le groupe dans la définition de nos moyens d'action. C'est un travail essentiel, à mon sens malheureusement trop souvent dévalué là aussi pour des raisons historiques, au profit du travail individuel. Il importe donc de développer la réflexion quant à la façon dont les professionnels s'y inscrivent, construisent et habitent le cadre qui constitue la matrice du groupe, cadre à entendre au sens du cadre du tableau, dans ses fonctions centrifuge et centripète, qui isole et met en valeur ce qu'il contient, en même temps qu'il offre une fenêtre sur le monde.

En effet le cadre définit les limites de l'espace et du temps de rencontre des corps, et définit aussi des règles qui garantissent que cette rencontre si elle peut transformer les individus, ne les brisera pas, et les laissera autant que faire se peut libres de se transformer où non.

Dans l'espace que progressivement il s'approprie, le corps expérimente progressivement des limites habitables.

---

<sup>56</sup> PAICHELER, art. Groupe, in EPU, Les notions philosophiques, T1, p1097, PUF 1990

Dans les rythmes qui s'y déploient, s'y réapprennent la prévision et l'anticipation, mais aussi le contact avec l'autre, les autres.

C'est-à-dire que le cadre qui donne forme au groupe, engage à un processus de développement des relations sociales entre les individus qui y participent, là où les drogues avaient rendu peu fiable le lien à l'autre,

On peut distinguer 3 mécanismes contribuant à ce processus :

L'identification à des modèles sociaux et relationnels, en particulier pour ce qui nous concerne ceux qui sont portés par l'encadrement, son aptitude à négocier sans tout donner ni tout refuser, ni se mettre en péril,

L'intériorisation de normes et de savoirs, normes et savoirs issus de la vie collective, des exigences du règlement qui vise à réguler les rapports entre les usagers, et entre l'établissement, son personnel, et ses usagers.

L'expérimentation et l'élaboration progressives de modes de conduite et de pratiques, conduisant à un changement des habitudes et des habitus<sup>57</sup>.

Ce qui opère dans ce premier temps, est donc moins une visée d'épanouissement de l'individu, que son intégration dans une structure sociale, socle à partir duquel des objectifs plus personnalisés pourront être visés.

C'est en ce sens que s'avère pertinente l'utilisation du contrat de soins ou de séjour, support fréquent aux prises en charge en Centres Thérapeutiques Résidentiels, dont les termes et la forme varient d'un établissement à l'autre, mais qui vise à rendre le lieu et son cadre habitables, en y articulant le temps, qu'il se fonde sur la durée d'une nuit, d'une semaine ou d'un an, et l'espace, d'un pavillon de banlieue ou d'un château. Le temps : la durée du séjour, l'espace : ce qu'on va faire en ce lieu.

Le cadre institutionnel, théâtre d'instauration de liens, et de leur transformation dans la relation, implique en effet comme je l'ai dit plus haut, qu'il soit le cadre de la constitution d'une temporalité commune, et le temps du contrat, quelle que soit la durée qu'il prescrive, constitué en temps de référence, doit permettre de distinguer, nommer d'autres temps, de les contenir, les circonscrire, en repérer les successions.

Cela suppose bien sûr ne pas considérer et utiliser le temps du contrat comme un instrument normatif, et que le cadre recèle en lui-même les conditions de sa souplesse, de ses aménagements, procède donc d'une certaine "démocratie" et ne serve pas à jouer au maître, dans l'exigence purement comportementale d'un respect aveugle des règles, des horaires ou des durées de séjour.

Cela me conduit à souligner l'importance du travail éducatif, qui par son accompagnement quotidien joue un rôle essentiel dans ces processus, et doit être valorisé en tant que tel, car c'est par cet investissement dans le quotidien que de nouveaux rythmes se font jour, et que le rapport au monde se transforme. C'est dans le quotidien rythmé par les interventions des professionnels, que vont se mettre en place avec le groupe mais aussi avec les individus qui le composent les stratégies de négociation et les interactions structurantes, l'expérience de la consistance de l'autre (et par là même de sa propre consistance), le (ré)apprentissage de l'échange et de la délibération, et que va pouvoir s'opérer une distanciation, distanciation d'avec les produits, mais aussi acquisition d'une « bonne distance » dans la relation, permettant de reprendre le contrôle de soi et une subjectivisation de la personne.

C'est dans ce mouvement que le cadre institutionnel en tant que matrice du groupe va se constituer en un autre cadre, support à des projets individuels. Dans ce deuxième temps, (c'est improprement que je parle d'un deuxième temps, car ces temps peuvent se succéder, coexister ou s'interpénétrer) le cadre peut prendre toute sa dimension de favoriser la rencontre et l'alliance thérapeutique entre soignés et soignants, en assurant une fonction protectrice, contenant de la relation thérapeutique.

Cela me conduit à insister sur d'autres outils, qui se profilent en particulier avec la loi du 2 janvier 2002, qui fait comme vous le savez une large part au droit des usagers :

l'information des usagers quant aux services offerts par l'établissement,

la définition d'un projet individualisé comme base de la prise en charge, (et non un projet identique pour tous),

la possibilité d'exercer des recours à l'encontre de décisions concernant l'utilisateur,

la représentation dans des instances institutionnelles.

---

<sup>57</sup> définis ici comme le caractère acquis d'un savoir.

Ces outils, encore souvent vécus comme s'imposant à nous et compliquant le travail ne doivent pas à mon sens être galvaudés, ou laisser prise à la démagogie. Sereinement utilisés, ce sont en effet de puissants vecteurs d'une pédagogie de la démocratie et de la citoyenneté, dès lors qu'est clarifiée pour chacun dans notre champ cette notion floue d'usager, balançant entre *usagers de drogues*, ce qui ne donne aucun droit particulier, et usager de l'établissement ou du service, qui comme chaque citoyen, comme nous tous, à le droit d'exprimer ce qu'il attend d'un service auquel il adresse une demande d'aide.

#### Conclusion :

Le travail en Centre thérapeutique Résidentiel ne se borne certes pas à ce que j'ai tenté de décrire, et dont l'actualité peut varier d'un établissement à l'autre en fonction de son projet propre. On fait aussi beaucoup d'autres choses dans les Centres Thérapeutiques Résidentiels, on peut y élaborer et construire un projet personnel, s'y voir prescrire des traitements et se soigner, rencontrer des psychothérapeutes et avancer dans la connaissance de soi, questionner la place que les substances psychoactives prennent dans sa propre vie, on peut bénéficier de stratégies d'insertion efficaces, etc. Mais j'ai voulu insister sur cet aspect premier qui à mon sens rend irremplaçable l'hébergement thérapeutique collectif, et justifie pleinement l'accolement des mots « hébergement » et « thérapeutique ». Car nous nous trouvons en ce temps et en ce lieu, au moment du nouage du soin en tant que « *care* » et du soin en tant que « *cure* ». Cela devrait à mon sens conduire à ne pas se focaliser sur l'ordre de prévalence des discours, psychologique, médical, social, mais plutôt à toujours garder ouverte la question de leur articulation, car c'est dans la dynamique même de cette articulation que le « prendre soin » se mêle intimement au soigner, sans pour autant s'y confondre.

Et j'ajouterai qu'il faut insister et défendre cette spécificité de la majorité de nos dispositifs, d'une pluridisciplinarité vraie, c'est-à-dire qui tient pour équivalents le discours médical, socio-éducatif, psychologique, tant les corps que je décrivais plus haut, en soi, pour autrui et pour soi sont indissociables, et nécessitent une réelle pluralité d'interventions articulées. C'est en tenant compte de cet ensemble non hiérarchisé que nous pourrions peut être, éducateurs, psychologues, médecins, travailleurs sociaux, infirmiers....sans oublier les usagers eux-mêmes, contribuer à soigner des toxicomanes, c'est-à-dire d'abord ne pas nuire, puis soulager, favoriser une dynamique personnelle de changement et restaurer une liberté de pensée et d'action, dont une part ne dépendra jamais de nous.

François Hervé

AMIENS 11 décembre 2003