Le Mot du Président

La rumeur circulait depuis quelques temps. Des informations alarmantes et concordantes se recoupaient. 2009 allait être une année où il se passerait quelque chose.

Depuis sa création l'AMPTA avait constitué une bibliothèque, un fonds documentaire, d'une richesse reconnue. Administrations, chercheurs, praticiens, simples citoyens préoccupés par les addictions, pouvaient y trouver ce qui se faisait de mieux en matière d'écrits, de publications, d'expériences, d'outils de prévention. Il semblait cependant que cette mission de mémoire n'entrait plus dans les objectifs « finançables » !
Et ce fut le cas.
Le CIRDD, cet outil irremplaçable, devait disparaître. Malgré toutes les tentatives, nous dûmes en fermer les portes, prévoir de licencier du personnel...

Toutefois, nous avons répondu à l'appel d'offres pour être « mission d'appui » auprès du Préfet en charge (entre autres) des politiques mises en œuvre par la MILDT.
Si nos compétences étaient reconnues, indépendamment de la qualité de service que nous pouvions apporter, cela permettait aussi de préserver l'emploi d'un certain nombre de personnes menacées par la fermeture du CIRDD.

La déception n'a cependant pas abattu notre équipe. Le travail pour rapprocher notre action au plus près des besoins du public s'est poursuivi. Le CSAPA d'Aubagne et ses premiers résultats encourageants en sont la preuve.
Nous poursuivrons dans cette voie en développant cette politique soucieuse de la réalité « territoriale » partout où cela sera nécessaire, et où les moyens nous en seront donnés.

Comme on a coutume de dire, « face à ces nouveaux défis », notre association est confrontée au problème de son évolution. Compte tenu du contexte, nous pouvons nous poser la question d'une certaine banalisation des problèmes de santé publique, notamment des addictions. Cette problématique est cependant toujours présente et les récentes saisies de produits illicites, en accroissement, semble-t-il, nous indiquent bien que « l'adversaire » est toujours là, tapi dans l'ombre.
Face à cette menace sournoise, l'isolement serait une faute grave. Convaincus que le partenariat apportera une efficacité accrue à notre action et évitera, dans certains cas, une dispersion des finances publiques, nous nous sommes engagés dans un processus de rapprochement avec d'autres acteurs de notre champ afin de mutualiser un certain nombre de nos actions, et comptons bien poursuivre dans cette voie.

Jean Victor CORDONNIER
Président de l'AMPTA

Sommaire Général

Introduction.....3
1 - Le Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes « Marseille ».....5
2 - Le Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes « Ouest Etang de Berre ».....27
3 - L'Accueil Sud Est Du Département.....39
Le CSAPA d'Aubagne.....40
Le PAEJ de la Ciotat.....47

4 - Le Service Prévention.....49
5 - Les Actions de Formation.....59
6 - Le Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances PACA.....61
7 - Le Bilan Social.....71
8 - L'Organigramme.....75
9 - Remerciements.....77

Introduction

Dans mon pays on ne questionne pas un homme ému
...
Dans mon pays on remercie.
René Char

Nous formulions l'an dernier, dans l'introduction de notre rapport d'activité 2008, le vœu que le bilan 2009 comporte un chapitre CIRDD. Ce vœu a été exaucé, il y a bien un chapitre CIRDD... mais c'est le dernier. En effet, à l'heure où vous lisez ces lignes, le CIRDD a cessé ses activités et lui a été substitué un Dispositif d'appui aux chefs de projets drogues et toxicomanie de la région PACA.
Si l'importance de cette mission est indéniable, elle ne saurait faire oublier celles que le CIRDD remplissait jusqu'alors et qui faute de moyens ne sont désormais plus remplies.
Elles s'exerçaient principalement auprès des acteurs de terrain qui, confrontés aux multiples questions que soulèvent les conduites addictives, pouvaient trouver auprès des professionnels du CIRDD, de la documentation spécialisée (papier ou numérique), des outils de prévention, du conseil méthodologique au montage de projets...
C'est l'ensemble de ce pan d'activité qui disparaît en même temps que ferment les locaux de la rue Terras.

Même si l'activité de l'association ne se réduit pas à celle du CIRDD PACA, et si l'introduction de ce bilan d'activité ne saurait être seulement constituée de propos le concernant, il n'est pas possible de dire quoique ce soit de cette année sans évoquer cette regrettable fermeture, le vide qu'elle laisse et sans remercier l'ensemble des professionnels du CIRDD pour la qualité de leur travail et les services rendus en Région PACA, à de très nombreux acteurs du champ des addictions, depuis 10 ans.

Il est difficile de ne pas être amer après ces quelques lignes, pour autant notre année ne s'est pas résumée à ce triste épisode.

Elle a aussi été marquée par le considérable travail effectué en prévision du passage en CSAPA prévu pour 2010.

- ✓ Faire évoluer, les projets de service pour qu'ils répondent aux besoins des publics, au Schéma Régional d'Addictologie et aux textes qui régissent notre secteur.

- ✓ Adapter nos pratiques à ces évolutions structurelles, organiser et former les équipes en conséquence.

- ✓ Engager un partenariat nouveau ou formaliser le partenariat existant.

- ✓ Anticiper les bouleversements que ne vont pas manquer de générer l'ensemble de ces changements, qui ont mobilisé temps et énergies alors même que soigner, former et prévenir n'a jamais été aussi nécessaire... cela se traduisant par des chiffres de notre activité qui n'ont jamais été aussi importants (2 233 personnes accueillies et soignées lors de 15 785 actes et près de 9 000 personnes, informées, « prévenues » et formées): tous les services ont en effet, vu leur activité augmenter, dans une actualité associative riche en changements de fond, mais aussi de forme.

En effet, afin d'être en cohérence avec les missions des futurs CSAPA, nous avons réorganisé le service Cathala qui regroupait, la Consultation Jeunes Consommateurs et le Service Prévention.

Désormais, la Consultation est attachée au CSST (futur CSAPA) de la rue Nationale en même temps que les actions d'interventions précoces destinées aux publics usagers problématiques (foyers, jeunes usagers faisant l'objet de mesures pénales...) et aux professionnels qui s'en occupent.

Dans le même temps le Service prévention a été réorganisé autour des activités d'une prévention plus « universelle », qui s'exercent en milieu scolaire, dans les quartiers, dans les dispositifs culturels et sociaux ainsi que dans les centres d'apprentissage. La limite est parfois mince entre prévention universelle et intervention précoce et nous nous attachons à créer les liens facilitant l'accès aux dispositifs pour tous ceux qui en ont besoin.

Parler « prévention », c'est aussi l'occasion de dire, une fois de plus, à quel point le cadre qui soutient les actions de prévention est fragile mais aussi combien la « course aux appels d'offre » générateurs de moyens, est épuisante, combien cette logique, chaque année remise en question, empêche de se projeter dans l'avenir et de concevoir des projets sur le terme (moyen ou long) seuls porteurs d'efficacité.
Il est temps de sortir de cette précarité si l'on veut se doter d'une politique de prévention à la hauteur des problèmes qu'elle veut combattre.

Les services de soins ont, poursuivi l'évolution engagée depuis quelques années, de diversification des publics et des pratiques afférentes : usagers d'alcool, usagers plus jeunes, « joueurs », usagers « obligés », qui s'ajoutent aux publics mieux connus parce que plus « habituels ».
Ces « nouveaux » publics génèrent de « nouvelles » pratiques, notamment collectives, ainsi que l'acquisition d'autres connaissances qui nous permettent de mieux appréhender donc de mieux répondre aux demandes qui nous sont faites et qui préfigurent l'activité qui devrait être la notre quand sera venu le temps des CSAPA.

Enfin, pour faire le pendant à la tristesse de l'introduction et finir sur une note plus optimiste, dire notre joie d'avoir appris, en fin d'année, que nous aurions à réaliser un certain nombre d'actions autour de la parentalité, notamment avec une équipe mobile de prise en charge précoce Parents/Enfants.
Nous serons attentifs à la réussite de ce projet qui nous tient à cœur depuis de nombreuses années et qui voit enfin le jour.

Un bilan d'activités est aussi, et ce seront mes derniers mots, l'occasion de remercier l'ensemble de nos partenaires, qu'ils soient institutionnels ou de « terrain » parce qu'ils nous permettent et nous aident, chaque jour et depuis longtemps à mieux réaliser notre travail.
Remercier, aussi l'ensemble des professionnels de l'AMPTA qui, chacun à leur place, donnent le meilleur d'eux mêmes y compris quand il serait si tentant de céder au décourageent.

Jean Jacques SANTUCCI

Le Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes « Marseille »

Sommaire

1.1 - Introduction.....6
1.2 - Données épidémiologiques.....7
1.3 - La prise en charge médicale.....11
1.4 - L' Unité Méthadone.....12
1.5 - La prise en charge Socio-éducative.....14
1.6 - La prise en charge psychologique.....20
1.7 - La Consultation Jeunes Consommateurs «Cathala ».....21
1.8 - Interventions précoces dans les structures d'accueil pour jeunes 22
1.9 - La Convention d'Objectifs Santé-Justice.....23
1.10 - L'intervention en Centres de Détention de Salon-de-Provence et Tarascon.....24

1.1 - Introduction

Tableau Synoptique d'activité

File active globale	**1 004**
Dont nouveaux cas	731
Nombre d'entretiens	9 382
CSST	
File active usagers	**394**
Dont nouveaux cas	218
Nombre d'entretiens	7 685
Moyenne d'entretien	19,68
File active familles	**14**
Nombre d'entretiens	12
moyenne d'entretiens	32
Permanence TGI	
File active usagers	**362**
Dont nouveaux cas	358
Nombre d'entretiens	362
Consulation Jeunes Consommateurs « Cathala »	
File active usagers	**118**
Dont nouveaux cas	86
Nombre d'entretiens	446
File active familles	**18**
Nombre d'entretiens	11
moyenne d'entretiens	44
Centres de détention de Salon de Provence et Tarascon	
File active usagers	**98**
Dont nouveaux cas	46
Nombre d'entretiens	813

L'activité en hausse :
Le bilan de l'année 2009 présente une activité en hausse au sein du CSST Nationale. Nous avons accueilli plus de 100 personnes nouvelles par rapport à l'année précédente. Cette augmentation est la conséquence d'un travail important de communication auprès de nos partenaires, et d'une offre de prise en charge du public alcoolo-dépendant qui s'inscrit dans la perspective du passage en CSAPA(1) en 2010. Nous proposons depuis fin 2008 une consultation médicale d'alcoologie, et l'ensemble de l'équipe a pu bénéficier d'une formation spécifique, ce qui nous rend légitimes à recevoir un public « uniquement » alcoolo-dépendant. De ce fait, nous avons renforcé nos liens avec les structures hospitalières proposant des cures en alcoologie.
La permanence au Tribunal de Grande Instance de Marseille a une activité stable. L'essentiel des personnes reçues le sont pour des consommations de cannabis et sur orientation des délégués du Procureur. Nous allons, dès 2010, ouvrir cette permanence au public ayant des difficultés avec l'alcool.
La Consultation Jeunes Consommateurs « Cathala » a également une activité stable. Au dernier trimestre 2009 nous avons décidé de séparer les activités relevant de la Prévention universelle et les activités relevant de l'Intervention Précoce. Cette partition légitime s'est concrétisée par un rattachement de la Consultation Jeunes Consommateurs et des actions au sein des foyers de l'ASE(2) et de la PJJ(3), au CSST Nationale. Ce rattachement redonne à ces actions toute leur pertinence clinique.

Le profil de la population :
Les caractéristiques épidémiologiques des nouveaux patients reçus au CSST montrent, comme l'année précédente un rajeunissement significatif. Plus de la moitié des nouveaux patients ont moins de 30 ans. La majorité de ceux ci ne bénéficient pas d'un logement autonome et ont comme ressources les minimas sociaux. Le pourcentage de SDF(4) augmente (22%).
Les drogues consommées restent très diversifiées: des TSO(5) hors prescription, l'héroïne et ses dérivés codeïnés, la cocaïne, les benzodiazépines, et également le cannabis et l'alcool. La polyconsommation reste une pratique courante, souvent minorée par les patients.
Ce qui change de manière significative cette année, c'est que le pourcentage de patients ayant consommés ou consommant des opiacés ou des dérivés d'opiacés (inclus les TSO détournés de leur usage ou non) ne représentent plus qu'un tiers des nouveaux cas. Enfin le profil psychopathologique évolue peu, les symptomatologies psychopatiques et psychotiques restant très fréquentes.

(1) CSAPA : Centre de Soins ,d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
(2) ASE : Aide sociale à l'enfance
(3) PJJ : Protection Judiciaire de la jeunesse
(4) SDF : Sans Domicile Fixe
(5) TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

Les prises en charge :

L'activité de prise en charge, s'est modifiée du fait de l'accueil de ce nouveau public, en particulier alcoolique. Les activités collectives ont été renforcées, avec la poursuite des ateliers Culture et Santé, et la proposition depuis la fin de l'année d'un groupe de paroles pour les personnes alcooliques.
L'hébergement en chambre d'hôtel a vu sa file active augmenter de manière importante. Nous avons reconsidéré la durée des hébergements en cohérence avec le projet initial (hébergement limité à 30 nuits). L'accueil de patients psychotiques en appartement s'est poursuivi, ce qui nous a obligé à renforcer nos liens avec les services publics de psychiatrie. Le travail autour de l'insertion sociale et professionnelle s'est développé et trouve aujourd'hui toute sa pertinence. Enfin la reprise du travail autour de la parentalité comme annoncé dans le bilan précédent a été effective par la rencontre et la mise en réseau de structures sanitaires (Maternité, PMI[6]...) et sociales (CHRS[7], ASE, AEMO[8],..) et des services d'addictologie (CSST, CCAA[9]) impliqués dans la prise en charge des mères, des pères souffrant d'addiction et rencontrant des difficultés dans l'éducation de leurs enfants.

Les Perspectives :

L'année 2010 va être une année de bouleversements importants au sein du CSST, d'abord du fait du passage en CSAPA, et également de la réalisation de nouveaux projets :

- La création d'une consultation avancée en CHRS mères-enfants HAS (Habitat Alternatif Social)
- La création d'une consultation avancée en structure AHI [10] (Accueil de Nuit Forbin)
- La création d'une équipe mobile de prise en charge précoce parents-enfants.
- La création d'un atelier spécifique pour les femmes : « Prendre soin de son corps ».
- La création d'une consultation spécifique pour les joueurs pathologiques.
- La création d'un appartement collectif prévu pour accueillir des personnes sortantes de cure alcoolique et dans l'attente d'un départ en post-cure.

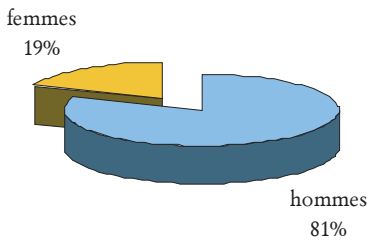
Tous ces nouveaux projets nous amènent à recruter de nouveaux professionnels, à réussir leur intégration au sein de l'équipe existante. Ils conviendra également de les mettre en œuvre avec succès. C'est un « challenge » ambitieux et motivant qui ne sera possible qu'en lien, en concertation avec nos partenaires des secteurs sanitaires et sociaux, et des structures en addictologie.

1.2 - Données épidémiologiques

Portent sur les usagers reçus au CSST

File active : 394 personnes

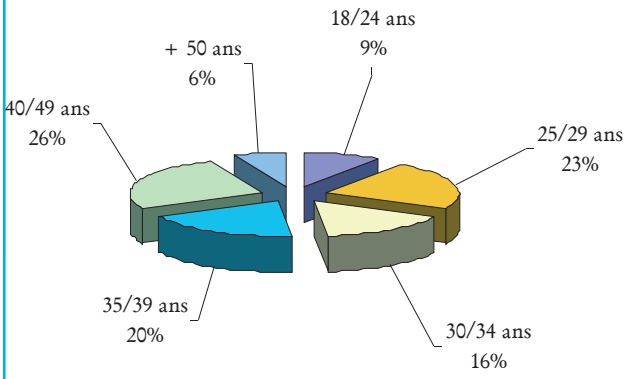
Répartition Hommes – Femmes



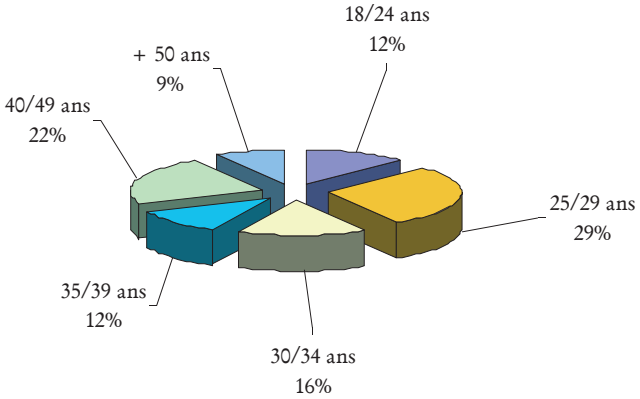
(6) PMI : Protection Maternelle Infantile
(7) CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
(8) AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert
(9) CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
(10) AHI : Accueil Hébergement Insertion

Age

File active : 394 personnes

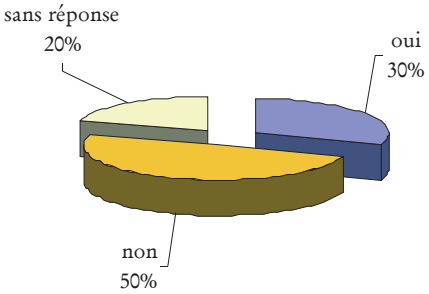


Nouveaux cas : 218 personnes

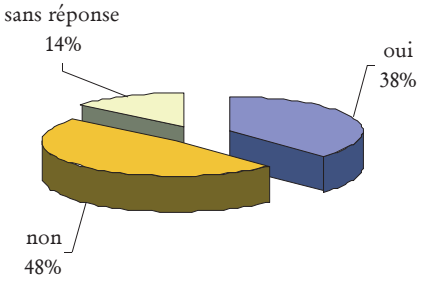


Usagers avec enfants

File active : 394 personnes

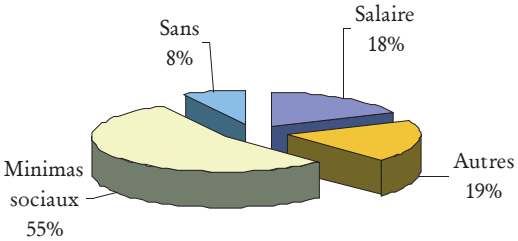


Nouveaux cas : 218 personnes

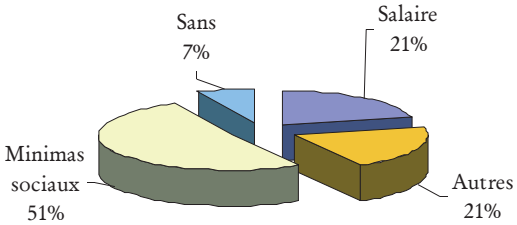


Ressources

File active : 394 personnes

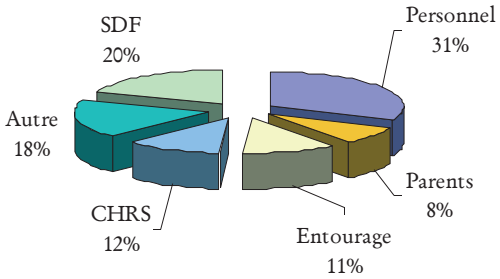


Nouveaux cas : 218 personnes

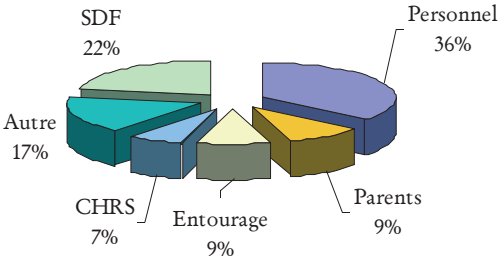


Logement

File active : 394 personnes



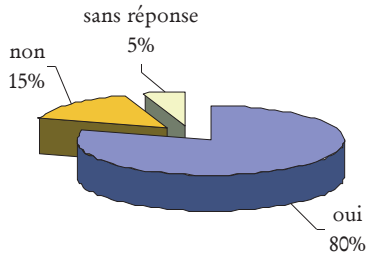
Nouveaux cas : 218 personnes



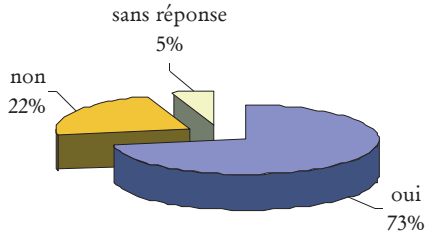
Sérologie : VIH[11]

TEST DE DEPISTAGE DU VIH EFFECTUE

File active : 394 personnes

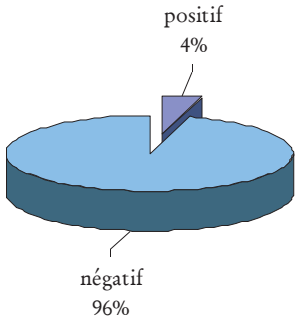


Nouveaux cas : 218

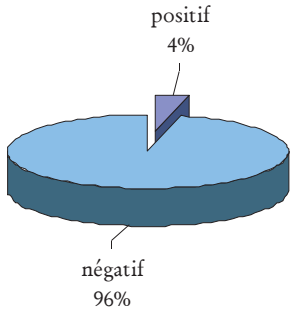


RESULTAT TEST DU VIH

313 personnes



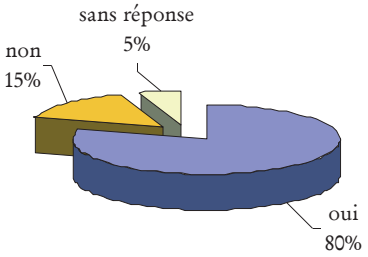
Nouveaux cas : 158



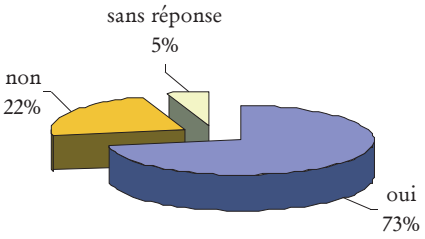
Sérologie : Hépatite C

TEST DE DEPISTAGE DE L'HEPATITE C, EFFECTUE

File active : 394 personnes

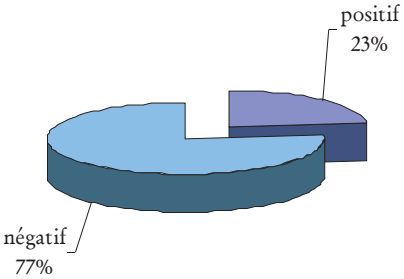


Nouveaux cas : 218

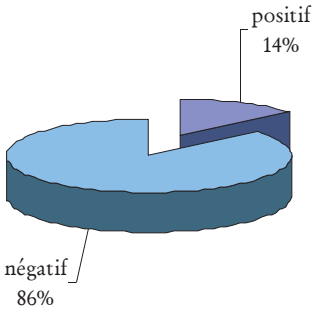


RESULTAT TEST DU VHC [12]

313 personnes



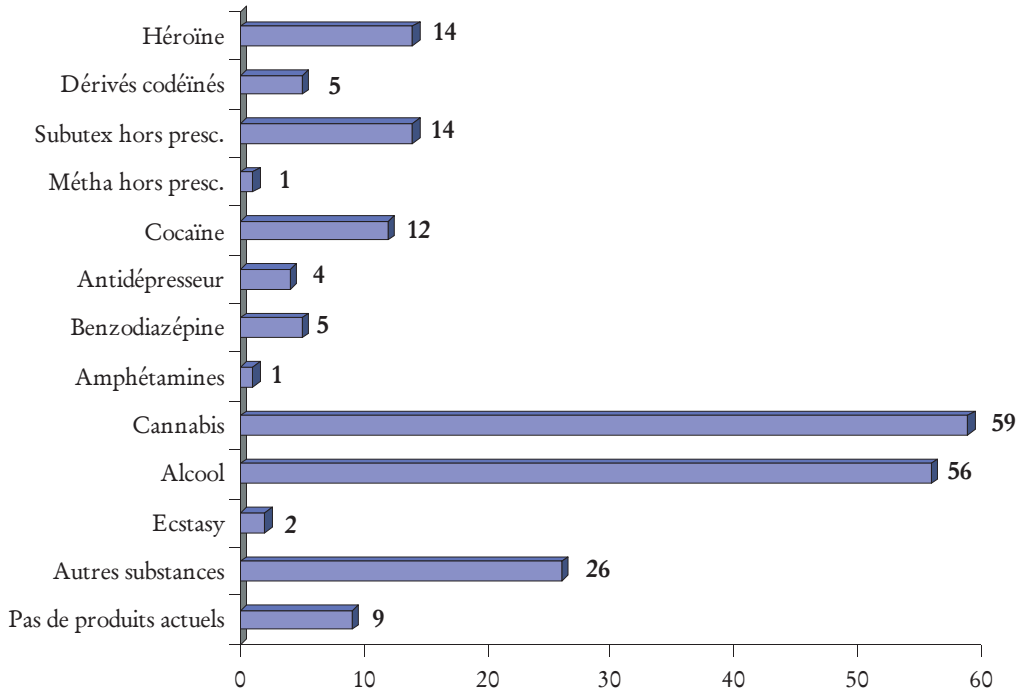
Nouveaux cas : 158



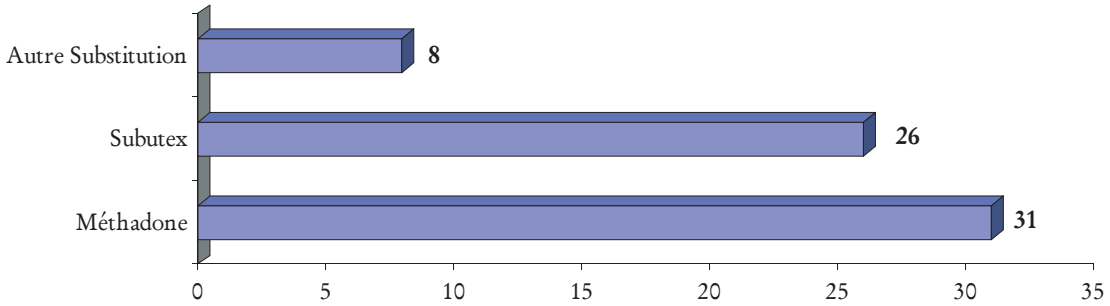
(11) HIV : Human Immuno-déficience Virus
(12) HVC : Hépatite Virale C

Produit utilisé avant la prise en charge

Nouveaux cas : 218 personnes
Produits actuels

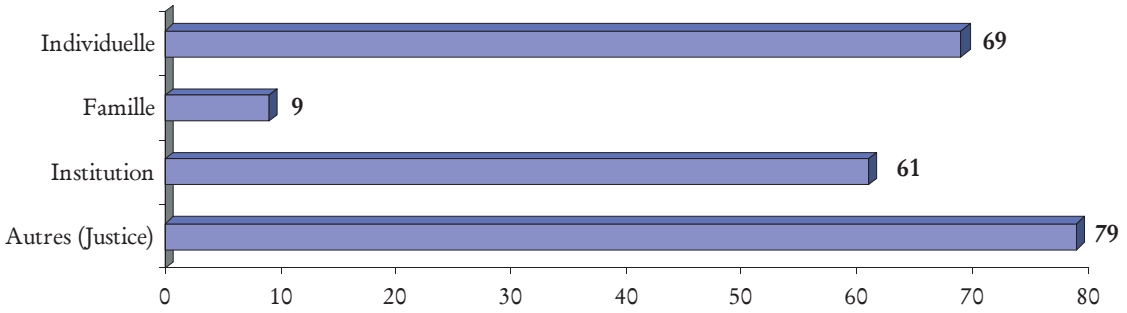


PATIENTS SOUS TRAITEMENT DE SUBSTITUTION A LA 1ère DEMANDE



Origine de la demande

Nouveaux cas : 218 personnes



1.3 - La prise en charge médicale

• **SUBUTEX**	
Nombre de patients reçus	44
Nombre de consultations	499
• **METHADONE**	
Nombre de patients reçus	60
Nombre de consultations	951
• **Consultations médicales et psychiatriques (hors substitution)**	450
• **Prise en charge Alcool**	
Nombre de patients	36
Nombre de consultations	91
Total patients	**140**
Total consultations	**1 991**

1.3.1- Le traitement par Subutex au CSST

Durant l'année 2009, 44 personnes (dont 20 nouveaux cas) ont été suivies pour une prescription de Subutex.
Parmi ces 44 patients on compte 16 femmes et 28 hommes.
Cette année on remarque un rajeunissement et une féminisation de la population : 7 patients sous buprénorphine entre 19 et 30 ans (6 femmes et 1 homme).

- **Concernant le type d'opiacés utilisé avant la mise en route du traitement par Subutex au CSST**

Une majorité de patients bénéficiaient d'une prescription de Subutex en dehors du centre, 34 au total :

1) 11 personnes étaient suivies en médecine de ville, elles sont venues nous rencontrer à la recherche d'une structure cadrante et/ou dans un but d'être guidées dans l'accompagnement d'un sevrage progressif du Subutex.
2) 11 personnes sont venues vivre à Marseille : pour des raisons professionnelles ou dans la plupart des cas, pour fuir leur entourage et leur région devenus « toxicomanogènes ».
3) 8 personnes achetaient le Subutex au marché noir à Marseille.
4) 4 personnes pour qui le Subutex était prescrit en prison (orientation du CSSD[13]des Baumettes).

- **A propos de l'intervention d'autres membres de l'équipe (psychologues, travailleurs sociaux) parallèlement à la prescription du Subutex au CSST :** Sur les 44 patients, 14 ont bénéficié d'une prise en charge psychologique, et 14 d'une prise en charge socio-éducative. L'accompagnement psychoéducatif est corrélé avec la durée des prises en charge. On note des prises en charges pluridisciplinaires plus nombreuses pour les patients suivis longtemps (entre un mois et un an, et plus d'un an).

Evolution de la prise en charge

Mode d'arrêt du Traitement / Durée de la prise en charge	Sevrage	Interruptions par rupture	Orientations	Passages méthadone	Prisons	Total	Poursuite du tratement au CSST
< 1 mois	0	3	0	1	0	4	0
> 1 mois < 1 an	0	2	2	2	1	6	10
> 1 an	2	3	0	0	0	6	18
Total	2	8	2	3	1	16	28

(13) CSSD : Centre Spécialisé de Soins des Dépendances

1.3.2- Les consultations pour pathologies somatiques

Dans le cadre de son activité au CSST, le médecin généraliste reçoit également, des patients pour des consultations médicales, hors prescription de TSO.

Pour certaines personnes, le temps est venu de faire le point sur leur santé, qu'il y ait ou non de symptomatologie et /ou de pathologie chronique connue

Après examen clinique, le médecin prescrit :
- un bilan sanguin standard, et/ou bilan de dépistage (HIV – HVC).
- Un ensemble d'examens biologiques (Génotypage, PCR[14], Fibrotest-Actitest, Fibroscan) permettant d'évaluer l'intensité de l'atteinte hépatique, dans le cas d'infection par le VHC, ceci en amont d'une orientation chez un gastro-entérologue.

La consultation médicale est accessible à toute personne suivie au CSST :
- Face à un problème de santé (si telle est la demande), le patient est reçu par le médecin sur rendez-vous.
- Cet accès avec le médecin permet également une orientation et un accompagnement personnalisé vers des lieux de soins médicaux plus spécialisés :
  - ✓ CISIH[15], Hôpital Nord
  - ✓ Hôpital Desbief (service des urgences)
  - ✓ Consultation dentaire
  - ✓ Services de gynéco-obstétrique
  - ✓ Consultation en chirurgie...

- Sont reçus également par le médecin du CSST, des patients positionnés sur une demande d'hébergement en appartement de transition à l'AMPTA. Ce bilan somatique représente une des étapes requises avant l'admission au sein de ces appartements.

1.4 - L' Unité Méthadone

Au cours de cette année nous avons pris en charge **60 patients (dont 31 admissions)** dans le cadre du protocole de substitution par la méthadone. Au 31 décembre 2009, **41** d'entre eux reçoivent toujours leur traitement au centre de soins (22 méthadone flacons, 19 méthadone gélules). **19 patients** sont sortis du programme.

Quelques commentaires :

Sur les 60 patients pris en charge au centre de soins, 19 ont bénéficié d'un traitement gélules.
La durée moyenne de prise en change est de 1 402 jours (4,7 années) pour les patients avec un traitement gélules et 940 jours (2,5 années) pour les traitements en sirop.
Cela se repartit de la façon suivante :

	< 1 semaine	< 1 mois	> 1 mois < 1 an	> 1 an	Total
Flacons	0	3	9	10	22
Gélules	2	2	0	15	19

Ce tableau confirme que la prise en change des patients avec des traitements de méthadone nécessite du temps.
La psychopathologie sous-jacente étant l'élément fondamental expliquant en partie la nécessité de suivis au long cours.
Pour la majorité des patients reçus, on retrouve des affections psychiatriques avérées : psychoses chroniques et leur cortège de conséquences : précarité, rupture lien social, exclusion....
On peut comptabiliser une augmentation significative des actes psychiatriques.
45 patients (dont 28 hors protocoles de substitution.) ont été reçus afin de mettre en place des soins psychiatriques (dans le meilleur des cas).

(14) PCR : Réaction en chaîne par Polymérase
(15) CISIH : Centre d'Information et de Soins de l'immunodéficience Humaine

De l'observation du chant et du vol des oiseaux (ou : les nouveaux augures en addictologie)

Cette année 2009 a vu naître dans le champs dit « des addictions » un concept tout à fait fulgurant et pertinent quant à sa participation à l'évolution nosographique (donc sur notre manière de penser certains sujets qui viennent à notre rencontre) : le Unlucky,[le (la) malchanceux (se)]. *«Depuis longtemps, les experts en neurobiologie, les psychiatres et les cliniciens ont prouvé, par ailleurs, l'influence prépondérante des facteurs de vulnérabilité aux addictions dans la réussite ou l'échec des traitements, la plus ou moins grande propension à s'accrocher et a rechuter : se sont les Unlucky*[16] » ..

Les auteurs centrent leurs réflexions sur la notion de « non réponse » au traitement (avec ses acolytes inséparables : le craving et la rechute). Arrive à son secours le Placebo, qui renforce la dimension irrationnelle de la chance (phénomène de suggestion ou de croyance) tout en excluant la dimension subjective liée à l'évènement. La dimension constitutionnelle de la chance devient ici une cause. Ainsi les experts « médicaux » posent la chance comme concept scientifique, la causalité comme postulat scientifique, c'est-à-dire qu'ils proposent la construction d'un système déductif qui ne se démontre pas.

Il est certain que ce nouveau « concept » nous questionne particulièrement. Comment prendre en charge la malchance ? Comment travailler avec la chance lorsqu'il s'agit de penser cette clinique complexe ?

Concrètement, si on applique cette nouvelle nosographie, nous rencontrons quotidiennement des dizaines de Unlucky. Beaucoup d'entre eux accumulent les malchances qu'ils sont d'ailleurs les premiers à scander : « ce n'est pas de ma faute c'est pas de chance ! ».

Nous pouvons entendre ce qui est plutôt redondant dans leur discours de surface, aucune responsabilité dans ce qui leur arrive, surtout lorsqu'il s'agit de traitements ou de leurs effets. C'est le produit, c'est la chance ou la malchance ? Mais pas de sujet à l'horizon, ou plutôt comme si « personne » n'assumait l'énonciation, la responsabilité est déplacée.

Revenons donc au « soignant-observateur » qui observe que malgré tous les efforts déployés et la précision de ses protocoles le « patient-observé » ne répond pas comme attendu aux traitements. Pourtant tout a été vérifié, calculé, pesé, pensé, mesuré, évalué. « Cela doit marcher, scientifiquement tout a été approuvé, labellisé ! Tout y est ! ». Mais cela ne marche pas avec ces patients. Il ne reste donc plus qu'une seule explication : la malchance !

Que penser du fait qu'aujourd'hui, le soignant se barricade lui aussi derrière cette vérité infaillible qui jaillit lorsque son savoir est pris en défaut. Cette mise en défaut n'est surtout pas interrogée du coté de la relation patient-soignant. L' « entité-concept » Unlucky se charge de remettre en ordre tout cela. Le patient, bien sûr, se garde dans ces cas là de contredire le maître. Réponse sans doute en miroir.

Mais heureusement, la Naltrexone se révèle (selon les auteurs) un excellent traitement contre la malchance ou pour les malchanceux. Ce dernier a une chance de devenir un « malchanceux–chanceux ». Ainsi vont apparaître de nouveaux « malchanceux de seconde génération » qui ne répondront pas au traitement « anti-Unlucky » (la naltrexone vue plus haut). Le paradoxe de Zénon d'Elée illustre parfaitement cette course des temps modernes : sur la ligne de départ le patient-médicament et son médecin-microscope.

Tout cela nous encourage à insister dans notre travail sur la dimension du transfert et donc, des effets que peut produire une relation entre deux sujets. Nous ne développerons point les multiples situations où cette malchance s'est transformée en un désir de prendre la parole et d'en assumer les effets. Un désir où le sujet se retrouve, dans lequel il n'a plus à craindre de l'Autre, sa perte, son anéantissement, l'angoisse insupportable, un désir qui va orienter le patient vers une pensée/vécu/ressenti, différents. Ce n'est plus son rapport au produit qui est fondamental mais sa relation d'être à l'Autre : bascule significative dans cet acte symbolique. A compter de ce moment là il pourra réellement introduire la nouvelle dimension de la « chance/malchance » qui prendra sa juste place pour le sujet. Le « Unlucky » cessera d'être le « couteau suisse » avec lequel il s'avançait afin d'interpréter tout « ce qui n'allait pas comme il faut » dans son existence.

(16) Le Courrier des Addictions vol 11 octobre-novembre 2009
référence à l'article page 11 « les traitements », terme proposé
par Charles O'Brian

1.4.1- La prise en charge infirmière

A l'infirmerie

Nombre d'usagers	**91**
Nombre d'actes	2 057

Les 2 infirmières font indifféremment la distribution des traitements, le matin exclusivement de 8h30 à 13h (sauf le jeudi matin); méthadone gélules ou sirop.
L'accueil se fait à l'infirmerie, lieu de passage rapide pour certains, lieu où d'autres prennent plus de temps pour aborder avec nous des préoccupations personnelles, de santé, de travail, qui peuvent nous conduire à faire des orientations vers nos collègues psychologues, assistante sociale et éducatrice(eur)s spécialisé(e)s du CSST ou nos partenaires extérieurs (CIDAG[17], gynécologue, dentiste, astro- entérologue...).

Nous effectuons aussi des contrôles urinaires une fois par semaine en début de prise en charge, et de manière plus espacée ensuite, pour vérifier, non seulement, l'observance du traitement, mais aussi d'éventuelles consommations d'autres substances. Occasionnellement nous faisons des pansements, des injections pour le traitement VHC.
La réduction des risques et la prévention font partie de nos missions avec la distribution de kits d'injection, la mise à disposition de préservatifs. Un distributeur de documents relatifs à l'hygiène et à l'alimentation équilibrée est en libre service, une première étape avant de participer, pour certains, à l'atelier autour d'un repas, un vendredi sur deux.

Le sevrage

Cette année 13 personnes ont été prises en charge pour la préparation d'un sevrage dont 3 sont prévus pour 2010. Une majorité des ces personnes sont des hommes (9 pour 3 femmes (1 ayant fait 2 sevrages cette année).
La grande différence avec les années précédentes est que 12 des 13 prises en charge le sont pour un problème d'alcool, ce qui confirme la tendance de 2008. Cette évolution est en partie liée à la présence au centre, une demi journée par semaine, d'un médecin alcoologue (consultations auxquelles les 2 infirmières participent).
La 13éme prise en charge concernait un sevrage médicamenteux.

Notre principal partenaire est la clinique Saint Barnabé (6 orientations) mais nous travaillons toujours avec la Feuilleraie (1), l'hôpital d'Allauch (2), l'hôpital d'Aubagne (1), l'Hôpital Nord (1), et la clinique de Mereuil dans les Alpes (1). La nouveauté cette année est notre collaboration avec la clinique des 3 Cyprès à la Penne sur Huveaune.
Sur les 10 sevrages qui ont eu lieu en 2009, 7 n'ont pas été honorés entièrement, dont 1 qui ne s'est pas présenté le jour de l'hospitalisation. Est-ce la difficulté à se projeter dans l'avenir qui entraîne ces ruptures ?

1.5 - La prise en charge Socio-éducative

• **Accompagnement social**	
Nombre de patients reçus	97
Nombre d'entretiens	498
• **Accompagnement éducatif**	
Nombre de patients reçus	244
Nombre d'entretiens	1 545
• **Accompagnement à l'insertion professionnelle**	
Nombre de patients reçus	51
Nombre d'entretiens	133

(17) CIDAG : Centre de dépistage Anonyme et Gratuit

1.5.1- La prise en charge sociale

Nombre d'usagers	**97**
Nombre d'entretiens	**498**
- CMUB[18] et/ou CMUC[19]	20
- Transfert dossier	5
- MDPH[20] (AAH[21]/RQTH[22])	8
- Aide à la mutuelle	2
• **Régularisations administratives**	
- Identité CNI[23]/CR[24]	3
- Emploi (Pôle Emploi)	10
- Travail sur budget (échéancier), dossier de surendettement	12
- demande de HLM[25] et/ou PDL[26]	32
- orientation logement (ASELL[27], FSL[28])	25
- demande allocation logement	15
- dossier DALO[29]	10
- Justice (contact avocat, spip, aide juridictionnelle)	7
• **Candidatures appartements AMPTA**	10
• **Entrées protocole méthadone**	10
• **Aides supplémentaires**	
Alimentation, vestiaires, association caritative	25
Aides aux fluides	7
Aides Conseil Général	18
• **RSA[30]**	
Instructions	5
Contrats	21
• **Domiciliations**	**84**
Dont nouvelle demande	47

L'activité reste stable avec des prises en charges variées. Cette diversité conduit à la mise en œuvre de suivis longs, mais aussi d'interventions plus ponctuelles. En effet, l'assistante sociale peut intervenir dans les différentes prises en charge du CSST : protocole méthadone, admission en appartement, mise en place de sevrage ou cure « alcool », accès aux droits, accès au logement etc...Afin de favoriser la socialisation et l'insertion des patients, elle dispose de tout le panel d'outils nécessaires pour ce faire, en complémentarité avec les autres professionnels du CSST et dans la cohérence d'un projet de soin.
Prendre en compte une situation souvent très précaire, donner une place à la demande d'un sujet souffrant d'addiction, et trouver des solutions nécessitent, bien entendu, un temps parfois long mais aussi un étayage partenarial important.
La mobilisation de chacun se poursuit cette année encore, par des rencontres régulières avec les professionnels sociaux du dispositif marseillais, par des échanges, des questionnements sur les pratiques et des synthèses à propos des patients fréquentant plusieurs institutions et s'enrichit de collaborations adéquates (et cohérentes).
Cette année une des priorités du travail de l'assistante sociale était le logement. Ainsi, après quelques mois de recherches et de prise de contact avec le terrain (dispositifs juridiques, agences immobilières, opérateur ASELL...) nous avons une meilleure vue d'ensemble des solutions existantes. La problématique logement reste entière mais notre faculté d'anticiper cette question (les dispositifs sont mis en œuvre très rapidement) nous permet de constater des résultats positifs (plusieurs relogements des personnes accueillies en appartement de transition).

1.5.2- La prise en charge éducative
Hébergement d'urgence et utilisation du « Service plus »
A) L'hébergement d'urgence

Données chiffrées	Nombre de personnes	Nombre de nuits
Droit commun	47	1 357
Service +	53	362
Total	100	1 719

(18) CMUB : Couverture Maladie Universelle de Base
(19) CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
(20) MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
(21) AAH : Allocation Adulte Handicapé
(22) RQTH : Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé
(23) CNI : Carte Nationale d'Identité
(24) CR : Carte de Résident
(25) HLM : Habitation à Loyer Modéré
(26) PDL : Plan Départemental pour le Logement
(27)ASELL : Accompagnement Socio-Educatif lié au Logement
(28) FSL : Fonds Solidarité Logement
(29) DALO : Droit au logement opposable
(30) RSA : Revenu de Solidarité Active

Nombre de nuits par personnes en droit commun	
de 1 à 7 nuits	5
de 8 à 20 nuits	13
de 20 à 40 nuits	27
de 40 à 70 nuits	1
de 70 à 100 nuits	1
plus de 100 nuits	0

Orientation après l'hébergement	
CHRS	4
Meublé Autonome	3
Appartements AMPTA	6
Post-cure/cure/structure spécialisée	13
Famille / ami	5
Hôpital	1
Prison	0
Appartement autonome	4
Sans orientation	11

En 2009, 47 personnes ont été hébergées en hôtel de droit commun pour un total de 1 357 nuits, soit une augmentation de plus de 100% par rapport à 2008, pour une durée moyenne d'hébergement équivalant à 29 nuits.
Par rapport à l'année dernière, nous relevons une baisse de la durée moyenne de l'hébergement (en 2008 celle-ci était de 55 nuits), conformément aux objectifs que nous nous étions fixés à l'occasion du bilan précédent. Il s'agissait de proposer un hébergement en hôtel d'une durée ne dépassant pas un mois et proposer une solution d'urgence à un plus grand nombre de personnes.
La moyenne d'âge du public accueilli à l'hôtel est de 34 ans. 80 % sont des hommes. La quasi totalité des hébergés sont célibataires. Concernant les revenus dont ils disposent, 45 % sont allocataires du RSA., 13 % perçoivent l'AAH et enfin 17 % sont sans revenus. Un peu moins de 78 % ont déjà connu la prison et environ 55 % sont passés par un service psychiatrique. La moyenne d'âge du public accueilli est identique à celle que nous avions relevé l'année dernière. Par ailleurs, l'augmentation du nombre de personnes accueillies (pratiquement du simple au double) a correspondu à une plus grande présence de personnes bénéficiant du RSA
38 % des personnes hébergées avaient déjà été accueillies au centre de soins, soit dans le cadre d'un hébergement, d'un accompagnement social, d'un suivi médical ou d'une psychothérapie. 62 % sont donc des premiers accueils.
En résumé, s'il faut dégager un « profil » pour définir le public, nous pouvons dire qu'il s'agit d'un homme, âgé d'une trentaine d'année, célibataire, sans enfant, percevant le RMI[31], l'AAH, ou étant sans revenu, et n'ayant peu ou pas exercé d'activité rémunérée depuis plusieurs mois, ayant recours à des produits de substitution (dans un cadre médical ou non). Nous pouvons également ajouter qu'il a déjà connu la prison au moins une fois et est engagé dans un suivi judiciaire. Notons enfin que cette même "personne" (qui n'en est pas une) est aussi passée par la psychiatrie.
Ces quelques informations sociodémographiques (âge, sexe, revenus, logements...) semblent, dans les grandes lignes, identiques d'une année à l'autre, le profil du public n'a pas changé par rapport à l'année 2008.
Concernant les orientations des personnes après l'hébergement en hôtel, nous constatons que nous avons moins travaillé avec les CHRS (seulement 4 orientations), et que près de 23% des personnes accueillies en 2009 n'ont pas pu bénéficier d'une orientation. En revanche, nous avons considérablement plus travaillé sur les orientations vers des cures, post-cure, hôpital ou structures spécialisées.

B) Service Plus

Ce service d'hébergement est géré par la FNARS[32], il propose 10 nuits en hôtel, par personne et par an, avec possibilité de prolongation exceptionnelle. Cette année, ce sont 53 personnes qui ont bénéficié du « Service Plus » pour un total de 362 nuits, soit une augmentation de plus de 100% du nombre de personnes orientées. En moyenne, les personnes ont bénéficié de 7 nuits d'hébergement.
L'utilisation de ce service a essentiellement permis à des personnes suivies au Centre de Soins d'être hébergées en hôtel dans l'attente d'un hébergement dans une structure d'accueil. 62% des personnes que nous avons adressées à ce service l'ont été dans l'attente d'une orientation ayant abouti (vers notre dispositif d'hébergement, un lieu d'hébergement autonome, un dispositif de soins ou une autre structure spécialisée).

(31) RMI : Revenu minimum d'insertion
(32) FNARS : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale

Conclusion

L'augmentation du nombre de personnes accueillies est assez importante cette année. Nous avons beaucoup plus travaillé dans le cadre d'orientations vers des lieux de soins, en particulier les lieux de sevrage et de cure/ post-cure, en lien avec la population alcoolo-dépendante que nous recevons de plus en plus régulièrement.

Il s'agissait notamment de proposer une solution pour les personnes dont le projet de sevrage et de cure était compromis par l'absence d'hébergement à la sortie du lieu de soins.

Dans l'attente de la concrétisation de notre projet d'hébergement collectif destiné à ce public, le dispositif d'hébergement d'urgence a été une véritable alternative.

Nous n'avons pas plus travaillé avec les CHRS que l'année précédente. En revanche, nous constatons une augmentation des orientations vers les appartements thérapeutiques de L'AMPTA, ou de nos partenaires, les appartements autonomes ainsi que des retours en famille. L'augmentation du nombre de personnes accueillies implique également une augmentation de celles qui n'ont pu bénéficier d'une orientation (rupture de la prise en charge, difficultés pour construire un projet dans le temps de l'hébergement d'urgence).
Enfin, l'augmentation importante du nombre de personnes reçues dans le cadre du « Service plus » tend à prouver que de plus en plus de personnes se retrouvent confrontées à de grandes difficultés quant à la question de l'hébergement.

C) L'hébergement en appartements de transition

Nous avons accueilli, comme en 2008, 11 adultes dont 3 femmes, répartis sur 7 logements. Les modalités de prises en charge sur le dispositif d'appartements de transition demeurent inchangées.
Nous proposons aux patients, un suivi psychologique et/ou psychiatrique, un suivi médical, un suivi social et surtout, un suivi éducatif soutenu. Ce dernier se réalise sous la forme de deux entretiens par semaine, un sur le lieu d'hébergement et un au sein de la structure.

L'ensemble des pistes de travail associant le soin et l'insertion sociale et professionnelle est noté sur les contrats de séjour. Ces projets sont pensés avec nous et les patients en début de prise en charge, puis évalués ou réajustés tous les 4 mois.

Nous constatons que la mise en place des rencontres collectives (atelier nutrition, atelier cultures et petits déjeuners) contribuent à l'enrichissement des prises en charges.
En effet, ces temps permettent d'aborder des thèmes différents, ils alimentent la vie sociale des patients et apportent un peu de nouveauté dans leur quotidien.

Cette année, 6 personnes du dispositif sont venues régulièrement au petit déjeuner du lundi matin. L'activité professionnelle des autres personnes hébergées a empêché leur présence.
C'est d'ailleurs, un des points à souligner dans le bilan de cette année 2009. Le travail en partenariat autour de l'insertion professionnelle (chantiers d'insertion, organismes de formation...) a porté ses fruits, car 5 personnes ont exercé une activité professionnelle ou suivi une formation tout au long de leur hébergement. Elles avaient comme revenus des indemnités ASSEDIC[33] ou un salaire.
Cette année encore, nous avons été confronté à un nombre important de patients relevant de la psychiatrie, 6 personnes, percevant l'AAH. Ceci nous a amené à travailler en collaboration avec le CMP[34] de la rue Lafon, avec l'Hôpital Psychiatrique de la Conception, avec le Centre Puget-Corderie, ou encore avec la MDPH. Nous avons rencontré les différentes équipes dans un souci de cohérence des prises en charge, ou encore lors des nécessités d'hospitalisations. Il est essentiel de préserver ces liens professionnels dans l'intérêt des équipes et des patients.
Comme nous l'avions évoqué dans les perspectives du bilan de l'an dernier, nous avons réfléchi à accueil plus étayé autour de la parentalité (réflexions en équipe, projets déposés...). Cela s'est traduit, en partie, par l'acceptation de la demande faite par une des personnes hébergée d'accueillir son fils en fin de semaine, dans le logement de transition.
Au préalable, nous avons dû rencontrer l'équipe de l'ASE (d'Avignon) qui s'occupait de l'adolescent, puis transmettre une synthèse relatant les axes et le déroulement de l'accompagnement du père.
A la suite de la réponse positive du Juge des Enfants, nous avons provoqué une réunion invitant l'équipe de l'ASE, l'adolescent et le père.
L'idée était de rencontrer le jeune, de poser le cadre, d'expliciter le règlement, de parler du rythme des week-ends...
Aujourd'hui, le patient a donc un droit d'hébergement de son enfant et ce, un week-end toutes les trois semaines. Nous avons également proposé au patient d'être présent lors de la première heure d'arrivée de l'adolescent. Ce temps d'accueil semble être opportun et accepter par tous les deux (père et adolescent).

(33) ASSEDIC : Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
(34) CMP : Centre médico-psychologique

Le dernier point à mettre en exergue dans ce bilan nous amène à détailler les sorties du dispositif et du relogement.
Elles ont eu lieu par :

- le départ volontaire d'une personne
- une hospitalisation en psychiatrie d'une autre
- quatre relogements
- cinq prises en charges sont encore en cours.

Les quatre relogements ont pu être effectifs grâce au processus déjà utilisé l'an dernier (demandes de logement dans le parc public, dispositif DALO, mesures ASELL, Atelier de recherche de logement...), par l'aide ou le soutien familial de certains patients, par un contrat de travail pour d'autres.
Même si l'objectif du relogement ne doit pas être le seul, dans le déroulement des prises en charge, il est important de poursuivre le travail engagé auprès des partenaires de ce secteur (Conseil Général, Commission DALO, associations d'insertion par le logement...).

1.5.3- Accompagnement à l'Insertion Professionnelle.

Cette année 2009 a vu la création d'un nouveau profil de poste, chargée d'insertion au sein du CSST.
La convention avec le programme POLE 13[35] avait pris fin en décembre 2008, l'action d'insertion s'est à la fois recentrée sur les patients du CSST et, dans le même temps, élargie à toutes les formes d'insertion.
Les critères : « statut administratif » des personnes et leur « capacité à trouver rapidement un emploi » ont disparus pour cette nouvelle forme d'accompagnement.
De ce fait les chiffres, plus de patients ont été reçus. En effet 47 patients ont bénéficié en 2009 d'un accompagnement à l'insertion.
Afin d'élargir le champ de l'insertion, proposé aux patients, plusieurs conventions ont été signées, au cours de l'année, avec des partenaires, en même temps qu'était réactualisé le réseau.
Nous avons passé convention avec le gymnase Gaby[36], avec l'ADPEI[37].
L'orientation vers le gymnase Gaby prévue à l'origine n'était pas satisfaisante : sur une douzaine de patients qui avaient été reçus en entretiens et orientés directement, seuls deux ou trois ont fréquentés la salle de sport. A partir de ce constat l'orientation a évolué, avec un accompagnement du patient sur place pour une visite et une présentation mutuelle avec la personne chargée de l'accueil.
Le travail a continué de façon très positive avec les chantiers d'insertion Acta Vista. Actuellement cinq patients y sont employés.
Afin de faciliter l'orientation des personnes souffrant d'addictions, l'accent a également été mis sur l'information à propos des missions de l'AMPTA, auprès des associations du secteur social. Cette information a eu lieu lors de comités techniques aux Pôles Insertions, auprès du lieu d'accueil PPIM[38] et du CASIM[39]. Ces deux associations se sont montrées particulièrement intéressée par notre travail avec les personnes usagères de drogues ou consommatrices d'alcool.
Nous avons à présent quelques prises en charge en communes.
D'autres associations intervenants sur divers registres de l'insertion sont, aujourd'hui, disposées à recevoir les patients.
Ce travail de création de réseau est à poursuivre en 2010, notamment pour les patients percevant l'AAH, qui sont à ce jour les plus exclus de toutes formes d'insertion.

1.5.4 - Les Ateliers

A) Atelier Culture

Nombre de séances	**26**
Nombre de participants	14

Description de l'atelier : L'atelier est ouvert à toute personne fréquentant le centre de soins à la condition qu'elle ait préalablement rencontré un des animateurs de l'atelier. Cette rencontre permet de préciser quelles sont les conditions d'accueil et la nature des activités proposées. Depuis l'année dernière, l'atelier est divisé en un temps d'accueil et deux activités distinctes, les personnes pouvant participer à l'une d'elles ou aux deux. Il leur appartient de se positionner sur ce point et de respecter leur engagement.

Le cadre est donc simple : une fois par semaine, un lieu, un temps de trois heures, divisés en un temps d'accueil et deux temps de travail collectif séparés par une pause. L'accueil des personnes se déroule le mercredi de 14h30 à 15h00.

(35) POLE 13 : Programme d'orientation local pour l'emploi
(36) Gymnase associatif :
(37) ADPEI : Intérim d'insertion
(38) PPIM : passerelle pour l'insertion Mermoz
(39) CASIM : Centre d'Action Sociale Israélite de Marseille

Accès à des manifestations culturelles :
Ceci est rendu possible par le partenariat avec l'association **« Culture du cœur »** et les cinémas **« Les Variétés »** et « **Le César »**, **« Culture du cœur »** mettant à notre disposition, sur Internet, des places pour différents spectacles (théâtre, musique, danse...) qu'il s'agit de réserver plusieurs jours/semaines à l'avance, impliquant un minimum de projection dans le temps et dans l'espace. Nous bénéficions de 2 invitations par semaine pour les cinémas. Il appartient aux personnes de se choisir un film, de s'organiser pour le voir et de nous faire partager leur avis à propos de ce qu'elles ont vu.

Cette année, 31 réservations pour 26 spectacles ont été éditées. Ces manifestations se sont déroulées dans différents lieux de la vie culturelle de Marseille (Théâtre de la Minoterie, l'Antidote, le Théâtre du Têtard, Opéra de Marseille, les Docks des Sud, les cinémas César et Les Variétés , le Cabaret Aléatoire...).

Le reportage sonore :
Nous avons réalisé un travail sur le thème « Marseille insolite ». Nous avons ainsi choisi quatre lieux (le Préau des Accoules, la Cascade des Aygalades, le Moai de Dromel et le Château d'If) où nous nous sommes rendu et où nous avons effectué des prises de sons. Nous avons également choisi un certain nombre de personnages célèbres ayant un lien curieux ou insolite, avec Marseille (Chopin, Litz, Sade, Stevenson, Dumas, Casanova) que nous avons évoqués de façon sonore dans notre travail. Il s'agit d'un travail collectif d'imagination, d'écoute, d'écriture, de prises de sons et, au final, de fabrication d'un objet sonore qui nécessite une implication des personnes différentes de celles requises pour le travail de réservation de spectacles. Ce travail est toujours en cours au moment de la rédaction de ce bilan.

Conclusion :
Cette année, nous avons reçu moins de personnes que l'année précédente mais celles-ci ont pu venir de manière plus régulière. Nous avons également pu animer un plus grand nombre de séances (deux fois plus qu'en 2008). Une partie des personnes qui fréquentait l'atelier en 2008 ne vient plus, principalement du fait de la reprise d'une activité professionnelle, d'une démarche d'insertion, ou encore de la fin de la prise en charge sur le dispositif d'hébergement d'urgence. Si les modalités d'accueil que nous proposons nous semblent pertinentes, notre proposition mérite d'être pensée autrement. En effet, ce travail sonore implique la projection de tout un groupe pour un objet en élaboration dans un laps de temps incertain. Cela n'est possible que dans le cadre minimal d'un groupe constitué. Nous souhaitons maintenir une certaine souplesse dans nos modalités d'accueil.
Nous allons réfléchir à une nouvelle proposition qui irait dans le sens d'un travail se déroulant et se terminant dans le temps de la séance, tout en se répétant semaine après semaine. Nous avons songé à proposer une forme de ciné-club pour une partie de l'année et développer le principe des sorties en fonction de thématiques préalablement définies avec les participants.

B) l'Atelier Santé

Nombre de séances	**13**
Nombre de participants	09

L'atelier Santé -Alimentation est un espace ouvert aux patients hébergés et / ou suivis au centre de soins. Il se déroule le vendredi de 9h30 à 14h tous les quinze jours. Il est animé par une éducatrice spécialisée et une infirmière. Au-delà des problèmes d'addiction, nous nous soucions de la santé des patients.

L'atelier est l'occasion, en groupe, de parler de l'importance que chacun porte à sa propre santé, à une alimentation régulière et équilibrée, d'échanger des connaissances et de réfléchir ensemble à ce qui peut nuire ou être bénéfique à la santé afin d'adopter des comportements plus adaptés à ses besoins, face aux difficultés constatées :

- Précarité de moyens financiers,
- Logement inadapté à la préparation de repas (ex : hébergement d'urgence à l'hôtel),
- Sans domicile fixe,
- Vie de « galère », « plans », préoccupations autres qu'une bonne alimentation,
- Journées inorganisées, grignotage ou « snacks » fréquents,
- Absence d'appétit due à des problèmes psychologiques, des prises de produits ou certaines pathologies,
- Etat dentaire déficient,
- Manque d'information sur l'équilibre, le rythme et l'hygiène alimentaire.

Nous proposons :

- de faire l'expérience de la convivialité et du plaisir autour d'un repas que nous élaborons, dont nous achetons les ingrédients, que nous cuisinons et mangeons ensemble
- de découvrir l'importance des sensations gustatives, olfactives, visuelles, tactiles suscitées par ce que l'on mange
- de composer un menu équilibré, adapté aux besoins de l'organisme, avec des produits de saison, légumes et fruits.
- la satisfaction de partager ses connaissances et faire appel à ses souvenirs.

Pour l'année 2009, nous constatons une baisse du nombre de séances ainsi que du nombre de participants par rapport à l'année dernière. Elle est due à des raisons de service. En effet, l'année dernière, une majorité des participants faisait partie de l'effectif des appartements de transition. Cette année, un grand nombre des personnes hébergées en appartement n'était pas en mesure de s'inscrire dans un collectif, soit du fait de leur état psychique, soit parce qu'ils travaillaient. Nous avons maintenu les séances de "randonnées, pique-nique" qui ont lieu une fois par trimestre. Elles nous ont permis de découvrir la ville d'Aubagne (avec l'accompagnement d'un guide) et la carrière de Bibemus à Aix en Provence. Ces pique-niques sont l'occasion de sortir du centre ville de Marseille et de pratiquer, à minima, une activité physique.

1.6 - La prise en charge psychologique

File active	**263**
Nombre d'entretiens	1 461

Nous constatons une augmentation de l'activité des psychologues durant l'année 2009. Elle est due en partie à la prise en charge de patients alcooliques qui viennent diversifier notre pratique clinique. Cet accueil a été possible après une formation de l'équipe, la présence d'un médecin alcoologue et le travail des infirmières La problématique alcool n'est pas nouvelle pour nous mais elle se présentait soit comme substitut d'un produit illicite, soit consommée avec d'autres produits.

Il apparaît que ces nouveaux patients sont demandeurs d'un travail psychologque. Des psychothérapies se mettent en place. Les patients se questionnent et questionnent le thérapeute. Les problématiques névrotiques sont fréquentes.
Un dispositif identique va être mis en place durant l'année 2010 pour la prise en charge des joueurs pathologiques. Une formation a eu lieu ainsi que différents contacts avec des services spécialisés. La prise en charge se fera dans la perspective psychodynamique qui est la nôtre dans une équipe pluridisciplinaire composée de psychologues, d'assistante sociale et de médecins.

Groupe de Parole

Depuis plus de 20 ans, l'AMPTA accompagne des personnes toxicodépendantes grâce au montage d'étayages pluriels et transdisciplinaires (médical, psychologique, éducatif, social), essentiellement dans le cadre de prises en charge individuelles.
Ces dernières années, l'évolution conjointe de notre public et de la gamme des produits consommés (augmentation de la polytoxicomanie, augmentation de la prévalence de l'alcool voire son usage exclusif) nous a conduits, à réajuster notre offre au plus près de l'économie psychique des populations rencontrées, à élargir et diversifier notre palette de propositions, notamment en direction des personnes alcoolo-dépendantes. Celles-ci étant généralement plus en appétence des prises en charge collectives que notre patientèle toxico-dépendante, nous avons décidé de concrétiser ce projet déjà ancien : proposer un groupe de parole hebdomadaire au sein du Centre de Soins. Le groupe renforce le travail individuel et la motivation au changement. L'objectif principal consiste à préparer, accompagner, consolider le processus de « changement de son rapport au monde » pour chaque participant en fonction des aléas de son parcours.
La forme groupale permet l'ouverture d'un espace potentiellement transitionnel (au sens winnicottien du terme) par l'aménagement d'une base de (re) socialisation par la « mise en valeur de soi » dans une altérité sécure et contenante.
Là où la prise en charge individuelle investigue préférentiellement l'intra-subjectif, le groupal confronte les intersubjectifs ; l'un et l'autre se potentialisant ainsi.
Pour se désidentifier de son statut de « dépendant » chaque Sujet a besoin que son capital expérientiel soit pris en compte et confronté à d'autres dans un cadre contenant et sécurisant pour que le changement souhaité autant que redouté puisse peu à peu s'opérer. A cette condition, le Groupe permet d'apprendre sur Soi, à partir de Soi dans sa relation aux autres.
La mutualisation des stratégies mises en œuvre par les uns et les autres selon leurs cheminements respectifs, favorise l'émergence d'une nouvelle socialisation sans le recours au (x) (produit (s).
Cette proposition trouvera pleinement ses marques au cours de l'année 2010. Une séance pilote a déjà eu lieu en décembre 2009. D'autres vont suivre dès janvier 2010 en vue d'instaurer graduellement une fréquence hebdomadaire.

1.7 - La Consultation Jeunes Consommateurs «Cathala »

	2008	2009
File active	111	118
Nouveaux cas	87	86
Nombre d'entretiens	395	446

La Consultation Jeunes Consommateurs a été créée en 2003. L'AMPTA était sensible à la consommation des produits toxiques et à la prise de risques des jeunes depuis des années. L'équipe s'est interrogée sur la nécessité d'aménager un espace au sein de l'institution pour accueillir et écouter les jeunes qui ont recours à un produit toxique.

Elle s'inscrit dans un maillage de structures locales articulées autour des diverses problématiques de la jeunesse et de l'adolescence, permettant des orientations et des réponses adaptées aux situations singulières.
Si le cannabis est la porte d'entrée de nos interventions, il peut être, pour l'adolescent, un moyen de nous faire part de difficultés autres que celles qui sont apparentes. Si au début de l'année 2009 la consultation faisait partie du service prévention de l'AMPTA, la fin de l'année a vu cette consultation rattachée au CSST de la rue Nationale. En dehors des remaniements dus aux évolutions des CSST vers les CSAPA, nos réflexions nous ont conduit à favoriser ce remaniement. En effet, le public reçu à la consultation est un public « consommateur », notre intervention relève plus de l'intervention précoce et du soin que de la prévention dite « universelle ».
Cette consultation est animée par les deux psychologues qui participaient au service prévention, deux professionnels du CSST ayant été mis à disposition pour enrichir les interventions auprès des jeunes. La rencontre avec un psychologue permet d'aborder le rapport subjectif du jeune avec le « produit » et de favoriser une forme d'étayage sur lequel la parole pourra prendre sens. Dans cet espace d'échanges, l'adolescent peut trouver des objets culturels et sociaux à investir qui sont particulièrement importants dans son devenir. Il nous est donc apparu nécessaire de favoriser un travail autour de l'insertion sociale et professionnelle avec les jeunes accueillis. L'éducatrice chargée de l'insertion peut ainsi dérouler avec chacun, son parcours, ses désirs et ses possibilités.
Les missions : Nous avons pour mission l'accueil, l'information, l'évaluation, le soutien, la prise en charge et l'orientation des jeunes et de leurs proches :

Pour les jeunes

- Apporter une réponse aux demandes des jeunes en difficulté avec les consommations de substances psycho actives, particulièrement de cannabis, de drogues de synthèse ou d'autres substances.
- Prévenir les risques associés aux consommations.
- Proposer une évaluation clinique de chaque situation, en prenant en compte l'ensemble des consommations (cannabis, drogues de synthèse, alcool, tabac, psychotropes et autres substances), le cursus de formation et d'emploi, le mode de vie, les activités, les relations amicales, les facteurs familiaux, sociaux et psychologiques de vulnérabilité et de protection associés aux consommations.
- Accompagner et prendre en charge l'usage nocif et les conséquences liés à cet usage.
- Proposer une orientation quand la situation le justifie.
- Améliorer l'information sur les risques associés aux consommations de drogues illicites, d'alcool, de tabac etc.

Pour les familles

- Proposer un accueil et un suivi aux familles et à l'entourage dans le cadre des difficultés liées aux consommations de leur enfant
- Proposer un accueil conjoint parent/jeune
- Mettre en place des groupes de parole de mères sur le thème : « Qu'est ce qu'être parent, comment être parent ?»

L'accueil et le soutien des parents dans la prise en charge des jeunes consommateurs sont très importants dans l'orientation de notre travail. Si les jeunes ont quelques fois tendance à se soustraire aux propositions de soins, un travail conjoint avec les familles peut favoriser un changement. L'implication de la famille dans la problématique de consommation peut déterminer des modifications parfois spectaculaires dans les attitudes du jeune en difficulté.

Pour les professionnels

- Accueillir les professionnels qui sont en lien avec les jeunes.
- Aider et soutenir les équipes qui sont en contact avec les jeunes (structures sociales ou scolaires).

Le travail d'élaboration de la pratique des équipes peut favoriser un meilleur engagement du jeune dans la prise en charge. En effet, ce travail produit « en creux », une mise en mots des affects et des conflits psychiques en jeu, qui ne seraient pas accessible par l'échange direct.

1.8 - Interventions précoces dans les structures d'accueil pour jeunes

Les interventions dans les structures d'accueil pour jeunes de 13 à 25 ans s'inscrivent dans le registre de l'intervention précoce (repérage, écoute, accompagnement des jeunes ayant un usage qui risque de devenir nocif). La stratégie de prévention s'élabore à partir de la demande et de l'analyse de la demande des structures d'accueil des jeunes.

Objectif de l'action

- Favoriser l'accès au dispositif de soin.
- Permettre une meilleure connaissance des conduites addictives à l'adolescence par des séances de formation, afin que les équipes aient une idée claire et qu'elles puissent accompagner et orienter.
- Aider et soutenir les équipes qui sont en contact avec les jeunes à partir de groupes d'analyse de pratique.
- Nous articulons ce travail autour d'interventions de formation/information, de groupes d'analyse de pratique et de rencontres en individuel ou en groupe avec les jeunes.

Interventions auprès des professionnels

La première rencontre est l'occasion de faire un état des lieux des difficultés rencontrées au sein de la structure et de proposer notre programme d'intervention. Les dimensions travaillées diffèrent selon les types de dispositifs et selon les orientations théoriques. En effet, la composante relationnelle est extrêmement importante dans les structures qui accueillent ces jeunes et nos réponses et propositions se doivent donc d'être plurielles et individualisées.
Formation : un apport de connaissances sur les produits (les effets, les modes de consommation), la loi et l'adolescence.
Analyse de pratique : Ces séances nous permettent d'aborder des événements particuliers en lien avec les consommations des jeunes. L'analyse de pratique permet de mieux penser la complexité des situations rencontrées, de renforcer sa capacité d'analyse de situations problématiques, de diversifier ses modalités d'intervention, de penser son identité professionnelle, de partager ses expériences et son vécu, de se conforter dans le travail en équipe, et de favoriser une dynamique de groupe porteuse. Nous cherchons à affiner et à transformer certains positionnements professionnels, en améliorant l'efficacité des actions mises en œuvre par les professionnels.

Interventions auprès des jeunes

Interventions sous forme de groupe de parole, ou à partir d'un projet de création élaboré avec les éducateurs référents et les jeunes. Que ce soit dans les groupes de parole ou groupes avec un support, nous constatons l'effet facilitateur du collectif. En effet, à partir des questions et connaissances sur les consommations, chaque participant peut se saisir de cet espace pour faire émerger une parole sur son histoire singulière.
Les rencontres individuelles dans certains foyers sont plus difficiles à mettre en place et il est évident qu'elles fonctionnent avec les équipes auprès desquelles nous avons travaillé auparavant. L'idée étant, que chacun puisse se saisir de ces entretiens duels pour accepter un suivi à la consultation « Cathala » si cela s'avère nécessaire. L'orientation de nos interventions est plus axée sur la relation que le jeune entretient avec le « produit » que sur la substance elle-même. Ces adolescents qui posent des actes pour ne pas mettre des mots sur des souffrances ou des difficultés ont besoin de lieux et de temps pour entendre et être entendus et c'est bien là l'essentiel de notre travail (avec les professionnels ou auprès des jeunes) au sein des différentes structures.

Bilan Structures Justice	
Nombre de structures rencontrées	10
Nombre de professionnels rencontrés	155
Nombre de jeunes rencontrés	161

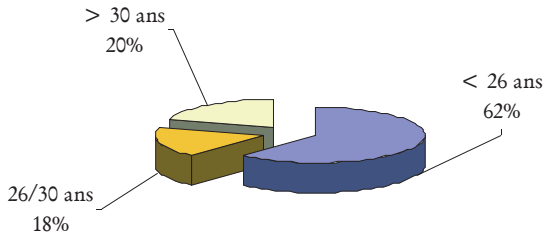
Bilan CHRS, MECS	
Nombre de structures rencontrées	11
Nombre de professionnels rencontrés	154
Nombre de jeunes rencontrés	39

Ce qui différencie ces deux actions, c'est le passé « judiciaire » des jeunes accueillis. Les placements ASE (aide sociale à l'enfance) sont proposés à des jeunes dont le contexte social, familial et/ou scolaire empêche le maintien à domicile. Les placements judiciaires s'exercent à l'égard des jeunes qui, en plus des mêmes raisons que celles décrites précédemment ont commis des délits.

Les problématiques familiales et sociales associées à des problématiques de « délinquance » demandent une attention particulière dans l'accompagnement que nous proposons aux équipes éducatives.
En effet, pour ces équipes, il existe aussi le risque d'une forme de banalisation du cannabis face à des problèmes multiples: ils sont garants de la loi, comme tout adulte auprès de jeunes et le mandat judiciaire qu'ils ont renforce ce rôle. Ils nous font part de leurs difficultés à hiérarchiser leurs interventions tant la transgression fait partie de l'agir des jeunes dont ils ont la charge.

1.9 - La Convention d'Objectifs Santé-Justice

• **File active**	**362**
Mesures	
Pré-sentenciel	306
Post-sentenciel	56
Orienté vers	
Stage de sensibilisation	81
CSST/CCA	107
Autres : CMP, médecins, etc.	7



Caractéristiques
62 % ont moins de 26 ans
84 % sont des orientations pré-sentenciel
30 % ont été orientées vers des structures spécialisées
11 femmes sur les 362 personnes reçues : les femmes sont-elles moins consommatrices ?
Les femmes sont-elles moins consommatrices sur le voie publique ?
Se font-elles moins interpeller ?

La majorité des personnes sont des consommateurs de cannabis, (80%), le rendez vous à la permanence permet de déterminer si l'usages est « récréatif », nocif ou s'il y a dépendance.
La permanence toxicomanie, tenue dans le cadre des Conventions Départementales d'Objectifs « Santé Justice » des Bouches-d- Rhône est assurée au sein du Tribunal de Grande Instance de Marseille. Les principaux partenaires de la permanence sont : les Délégués du Procureur, le service d'enquêtes rapides, le SPIP et le Centre de Peines Aménagées des Baumettes. Nous avons rencontré 96 professionnels dans le cadre du travail partenarial. Si les chiffres nous montrent que son domaine d'intervention se situe prioritairement dans le cadre du pré-sentenciel. (80%), la nouvelle loi pénitentiaire nous conduit à penser que la part de nos interventions du côté du post-sentenciel devrait être plus importante l'année prochaine. En effet, les aménagements de peine seront proposés pour les condamnations inférieures à 24 mois, (12 mois jusqu'à ce jour). Les orientations sur la permanence toxicomanie seront donc plus importantes de la part des Juges d'Application des Peines et du SPIP.
« L'injonction thérapeutique, avec toute sa contrainte, ne représente pas une situation très différente du toxicomane venant consulter spontanément. Cela exige de la part du clinicien une même démarche d'analyse de la demande, prenant en compte la dimension de défi à la loi inhérente aux toxicomanies. » (Debourg, 1997).

« Les soins obligés ?»

Qu'il s'agisse d'un rappel à la loi, d'une composition pénale, d'une obligation de soins ou d'un contrôle judiciaire, toutes les personnes reçues dans le cadre de la permanence le sont par « obligation » (alternative à la sanction ou sanction). C'est donc une dimension de contrainte qui préside la rencontre. Ces personnes sont souvent surprises de se trouver confrontées à la justice pour une consommation qu'ils pensent anodine.
La clinique de l'obligation de soins se situe entre le domaine privé du soin et le domaine public de la sanction pénale. La justice d'un côté, le soin de l'autre, et le « toxicomane » entre les deux, alternativement malade ou délinquant. Nous devons donc concilier deux domaines qui, à priori, sont par nature antagonistes, à savoir le domaine public de la justice et le domaine privé du soin. Dans cette rencontre obligatoire au tribunal, il ne s'agit pas de redire la loi mais plutôt de s'appuyer sur le cadre qu'elle prévoit pour permettre un espace de parole. C'est évidemment une relation qui n'est pas habituelle, car du « duel » de l'entretien thérapeutique, nous passons à une relation que l'on peut nommer « triangulaire ».

L'évolution du dispositif de soins vers l'addictologie, amène celui ci à se préoccuper des consommations de substances licites, notamment l'alcool. Afin de tenir compte de cette importante évolution, nous proposons donc d'accueillir au sein de la permanence, des personnes interpellées pour un délit associé à l'usage d'alcool.
Parfois cet usage n'est qu'occasionnel, sans conséquences néfastes pour la personne et le délit associé « accidentel ». Parfois, il est le signe d'une réelle difficulté voire d'une dépendance à l'alcool. Dans ces cas là, la rencontre avec un « soignant » peut s'avérer déterminante dans l'inauguration d'un processus thérapeutique.

Stages organisés depuis la mise en place des stages de sensibilisation

Entre le mois de Janvier et le mois de Juillet 2009, nous avons animé 3 stages de sensibilisation à l'usage des stupéfiants. 35 personnes y ont participé. Depuis Septembre ces stages se poursuivent, ils répondent au cahier des charges imposé par la MILDT, organisés par l'association « Université du citoyen ».

1.10 - L'intervention en Centres de Détention de Salon-de-Provence et Tarascon

Comme les années précédentes, les actions en milieu pénitentiaire se sont poursuivies sur les Centres de Détention de Salon et de Tarascon. Y interviennent :

- une éducatrice spécialisée dans le cadre de suivis socio-éducatifs visant à préparer la sortie
- une psychologue dans le cadre de suivis thérapeutiques, auprès des personnes ayant ou ayant eu une problématique addictive et qui souhaitent, pendant leur détention, réfléchir sur leurs usages, qui dans la plupart des situations ont un lien avec les faits qui ont conduit à la détention.

Les orientations émanent des détenus eux mêmes, des personnes qui les ont en charge (Conseillers d'Insertion et de Probation, Médecin psychiatre, Infirmières, Psychologues, Pôle emploi...), de structures de soins (CSSD des Baumettes notamment), voire du Juge d'Application des Peines (dans le cadre d'obligations de soins).

Tableau synoptique de l'activité aux Centres de Détention de Salon-de-Provence et Tarascon	
• **File active Totale**	**98**(*)
(*) Un certain nombre de personnes sont vues à la fois par l'éducatrice et par la psychologue	
Nouveaux cas	46
Nombre d'entretiens	813
• **Chiffres de l'accompagnement socio-éducatif**	
File active	**59**
Dont nouveaux cas	26
Nombre d'actes	317
Dont participants à l'atelier de préparation à la sortie	33
Nombre de séances	29
• **Chiffres de l'accompagnement psychologique**	
File active	**48**
Dont nouveaux cas	20
Nombre d'entretiens	496

1.10.1 - L'accompagnement socio-éducatif

L'objectif de ces prises en charges, qu'elles soient individuelles ou collectives est la ré-insertion, voire l'insertion des personnes détenues (en termes de soin, d'hébergement, d'emploi ou de formation...). De fait, ces suivis soutiennent la préparation à la sortie.

Quelques traits saillants de l'activité de cette année 2009 :

Tout d'abord le constat d'une diminution de la file active, qui s'explique par le fait que nous avons fait de privilégier l'engagement des détenus dans les prises en charge. Ceci corrélé au temps d'intervention conduit, à terme, à une impossibilité de « laisser la place » à de nouvelles demandes.

Par ailleurs le lien effectif entre suivi socio-éducatif et projet de sortie : ex : à Tarascon sur les 34 personnes suivies individuellement, 11 sont sorties dont 9 avaient un relais sur un dispositif soignant.

La régularité avec laquelle les participants viennent dans les groupes signe à la fois leur intérêt, ainsi que leur engagement dans ce travail de préparation à la sortie dont les évaluations disent combien il permet de rompre l'isolement et apporte les informations utiles dans la préparation du projet de sortie.

1.10.2 - L'activité psychologique

Comme pour l'activité socio-éducative, 2009 a vu une légère diminution de nombre de personnes accueillies et suivies et ce pour les mêmes raisons, à savoir le choix de privilégier la longueur des prises en charges pour des détenus qui à la fois en font la demande, mais aussi, dont les situations sont telles que le besoin est grand de les écouter et de leur proposer un espace thérapeutique.
Pour preuve du besoin éprouvé et de l'importance des demandes, la liste d'attente qui atteint, à Tarascon, près de 35 personnes.

Au delà des besoins et des demandes, le « succès » de cette action est aussi dû à la confiance de nos partenaires qui, quand un problème d'addiction est « repéré », nous orientent les détenus afin qu'il leur soit proposé une écoute spécifique à ce problème.
L'alcool, continue à être très présent dans la grande majorité de ces situations qui se présentent souvent comme une succession de souffrances tant sociales que psychologiques, causes et/ou conséquences d'histoires de vie extrêmement chaotiques et marquées par les ruptures.

Le Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes « Ouest Etang de Berre »

Sommaire

2.1 - Introduction....28
2.2 - Données épidémiologiques....29
2.3 - L'activité éducative....30
2.4 - La prise en charge psychologique....33
2.5 - La consultation jeunes consommateurs....33
2.6 - Activité médicale et infirmière....34
2.7 - La prévention....36
2.8 - Conclusion et perspectives....38

2.1 - Introduction

Tableau synoptique d'activité

File active totale	**522**
Nombre d'entretiens	**2 199**
File active usagers	**172**
Dont nouveaux cas	**95**
File active **CSST**	114
Dont nouveaux cas	56
File active **Accueil Cannabis**	58
Dont nouveaux cas	39
Nombre d'entretiens	**2 063**
Interventions Précoces	**227**
Jeunes rencontrés à l'extérieur	197
Groupes de paroles	30
File active familles	**123**
File active **CSST**	18
File active **Accueil Cannabis**	20
Groupe de parole	85
Nombre d'entretiens	136

La file active globale du service a connu cette année une nette augmentation (**522** personnes ont été rencontrées – 443 en 2008 – 268 en 2007).
L'activité d'accueil au sein du service demeure stable concernant les usagers du CSST et de la consultation jeunes consommateurs, le nombre de jeunes rencontrés lors des interventions précoces continue de progresser chaque année (**227** en 2009 – 179 en 2008 – 74 en 2007).

De même, depuis deux ans, nous rencontrons davantage de familles (**123** en 2009 – 96 en 2008 – 50 en 2007). Cette augmentation est liée à la mise en place d'un séminaire de travail spécifiquement consacré aux questions de parentalité qui s'est inséré dans les actions développées par nos partenaires auprès des familles.
En revanche, c'est la première année que nous notons une diminution sensible du nombre d'entretiens qui s'explique par la vacance d'un temps plein éducatif (mai à octobre 2009) et par la carence d'un temps de psychologue susceptible de répondre aux demandes.
Ces quelques éléments statistiques rendent compte d'un développement continu de l'activité dans l'ensemble de nos registres d'interventions : prévention, soin et réduction des risques.

De plus, l'équipe s'est inscrite dans une dynamique nouvelle. Après les avoir expérimenté elle s'oriente vers la formalisation de pratiques incluant la notion fondamentale de « collectif ».

Cette pratique soutient l'ouverture de la relation des patients au monde extérieur ; elle vise à réintroduire un peu « d'autre » pour contrer le vide de leur existence. Nous essayons de renverser, l'effet des pratiques addictives et de leur radicalité qui peuvent rompre la relation à l'autre et à soi.
Pour certains, nous tentons de répondre à l'absence de relations sociales, à la chronicité, qui réduisent souvent leur trajet aux allers-retours entre le domicile et le centre de soins.

Nous avons commencé à accueillir des personnes pour une addiction comportementale (internet, jeux vidéo, jeux d'argent et de hasard). Cela a concerné aussi bien des adolescents que des adultes et des familles. Il nous reste à davantage communiquer cette nouvelle offre de prise en charge à l'ensemble de nos partenaires afin qu'elle soit mieux connue.

L'activité de prévention demeure toujours aussi importante ; la diversité des projets se confirme encore cette année : programme MILDT[1] Education Nationale, formation des acteurs locaux, interventions précoces, participation à des espaces de prévention qui se pérennisent (café-santé, salon des jeunes, journée bien-être....)

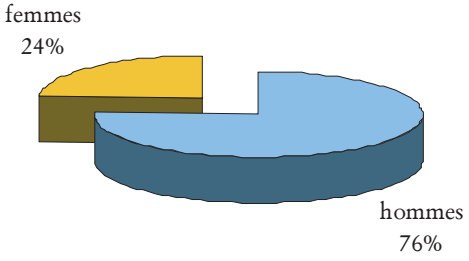
(1) MILDT : Mission Interministérielle de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie

Le CSST Ouest Etang de Berre

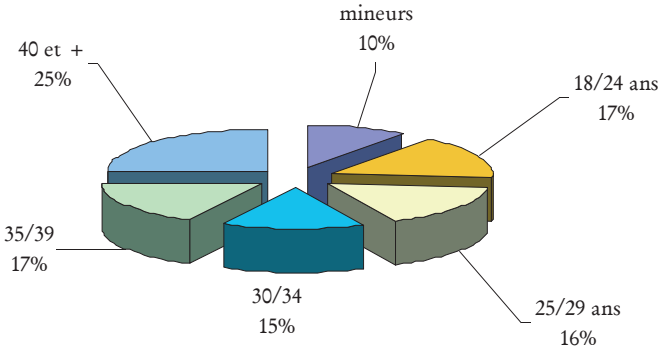
2.2 - Données épidémiologiques

File active : 172 personnes

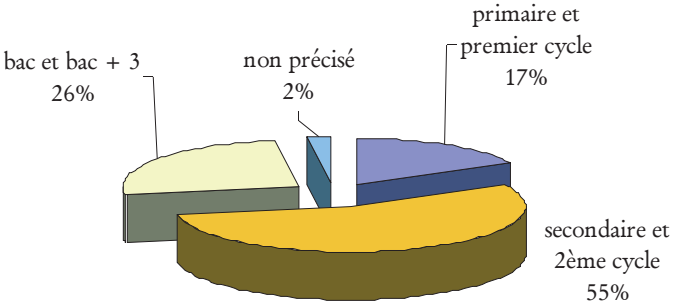
Répartition Hommes – Femmes



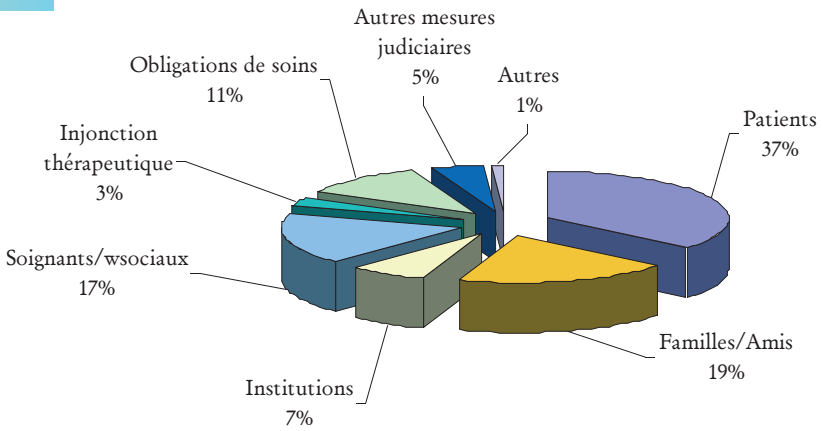
Age



Niveau scolaire

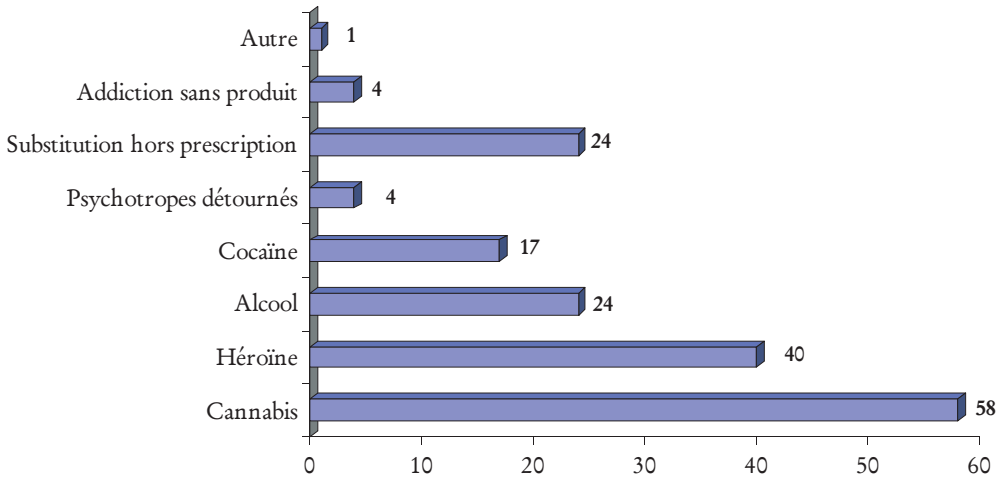


Origine de la demande



.

Produits à l'origine de la prise en charge



2.3 - L'activité éducative

Nombre de personnes (usagers et familles)	165
Dont nombre de premiers accueils	95
Nombre d'entretiens	781

L'approche éducative prend tout son sens du fait du large public que nous accueillons et de la multiplicité de nos modalités d'interventions. La prise en charge éducative peut s'appuyer sur l'accès au droit, support au travail, à la rencontre, parfois nécessaire au regard de certaines situations. Nous sommes également régulièrement sollicités sur des thématiques plus complexes : la place de l'usage du « produit » dans l'histoire des personnes que nous recevons, la place qu'elle leur donnent. Loin d'être dans une dimension réductrice de l'usage de drogues, notre posture ouvre bien d'autres questions.

Souvent, l'histoire du sujet est ainsi abordée, sa place dans sa famille, sa relation aux autres, au monde. La question du lien, du rapport au « produit » pris dans cette dimension historique pose les bases d'une réflexion riche et intense. Au fil de ce travail, les éducateurs peuvent, à l'interne, orienter des personnes vers d'autres professionnels de l'équipe (médecin, infirmière, psychologue). Certaines personnes en font la demande, à d'autres, nous le proposons.
Nous recevons aussi des familles, des proches, qui investissent les espaces d'échanges. A leur place, ces proches mettent en œuvre une réflexion qui, souvent, permet une prise de recul. « Ce pas de retrait » peut alors provoquer quelques changements : un autre regard sur des situations souvent complexes, une autre lecture de certaines réalités.... « cet espace » libéré, pouvant laisser place à une autre posture à l'égard « du consommateur », moins jugeante, moins stigmatisante.

L'accès aux droits

La conjoncture actuelle nous oblige à rester particulièrement vigilants aux difficultés économiques et sociales que rencontrent nos patients. Si la plupart d'entre eux ne connaissent pas de situations de grande précarité et de non accès au droit commun, c'est probablement à mettre en lien avec le bon fonctionnement des dispositifs locaux, facilement repérés et repérables pour la plupart d'entre eux. Cependant, nous constatons, chez certains, des situations d'endettement, des difficultés dans les paiements des factures courantes et le recours parfois nécessaire au secours alimentaire. Ainsi, sommes-nous davantage amenés à les orienter vers des structures proposant une aide ponctuelle (épiceries sociales, restos du cœur, banque alimentaire, tickets service), à veiller au maintien des droits et à soutenir de manière plus assidue certains patients dans la gestion de leur budget.
La mise en œuvre du RSA(2) depuis juin dernier, comme la récente mise en place du Contrat d'Engagement Réciproque (CER) devrait nous conduire, en tant que dispositif de soin, à une participation plus active notamment dans le cadre des mesures de « remobilisation par des actions santé ».

(2) RSA : Revenu de Solidarité Active

2.3.1 - Les dispositifs d'hébergement

L'hébergement d'urgence

Cette année, deux personnes ont été hébergées pour un total de 71 nuitées.

M. B 26 ans.

Monsieur B. à sa sortie de clinique trouve une place en hébergement d'urgence à Rognes. Cette prise en charge ayant pris fin, lorsque nous le rencontrons c'est la veille du week-end, il est sans solution d'hébergement, sans ressource et sans possibilité de recevoir son traitement de substitution : aucun relais n'a été établi avec la pharmacie qui le lui délivrait. Pour Monsieur B., le retour sur Marseille n'est pas envisageable. En effet, celui-ci craint de retourner dans cette ville où il a connu une période d'errance et de forte consommation de substances psychoactives. Monsieur B. arrive dans notre centre désorienté et visiblement en détresse. A l'issue de cette première rencontre, il exprime le souhait de venir s'installer à Martigues pour «repartir à zéro, loin des mauvaises fréquentations ». L'alternance de périodes d'hospitalisation et de périodes d'insertion sociale semble difficile à gérer pour ce jeune homme, tant qu'il n'a pas accès à un hébergement stable lui permettant de se projeter un minimum. Le dispositif d'urgence mis en place durant 10 nuitées a permis à Monsieur B. de se sentir en sécurité et de pouvoir réfléchir plus sereinement à sa demande, ainsi qu'à la mise en place de son projet : poursuivre son parcours de soin à l'aide de la substitution, réaliser les premières démarches concernant l'hébergement dans différents foyers.

Aujourd'hui, il est hébergé dans un foyer de Martigues pour une durée de 6 mois renouvelable. Il perçoit le RSA et commence à prendre des repères dans sa «nouvelle vie». Il est reçu régulièrement dans notre service par l'ensemble des membres de l'équipe.

L'hébergement d'urgence a permis à Monsieur B. de sortir de cette situation de crise, mais, il a aussi favorisé la création d'un lien de confiance, indispensable à tout accompagnement dans un parcours de soin et d'insertion.

Ce type de situation confronte fréquemment à un ensemble de problématiques difficiles à appréhender dans le contexte particulier de l'urgence. Si l'hébergement d'urgence est avant tout un dispositif visant à accueillir et garantir la sécurité et l'intégrité de la personne que nous recevons dans un moment de crise, il permet aussi d'opérer une mise à distance indispensable à l'élaboration d'une demande. Nous sommes conscients que pour que l'hébergement puisse apporter ce cadre rassurant et propice à la réflexion il nous faut travailler de manière étroite avec l'hôtelier, dans un esprit de confiance mutuelle. C'est pourquoi nous attachons une importance particulière au suivi du séjour des personnes admises au sein de ce dispositif.

L'hébergement de transition

Cette année, une personne a été hébergée 34 nuitées

Mr S – 37 ans

Mr S. est pris en charge au centre depuis plusieurs années et est très engagé dans le soin : suivi médical, soutien psychologique et accompagnement éducatif. Nous le recevons plusieurs fois par semaine. Depuis quelques mois, Mr S. traverse des moments difficiles qu'il évoque au cours de ses différentes rencontres avec les professionnels de l'équipe. Il aborde avec l'éducateur la question du logement ; en effet, il souhaite « prendre de la distance » avec son lieu de résidence habituel pour tenter de rompre le recours massif à la cocaïne présent avant son entrée dans le dispositif. Il travaille régulièrement et est plutôt bien inséré socialement. L'équipe se réunit et traite sa demande. Nous lui répondons favorablement. L'éducateur le reçoit à plusieurs reprises et pose le cadre de ce dispositif ; une date d'entrée est ainsi fixée. Dès les premiers jours dans le logement, Mr. S. arrive régulièrement très en retard ou ne se présente pas au rendez-vous. Nous avions fixé une date pour le règlement du loyer, dont il ne s'acquitte pas malgré nos nombreuses relances. D'autre part, à plusieurs reprises, il est absent lors des visites programmées à domicile. Nous tentons lors de rares rencontres avec lui de reprendre ses dysfonctionnements. Ceux-ci sont liés au moment critique que vit le patient, contemporain de son entrée dans le studio. Nous savons aussi que l'hébergement de transition provoque des moments de régression, peut-être est-ce pour ce patient insupportable ? Comme il nous l'a formulé, il revivait là dans un effet de répétition, ce qu'il avait connu lors de sa première prise en charge en hébergement dans un dispositif spécialisé quinze ans auparavant !

Nous essayons de renforcer le cadre, de multiplier les rencontres et notre présence pour soutenir le patient, mais ces reprises successives n'ont aucun effet.

Le chef de service et l'éducateur, en accord avec l'équipe, reçoivent Mr S. pour lui signifier l'arrêt de ce dispositif. Evidemment, nous lui proposons la continuité du soin au centre ; ce qu'il accepte. Lui-même, met rapidement un terme à ses venues.

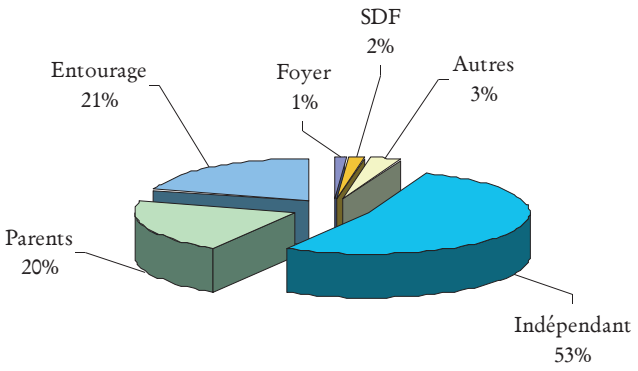
Nous apprendrons quelques semaines plus tard, que Mr. S a repris contact avec un autre centre de soins du département.

2.3.2 - Les temps collectifs

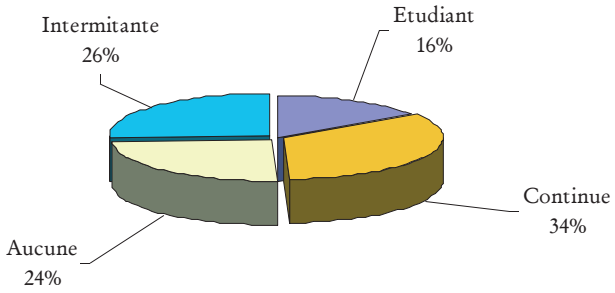
La question des pratiques de groupe suscite l'intérêt de l'équipe depuis longtemps. Cette année, nous avons mis en œuvre deux moments collectifs : un pique nique, une randonnée.
Deux supports simples, accessibles qui auront permis des moments de convivialité, d'échanges et de rencontres.
Ces deux expériences nous invitent à poursuivre cette pratique. En 2010, nous établirons un programme annuel de sorties.
C'est l'évolution du profil de certains patients et notamment la prégnance de leur isolement social qui nous amène aujourd'hui à proposer ces modalités.
Ce que nous visons c'est l'émergence chez certains d'entre eux le désir d'investir des activités similaires en dehors de notre prise en charge.

2.3.3 - La situation des usagers

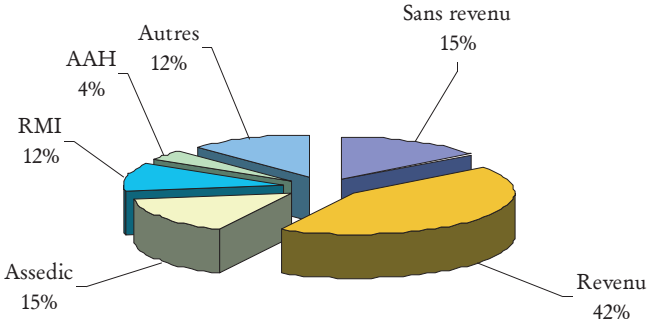
Le logement



Activité professionnelle



Ressources



2.4 - La prise en charge psychologique

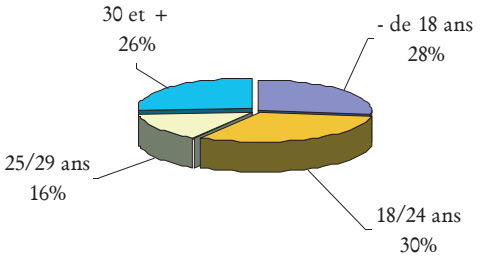
Nombre de personnes (usagers et familles)	76
Dont nombre de premiers accueils	31
Nombre d'entretiens	418

A côté des entretiens de premiers accueils qui peuvent donner lieu à une orientation vers un autre membre de l'équipe en fonction de la situation des patients, tous ceux qui formulent une demande de prise en charge psychologique s'y inscrivent avec assiduité. Ce qui caractérise notre activité c'est le nombre important de personnes suivies depuis de nombreuses années (entre deux et dix ans).
Les rares interruptions de prise en charge sont liées à des contraintes dans la vie sociale des patients, ce qui les rend pendant un temps indisponibles (reprise d'une activité professionnelle, formation, éloignement géographique...).
Nous pourrions également rendre compte de notre activité en faisant référence à la diversité des demandes à l'origine de la rencontre clinique : problématique alcool, jeux pathologiques, pratiques addictives dédiées aux opiacés, au cannabis, à la cocaïne, aux médicaments, substitution hors prescription, trouble des conduites alimentaires....
Cette diversité et cette variété de situations cliniques pourraient être regroupées sous la notion d'addiction ; quelle incidence, ce choix aurait-il dans l'orientation de notre pratique ? Nous pourrions nous appuyer sur le concept d'addiction qui engloberait cette variété dans la notion d'addiction comportementale.
Notre parti pris consiste à poursuivre notre direction dans une offre de soin référée à la clinique psychanalytique qui promeut celle du cas unique, du cas par cas.
Pour les personnes que nous rencontrons leurs pratiques addictives traduisent leurs tentatives de résoudre des douleurs et des conflits parfois anciens ; notre travail les engage dans un processus dynamique de reconstruction et de reprise de leur histoire afin qu'elles s'y situent autrement.

2.5 - La consultation jeunes consommateurs

Usagers	**58**
Dont nouveaux cas	39
Nombre d'entretiens	314
Familles	**105**
File active familles	20
Groupe de paroles	85
Nombre d'entretiens	70

File active : 58



Enzo est obligé de venir nous rencontrer lors de deux entretiens dans le cadre d'une mesure de réparation. Très méfiant, en retrait, fermé, il est reçu une première fois. Je tente de lui faire entendre qu'ici l'espace lui appartient ; avec beaucoup de bienveillance et d'empathie. Enzo parle peu, mais il devient moins méfiant. L'entretien dure vingt minutes et nous reprenons rendez-vous. Il revient, je reprends alors quelques éléments de notre première rencontre, très vite il me dit avoir compris. Il évoque sa consommation de cannabis, parle de là où il vit, le quartier, ses copains, l'école. Nous discutons, partageons quelques rires tout en répondant directement à ses questions sur son rapport au cannabis.
Je regarde ma montre : une heure d'échanges ; très direct je propose à Enzo de le revoir et il accepte.
Depuis plusieurs mois maintenant je reçois une fois tous les quinze jours ce jeune homme de 17 ans. Nous réfléchissons à sa situation bien au-delà de son usage de cannabis ; il amène de nombreuses questions, certaines douloureuses et complexes ; le travail ainsi engagé se poursuit.

L'accueil des familles

Madame C. arrive au centre en s'excusant de ne pas être accompagnée de son fils qui au dernier moment n'a pas souhaité venir nous rencontrer. Cette mère de famille de 47 ans qui élève seule ses 4 fils a découvert un morceau de haschich dans la chambre du plus jeune. Bien que ce dernier lui ait dit qu'il n'en avait jamais consommé, qu'il le gardait pour un ami, elle est bouleversée et sa confiance ébranlée. « Le cannabis, est-ce de la drogue ? Faut- il acheter un test sur Internet pour savoir si il dit vrai ? Comment l'aider ? Comment rétablir le dialogue alors qu'il se mure dans le silence dès que j'évoque le sujet ? »
Il n'est pas rare que nous rencontrions des parents dans le cadre de la « consultation jeunes consommateurs » alors qu'ils pensaient dans un premier temps seulement y accompagner leur enfant. Notre démarche consiste à les accueillir et à leur offrir un espace d'écoute où ils puissent exprimer leurs inquiétudes dans un moment souvent vécu comme une véritable épreuve dans leur rôle de parents. Le manque de connaissances sur les drogues, leurs effets et les risques encourus sont fréquemment présents dans ces rencontres. Il nous appartient alors de répondre le plus clairement possible aux diverses questions.

D'autres fois, la question du cannabis émerge au sein d'histoires familiales complexes qui demandent un étayage plus soutenu mobilisant l'ensemble de l'équipe : psychologue, médecin, infirmière, éducateurs et s'inscrivant dans la durée.

2.6 - Activité médicale et infirmière

2.6.1 - Réduction des risques liée à l'usage de drogues

Dans le cadre de la réduction des risques liés à l'usage de drogues nous développons plusieurs activités :

- Mise à disposition de préservatifs et de documents de prévention et d'information sur les conduites addictives et les maladies infectieuses, dans le service et lors d'interventions extérieures.
- Délivrance de matériel de réduction des risques accompagné de messages de prévention, de conseils, pour des consommations et des pratiques à moindres risques.

Dans ce cadre, nous avons reçu cette année 5 personnes de manière très régulière et 7 plus occasionnellement.

Matériel distribué	
Stéribox®	193
Seringues à insuline	1 114
Sérum physiologique	592
Compresses alcoolisées	803
Stérifilts®	454
Strawbags®	49
Préservatifs	1 583

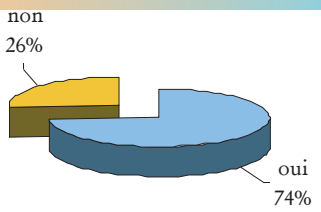
Nous notons cette année une nette augmentation du matériel distribué. Celle ci est due à un léger accroissement de la file active, mais surtout au fait que les usagers (particulièrement les jeunes), soucieux d'avoir du matériel individuel et des conditions d'hygiènes correctes, n'hésitent plus à demander du matériel en quantité. Ces rencontres peuvent aussi être l'occasion de se poser et de parler avec la personne de sa situation de manière plus globale, ce qui leur permet de mieux nous connaître et d'avoir la possibilité de se saisir des différentes offres de soins et d'accompagnements que nous proposons.
Nous avons poursuivi le travail de lien et d'enquête auprès des pharmacies du secteur Ouest Etang de Berre afin d'établir un diagnostic des problématiques et des besoins du territoire.

Les Stéribox® et seringues à insuline restent accessibles aux usagers : 37 pharmacies sur les 44 du territoire, délivrent du matériel d'injection.
Il persiste le mésusage de la buprénorphine haut dosage par voie intraveineuse avec toutes les conséquences que cela entraîne (abcès, thromboses veineuses, phlegmon...)
Cette année encore, ressort de notre enquête, l'absence de dispositif de récupération et de traitement des déchets, que ce soit pour les usagers de drogues ou d'autres personnes utilisant des seringues (personnes diabétiques insulinodépendantes par exemple) ; la plupart des pharmaciens attendant que les mairies financent un protocole de récupération des déchets.
Dans la continuité du travail engagé au sein du Comité de Pilotage Départemental de Réduction des Risques, nous avons participé aux formations qui ont été proposées.

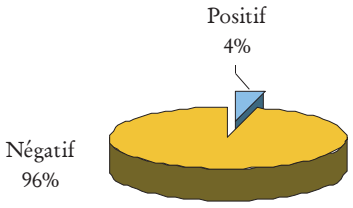
2.6.2 - Connaissance du statut sérologique et prise en charge des pathologies infectieuses associées à l'usage de substances psychoactives

File active 172 personnes

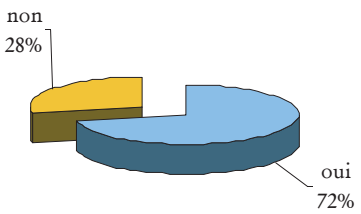
Test VIH effectué



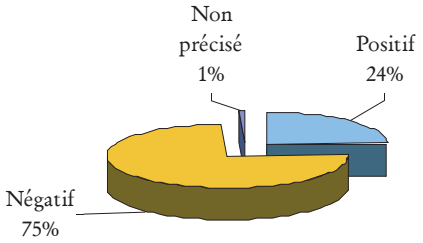
Résultat du test VIH sur les 127 personnes l'ayant effectué



Test VHC effectué



Résultat du test VHC sur les 123 personnes l'ayant effectué



Nous devons insister sur le dépistage du VIH et des hépatites. Nous incitons les patients se sachant depuis plusieurs années porteurs du VHC à contrôler leur bilan biologique et à consulter un spécialiste afin d'entreprendre un traitement qui permettra la guérison dans de nombreux cas. C'est pourquoi, nous rencontrons deux fois par an le Docteur Baroni, hépato-gastro-entérologue à l'hôpital de Martigues pour un suivi soutenu des patients.

2.6.3 - Substitution par Buprénorphine Haut Dosage (BHD)

Les médecins du Réseau santé Ouest Etang de Berre et certains médecins de ville de notre zone géographique sont impliqués depuis longtemps dans ce type de traitement et les patients consultent donc rarement au CSST pour l'initiation. Cependant, certains d'entre eux nous sont réorientés en cas de mésusage. Ainsi un patient suivi en « médecine de ville » a arrêté brutalement son traitement par buprénorphine débuté depuis plusieurs années mais pour lequel un mésusage persistait avec injection entraînant des complications locales.
Après quelques jours de sevrage, nous lui avons de nouveau prescrit un traitement par buprénorphine, bien sûr avec son accord. La prise ne charge au centre, plus étayante a permis le passage à la voie sub-linguale et la diminution lente et progressive de la posologie.

2.6.4 - Substitution par Méthadone

Actes infirmiers pour la délivrance de la Méthadone	**1 399**
Nombre de patients suivis en 2009 dans le programme méthadone dont : - **28** patients sous méthadone « sirop » - **8** patients sous méthadone « gélules » **Patient inclus au 31/12/09 dont** - **20** patients méthadone « sirop » - **4** patients méthadone « gélules »	**36** **24**
Répartition Hommes Femmes	 **29** **7**
Moyenne d'âge Compris entre **19** et **51** ans	**37 ans**
Posologie journalière moyenne pour les patients Comprise entre **2** et **110** mg	**39,16 mg**
Pathologies virales associées Séropositivité au VIH (co-infection VIH/VHC) Séropositivité au VHC Séropositivité au VHB	 **3** **14** **4**

Cette année la file active des patients sous traitement de substitution par méthadone reste stable tant pour les patients bénéficiant de la forme sirop que de la forme gélules.
On ne note pas non plus, de changement significatif quant à l'âge et au sexe des patients.
En 2009, 12 nouveaux patients sont entrés dans le « programme méthadone » : 3 ont bénéficié de l'instauration du traitement dans notre centre, les autres ont été orientés soit par des médecins de ville, soit par d'autres CSST.
12 personnes ont interrompu leur traitement de substitution par méthadone dans notre centre :
- 1 perdu de vue,
- 3 incarcérations,
- 4 relais en médecine de ville ou vers d'autres CSST,
- 3 sevrages,
- 1 décès (lié à des complications d'une co-infection VIH/VHC),

Les durées de prise en charge varient beaucoup pour le traitement par méthadone sous la forme sirop allant de 1 semaine à 6 années.
Les patients suivis dans le cadre d'un traitement sous la forme gélules bénéficient du traitement par méthadone depuis plus d'un an et sont équilibrés sur le plan des consommations, mais aussi sur le plan médical et psychologique (les prescriptions de méthadone sous la forme gélules étant restreintes par ces conditions).

Nous pouvons initier un traitement de substitution par méthadone, ou en prendre le relais. Nous pouvons aussi proposer le passage à la forme gélules de ce traitement.
L'adaptation du traitement, le suivi de l'observance permettent à la plupart des patients de s'abstenir d'une consommation de produits opiacés. Pour certains, peuvent perdurer des consommations occasionnelles ou plus problématiques. Notamment, ont persisté chez deux patients, des consommations de Subutex® par voie intra-veineuse.

Le traitement de substitution ne doit pas négliger la recherche de co-morbidités psychiatriques. L'absence de psychiatre, au CSST, nous conduit à adresser les patients soit au CMP[3], soit à l'hôpital du Vallon. L'orientation vers la consultation d'un psychiatre à l'extérieur est souvent le fruit d'un long travail d'orientation en amont et nécessite parfois l'accompagnement physique du patient. Les rencontres et la coordination avec les psychiatres assurant, pour certains patients, un suivi très régulier en consultation ou en hôpital de jour, restent souvent informelles. Le traitement de substitution ne peut être la réponse unique aux divers symptômes présentés par nos patients (pathologies anxio-dépressives, troubles psychotiques...)
A côté d'une prise en charge médico-psycho-éducative, nous aurions le désir d'un partenariat plus formalisé avec les services de psychiatrie, un suivi conjoint des patients s'avérant souvent nécessaire.

(3) CMP : Centre Médico-Psychologique

2.6.5 – Consultations médicales hors substitution

Un nombre croissant de patients consulte en dehors de la prescription d'un traitement de substitution opiacé (T.S.O) avec des demandes diverses :

- Sevrage à des substances opiacées que nous accompagnons à la demande du patient. Une seule a abouti à une hospitalisation et a permis le passage de la voie injectable à la voie sub-linguale.
- Soutien après sevrage ambulatoire d'un T.S.O.
- Prise en charge du mésusage d'un traitement hypnotique ou par benzodiazépines.
- Prise en charge de patients avec des dépendances à la cocaïne, au cannabis ou à l'alcool.
- Augmentation des demandes liées à une obligation de soins.

2.7 - La prévention

Les actions auprès des publics : jeunes, adultes, familles, ont connu cette année un accroissement important (**744** personnes en 2009 – 571 en 2008). Par contre, nous avons rencontré **361** professionnels (462 en 2008) ; cela rend compte du difficile équilibre que nous devons trouver dans la répartition et l'organisation de notre activité concernant chaque objectif opérationnel. Cet accroissement s'explique par l'existence d'espaces de prévention qui prennent la forme de journées « balisées » notamment dans les établissements scolaires (journée bien-être, café santé, salon des jeunes, ...) qui nous amènent donc à rencontrer un large public.
Sur le plan qualitatif, se confirme pleinement la diversification des projets dans lesquels s'investissent des professionnels d'horizons différents : atelier théâtre, création d'outils par les jeunes (jeu de sept familles), rencontre-débat après la projection d'un film...
Contrairement à ce que nous écrivions dans notre précédent bilan d'activité, les actions concernant les addictions comportementales n'ont pas été mises en œuvre. Même si nous introduisons ces nouvelles thématiques lors de nos interventions, c'est la problématique des pratiques de consommations chez les jeunes qui continue de préoccuper les équipes éducatives. Elles nous sollicitent notamment pour les aider à mettre en place dans leur structure, des modalités de repérage, de prise en compte de ces jeunes en difficultés afin de les orienter dans les meilleures conditions vers la consultation jeunes consommateurs.

2.7.1 - Le Travail avec les adultes encadrants

361 professionnels	Lieu de réalisation
Travailler avec les adultes encadrants : • Informer et former les professionnels • Elaboration de projets et soutien méthodologique • Impulser une dynamique dans le cadre des réseaux de professionnels • Travailler autour de l'orientation	**Châteauneuf-les-Martigues :** (43 professionnels) Relais Jeunes, Collège les Amandeirets, chantier d'insertion « Graines de soleil », CLSPD(4) **Fos-sur-Mer:** (112 professionnels) Collège Malraux, Centre Social Fosséen, Maison des Jeunes, Service Jeunesse, CLSPD, Atelier Accompagnement Personnalisé, PJJ(5), Direction Générale Mairie. **Martigues :** (92 professionnels) Lycées, Organisme de formation : ADREP(6), ADDAP(7) 13, Foyer PJJ, Centres sociaux, CIO(8), Collège Pagnol et Segpa, Vie Libre, Alotra, EMAA(9), Service Addictologie de l'Hôpital de Martigues, Salon des Jeunes. **Port-de-Bouc :** (114 professionnels) Collège Mistral, Lycées Mongrand et Moulin, Centres sociaux, Équipes St Vincent, ACTIS(10), CFA(11) Rol Tanguy, Action Solidaire, CLSPD, Mission locale, Structure concernant l'ensemble des communes : UEAT (Unité Éducative Auprès du Tribunal) Structures concernant Port-de-Bouc, Martigues et Fos-sur-Mer: ADELIES (médiateurs de proximité des collèges)

(4) CLSPD : Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
(5) PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
(6) ADREP : Centre de Formation
(7) ADDAP : Association Départementale pour le Développement des actions de Prévention
(8) CIO : Centre d'Information et d'Orientation
(9) EMAA : Equipe Mobile Accueil Accompagnement
(10) ACTIS : Action Collective territorialisée d'innovation sociale
(11) CFA : Centre de Formation Apprenti

2.7.2 - Les actions auprès des publics : jeunes, familles, adultes

744 personnes	Lieu de réalisation
Actions auprès des publics : • Rencontres-débats • Groupes de parole • Construction d'outils de prévention: trivial, projet héâtre, affiches, expositions... • Ateliers de soutien à la fonction parentale.	**Châteauneuf-les-Martigues** : (173 personnes) Relais Jeunes, Collège les Amandeirets, chantier d'insertion « Graines de soleil ». **Fos sur Mer :** (42 personnes) Centre Social Fosséen, Atelier d'Accompagnement Personnalisé, PJJ (Stage citoyenneté). **Martigues :** (214 personnes) Organisme de formation : ADREP, Centres Sociaux Jeanne Pistoun et St Roch, ADDAP/CS St Roch, Lycées Jean Lurçat et Paul Langevin, PJJ (Foyer et milieu ouvert), Collège Pagnol (Segpa). **Port-de-Bouc :** (315 personnes) Collège Mistral, Lycées Mongrand et Moulin, Centre social J. Brel, Équipes St Vincent, ACTIS, CFA Rol Tanguy

2.7.3 - Les formations, colloques, tables rondes

126 professionnels	Lieu de réalisation
Formations, Séminaires, Colloques, Tables rondes...	**Châteauneuf-les-Martigues** : (24 personnes) Lomatrans, Total **Fos sur Mer** : (46 personnes) Formation des équipes des structures locales : Centre social Fosséen, Maisons de quartier, Maison des Jeunes, Service Petite Enfance **Martigues** : (40 personnes) ADDAP 13, IFSI, RSOEB, CCAA **Structure concernant l'ensemble des communes** : (16 personnes) ADELIES

2.7.4 - Partenariat avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)

Il y a des engagements professionnels réciproques qui donnent au mot partenariat tout son sens. Nous évoquerons là l'importante collaboration avec la PJJ. Cet engagement commun s'inscrit sur plusieurs axes :

Foyer de Martigues :
Nous rencontrons régulièrement les groupes de jeunes hébergés au foyer lors de nos actions de prévention. De ces rencontres collectives émergent régulièrement des accompagnements individuels au CSST.

CAE de Martigues :
Nous participons aux stages de citoyenneté sur le secteur organisés par la PJJ ; d'autre part, nous travaillons avec l'équipe pour faciliter les accompagnements individuels. Nous organisons également des séances en groupe avec les jeunes suivis.

Unité Educative Auprès du Tribunal (UEAT) :
Depuis 2007, nous poursuivons notre étroite collaboration. Nous organisons l'accueil et l'accompagnement de jeunes mineurs pour lesquels des mesures de réparation ont été prononcées. Cette modalité de travail permet à quelques uns d'entre eux de s'engager dans un suivi régulier au-delà des deux rencontres obligatoires.

2.7.5 - Le Programme de Prévention des Conduites Addictives en Milieu Scolaire

L'année 2009 a été consacrée au suivi des projets de classes au sein de l'ensemble des établissements dont les équipes ont bénéficié de la formation au programme.

L'objectif 1 qui concerne la formation des équipes pédagogiques sera poursuivi dès 2010. Il concernera les établissements suivants : Lycée Professionnel Jean Moulin et le CFA de Port de Bouc, le CIO de Martigues-Istres.

Objectif 2 :
Activité 1 : préparation des séances, évaluation des actions...
12 réunions avec les équipes éducatives : 44 professionnels concernés : Infirmière, CPE[12], Assistante Sociale, Principal, documentaliste, professeurs de maths, français, histoire, anglais, chimie, ECJS (éducation civique juridique et sociale) :

- Montage de projets pluridisciplinaires
- Préparation des séances
- Travail sur les outils et documents utilisés
- Synthèse et bilan des actions menées

Activité 2 : Intervention au sein de 9 classes
11 séances animées par le référent, 8 séances en co-animation (référent du programme et enseignants et documentaliste), 6 séances gérées directement par les enseignants après préparation avec le référent , 4 séances animées par le référent du programme en présence des enseignants.

Activité 3 : Accueil de groupes au centre de soins
Cette année, nous n'avons pas accueilli de classes dans le cadre de la consultation jeunes consommateurs.

Activité 4 : Participation au CESC[13], communication/ information aux Directions, évaluation :

- 2 participations aux CESC (16 personnes présentes)
- 3 réunions avec les équipes de direction

Objectif 3 :
Activité 1 **:** Echange de pratiques
1 réunion organisée par le CIRDD

Activité 2 : Réunions de supervision et partage des expériences
1 réunion de l'ensemble des équipes chargées de la mise en place du programme au sein de l'AMPTA.

2.8 - Conclusion et perspectives

Comme nous l'écrivions en introduction, en 2010 l'équipe va poursuivre la mise en place des activités collectives qui s'organiseront autour d'un atelier d'écriture, des activités sociales et culturelles (randonnées pédestres, visite de sites naturels, médiathèque...).

En ce qui concerne la prévention, nous poursuivrons cette année les groupes de formation avec les équipes éducatives. Notre expérience nous a enseigné tout l'intérêt de transmettre aux équipes des informations validées, des repères pour aborder eux-mêmes dans leurs structures respectives les problématiques de consommations chez les jeunes. En effet, nous pouvons en témoigner aujourd'hui ; un grand nombre d'équipes ainsi formées disposent d'adultes relais capables de poursuivre à la fois des projets de prévention et de réaliser des orientations qui aboutissent lorsque cela s'avère nécessaire.

La perspective de changement majeur pour le service concerne son changement de statut puisqu'il passera de CSST en CSAPA[14] qui devra répondre aux besoins de la population et couvrir une large zone de l'Est à l'Ouest de l'Etang de Berre en lien avec une autre association intervenant sur le même territoire : l'ANPAA[15].
De fait 2010 (et les années suivantes) seront consacrées, entre autres, à la construction et à la formalisation de ce partenariat qui va nous amener à penser autrement nos activités et leur organisation. En effet nous devrons nous attacher à créer de nouvelles réponses communes tout en ne négligeant ni l'histoire, ni l'expérience ni les cultures de chacun d'entre nous, ce qui, au delà des spécificités tant des équipes que des files actives nécessitera un important travail de mise en commun et d'harmonisation des pratiques.

(12)CPE : Conseille Principal d'Education
(13) CESC : Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
(14) CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
(15)ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

Sommaire

Le CSAPA d'Aubagne.....40

3.1 - Introduction.....40
3.2 - Données épidémiologiques.....41
3.3 - La consultation médicale.....41
3.4 - La consultation infirmière.....42
3.5 - Le suivi social.....43
3.6 - Les Consultations psychologiques.....43
3.7 - Les actions de Prévention 45
3.8 - Conclusion 46

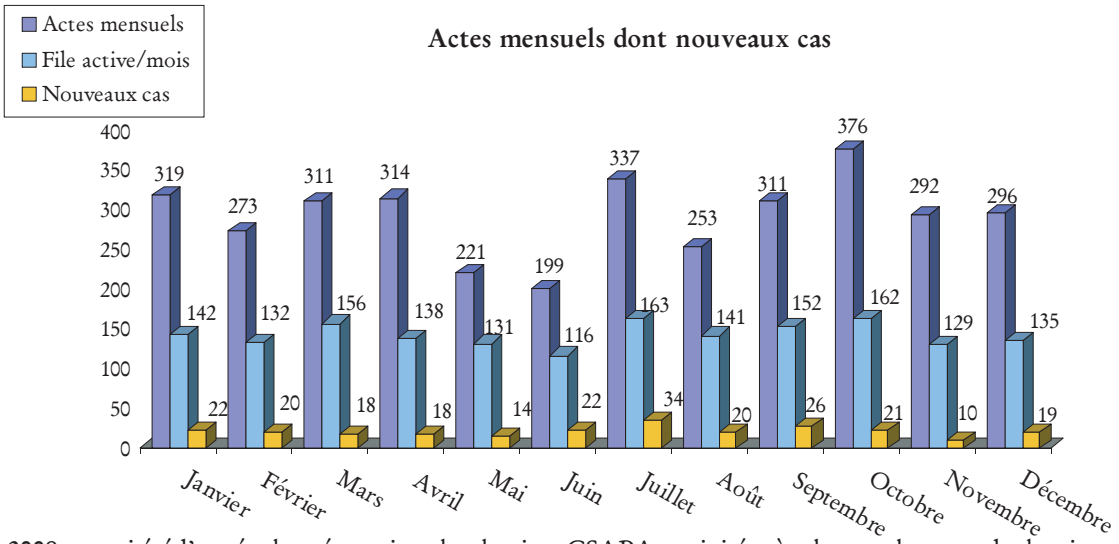
Le PAEJ de la Ciotat.....47

3.9 - L'activité d'accueil 47
3.10 - La consultation psychologique.....47
3.11 - L'activité éducative et sociale.....47
3.12 - La prévention.....47
3.13 - Conclusion 48

Le CSAPA d'Aubagne

3.1 - Introduction

C'est en Septembre 2009 que nous avons fêté les 3 ans du CSAPA d'Aubagne. Notre partenariat s'est encore développé tant avec les médecins généralistes que les institutionnels. Une convention est en cours de formalisation avec le CHS VALVERT et de nouveaux partenaires font appel à nous pour assurer des séances de formation et des actions de prévention. Avec 20 nouveaux patients tous les mois, la file active s'est à peu près stabilisée (+ 5% pour les malades) car nous sommes arrivés au maximum de nos capacités d'accueil. Il nous a d'ailleurs souvent fallu différer l'accueil des familles pour permettre aux nouveaux arrivants d'être reçus.



2009 a aussi été l'année de préparation des dossiers CSAPA, activité très chronophage sur le dernier trimestre. Malgré cela, 464 patients et 93 familles ont été reçus générant près de 3 700 entretiens et consultations. L'activité de prévention a continué à se développer à Aubagne ainsi qu'à Auriol dans le cadre d'une action s'inscrivant dans le PRSP(1).

Tableau Synoptique d'activité

File active totale	**557**
Nombre d'entretiens	3 625
File active usagers	**464**
Dont nouveaux cas	243
Nombre d'entretiens	3 450
Moyenne d'entretien	7,44
File active familles	**93**
Nombre d'entretiens	175
moyenne d'entretiens	1,88

Typologie	Nombre d'actes
Consultations médicales	878
Consultations infirmières	1 186
Accompagnement social	461
Soutien psychologique et Psychothérapie	1 096
Autres actes	4
Total	**3 625**

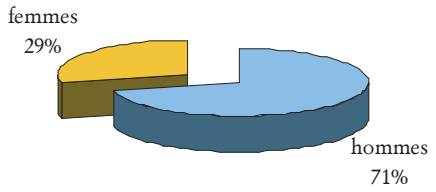
Si nous regrettons le départ de notre jeune assistante sociale Melle Véronique MOSER, c'est pour avoir le plaisir d'accueillir au sein de notre équipe Melle Sadia OUADI qui la remplace dorénavant avec compétence, gentillesse et efficacité.
Nous souhaitons de tout cœur pour 2010 pouvoir continuer à assurer notre mission avec autant de dynamisme.

(1) Programme Régional de Santé Publique

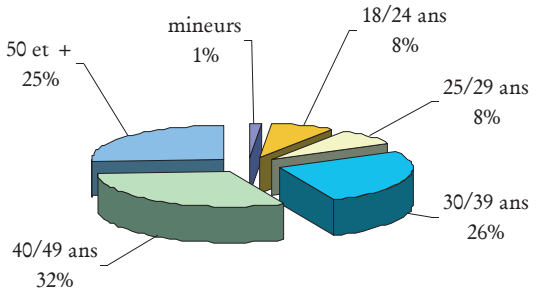
3.2 - Données épidémiologiques

File active : 464 personnes

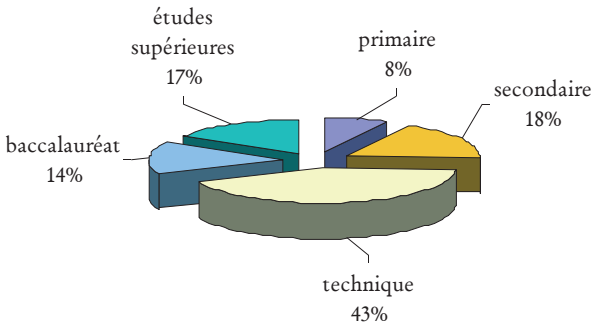
Répartition Hommes – Femmes



Age



Niveau scolaire



3.3 - La consultation médicale

L'activité médicale reste stable avec 878 consultations dans l'année 2009 soit une légère augmentation par rapport à 2008. Si la problématique alcool reste le premier motif de consultation, on note une augmentation des demandes de prise en charge liées à la consommation de cocaïne. Les entretiens en relation avec des addictions sans produits se sont également accrus.

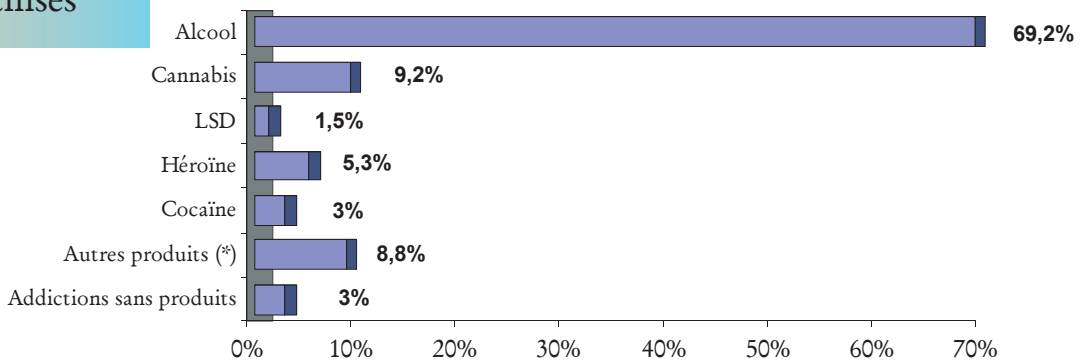
En ce qui concerne l'origine de la demande, nous constatons, encore cette année, une inflation des demandes de patients sous main de justice (prés de 20% de la file active des malades). Un projet de groupe de parole spécifique est en cours d'élaboration qui devra tenir compte du manque de motivation de ces consultants.

Par ailleurs c'est avec plaisir que nous avons noté un doublement des consultations avec les patients qui nous sont adressés par nos confrères libéraux ou les services hospitaliers, signe de la visibilité de la structure dans le paysage médicosocial du bassin d'activité.

3.4 - La consultation infirmière

File active : 464 personnes

Produits utilisés



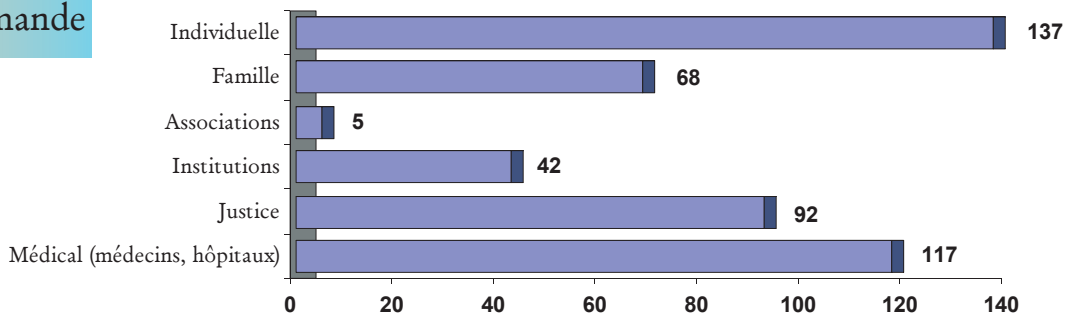
(*) *Autres produits (tabac, médicaments, Méthadone ou Subutex® hors prescription, crack...)*

L'année 2009 voit une stabilisation de « l'activité infirmière ».
La problématique alcool demeure toujours le premier motif d'entretien.

Le jeu pathologique, lui, semble progresser. Dans ce type de conduite addictive, on constate une demande importante de soutien familial. L'abus du jeu World of Warcraft pose la question du rôle de la famille et soulève des interrogations comme : « *Jusqu'où peut-on laisser faire l'adolescent ?* » « *Est-ce une addiction ou un usage abusif ?* », « *Quelle relation (peu ou plus d'échanges) reste-t-il entre les parents et « l'adolescent » qui se coupe du monde réel ?* »
Les moments conviviaux des temps de repas se sont peu à peu effacés au profit d'une virtualité qui rythme la vie du « joueur » qui rejoint rapidement les rendez-vous pris avec les autres joueurs sur la toile, entraînant des difficultés pouvant aller jusqu'à l'échec scolaire et la rupture familiale. Ces situations demandent une analyse des besoins de la famille et du joueur et nécessitent une réponse appropriée à leurs attentes.
Par ailleurs, les obligations de soins sont en augmentation (20%) et nécessitent de plus en plus de consultations infirmières, ce qui nous oblige à repenser notre organisation pour l'année 2010, avec la mise en place de groupes d'informations et de paroles spécifiques.
Cette année encore, un temps d'information au Centre de Détention de Tarascon a été organisé. C'est toujours avec beaucoup d'émotion que les détenus quittent ces séances d'informations.

File active : 464 personnes

Origine de la demande



Le groupe de parole

La fréquentation du groupe de parole au CSAPA a connu la même intensité qu'en 2008 (76 personnes en 44 séances). Cependant, la répartition par sexe s'est modifiée. De nouveau, comme en 2007, nous avons 2/3 d'hommes pour un 1/3 de femmes.
La préparation des séances mobilise beaucoup de temps ; sélections de photos pour le photo- langage, mise en forme, choix de films, invention de mots croisés...
Ce travail est très apprécié des patients qui trouvent aussi des temps de parole libre où ils peuvent exprimer leurs craintes, leur ré-alcoolisation, la difficulté à arrêter, le regard des proches, la fierté de la sobriété... etc.
L'animation du groupe est confiée à deux animateurs afin de corriger les idées fausses, éviter les débordements et supporter la charge affective déposée.

3.5 - Le suivi social

Nombre d'usagers	**146**
Dont nombre de nouveaux cas	55
Nombre d'entretiens usagers et familles	461

L'assistante de service social participe à la prise en charge des personnes suivies par l'équipe pluridisciplinaire du CSAPA. Son intervention sur le volet social (logement, budget, démarches administratives...) favorise une prise en charge globale de la situation des personnes. Elle est amenée à accueillir en premier accueil des usagers et favorise le lien et l'orientation vers l'équipe pluridisciplinaire (psychologue, médecin et infirmier) lorsque la demande est formulée.
Lors de la mise en place d'un accompagnement, elle évalue la situation, soutient, conseille, informe et oriente les personnes selon leurs besoins. En parallèle des orientations faites sur l'équipe du CSAPA, elle s'appuie aussi sur les partenaires extérieurs à la structure afin de répondre au mieux aux besoins des patients.
Elle participe également, avec les infirmiers, à un groupe de parole qui a lieu toutes les semaines, et qui permet de mettre en place une relation d'aide différente que celle qu'elle met en place en individuel.

Les hospitalisations en 2008

Orientations en milieu hospitalier (sevrages, soins et bilans)	31
Orientations en cures et postcures (alcoologie et toxicomanie)	39
Orientations en service de psychiatrie	9

L'activité sociale en 2009 corrobore les constats des années précédentes (146 patients versus 156 en 2008). Si une grande majorité de patients a un logement indépendant, la moitié d'entre eux vit seul et les deux tiers sont dans une situation d'isolement familial et/ou relationnel.

Cela s'ajoute au fait que 45 % des consultants n'ont pas de travail ou une activité précaire. Ces situations de désinsertion génèrent une souffrance et une anxiété propice à la pérennisation de la consommation.
Les sevrages en milieu hospitalier sont en légère augmentation alors que diminuent les cures et postcures.
Il semble que les patients nous sont adressés plus tôt dans leur parcours. Quoiqu'il en soit, les situations sociales sont parfois complexes et nécessitent le plus souvent une prise en charge prolongée.
Fort heureusement, ces trois années d'exercice ont permis de développer un réseau relationnel qui simplifie les démarches.

3.6 - Les Consultations psychologiques

Nombre d'usagers	**151**
Dont nombre de nouveau cas	15
Nombre d'entretiens usagers et familles	1 073

3.6.1 - L'homme alcoolique ?

Que peut-on dire de la pathologie alcoolique masculine au-delà de la diversité des cas. Nous allons tenter quelques hypothèses à la lueur de nombreux patients engagés dans une psychothérapie.
Nous les accueillons souvent après une longue période d'alcoolisation qui les a satisfait, puis c'est le moment où les difficultés jonchent leur route, alors ils demandent de l'aide, pour continuer ou changer, ou ne plus se battre, la psychothérapie peut alors commencer.
Nous remarquons que ces hommes se plaignent : d'une grande souffrance d'exister, de la confrontation à l'autre sexe, de leur difficulté à être père, à être à la hauteur, **à être un homme**...et pour être un homme, ils ont été béquillés par l'alcool.
Il est très courant d'accueillir un patient accompagné d'une mère ou d'une femme, ce qui amène (dans un à priori) à questionner leur relation à la mère. Beaucoup ne peuvent quitter leur mère, faute d'avoir « dépassé » le barrage œdipien, ce qui les maintient en deçà des limites nécessaires afin de grandir et continuer.

Ces limites qui manquent, renvoient au père, car c'est la fonction paternelle qui permet de poser les limites à la jouissance première, jouissance mère/enfant. Si cette fonction est défaillante, le sujet reste paralysé, pris dans les ravages maternels, puis livré aux rivalités fraternelles ; en effet, de nombreux cas cliniques illustrent cette défaillance des pères qui ont été écrasants ou violents, exclus ou inexistants.

Ces hommes devenus adultes se retrouvent livrés aux jouissances proposées par notre époque (diverses consommations comblantes), à l'alcool dont M. Duras disait : « *l'alcool, c'est formidable, ça occupe toute la place* »... c'est la totalité maternelle !
Faute de limites **symboliques**, imposées par la loi paternelle, la position de l'homme vacille, ainsi que son identification au père (**imaginaire**) de la réalité. Cet imaginaire les maintient dans une régression orale et un **réel** du corps en souffrance, jusqu'à l'oubli d'eux-mêmes, voire la déchéance, quelquefois la mort. La perte est exclue, si ce n'est la perte de soi comme offrande à la toute puissance maternelle. Cette trajectoire tragique et sans désir, peut s'entendre à travers leur discours pathétique, qui est à décrypter et à situer du côté de thanatos.

Lorsque la mort rôde, comme trace d'une **carence symbolique**, comment accompagner autrement que par le maternage (sauf dans un premier temps peut-être) quelle voie tierce est à trouver, autre pour eux, autre pour nous, sans oublier ce qu'écrit G. Addad « *Le pathogène est toujours en dernière instance du côté du père qui s'est dérobé à la tâche* » ?

3.6.2 - Atelier de senteurs

Confrontés à des échantillons d'odeur non déterminés, les participants, sont invités à exprimer leurs ressentis et les images olfactives qui apparaissent. Le plot de senteur est l'objet du groupe, révélant, dans l'espace transitionnel du dispositif, toute son ambivalence : objet commun partagé, il est aussi le révélateur de leur propre singularité.

Les patients alcoolodépendants connaissent bien « le groupe » : groupes de parole où l'alcool (ou l'abstinence) devient l'objet commun qui permet au discours du sujet d'émerger.

Mais, l'odeur est un media particulier, touchant directement à l'intime et à l'extime. Liée au développement psychomoteur autant qu'à des critères de sociabilisation, elle fait agir, ressentir, dire. Elle peut s'apprivoiser, mais n'en demeure pas moins la part qui échappe, tant dans ce qu'elle dégage que dans ce qu'elle fait surgir.
Freud associait ce « support organique » aux premiers refoulements de la pulsion sexuelle (au profit de la pulsion scopique) avec le développement de la position verticale de l'humain. Aujourd'hui encore, elle en porte les stigmates (mauvais-déplaisir, bon-plaisir).
Le flou de définitions qui entoure les plots, volontairement maintenu dans les règles du cadre, permet de lever les certitudes et empêche de telles assertions. Le patient est invité à dépasser ses premières impressions, et à ouvrir la boîte de Pandore. Le voile d'indécision posé sur le réel de l'objet autorise alors l'imaginaire et les fantasmes.

Au carrefour de la sensorialité et de la pensée, l'atelier ouvre la réflexion sur les aspects olfactifs qui relient l'identité d'un individu à son environnement et retrace d'une nouvelle manière le passage entre sensation, sentiment et pensée.
Les relations aux autres bénéficient de ce mouvement, ouvrant les voies de l'altérité. Très rapidement, la recherche d'une certaine homogénéité des ressentis et des images disparaît. Les patients osent nommer leur intime, sans vaciller sous la différence de l'autre.
Hors du masque de l'alcoolo dépendance, les pulsions voyagent dans l'olfactif, véhiculées par une parole qui se délie peu à peu.

3.6.3 - Accueil des Femmes

Nous avions proposé fin 2008 l'orientation d'une partie de notre activité vers le public, souvent stigmatisé, des femmes. Nous voulions leur proposer un accueil spécifique, formel et informel, soutenir les professionnels de la région dans le repérage de leurs souffrances et faciliter les orientations.
Le public ciblé par l'action (professionnels et patientes) a été contacté en début d'année et la mise en place des actions, communications et ateliers, a pu débuter. Les institutions et associations du bassin aubagnais intéressées par le projet (32 professionnels) ont donc été visitées par deux membres de l'équipe du CSAPA (assistante sociale et psychologue).

Ces rencontres nous ont permis de mesurer l'importance des besoins des professionnels en terme de formation et de soutien technique sur les addictions. La diversité de leurs activités et les contingences singulières de chacun de leurs services nécessitent cependant un investissement important (en temps et en personnel) dans la préparation des réunions et des séances de formation, conditions que nous n'avons pas pu réunir cette année.

Les relations avec les professionnels se sont donc individualisées, 3 patientes ont été orientées directement par les partenaires vers le CSAPA, et un lien privilégié a été amorcé avec l'ASA[1].

(1) Accueil Soins Adolescents

Pour ce public de femmes, nous pensions organiser des séances de sensibilisation interactives, (sous forme d'information-débat) sur l'usage, le mésusage et la dépendance aux produits psycho-actifs, ainsi que des groupes de parole dédiés, autour d'un thème (la maternité, etc...). Le travail en amont avec les partenaires n'ayant pu se réaliser faute de temps et de moyens, nous n'avons pu développer l'axe groupal de ce projet.
Les accompagnements là aussi se sont individualisés, générant une légère augmentation de l'activité (de 28 à 29%, soit 12 femmes de plus).

3.7 - Les actions de Prévention

Le « service » prévention est animé par une conseillère en méthodologie de prévention à temps partiel, ce qui ne l'empêche pas d'être des plus impliquée dans la vie associative de la Ville d'Aubagne et auprès des partenaires de l'Education Nationale et reconnue par un très grand nombre de partenaires.
L'activité ne cesse de croître et les demandes d'interventions se font de plus en plus nombreuses. Des communes limitrophes nous ont sollicités afin de participer à des projets de prévention auprès de Maisons Communales ou dans des lycées, collèges, sollicitations auxquelles nos moyens ne nous permettent pas de répondre.

	Nombre de rencontres	Nombre de professionnels	Nombre de personnes ciblées
Actions Education Nationale	84	115	1 049
Rencontres Quartiers - Chantiers extérieurs	55	125	280
Rencontres professionnels/soutiens techniques	72	285	-
Manifestations « grand public »	7	56	760
TOTAL	218	581	2 089

3.7.1 - Prévention - Ville

Le CSAPA continue de participer à l'organisation des journées citoyennes du projet « *Foot Pied d'Immeubles* ». L'action rassemble toutes les maisons de quartier de la ville d'Aubagne et permet un travail en étroite collaboration entre les partenaires de ce projet – le Service prévention, le PIJ(2), ESJ(3), Service Sécurité Routière, Service Socio Culturel, Service Enfance...

Durant l'année 2009, l'équipe de la maison de quartier du Pin Vert et le CSAPA ont travaillé ensemble avec un groupe de jeunes sur un projet autour des addictions. Des clips vidéo ont été réalisés et filmés par une équipe de cinéastes de l'association SPID(4). Plusieurs thèmes ont été abordés, notamment *l'influence du groupe*, qui fait l'objet du clip principal. Lors d'une journée banalisée à la maison de quartier, d'autres projets sur le même thème en partenariat avec l'Espace Santé Jeunes, la maison de quartier de la Tourtelle et la maison sociale de Cuges les Pins, ont été exposés. Un débat avec le Dr Fontanarava du CSAPA a également eu lieu, transmis en direct sur Aubagne TV. Les clips vidéo réalisés vont être utilisés comme support d'interventions préventives avec des jeunes.

Le travail avec le chantier d'insertion professionnelle Evolio continue. Les trois ateliers (confection, informatique et espaces verts) participent aux rencontres programmées en plusieurs étapes. Les séances prennent la forme de groupes de parole et sont co-animées par deux professionnels du centre.
Plusieurs groupes du centre de formation ACPM(5) ont suivi des séances de sensibilisation avec le CSAPA. Les élèves participent activement et les discussions sont toujours vives.

(2) PIJ : Point Information Jeunes
(3) Espace Santé Jeunes
(4) Soutien à la Production Indépendante de Documentaires
(5) Association des Centres de Préformation Méditerranée

Les échanges collectifs avec des groupes amènent pour certaines personnes à des demandes d'aide individuelle. En effet, nous avons eu des demandes de la part des personnes proches des salariés/élèves de ces formations.
Nous sommes présents sur la ville d'Aubagne dans des actions qui concernent la santé : journée de la parentalité, journée SIDA, dans les réunions : CISPD[6], Ateliers Santé Ville... Nombreux sont les champs d'intervention où nous nous investissons, le CSAPA d'Aubagne fait désormais partie de la vie de la commune.

3.7.2 - Prévention - Education Nationale

La prévention des conduites addictives en milieu scolaire se poursuit avec des interventions dans les classes en collèges et lycées. Les séances pour les élèves se construisent en collaboration avec les équipes éducatives de chaque établissement et se réalisent en une ou plusieurs étapes. Les établissements concernés sont les suivants : Collèges Lakanal, Lou Garlaban, Joliot Curie, lycées Joliot Curie et Gustave Eiffel.
Les principaux thèmes abordés sont définis dans le guide d'intervention en milieu scolaire qui prévoit une éducation à la prévention des pratiques addictives des substances licites et illicites.
Les objectifs du guide sont organisés autour de quatre axes :

- Connaissances relatives à la santé dans le domaine des addictions.
- Développer des compétences leur permettant de faire des choix responsables.
- Faire connaître et s'approprier les lois et règlements.
- Donner les moyens aux élèves d'être aptes à demander de l'aide.

3.7.3 - Prévention - Auriol

En collaboration avec le service jeunesse de la ville d'Auriol, des séances de sensibilisation aux addictions sont proposées aux jeunes de 10-25 ans. Le projet a été mis en place en septembre 2008 et a continué durant l'année 2009. Des rencontres en binôme (infirmier et animatrice de prévention) ont eu, entre autre, pour objectif de proposer aux jeunes, ainsi qu'aux adultes encadrants, la possibilité d'acquérir des connaissances relatives à leur santé, et à les aider à élaborer une réflexion critique sur les comportements de consommations et sur la pression des groupes de pairs.
La collaboration avec le responsable éducatif de la Cité de la Jeunesse d'Auriol a permis la mise en place de rencontres, les mercredis, avec 65 jeunes et 27 professionnels de la commune.
Ces séances de sensibilisation ont abouti à diverses réflexions sur le thème des addictions, notamment le tabac. C'est autour de ce thème que la création d'un « roman-photo » sur diaporama a été réalisée en vue d'une utilisation dans des séances de prévention auprès de jeunes. L'implication de ces adolescents (15 au total) a été remarquée et leur intérêt des plus motivé. Le support audio ou vidéo (dans notre cas la photographie et l'informatique) s'avère toujours très motivant pour les jeunes.

3.8 - Conclusion

2009 s'achève et 2010 voit le jour avec la disparition des CCAA et des CSST au profit des CSAPA.
Le service de l'AMPTA d'Aubagne fut l'un des premiers (sinon le premier) Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en France à exercer son activité dans cette optique de prise en charge de l'ensemble des conduites addictives.
Les « poly-addictions » sont le plus souvent la règle et le ou les produits ne sont que la traduction d'une certaine détresse de l'Homme exacerbée ces derniers temps par les turbulences économiques et sociales que notre monde traverse.
La « performance » est devenue le maître mot de notre société, le « toujours plus » un mode de vie et le « paraître » une façon d'exister.
Comme le faisait remarquer un confrère, médecin du sport, à propos de certaines étapes du Tour de France *« Demander à un être humain des performances inhumaines, c'est l'obliger à consommer des produits qui lui feront oublier son « humanité » au détriment de sa santé, jusqu'à la mort parfois »*. Car la mort, en effet, est parfois, sinon souvent au bout du chemin.
C'est à la fois une fuite, un refuge et l'oubli que nos patients recherchent au travers de leurs consommations que ce soit dans l'artificielle chaleur procurée par une bouteille d'alcool, l'anesthésie d'un opiacé, ou l'évasion illusoire dans le monde virtuel des jeux vidéos.
C'est pour cela que nous continuerons à mettre nos compétences et notre humanisme au service de nos patients pour leur permettre de quitter le monde des sensations artificielles afin de redécouvrir sereinement l'univers des émotions, source même de notre humanité.

« Sans émotions, il est impossible de transformer
les ténèbres en lumière et l'apathie en mouvement. »
Carl Gustav JUNG (1875-1961)

(6) CISPD : Conseil Intercommunal de Sécurité et de Prévention de la Délinquance

Le PAEJ de la Ciotat

3.9 - L'activité d'accueil

File active totale	139
Nombre d'entretiens	520
File active usagers	107
Dont nouveaux cas	76
Nombre d'entretiens	381
Moyenne d'entretien	7,6
File active familles	32
Nombre d'entretiens	139
Moyenne d'entretiens	4,3

Le PAEJ avec son éthique, ses valeurs fait « lien social » et favorise l'évolution sociale du public accueilli.
Dans nos diverses démarches nous ne tenons pas seulement compte « du jeune citoyen qui doit s'intégrer », mais aussi des sujets qui, tout en se situant de manière singulière par rapport à la loi, sont dans leurs fantasmes, plus enclins à la marge qu'à la norme sociale.
Chaque fois, nous sommes amenés à faire un bout de chemin avec eux, astreints à l'insécurité d'une éthique qui se balance entre le cadre et la réalité. Les vérités cachées des pulsions, des souffrances vécues, la précarité de nos dispositifs...
Cette année encore nous avons cherché à accueillir, écouter, soutenir, en faisant face à ces contraintes, en nous adaptant...
Si le PAEJ reste un lieu d'accueil et d'écoute pour les jeunes et leurs familles, 2009 a été marquée par un renforcement des activités avec les professionnels et bénévoles au contact du public jeune.
Des formations (souffrance psychique et adolescence), colloque « Santé Mentale », groupes d'analyse de la pratique, ont été mis en place en plus des soutiens techniques individuels ou de notre implication dans les divers Réseaux Ciotadens.

3.10 - La consultation psychologique

Nombre d'usagers	49
Dont nombre de nouveau cas	30
Nombre d'entretiens usagers et familles	288

L'activité psychologique s'est elle aussi modifiée.
Les entretiens individuels ont été certes moins nombreux, mais les groupes de parole sont devenus plus réguliers et concernent plus de groupes (4).
Ainsi, chaque semaine, une demi-journée leur est réservée. Par ailleurs, une des deux psychologues a à charge un temps mensuel d'analyse des pratiques.

3.11 - L'activité éducative et sociale

L'activité éducative et sociale s'est déplacée en « allant vers les jeunes ». En effet, la création de petits groupes de parole ont été sollicités par des établissements scolaires puis directement par les jeunes. Ils ont lieu à raison d'une fois par semaine mais ne remplacent pas les entretiens individuels qui restent nécessaires, voire indispensables.

3.12 - La prévention

La prévention est marquée par une augmentation des sollicitations de la part de l'Education Nationale. Divers accompagnements de projets dans toutes les structures de La Ciotat, Cassis... se sont développés suite aux formations initiales sur « la prévention des addictions en milieu scolaire ».
Des partenariats nouveaux (avec des associations de familles), nous ont permis de mettre en place des journées spécifiques avec la participation d'institutions médico-sociales (ex. : Journée Santé Mentale).
Toutefois, les rencontres des jeunes dans les dispositifs d'insertion continuent.
Il est à noter qu'une association n'existe plus sur le territoire et nous le regrettons. Elle était, en effet, la seule tournée vers l'accompagnement des adolescents ou jeunes adultes en situation difficile au niveau judiciaire.

• **Actions Education Nationale** (dont 360 au Forum Santé Jeunes)	**993**
Jeunes	859
Parents	38
Professionnels	96
• Rencontres de personnes dans les quartiers et chantiers d'insertion (actions collectives)	340
• Rencontres avec les professionnels et soutien technique (situation individuelle)	341
Accueils individuels au Point Accueil Ecoute Jeunes	128
Total des personnes rencontrées	**1 802**

La prévention, c'est aussi la participation à de grandes manifestations comme :

- le Forum des Associations où nous avons été sollicitées pour l'animation d'un débat « Solidarité Familiale et Santé »
- le Forum Santé Jeunes où nous avons proposé des Ateliers Musique, Affiches de Prévention....
- les Diagnostics territoriaux, Panorama Social : jeunes et délinquance (CLS[7]).

La variété des thématiques abordées sur l'année 2009 a été la suivante :

- accès aux droits,
- estime de soi,
- addiction aux substances psycho actives,
- comportement au « travail »,
- sécurité routière,
- violence, discrimination,
- jeux vidéo et Internet,
- boissons énergisantes,
- alimentation et perception de son corps,
- la famille,
- « développement durable ».

L'utilisation d'outils comme le Théâtre Forum, les créations locales (photo langage), la nouveauté d'une sensibilisation à la sophrologie (avec l'intervention d'une psycho-sophrologue) nous ont permis d'étayer ces rencontres avec les jeunes.

L'activité du PAEJ se maintient et s'enrichit de nouveaux partenariats et de nouveaux outils qui nous seront utiles en 2010.

3.13 - Conclusion

Le PAEJ a construit une réponse particulière aux problèmes diagnostiqués par son public : groupes d'analyse des pratiques, groupes de parole, formations, en plus des suivis individuels, comme en témoigne l'évolution des activités psychologiques, sociales ou préventives.
Notre pratique axée d'abord sur l'écoute, a permis de transformer progressivement les « désirs » des jeunes en demande et en réalisation.
L'histoire du PAEJ, en lien étroit avec certaines institutions du territoire, nous permet de faire l'hypothèse que le PAEJ n'est pas seulement un dispositif en soi, mais aussi une plus-value apportée aux autres dispositifs. La confiance, les demandes qui nous sont adressées en attestent.
Ce bilan est l'occasion de remercier un partenariat, qui au delà des enjeux et des divergences est une richesse pour notre petite équipe et d'évoquer notre « plaisir au travail », nos échanges humoristiques, les rencontres inattendues et la convivialité que nous partageons avec les usagers.

« Le plaisir au travail est consubstantiellement lié à la réussite du processus de subjectivation, de renforcement de l'identité, ou encore de l'accomplissement de soi, dont travailler a été l'occasion. »
Revue Internationale de psychopathologie et psychodynamique du travail.

(7) CLS : Contrat Local de Sécurité

Le Service Prévention

Sommaire

4.1 - Introduction.....50
4.2 - Les actions de prévention en milieu scolaire.....51
4.3 - Prévention des conduites addictives en CFA.....53
4.4 - Réalisation d'un Cdrom de prévention des conduites addictives.....53
4.5 - Les Actions sur les sites en Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS).....54
4.6 - Conclusion.....58

4.1 - Introduction

« *La drogue, c'est pas bien mais c'est bon* »
Un lycéen marseillais

En 2008, le service prévention de l'AMPTA et la Consultation Jeunes Consommateurs (CJC) étaient réunis dans un même service baptisé « Service Cathala ». Ce service était animé par une équipe pluridisciplinaire composée de psychologues (cliniciens et sociaux), éducateurs spécialisés, conseillers en méthodologie de prévention... Chaque professionnel participait, à un niveau ou à un autre, à l'ensemble des missions dévolues au service : Accueils individuels et collectifs à la consultation, interventions auprès des jeunes, des familles et des professionnels en milieu scolaire, en foyers, en CFA(1) et sur les territoires CUCS(2), création d'outils de prévention.

La mise en œuvre, cette année du cahier des charges du dispositif CSAPA(3) est venue bouleverser cette organisation. En effet, celui-ci prévoit le rattachement des CJC et des actions qualifiées « d'interventions précoces » aux futurs CSAPA.

Ainsi, en octobre 2009, les activités du Service Cathala ont été scindées.

Une partie de l'équipe en charge de la Consultation Jeunes Consommateurs, des actions dans les foyers socio-éducatifs et des jeunes placés sous main de justice a été placée sous la responsabilité du CSST(4) « Marseille », porteur d'un projet de CSAPA qui devrait voir le jour en 2010.

L'autre, en charge des actions en milieu scolaire, CFA, sur les territoires CUCS et de la création d'outils de prévention a repris son nom de « Service prévention » sous la responsabilité d'un nouveau chef de service.

Cette « séparation » ne s'est pas faite sans difficulté et plusieurs membres de l'équipe ont choisi de quitter l'AMPTA fin 2009. Leur investissement et leur professionnalisme jusqu'aux termes de leurs contrats ont considérablement minimisé l'impact de ces bouleversements sur l'activité des services. Qu'ils en soient remerciés.
Le Service prévention compte de nouveaux collaborateurs qui ont pris leurs fonctions début 2010 sur la base d'un projet redéfini. Qu'ils soient les bienvenus.

Si l'AMPTA a connu des changements cette année, la prévention des addictions se maintient quant à elle dans une dynamique constante.

Elle demeure une priorité des politiques publiques tant au niveau national qu'au niveau local.

Ses objectifs font consensus :
Selon les publics auxquels elle s'adresse, il s'agit d'encourager notamment les plus jeunes à ne pas consommer, de retarder l´âge des premières expérimentations, d'éviter que de simples consommations ne deviennent des usages problématiques, de réduire les risques et les dommages lorsque des consommations nocives ou des dépendances sont installées

Son champ d'intervention et ses objets sont définis :
Qu'il s'agisse d'usages, de conduites à risques ou de conduites addictives, les comportements humains ne peuvent être changés sans la conscience, l'éducation et l'action individuelle et collective des hommes. La prévention renvoie à des questions essentielles (pour ne pas dire existentielles) liées à la construction de la personnalité, au bien-être individuel et social. Certaines conduites sont liées à un cumul de facteurs de risques et de fragilité (à prendre en compte), à des situations de souffrance individuelles et collectives (à écouter et soulager)

Nombre de facteurs d'aggravation des consommations sont identifiés :
La précocité des consommations, leur association à des conduites d'excès, à des prises de risques plus fréquentes notamment à l'adolescence, dans certaines circonstances (périodes d'apprentissages, travail, circulation routière...), vulnérabilité psycho-affective, difficultés familiales, désocialisation, marginalisation (échec scolaire, rupture des liens communautaires, inactivité sociale).

(1) CFA : Centre de Formation d'Apprentis
(2) CUCS : Contrats Urbains de Cohésion Sociale
(3) CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
(4) CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (rue Nationale à Marseille)

Ses valeurs se diffusent :
La prévention est une démarche humaniste et citoyenne qui repose sur la qualité de la relation entre l´acteur de prévention et son interlocuteur et suppose de pouvoir ouvrir un véritable dialogue notamment avec ceux qui cumulent des facteurs de risque. Elle est une attitude plus qu'un message, une démarche éthique et positive qui s'inscrit dans un intérêt manifeste pour l'individu regardé comme le sujet de son histoire et de son propre devenir. Loin de faire la morale, de stigmatiser ou de faire peur, de dramatiser ou de banaliser, elle responsabilise et implique les personnes auxquelles elle s´adresse. Elle propose une approche globale de la personne qui prend en compte son intégrité physique, psychique et sociale et la considère dans sa situation sociale particulière et son contexte affectif et relationnel. Elle se situe en dehors du contrôle, de la répression, ou du dépistage et respecte les personnes (leur dignité, leur intimité, leurs droits fondamentaux, leurs choix, leurs modes de vie, leurs projets). Elle pose un regard « inconditionnellement positif » sur les personnes dont les comportements ne sont pas figés et qui sont toujours en capacité de changer, de modifier leurs perceptions et leurs comportements. Elle accompagne les personnes, individuellement ou collectivement, pour les aider à prendre conscience de leurs ressources et de leurs capacités à faire des choix favorables à leur santé et à s'adapter aux événements.

Ses pratiques et méthodes se heurtent souvent au principe de réalité :
Dans l'idéal, la prévention devrait s'inscrire dans la durée, s'appuyer sur des connaissances validées, des personnels formés et les ressources disponibles (demandes, besoins et potentiels des personnes concernées). Elle devrait se construire par étapes avec différentes approches et outils, s'appuyer sur des collaborations interactives entre partenaires éducatifs et sociaux, intervenir le plus tôt possible. Enfin, son évaluation, dès le démarrage et tout au long de l'action, devrait impliquer toutes les parties prenantes.

Voici donc résumé une année d'activité bien réelle à la poursuite d'un idéal porté par des convictions qui le sont tout autant.

4.2 - Les actions de prévention en milieu scolaire

Depuis 2005, le « *Guide d'intervention pour la prévention des conduites addictives en milieu scolaire* » produit par la MILDT(5) et la Direction de l'enseignement scolaire, constitue le programme de référence que les équipes éducatives sont invitées à mettre en œuvre auprès des élèves avec l'aide éventuelle d'associations spécialisées. Le Plan gouvernemental 2008/2011 a réaffirmé ces orientations autour des objectifs prioritaires suivants :

- Prévenir la consommation des drogues
- Rappeler le cadre légal et réglementaire qui régule la consommation de drogues et d'alcool
- Relégitimer les adultes dans leur rôle de principal acteur de prévention
- Prévenir les conduites d'alcoolisation massive des jeunes publics et modifier les représentations par rapport à l'alcool
- Mettre en oeuvre une politique de prévention adaptée dans les établissements de l'enseignement supérieur et les grandes écoles
- Développer une politique de prévention au sein des établissements scolaires des 1ers et 2nd degrés en mettant à la disposition de la communauté scolaire les outils et les ressources nécessaires
- Former des intervenants en milieu scolaire et universitaire pour faire évoluer les représentations des différents acteurs.

Cette année encore, le service prévention est intervenu dans des collèges et lycées des bassins de formation Est et Centre Ville de Marseille en tant que référent du programme MILDT/Education Nationale. Le soutien apporté par le Conseil Général renforce les interventions du service auprès des collégiens.
Conformément au cahier des charges départemental(6) propre à notre fonction de référent, le service a organisé quatre sessions de formation d'équipes éducatives. Ces sessions intra établissements ont rassemblé une cinquantaine de professionnels

(5) MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre La Drogue et la Toxicomanie
(6)Cahier des charges élaboré par la Préfecture, l'Inspection Académique et la DDASS des Bouches-du-Rhône.

Le service prévention a sensibilisé et accompagné une trentaine d'équipes éducatives dans la mise en œuvre du programme de prévention des conduites addictives. Ces interventions prennent la forme de multiples contacts (tél, mail, rencontres individuelles et collectives) qui contribuent à :

- analyser la demande
- clarifier le contexte
- présenter le dispositif et le programme EN/MILDT(7)
- mobiliser et former une équipe
- contribuer à l'émergence d'un projet propre à chaque établissement, conforme aux orientations nationales et porté par les personnels
- veiller à son inscription dans les CESC(8) et les projets d'établissements
- intervenir auprès des élèves en binôme avec un(e) enseignant(e), un(e) infirmier(e), un(e) CPE(9)...
- travailler les questionnements, connaissances et compétences de ces professionnels en vue d'accroître leur capacité à développer une attitude et des actions préventives

Pour exemple, les classes de 2nde du lycée Montgrand (Marseille 6ème) ont bénéficié du programme complet à raison de quatre séances de 2 heures dont une en demi-groupe : la première et la troisième séances animées par l'AMPTA, la deuxième et la quatrième par les différents personnels impliqués.

La parole est largement donnée aux élèves afin que leurs représentations puissent s'exprimer. Concernant les drogues, émergent généralement en premier lieu, les notions de bien et de mal et quelques idées reçues bien ancrées sur les produits, même s'il semble aujourd'hui acquis que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes sont des drogues. Il est toujours nécessaire de réexpliquer les lois françaises et étrangères et notamment la notion de dépénalisation souvent confondue avec celle de légalisation, concernant le cannabis en particulier. Les jeunes rencontrés (comme nombre d'adulte d'ailleurs) évoquent souvent les addictions aux jeux vidéos, Internet ou au téléphone portable qui leur semblent comparables à celles aux drogues.
La variabilité des acquis par les élèves va de pair avec leur très grande diversité en termes de maturité, d'expérience, de niveau de connaissance et de représentations. Nombre d'entre eux valident la méthodologie d'intervention en lui reconnaissant l'intérêt de faire réfléchir et de responsabiliser.

Le partenariat établi depuis plusieurs années avec d'autres acteurs de prévention des addictions (Policiers formateurs antidrogues, Formateurs relais antidrogues, autres associations, Consultations Jeunes Consommateurs) a contribué en 2009 encore à la mise en œuvre d'actions de prévention concertées et cohérentes.

Le service a également répondu à une vingtaine de demandes de personnels ou d'élèves confrontés à des situations individuelles problématiques en les orientant notamment vers la Consultation Jeunes Consommateurs.

Programme MILDT	**Formations**		**Accompagnement**		**Interventions auprès des élèves**
	4 établissements	52 professionnels formés	20 établissements	87 professionnels	813 élèves
Actions collèges CG 13	**Rencontre, sensibilisation équipe éducative**				**Interventions auprès des élèves**
	10 établissements		46 professionnels		671 élèves

En 2009, le volume de demandes émises par des personnels de l'Education Nationale et de réponses apportées par le service s'est maintenu à un niveau élevé. La volonté d'agir pour prévenir les conduites addictives des jeunes se diffuse parmi les équipes éducatives même si, d'un établissement à l'autre, les situations diffèrent de manière très importante : type d'établissements, formations, tailles, classements, histoires, organisations, climats, stabilité des personnels... Ainsi, en plus d'être « expert » en matière de prévention des addictions, tout l'enjeu pour le service réside dans sa capacité d'adaptation, sa polyvalence et sa persévérance.

(7) EN/MIDLT : Education Nationale /Mission Interministérielle de Lutte contre La Drogue et la Toxicomanie
(8) CESC : Comité d'éducation à la Santé et à la Citoyenneté
(9) CPE : Conseiller Principal d'Education

4.3 - Prévention des conduites addictives en CFA

Fin 2008, le Conseil Régional décidait de soutenir le projet du service prévention de l'AMPTA. L'objectif général de ce projet visait à modéliser des actions de prévention des conduites addictives adaptées aux apprentis et à leur environnement professionnel dans les CFA des Bouches-du-Rhône.
Ses objectifs opérationnels consistaient à :

- Sensibiliser et mobiliser des équipes éducatives de secteurs d'activité présentant des risques spécifiques
- « Tester » des interventions associant des apprentis et leurs équipes éducatives
- Modéliser et diffuser un guide d'intervention aux CFA de la région.

Le service prévention a engagé une recherche et une analyse documentaire sur les différentes composantes du projet :

- Consommations des 16/25 ans en apprentissage
- Santé des apprentis
- CFA : Fonctionnement, formations...
- Travail et addictions
- Législation : Droit du travail, sécurité routière, dépistage...
- Politiques publiques
- Outils de prévention « risques professionnels » et « 16/25 ans »

Une recherche action a été entreprise auprès de 3 CFA (CFA Hôtelier, Marseille : métiers de la restauration ; CFA AFT-IFTIM[10], Marseille : transport routier et logistique ; Maison Familiale et Rurale, Rousset : métiers du commerce). Elle a consisté à rencontrer des équipes éducatives pour faire un diagnostic des problèmes spécifiques à certains secteurs d'activité professionnelle et à leur établissement, ainsi qu'un état des lieux de leur demande. Ces équipes ont ensuite bénéficié d'une séance de sensibilisation sur la prévention des addictions et la méthodologie de projet puis d'un accompagnement sur l'année pour élaborer et mettre en œuvre des actions de prévention avec des apprentis.
Au total, 37 professionnels et 270 apprentis ont bénéficié d'interventions.
Différents acteurs de la Région ayant une expérience en matière de prévention des addictions en CFA ont été consultés : Le CFA BTP de la Garde et l'AVASTOFA [11], l'équipe de la Mutualité Française 06.

L'ensemble de cette démarche est en cours de formalisation dans un « guide pour la prévention des conduites addictives auprès des jeunes en situation d'apprentissage professionnel ». D'une quarantaine de pages, ce guide sera édité en 2010 à 300 exemplaires et diffusé aux CFA et acteurs de prévention de la région.

Ce projet a été présenté lors des colloques « Insertion des jeunes et santé » et « Alcool & drogues, agir pour la santé et la sécurité au travail » respectivement organisés par le CRES[12] et le CIRDD PACA au Conseil Régional.

4.4 - Réalisation d'un Cdrom de prévention des conduites addictives

En juillet 2009, répondant aux attentes du Conseil Régional des Jeunes (CRJ), la région PACA lançait un marché public pour la création d'un outil interactif multimédia de prévention des conduites addictives destiné aux jeunes et aux équipes éducatives des lycées, CFA et Missions Locales de Provence-Alpes-Côte d'Azur. En septembre, elle retenait le projet de l'AMPTA avec pour objectifs opérationnels de :

Permettre aux jeunes :

- de s'interroger sur leurs comportements et leurs représentations
- de s'informer sur les drogues et les risques liés à leurs consommations
- d'identifier des adultes de proximité ou des structures auxquels ils peuvent s'adresser

Permettre aux adultes qui les entourent :

- d'ouvrir le dialogue avec les jeunes de façon ludique et positive
- d'évoluer dans leurs représentations en s'appropriant les concepts et valeurs de la prévention des addictions
- d'acquérir des connaissances pour renforcer la crédibilité de leurs discours et l'efficacité de leurs actions

(10) AFT-IFTIM : Ecole de formation de transport logistique
(11) AVASTOFA : CSST Varois
(12) CRES : Comité Régional d'Education pour la Santé

Une méthodologie participative est privilégiée autour d'une équipe projet constituée par différents professionnels de la prévention et de la prise en charge des addictions à l'AMPTA, un prestataire spécialiste de la création d'outil multimédia pour les jeunes, un comité de pilotage interne à la Région et les jeunes du CRJ.

L'outil doit pouvoir être utilisé en individuel comme en collectif, de façon autonome et/ou accompagnée dans le cadre d'une action de prévention. La rédaction d'un livret à l'usage des encadrants proposant conseils pédagogiques et exemples d'animation est ainsi prévue.

Le Cdrom propose des contenus textuels, une sélection de vidéos et d'images, des quiz, des tests d'autoévaluation, des liens, un annuaire régional, un lexique...
Il sera question d'histoire, de produits, de géopolitique, d'idées reçues, de situations d'usages, de prévention et de réduction des risques.

Conformément aux attentes des jeunes du CRJ, l'identité graphique du Cdrom s'inscrira dans un univers proche de celui de Tim Burton et du polar.

Entreprise en octobre 2009, la création du Cdrom doit aboutir en juin 2010 avec son édition à 5000 exemplaires qui seront diffusés gratuitement dans les établissements accueillant des 16/25 ans (lycées, CFA, missions locales...) et auprès des acteurs de prévention des addictions.

4.5 - Les Actions sur les sites en Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS)

Elles ont lieu sur deux sites : La Vallée de l'Huveaune et la Rose-Malpassé afin d'y animer des réseaux d'acteurs locaux sur la prévention de l'usage de « drogues ».

Diverses enquêtes: ESPAD[13], ESCAPAD[14], TREND[15], ont montré que dans les zones sensibles de Marseille, il existe une corrélation entre les niveaux de consommation élevées, la fréquence des prises de risques, les entrées dans les dépendances et les situations sociales dégradées.
Le dispositif CUCS comporte sept champs prioritaires : santé, réussite éducative et égalité des chances, culture, emploi, insertion et formation ; amélioration de l'habitat et cadre de vie, citoyenneté et accès au droit ; prévention de la délinquance. La prévention des addictions s'inscrit au croisement de ces différentes thématiques.

Nous travaillons conjointement dans les structures sociales et les établissements de l'Education Nationale, afin d'approcher les jeunes et professionnels travaillant auprès de la même tranche d'âge (12 – 25 ans) et sur le même site. Dans les quartiers sensibles, il n'est pas toujours évident d'aborder les jeunes à propos des conduites à risques en dehors d'un cadre spécifique et bien défini comme dans les collèges et les lycées, mais il est important d'identifier les lieux de vie et d'y être repéré, pour tenir compte des réalités et répondre aux problèmes concrets. De plus, il nous semble pertinent de faire échanger et se confronter des professionnels « scolaires » et « hors scolaires » sur ces questions puisqu'ils ont les mêmes publics.

(13) ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
(14) ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Comportements lors de l'Appel de Préparation à la Défense (Cette enquête complète le dispositif mis en place par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies afin d'observer les usages en population adulte)
(15)TREND : Tendances Récentes et Emergentes des Nouvelles Drogues (dispositif d'observation réalisé par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies à partir de remontées d'information en provenance de 7 sites de cooridantion locale (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse)

Pour mener à bien nos objectifs, il est nécessaire de travailler avec les acteurs de terrain, les familles et ce, en s'appuyant sur les structures locales et les établissements scolaires.

	CUCS	Professionnels	Jeunes/élèves/familles/ habitants
Etablissements scolaires	La Rose	13	78
	La Vallée de l'Huveaune	59 prof. Equipes éducatives	583 jeunes
Centre sociaux	La Rose	135 (animateurs et éducateurs)	233 (dont 32 familles)
	La Vallée de l'Huveaune	30 animateurs, éducateurs	300 habitants 50 jeunes (12/18 ans)
Associations de quartier	La Rose	81	20
Formation DIV/MILDT	Vallée de l'Huveaune	60 professionnels	-

Nous poursuivons les objectifs suivants :

1. Former, sensibiliser et accompagner les professionnels dans la réalisation de projets de prévention; leur donner les outils et les informations nécessaires pour pouvoir écouter, répondre, orienter
2. Contribuer à développer le partenariat et le réseau local sur la thématique des addictions;
3. Renforcer les compétences des jeunes pour prévenir les addictions. Il s'agit de les amener à développer leurs compétences psychosociales (estime de soi, esprit critique, capacité à demander de l'aide, à se reconnaître en difficulté..), augmenter leur niveau d'information en la matière, modifier un certain nombre de représentations.
4. Soutenir les familles confrontées à des usages problématiques en individuel et/ ou collectif
5. Participer à la veille sur les phénomènes émergents en matière de conduites à risques et d'usage de drogue, restitution aux partenaires et instances locales (équipe opérationnelle, ASV[16],...)

4.5.1 - Sur la vallée de l'Huveaune

L'AMPTA participe aux réseaux de professionnels du territoire (Collectifs de travailleurs sociaux, commission jeunesse de la Maison Pour Tous de la Vallée de l'Huveaune, plateforme de service public, CLSPD[17]) qui permettent de mutualiser les compétences, d'établir des diagnostics partagés, de développer des actions communes... ...Cependant, l'étendue du territoire, ses difficultés et dynamiques micro locales nous amènent à travailler à partir de certains quartiers ou structures particuliers, dans l'objectif de constituer un maillage structurant à l'échelle de la Vallée de l'Huveaune.

Différentes actions de formation, groupes de travail partenariaux et projets collectifs ont été mis en place au cours de l'année. Cela reste néanmoins à développer tant le nombre de professionnels et de structures sur ce territoire est élevé et en perpétuelle évolution.
D'autre part, aborder les jeunes en dehors d'un cadre spécifique n'est pas une tâche aisée. C'est pourquoi, nous travaillons conjointement avec les établissements scolaires et les équipements sociaux/ municipaux de manière à être repéré et à maintenir un ancrage sur un site.

La Maison pour tous La Valbarelle (MPT) a souhaité mettre en place un programme de prévention des conduites addictives en direction des jeunes au travers d'interventions interactives. Depuis septembre 2009, l'AMPTA intervient dans des temps de débats dans le cadre du « café des jeunes ». Un groupe de parole mené une fois par mois par une conseillère en économie sociale et familiale nous a permis d'intervenir auprès de familles sur « la place de l'addiction dans l'environnement familial ».

(16)ASV : Atelier Santé Ville

(17) CLSPD : Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance (instance de concertation entre institutions et organismes publics et privés concernés par la prévention et la lutte contre l'insécurité, au sein de laquelle s'organisent la réflexion et l'action conduites au titre du Contrat Local de Sécurité (CLS)).

L'ensemble des professionnels de la MPT (15 permanents + 1 vacataire) a bénéficié d'une formation « sur mesure » de 3 demi-journées (3 et 17/12/2009, 14/01/2010) :

L'ADDAP[18] :
Le premier semestre 2009 a été marqué par nombre de reports ou d'annulation : Les deux journées « Anim'2 quartiers » mises en place par l'ADDAP et auxquelles l'AMPTA devait participer, un groupe de parole que l'ADDAP souhaitait mettre en place et dans lequel l'AMPTA devait intervenir. Ces contretemps ont néanmoins permis de renforcer le partenariat avec l'équipe ADDAP du secteur du Bosquet / Néreides/ Valbarelle et de reporter nos interventions :

- dans le cadre d'un groupe de parole mensuel à partir de novembre 2009. Ce groupe est constitué d'une douzaine de jeunes, de 14 à 17 ans. L'ADDAP intervenant au collège François Villon auprès de ces mêmes jeunes, l'AMPTA s'est proposé d'y intervenir pour mettre en place un programme de prévention afin de renforcer et d'optimiser l'action auprès des jeunes du quartier, notre collaboration avec l'ADDAP et les personnels de l'Education Nationale.
- auprès de « chantiers éducatifs » accueillant de jeunes majeurs dont certains souffrent d'addictions à différents produits psychoactifs, Cinq rencontres ont été programmées de novembre 2009 à juin 2010.
- au travers des prochaines journées « Anim'2 quartiers » programmées les 9 et 10 février 2010. L'AMPTA souhaitent toucher les familles à cette occasion. Des modalités d'interventions plus élaborées sont donc envisagées.

Sur le secteur du collège des Bartavelles et du lycée M. Pagnol, une réflexion est engagée pour une future collaboration et un travail de « lien » entre l'intérieur et l'extérieur de cet établissement scolaire, qui prenne appui sur les deux nouveaux médiateurs du lycée. L'idée est de pouvoir « trianguler » entre l'ADDAP qui intervient sur les zones où les jeunes scolarisés habitent, l'AMPTA qui intervient dans ces établissements et les médiateurs qui sont à l'interface intérieur/ extérieur. L'objectif est de créer du lien ainsi qu'une meilleure coordination de nos missions respectives.

L'Espace Pour Tous des Caillols ainsi que le Centre Social de la Rouguière nous ont contacté fin 2009 pour une collaboration. Des projets sont en cours de construction visant à former les professionnels, développer des projets impliquant les jeunes... Ils verront le jour en 2010.

Du fait de « l'indisponibilité » des équipements sociaux, nous avons renforcé notre action en direction des établissements scolaires qui reçoivent les jeunes de ce secteur.
Exemple de ce type d'action au sein du collège Vincent Scotto :
Ce collège, bien qu'en zone non sensible et non violente, est classé en Zone d'Education Prioritaire. Il regroupe 300 élèves de ce secteur. L'AMPTA est intervenue en 2009 sur les 2 classes de 4ème SEGPA[19] à la demande des deux enseignants principaux de ces classes et de l'infirmière. Ces interventions sont venues à la suite d'un premier contact établi avec l'établissement fin 2008. Les deux premières rencontres avec l'équipe ont permis de faire un travail autour de leur demande et de travailler sur l'élaboration d'un projet pour ces deux classes. Ce sont des classes qui sont souvent délaissées par les actions d'éducation à la santé; c'est pourquoi, le collège a voulu mettre en place un travail pour ces jeunes fragilisés scolairement. Ils sont issus pour la plupart des quartiers d'Air Bel, des Caillols et de la Sauvagère, où les problématiques d'usages et de trafic de drogues sont identifiées. De plus, c'est souvent lors du passage de la quatrième à la troisième qu'ont lieu les premières expérimentations.
L'action a donc été préparée en collaboration avec un animateur du Centre Social (proposant d'utiliser le slam comme outil d'intervention), les professionnels du collège et un intervenant de l'AMPTA. L'idée était de pouvoir écrire des textes de type slam – textes qui auront été travaillés à partir des paroles de jeunes lors des débats mis en place dans le cadre de nos actions de prévention.
Ces textes de slam pourraient être lus auprès des groupes de jeunes du centre social et être poursuivis de débats. Cette action s'est réalisée au cours de l'année et a rencontré l'approbation des participants.
Le collège souhaite que nous poursuivions le travail engagé avec eux, en lien avec le Centre Social de la Capelette, situé à proximité et fréquenté par ces mêmes jeunes.

Le lycée professionnel Ampère, qui recrute ses élèves dans ce même secteur nous a également sollicité pour la mise en place d'interventions en direction des classes de BEP, CAP et Terminale. Notre investissement dans cet établissement s'inscrit là encore dans une logique de partenariat plus global à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.

Sur le secteur du Roy D'Espagne, le partenariat engagé en 2008 s'est poursuivi en 2009 avec notre participation au « forum littoral sud » où nous avons pu rencontrer des habitants et recueillir une demande du Centre Social du Roy d'Espagne : la création d'une consultation délocalisée pour accueillir des jeunes en difficultés avec des usages de produits.

(18) ADDAP: Association Départementale pour le Développement des Actions de Prévention
(19) SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

Compte tenu de la complexité et du coût d'une telle initiative, cette demande doit bien évidemment être retravaillée dans le cadre d'un partenariat élargi avec l'ensemble des structures du secteur Littoral Sud. Des contacts ont été pris fin 2009. Ils seront développés en 2010 autour d'une offre de formation, de réunions régulières d'analyse de situations ou de projets de prévention communs.

Enfin, le recueil et la formalisation d'éléments pertinents de veille sur les phénomènes émergents sur le territoire nécessite du recul, du temps et des compétences spécifiques que nous n'avons pu mobiliser en 2009. Nous nous y attacherons en 2010.

4.5.2 - Sur le territoire de la Rose-Malpassé

Les principes d'interventions et les objectifs poursuivis sont les mêmes que sur la vallée de l'Huveaune mais la situation sur ce territoire diffère.

L'AMPTA s'est trouvée confrontée aux difficultés que rencontrent nombre d'équipements ou d'associations de quartier et qui semblent particulièrement prégnantes sur ce territoire : usure et turn over des équipes, précarité des projets et financements, déficit de participation des habitants, importance et visibilité du trafic de produits stupéfiants, peur de la stigmatisation...

Ce territoire se distingue aussi par l'existence plus ou moins ancienne de collectifs de professionnels dont la vocation est de partager des informations concernant leurs activités et de travailler autour d'un objectif commun. Hormis le « Groupe des acteurs qualifiés » porté par l'association Tremplin et qui rassemble des acteurs de santé, les collectifs du territoire La Rose-Malpassé sont généralistes. Si les questions de trafic et d'usages de drogues les préoccupent tous, elles ne constituent pas une porte d'entrée prioritaire ou fédératrice.
Malgré ces difficultés, notre participation à différents collectifs a été effective tout au long de l'année 2009 :

- Le Collectif du Bassin de La Rose : Ce collectif, intitulé Plateforme Jeunes, regroupe les acteurs des structures sociales (La Garde, Echelle Treize, Val Plan / Bégudes, La Marie), le CPE du collège Mallarmé, les éducateurs de l'Addap, l'assistante sociale de la DGAS[20], le Réseau d'Education Prioritaire. Il constitue un lieu d'échange et d'élaboration collective de projets liés aux différentes problématiques identifiées sur le territoire. Ses séances de travail sont mensuelles.
  En 2009, l'AMPTA a poursuivi sa participation à la Plateforme :
  - Dans le cadre du projet Médi@tics.com: les médias dans votre quotidien, porté cette année par le Centre Social Echelle Treize et inscrit dans un partenariat avec les différentes structures composant la Plateforme Jeunes. Un spectacle a eu lieu le 6 novembre à la Salle de la Semoulerie dans le 13ième arrondissement. Il a été mis en scè ne par Pierre de la Compagnie Desiderata accompagné par des lycéens de l'option théâtre de Arthaud. Il était destiné aux élèves de 4ème des collèges Mallarmé et Giono ainsi qu'à leurs parents (vendredi après-midi).
  - En répondant aux sollicitations ponctuelles et individuelles des participants.

- Le Groupe des acteurs qualifiés des quartiers nord est d'un réseau de professionnels de la prévention animé par Tremplin, porteur du PAEJ[21] des quartiers nord de Marseille. Il se réunit trimestriellement.
  En 2009, l'AMPTA a participé à ce groupe de réflexion qui permet la coordination des différents acteurs de santé présents sur les 13ème, 14ème, 15ème et 16ème arrondissements de Marseille (Tremplin, ASV, IFSI[22], CODES[23], ADDAP, EPE[24], ...) pour éviter des territoires vides d'actions et pour monter des projets en partenariat sur le territoire.
  Cette participation a permis le développement d'un étroit partenariat avec les autres acteurs spécialisés interve nant sur le territoire comme l'association Tremplin par exemple. Cette collaboration nous a permis de mutualiser nos compétences et pouvoir intervenir dans le tissu social local. : rencontres avec les acteurs de terrain, sensibilisa tion aux usages de produits psycho actifs, information sur les jeux Internet et autres, participation aux groupes de travail avec les différents partenaires, mise en lien des différents acteurs de terrain qui interviennent sur le territoi re, participation à des animations de quartiers, mise en place d'un groupe de femmes.

En 2009, l'AMPTA a participé à différentes rencontres organisées par les responsables de la Politique de la Ville (Chef de projet, ADT, ASV...) lors de réunion de présentation du CUCS 2010, de l'état des lieux de l'Atelier Santé Ville ou encore de réflexion sur la participation des habitants.

(20) DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale
(21) PAEJ : Point Accueil Ecoute Jeunes (géré par l'Association TREMPLIN,)
(22) IFSI : Institut de Formation de Soins Infimiers
(23) CODES : Comité Départemental d'Education à la Santé
(24) EPE : Ecole des Parents et des Educateurs

L'AMPTA a répondu aux sollicitations des Centres Sociaux de La Garde, d'Echelle Treize, La Renaude et de Malpassé qui souhaitaient des actions pour sensibiliser les jeunes et les familles de leurs territoires à la problématique des addictions. Ces actions occasionnelles pour visibles qu'elles soient ne présentent, en terme de prévention des addictions, qu'un intérêt très limité, l'AMPTA a tenté de développer un autre partenariat avec les professionnels de ces équipements afin que des projets construits dans le temps et permettant aux publics visés (jeunes, familles...) d'en être partie prenante, voient le jour.

D'autres associations de quartiers et intervenants sociaux qui interviennent sur ces secteurs ont été rencontrés :

- Hygia : Cet institut de beauté solidaire, qui rencontre de nombreuses mères, nous a associés à un projet débuté au Centre Social Malpassé, autour de la question des conduites addictives et des technologies de l'information et de la communication pour les familles. Un groupe de femmes réalisé en partenariat avec l'association Tremplin et le Centre Social Malpassé devrait se poursuivre. Il a rencontré l'intérêt de tous. Les mères ont aussi pu s'exprimer sur les relations parents/ enfants dans la cité, leur inquiétude à propos de la violence très présente dans le quartier, les addictions avec ou sans produit. Le projet pourrait s'orienter pour l'année 2010 vers une visite de ce groupe de mères de famille à l'accueil Cathala et l'organisation au sein du centre social Malpassé d'un tournoi de Playstation avec des adolescents et des pères de famille afin d'augmenter leur niveau d'information en la matière et de modifier un certain nombre de représentations.

- ESF[26] services envisage de développer une action « Addictions et équilibre alimentaire » en collaboration avec l'AMPTA et de nombreux équipements sociaux du secteur.

Les équipes des centres sociaux de Val Plan et La Marie n'ont pas donné suite aux propositions de l'AMPTA pour la mise en œuvre d'actions de prévention.
Par contre, des projets ont été envisagés avec le collège Mallarmé et le lycée Diderot. Ils devraient se concrétiser au premier semestre 2010.

4.6 - Conclusion

Bien évidemment et comme chaque année nous ne pouvons que conclure sur notre souhait de pouvoir faire correctement notre travail sans craindre que les moyens pour le faire ne disparaissent.

Plus prosaïquement nous allons nous attacher à doter l'équipe de tous les moyens qui lui manquent de façon à nous engager dans des actions aussi diverses que : la formation des conseillers de Missions Locales, des éducateurs sportifs confrontés à la question des conduites dopantes, continuer à intervenir auprès des équipes éducatives des collèges et lycées, des Centres de Formation et expérimenter une intervention en Ecole Primaire.

Nous continuerons, bien sur, à intervenir auprès des jeunes en ayant soin, du fait de l'évolution du service d'affiner les liens entre actions de prévention « de terrain » et dispositifs d'accueil, notamment les Consultations Jeunes Usagers.

(26) ESF : Association de Promotion de l'Economie Sociale et Familiale à Marseille

Les Actions de Formation

Type de stagiaire / Action		Nombre
Educateurs spécialisés Moniteurs Educateurs Infirmiers	en formation initiale	52
Médecins généralistes Médecins du travail Pharmacien	en formation continue	150
Professionnels du Médico-Social	en formation continue	85
Entreprises		54
Colloques, conférences, journées d'études...		630

Le Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances PACA

Sommaire

6.1 - Introduction / Contexte.....62
6.2 - Information/Documentation, Communication et Conseil Méthodologique.....62
6.3 - Accompagnement des chefs de projet départementaux MILDT 64
6.4 - Soutien à la coordination régionale MILDT.....67
6.5 - Appui au Conseil Régional.....67
6.6 - Appui aux villes.....68
6.7 - Appui au Conseil Général.....69
6.8 - Contribution au dispositif TREND(12) / SINTES(13) - OFDT(14).....69
6.9 - Pour conclure : perspectives.....70

6.1 - Introduction / Contexte

Le CIRDD Provence Alpes Côte d'Azur a été créé il y a dix ans. Fin 1999, l'équipe s'installe au 17 rue du Terras, dans des locaux spacieux, aménagés pour l'accueil du public, l'accès aux ressources documentaires, outils de prévention,... et pour répondre aux demandes des professionnels et institutions relevant du domaine de drogues et dépendances. Le CIRDD Paca, au fil des années, développe son activité et construit son réseau dans les divers champs concernés par les drogues : prévention, éducation, soin, lutte contre le trafic, application de la loi.

Le CIRDD, en 2009, ressemble-t-il à celui d'il y a dix ans ? En grande partie, oui : nous sommes restés la structure régionale de référence. Mais le pôle central de l'activité a évolué. Au début, la mission principale du CIRDD était l'information du grand public et la formation des professionnels, afin de promouvoir des connaissances validées sur les drogues, les addictions, la prévention, favoriser une « culture commune » entre des acteurs qui souvent ne se connaissaient pas.
La période plus récente est par contre marquée par l'accentuation des activités auprès des décideurs publics, notamment les chefs de projets départementaux de la MILDT[1], pour l'élaboration et le suivi des plans d'action.

Le rapport annuel 2009 se présente en différentes parties, qui reprennent les grandes missions : l'accueil du public pour l'information, la documentation et le conseil, l'activité auprès des chefs de projet départementaux, le soutien à la coordination régionale, les actions menées auprès des collectivités territoriales, et enfin le partenariat avec l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies.

Pour mettre en œuvre ses missions, le CIRDD Paca développe des activités d'information, de documentation, de communication, de conseil méthodologique et d'observation, comme prévu par sa convention 2007/2009 avec la MILDT et dans le cadre de son partenariat avec des collectivités territoriales.

6.2 - Information/Documentation, Communication et Conseil Méthodologique

L'activité d'information et de documentation a été marquée en 2009 par une baisse importante des demandes émanant du grand public au profit de celles des professionnels du secteur spécialisé et des partenaires institutionnels. L'activité a ainsi évolué de la simple réponse documentaire à la réalisation d'un nombre important de produits documentaires élaborés (11 dossiers et notes de synthèse) en réponse aux sollicitations de ce public.

En parallèle, les activités de communication et diffusion de l'information largement initiées en 2008 ont continué de progresser.

Enfin, les activités de soutien aux promoteurs d'actions de prévention (décideurs et opérateurs) sont restées très soutenues jusqu'à la fin de l'année.

6.2.1 - Accueil documentaire

Le CIRDD Paca a rencontré 843[2] personnes en 2009 dont 270 à l'occasion de deux manifestations extérieures, pour des services documentaires.
573 personnes ont effectué une demande documentaire. 90% des demandeurs sont issus de la Région, dont 80% des Bouches-du-Rhône, dont 65% de Marseille.

Si la moitié des demandes (51%) concernent la thématique « prévention » (apports théoriques et aide à la mise en place d'une action ou d'un projet), 32% ont porté sur la prise en charge et le soin, 13% sur l'application de la loi et 4% sur la lutte contre le trafic.

La question des drogues illicites demeure le sujet le plus abordé (41%), mais l'approche tous produits est en nette progression par rapport à 2008 (31% vs 9%) ce qui traduit l'évolution vers une approche globale des addictions. L'addiction au jeu, thématique émergente en 2008 reste un thème d'actualité et concerne plus de 8% des demandes.
Les professionnels représentent 76% du public accueilli, plus de 72% d'entre eux exercent dans le domaine de l'addictologie.

(1) MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
(2) En 2008 : ce nombre était de 1 622 personnes ; la baisse s'explique par notre moindre participation à des manifestations extérieures (où près de 1 000 personnes étaient rencontrées en 2008)

Réalisation de dossiers documentaires

Les dossiers documentaires sont diffusés à l'occasion de manifestations extérieures, (colloques et conférences), ou de formations, internes et externes. Ils proposent des articles de revues spécialisées, des bibliographies d'ouvrages et d'outils de prévention, des sélections de sites Internet. Si l'on additionne les personnes présentes à ces différentes manifestations, ce sont plus de 400 personnes qui ont bénéficié de ce service.

- Conduites addictives des jeunes en situation d'insertion. Comprendre, Prévenir, Aider : Formation des conseillers des missions locales de la région PACA – Avril 2009
- Prévenir les addictions. Facile à dire. Facile à faire ? Conférence-débat organisée par la Ville de Marseille et l'AMPTA - 9 avril 2009
- Addiction au jeu : Groupe de travail de l'AMPTA – 2009
- Les conduites addictives – Données chiffrées, trafic et économie parallèle, politique française : Séminaire organisé dans le cadre de la préparation du Plan Départemental de Prévention de la Délinquance Septembre 2009
- Jeunes, conduites à risque et conduites addictives : professionnels de la prévention des addictions - Corse – Octobre 2009
- Risques liés à l'injection : Formation pour les acteurs de la réduction des risques du département – Octobre 2009
- Conduites addictives maternelles : Formation pour les personnels des PMI de la région – Décembre 2009
- Alcool & drogues, agir pour la santé et la sécurité au travail : colloque organisé par le CIRDD Paca avec la Région – 15 décembre 2009

Notes de synthèse

Des notes de synthèse ont été réalisées à la demande de partenaires institutionnels et diffusées dans le cadre d'ateliers de travail.

- L'intervention précoce
- Les dispositifs d'échanges de seringues en milieu pénitentiaire
- La réduction des risques en milieu festif : cadre référentiel et législation.

Diffusion d'outils d'information et de prévention « traditionnels »

En 2009, près de 37 000 documents d'information ou outils de prévention ont été diffusés. Le chiffre est stable par rapport à l'année 2008. Les supports proposant une approche globale tous produits licites/illicites restent les plus demandés.
D'autre part, une veille sur Internet et dans les revues spécialisées est opérée, pour repérer les nouveautés en matière d'outils de prévention francophones ; cette veille permet d'enrichir, après sélection et classement sur le site Internet, notre catalogue des outils les plus intéressants (plus de 300 outils classés); ceux prenant en compte les thématiques prioritaires ou émergentes sont présentés dans notre lettre mensuelle.

6.2.2 - Communication et outils d'information électroniques

En 2009, parallèlement à sa mission de relais de l'information nationale, le CIRDD Paca a diffusé et promu de nombreuses informations régionales : plans départementaux MILDT, appels à projets, annonces de manifestations extérieures, de formations dans le cadre du programme Education Nationale/MILDT...Trois outils ont été utilisés pour réaliser cette mission :

- La **lettre électronique de la MILDT** dont le CIRDD Paca a rédigé les rubriques de la partie régionale**.** Près de 3000 abonnés ont ainsi été informés des dernières actualités de la région grâce aux 10 numéros de cette publication.
- **Le site Internet** du CIRDD (www.cirdd-paca.org) régulièrement mis à jour.
- **La veille** sur les sites Internet s'est développée sensiblement en 2009 (plus de 300 pages de sites Internet nationaux et locaux surveillées contre 185 en 2008 dans l'ensemble des champs de l'addictologie : prévention, prise en charge, application de la loi et lutte contre le trafic). **La diffusion sélective d'information** a concerné plus de 2000 destinataires (diffusion de rapports d'observation, annonces de colloques, de formations...)

Le CIRDD Paca édite, avec la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports (DRJS), La lettre de la protection de la santé des sportifs en région PACA « Performance et santé ».
Des brèves, un dossier thématique, des rubriques " questions de ", " actions ", " portrait " ou " alerte ", des chiffres et dates clés ainsi que les adresses utiles des ressources de la région composent ses huit pages. Illustrées et présentées comme un magazine, elles sont également accessibles en ligne sur notre site, le site du ministère www.mjspaca.jeunesse-sports.gouv.fr et sur www.dopage.com.

Cette initiative offre aux professionnels impliqués dans la prévention, le soin et la lutte contre le dopage, un moyen de valoriser et de coordonner leurs actions.
En 2009, le n°13: « Sport et mort subite : appeler, masser, défibriller » a été édité. Il a été diffusé à 6 000 destinataires, responsables de fédération sportives, entraîneurs, dirigeants de clubs, médecins du sport, formateurs et autres partenaires institutionnels et associatifs.
Ce n° spécial, portant sur les défibrillateurs, a été également adressé aux lycées de la région, pour accompagner l'installation de ces appareils au sein de ces établissements.

6.2.3 - Conseil méthodologique et formations des acteurs de prévention

L'activité de conseil méthodologique du CIRDD Paca a été très orientée, en 2009, vers l'accompagnement des décideurs publics dans la rédaction des plans et appels à projet, et des opérateurs agissant dans le cadre de ces dispositifs (les plans locaux MILDT, les actions soutenues par la Région, la Fondation de France, la Ville et le Conseil général ...), comme cela est prévu dans ses missions.

Il est important de signaler que chacune de ces actions suppose de nombreuses réunions de travail, de préparations, de contacts et échanges par Mail ou téléphoniques,...dont ne pourrait rendre compte un simple énoncé des partenaires, le nombre des étapes de travail multipliant par 5 ou 10 les temps de rencontre.

Signalons également, dans le cadre de cette mission, la contribution à la rédaction de l'appel à projet du Conseil Régional des Jeunes, qui soutient en 2010 la réalisation d'un outil de prévention multimédia pour les 16/25 ans.

Près de 180 conseils méthodologiques ont ainsi été apportés à des porteurs de projets, pour les accompagner dans la rédaction, la mise en place ou l'évaluation de leur action. Il s'agit de structures issues de l'éducation à la santé (des CoDES, PAEJ et ESJ), des mutuelles (MEP et MF PACA) des CFA, des associations spécialisées en prévention des addictions (AVASTOFA, Alcool assistance,...), des associations de lutte contre le dopage (ARPS) des centres sociaux et MJC,...

Le CIRDD Paca contribue également au développement des connaissances et compétences des acteurs régionaux en matière de prévention, lors de colloques, conférences, formations.

Ces activités s'exerçant la plupart du temps dans le cadre d'une convention avec un partenaire institutionnel, celles-ci sont décrites dans la partie suivante du rapport.

6.3 - Accompagnement des chefs de projet départementaux MILDT

- **Département des Alpes de Haute Provence**

Une démarche s'est engagée dès fin 2008 pour préparer l'élaboration du Plan départemental de prévention et de lutte contre les drogues et toxicomanies, suite à la parution du Plan Gouvernemental à l'été 2008. Notre intervention s'est déroulée en trois temps :

- Réalisation d'un **diagnostic** au premier trimestre 2009 : recueil et traitement de données quantitatives (déclinaison locale d'enquêtes nationales + données d'activité + données sur les actions financées au cours du précédent plan) et qualitatives (sur la base de près de 30 entretiens semi directifs). Ce diagnostic a été présenté et validé en comité de pilotage.
- Soutien à **l'élaboration du Plan départemental** : dans le cadre d'allers-retours réguliers avec le chef de projet et la coordination DDASS, nous avons aidé à la définition des orientations, objectifs opérationnels et actions du futur plan. Celui-ci a fait l'objet d'une validation en Comité de pilotage MILDT puis en Conseil Départemental de Prévention de la Délinquance. Il a été présenté à tous les acteurs du département en décembre 2009, et a fait l'objet d'une conférence de presse.
- Soutien à la **rédaction de l'appel à projets 2010** : depuis plusieurs années, un appel à projets sur les crédits MILDT est remis à tous les porteurs de projets du département, afin de leur permettre d'élaborer des actions conformes aux objectifs poursuivis par l'Etat pour l'année qui vient, dans le cadre des orientations générales du plan triennal. Nous avons proposé une série de priorités pour 2010, dont certaines ont été retenues par le chef de projet. Cet appel à projets a été présenté aux acteurs du département en décembre 2009.

- ## Département des Hautes Alpes

Nous avons été sollicités en mars 2009 pour un **accompagnement à la rédaction du Plan départemental**, dans un calendrier relativement serré. La méthode retenue n'a donc pas pu être celle menée sur le département voisin. Nous avons privilégié un travail d'état des lieux, davantage descriptif qu'analytique, qui a été présenté aux acteurs locaux, réunis au sein de groupes de travail. Ce temps de concertation a permis d'une part de compléter l'état des lieux, et d'autre part, de faire émerger les attentes et les besoins pour les années à venir. Le Plan départemental a été présenté pour validation en novembre 2009, lors d'un comité de pilotage élargi à l'ensemble des acteurs et opérateurs du département.

Parallèlement, nous avons contribué à la **rédaction de l'appel à projets 2009**. Nous avons réalisé **l'instruction des projets déposés** et participé au comité technique de sélection des projets financés sur les crédits MILDT 2009.

- ## Département des Alpes Maritimes

Comme les années précédentes, le mode de collaboration avec ce département n'inclut pas directement le chef de projet, et les relations sont épisodiques. Nous avons été sollicités uniquement pour transférer un certain nombre de données locales, et il ne nous a pas été demandé de nous investir davantage dans l'élaboration, la mise en œuvre, l'animation et le suivi du plan.

- ## Département des Bouches du Rhône

Notre intervention auprès du chef de projet de ce département a été moins régulière et dense que les années précédentes, en raison des profonds changements opérés dans la gestion du dossier MILDT au sein de la Préfecture (transfert fin 2008 de la mission MILDT, du Préfet délégué à l'Egalité des chances au Préfet délégué à la sécurité et la défense ; succession en juillet 2009 du chef de projets ; changement en septembre de l'équipe de chargés de mission affectés au dossier...).
Nous avons néanmoins apporté, comme chaque année, notre soutien au chef de projet pour le choix et la réalisation des actions financées sur les crédits MILDT départementaux, en contribuant à :

- La rédaction et la diffusion de l'appel à projet 2009
- L'instruction des dossiers.

Celle-ci s'est effectuée lors de réunions distinctes : une en avril regroupant les partenaires de la Convention départementale d'objectifs Justice- Santé[4], une autre en juin portant sur des actions en milieu scolaire 2009/2010, et une troisième en septembre pour valider les autres projets.
Ainsi, pour les actions relevant du cadre scolaire, nous avons poursuivi la **coordination du programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire**. En 2009, nous avons :

- réalisé l'instruction des dossiers de demande de financement au sein du comité de pilotage, qui réunit la Préfecture, la DDASS, l'Inspection Académique, et depuis cette année le GRSP et la Ville de Marseille,
- organisé et animé trois réunions de coordination des associations référentes,
- accompagné et soutenu chaque référent tout au long de l'année,
- évalué la mise en œuvre du dispositif pour l'année 2008/2009 et (depuis 2005),
- initié le recensement de données sur les activités de prévention menées en dehors du programme (actions BPDJ),
- accompagné la construction d'un partenariat avec le Conseil Général 13,
- valorisé et présenté le dispositif auprès de divers opérateurs associatifs ou institutionnels.

(4) Convention entre le Procureur de la République et le Préfet, qui propose un cadre d'actions pour les usagers de drogues sous main de justice. Un comité technique réunit le chef de projet, le pôle addiction DDASS, le substitut du procureur, le SPIP, la PJJ et le CIRDD Paca.

Quelques données issues de l'évaluation 2009 de ce programme

En 2009, une centaine d'établissements, sur les 320 que compte le département, ont participé au programme.

Le nombre de formations de personnels de l'Education Nationale a nettement augmenté, avec 28 sessions de formations contre 19 en 2008. Les formations intra établissement sont en progression (12 sessions contre 5 en 2008) : les personnels EN se forment donc plus souvent en équipe.

Par ailleurs, 55 établissements ont mis en œuvre le programme dans certaines classes avec l'aide des associations référentes soit environ 5000 élèves participant au programme.

L'évaluation menée auprès des équipes EN engagées, des référents et des élèves montre l'intérêt du programme, à la fois pour le développement de politiques de prévention de qualité dans les établissements et pour le transfert de compétences des associations vers les équipes éducatives. Des changements intéressants sont observés dans la relation entre les enseignants et les élèves. Ces derniers manifestent un intérêt important pour le programme, repèrent bien les compétences psychosociales utiles pour faire des choix et se déclarent plus aptes à demander de l'aide en cas de besoin.

Des améliorations sont toutefois souhaitées concernant la mobilisation des équipes éducatives ainsi que dans l'organisation et les moyens alloués à la mise en œuvre du programme.

Nous avons par ailleurs accompagné le Préfet dans **l'élaboration du volet « Addictions » du Plan de Prévention de la Délinquance du département**. Notre soutien s'est déployé à plusieurs niveaux :

- recueil et traitement des données relatives au département (données sur les usages, les ILS, l'offre de soins, cartographie...),
- réalisation d'un dossier documentaire distribué lors de la journée de travail du 10 septembre 2009,
- animation de l'atelier consacré aux conduites addictives,
- réalisation d'un compte-rendu transmis au chargé de mission de la rédaction du Plan de prévention de la délinquance,
- aide opérationnelle à la rédaction des fiches actions, pour améliorer leur cohérence avec les autres plans, en premier lieu, la MILDT .

Enfin, à partir de la mi-2009, nous avons répondu aux nombreuses sollicitations des chargés de mission nouvellement affectés au dossier : transfert d'informations sur les différentes instances départementales existant dans le champ des addictions, sur les acteurs et actions financées...

L'accompagnement à la rédaction du Plan départemental a été engagé en toute fin d'année.

- ## Département du Var

Même observation que pour le département des Alpes-Maritimes. Un changement de Directeur du cabinet du Préfet, en charge de la mission MILDT, et des modifications dans les personnels affectés à cette mission ont quelque peu retardé leur engagement sur la rédaction d'un nouveau plan départemental[5].

- ## Département de Vaucluse

Au cours de l'année 2009, nous avons réussi à nous faire valoir comme soutien méthodologique dans la démarche d'élaboration du Plan départemental, engagée à la fin de l'année 2008. Nous avons ainsi réalisé pour le chef de projet :

- un état des lieux, à partir de l'agrégation des principales données disponibles à l'échelle du département,
- un bilan du précédent plan,
- des propositions d'orientations, d'objectifs et d'actions pour le prochain plan,
- la rédaction du Plan signé fin 2009 par le Préfet.

(5) Les difficultés que nous rencontrons dans la mission d'appui aux chefs de projet sont souvent concomitantes aux réorganisations internes aux administrations des l'Etat et liées à la mise en place de la RGPP, de l'ARS,... La mission de coordination assurée par les DDASS auprès du chef de projet, a également été sujette à caution en 2009.

6.4 - Soutien à la coordination régionale MILDT

Cette mission s'effectue pour le compte du chef de projet du département chef lieu de région, coordonnateur régional MILDT. Elle se met en œuvre dans la réalisation de travaux, la création d'outils de suivi, et par la participation active à certaines instances régionales, où il nous est demandé de contribuer à la mise en cohérence des actions de l'Etat et des collectivités territoriales.

- **Mise en place d'une base de données régionale**, qui agrège les informations statistiques disponibles à l'échelle départementale. Elle permet un suivi des principaux indicateurs relevant du champ des addictions, à partir du recueil réalisé par les opérateurs nationaux chargés de les compiler. Sont ainsi traitées les données régionales issues d'enquêtes en population (Escapad, Baromètre santé...), d'enquêtes spécifiques (Coquelicot, Oppidum, Siamois...), des données d'activité, dans le champ du soin (RECAP, Ena CAARUD, CJC...), de l'application de la loi (OCRTIS, fichiers FNAILS), de la prévention.

  Sont réalisées des analyses à la fois longitudinales et comparatives afin de mettre en évidence des évolutions et/ou des spécificités locales.

- **Construction d'un outil de suivi des actions de prévention financées par les crédits MILDT**. Suite au constat d'un déficit récurrent de données fiables et actualisées et pour répondre aux attentes de plusieurs chefs de projets départementaux, nous avons entrepris l'élaboration d'un dispositif de suivi, alliant indicateurs quantitatifs et qualitatifs, qui permette d'éclairer les chefs de projet dans le pilotage des plans en matière de prévention. Il s'agit d'un questionnaire à l'attention des porteurs de projets, rempli sur la base du bilan de l'action financée, et qui est constitué d'indicateurs d'activité et d'autres plus qualitatifs. Ce questionnaire serait identique à tous les porteurs de projets de la région bénéficiant d'une subvention MILDT.

- **Participation à l'élaboration du Schéma régional en addictologie.** Suite au travail préparatoire mené en 2008 dans le cadre de l'instance régionale d'évaluation des actions en addictologie(6), le CIRDD Paca a été sollicité pour participer, à la demande du chef de projet MILDT coordonnateur régional, à la commission chargée de rédiger le schéma régional en addictologie(7), comme prévu par le plan. La mission du CIRDD a plus spécifiquement porté sur l'animation, avec Mme le docteur Jacqueline TERVE, Médecin inspecteur de santé publique de la DDASS13, d'un groupe de travail sur le volet prévention de ce futur schéma. Les travaux, restitués, se sont poursuivis, fin 2009 avec la création d'une instance de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du schéma, notre contribution portant les outils de recueil de l'activité de prévention, que nous souhaitons cohérents avec ceux des plans MILDT

- **Mise en œuvre des formations régionales à la prévention des conduites dopantes.** Le CIRDD Paca participe au groupe régional de formateurs, dont la création a été souhaitée par le ministère de la santé et des sports. Un comité de pilotage spécifique, dont nous sommes membres a été mis en place en région pour réunir les organismes régionaux experts dans le domaine du dopage et de la formation du milieu sportif, Ce comité s'est réuni à quatre reprises (programme, calendrier, dossier) ; trois jours de formation ont réuni des personnels médicaux, infirmiers et sportifs des quatre départements de l'académie d'Aix Marseille.

6.5 - Appui au Conseil Régional

La collaboration entre le CIRDD et la Région Provence - Alpes - Côte d'Azur s'est engagée dans plusieurs domaines :

- La rédaction d'un état des lieux complet des conduites addictives des jeunes en région. Conçu comme un **outil d'aide à la décision**, il est destiné aux élus et personnels de la Région concernés par les problématiques d'addiction, ainsi qu'aux représentants du Conseil Régional des Jeunes. Ce rapport traite des principaux volets relatifs à cette question : les consommations (niveaux d'usage, évolutions et spécificités régionales), les dommages sanitaires et sociaux associés aux usages de drogues et les réponses de prévention et de prise en charge existantes sur le territoire.
- **L'appel à projets** 2008 **« Prévention des addictions »** pour lequel le CIRDD Paca avait apporté soutien et expertise s'est renouvelé en 2009 dans les mêmes termes. Différentes rencontres ont été nécessaires pour instruire les demandes de financements et réaliser un suivi des actions mises en œuvre.

(6) Voir rapport d'activité 2008
(7) Plan national de prise en charge et de prévention des addictions 2007/2011

- Une **formation de 2 jours à l'attention de personnels de Missions Locales** de la Région s'est tenue en juin 2009. Elle a été suivie par la réalisation de mallettes contenant différents outils de prévention sélectionnés par les personnels formés et conçues par l'équipe du CIRDD Paca. Deux types de mallettes vont être envoyées aux missions locales : une destinée aux jeunes, l'autre aux professionnels.
- Des **interventions** à des manifestations organisées par la Région ou ses partenaires, comme les « Assises de la Vie Etudiante » ou lors de la journée régionale « Santé des jeunes : prévention, actions et éducatives et parentalité » organisée par l'Union régionale des associations familiales : présentation des données concernant les consommations, les politiques de prévention
- L'organisation d'un **colloque « alcool et drogues, agir pour la santé et la sécurité au travail** » le 15 décembre dans l'hémicycle de la Région. Ce colloque correspond à un souhait de développer, avec la Région, la prévention vis à vis des jeunes à l'entrée du monde du travail et de l'entreprise.

Près de 15% à 20% des accidents professionnels, de l'absentéisme et de conflits interpersonnels au travail seraient liés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants[8]. Les consommations de drogues sont notamment plus importantes dans certains secteurs : BTP, transports, hôtellerie/restauration, commerce[9]. Les données de consommation concernant les jeunes de la région en formation en recherche ou occupant un emploi[10] montrent également des usages et des risques supérieurs à ceux des jeunes poursuivant leur scolarité .

Jusqu'alors peu engagées dans l'action ou quasi exclusivement sur les alcoolodépendances, les entreprises s'interrogent sur leur responsabilité et obligations légales vis à vis de la prévention des consommations de produits psychoactifs notamment les drogues illicites.
Par ailleurs, des centres de formation d'apprentis ont engagé des actions de prévention en lien avec les métiers.

Le colloque « alcool et drogues, agir pour la santé et la sécurité au travail » du 15 décembre 2009, réalisé avec le soutien de la Région, du chef de projet MILDT et de la DRTEFP PACA, a réuni 170 participants, dont une majorité de médecins du travail, autour d'un état des lieux de la problématique, du rôle des différents acteurs de l'entreprise dans la prévention, et plus spécifiquement sur la question des jeunes entrant dans le monde du travail.

Cette thématique « drogues en milieu du travail » est prise en compte dans la politique volontariste de santé de la région, vis-à-vis de la prévention des risques chez les jeunes, et est également inscrite dans les priorités des plans départementaux MILDT. Des recommandations concernant cette thématique seront énoncées lors d'états généraux nationaux prévus juin 2010.

6.6 - Appui aux villes

La convention de partenariat qui nous lie à la **Direction de la santé publique de la Ville de Marseille**, s'est traduite en 2009 par :

- notre activité de centre de ressources, très majoritairement offerte aux publics d'intervenants sanitaires et sociaux, enseignants, étudiants, chercheurs,... habitant ou travaillant sur Marseille
- notre participation à **l'élaboration du volet addiction du futur Contrat local de sécurité et de prévention de la délinquance** communal : animation de l'atelier chargé de ce thème, communication de données, rédaction de compte rendus.... Cette participation est également motivée par la nécessité de coordonner les actions du CLSPD de Marseille avec le Plan de la MILDT.
- un soutien technique à la Direction de la Santé Publique de la Ville de Marseille pour **l'élaboration d'un projet de prévention des conduites addictives dans les écoles élémentaires** de Marseille. Cette expérimentation devrait débuter en septembre 2010 dans une vingtaine d'écoles volontaires, auprès d'enseignants et d'élèves de CM2, et s'articule avec le programme développé dans le secondaire.
- une participation au conseil scientifique et au comité d'organisation des deux journées d'ateliers professionnels portées par le groupe « Questions de réseaux », prévus en mai 2010. Ces ateliers sont destinés aux intervenants sociaux (professionnels, militants, acteurs sociaux dans les cités), aux étudiants et aux chercheurs, et ont pour objectif d'échanger et confronter des savoirs et des expériences sur **l'intervention sociale à l'épreuve des trafics de drogues**.

(8) Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008/2011
(9) Baromètre santé 2005
(10) Exploitation régionale enquête ESCAPAD 2005

- notre participation au **comité de pilotage départemental des actions de réduction des risques** que la Ville copilote avec la DDASS 13, sur deux aspects :
  * Le CIRDD a été chargé d'accompagner les projets d'ateliers de la réduction des risques, portant sur quatre thématiques prioritaires : la réduction des risques liés à l'injection (organisation d'une formation pour les professionnels de CAARUD), la prise en charge des femmes usagères de drogues (état des lieux du travail partenarial), l'amélioration du travail partenarial entre le dispositif de réduction des risques et les acteurs hors champ spécialisé dans la prise en charge des personnes usagères de drogues (trois publics spécifiques : personnes présentant une pathologie psychiatrique, jeunes de moins de 25 ans en grande précarité, femmes) et l'actualisation des outils et des concepts de la réduction des risques, notamment sur le thème de l'injection.
  * Le CIRDD Paca a également participé à la rédaction des propositions pour développer l'action en milieu festif et l'aborder de manière plus globale(11)

Nous avons par ailleurs été sollicités par des communes de la région, plus particulièrement par des **coordonnateurs d'Ateliers Santé Ville**, dans la phase d'élaboration des diagnostics préalables aux Plans Locaux de Santé Publique, pour obtenir des données relatives aux champ des drogues et des addictions (ASV de la Seyne sur Mer, d'Arles, d'Aix en Provence, de Marseille Nord...).
Nous sommes également intervenus, en mars, à la demande du chef de projet, dans un séminaire de formation du CNFPT, devant de nombreux représentants de villes des Bouches-du-Rhône, en charge des actions de prévention des toxicomanies et de la délinquance. Cette intervention portait sur la politique publique « drogues et dépendances », et les programmes de prévention dont l'action en milieu scolaire.
Signalons, pour terminer, une intervention auprès des élus de la Ville d'Istres, pour présenter le cadre des actions de prévention, suite à une sollicitation du chef de projet des Bouches du Rhône.

6.7 - Appui au Conseil Général

Le Conseil Général des Bouches du Rhône bénéficie de notre activité en direction des professionnels de l'enfance, des équipes éducatives et des élèves des collèges.
Souhaitant que les actions de prévention et d'éducation qu'il soutient dans les établissements auprès des collégiens soient coordonnées avec celles suivies par le dispositif d'actions de prévention en milieu scolaire, cette collectivité s'est engagée à participer à la coordination départementale.
Les actions de prévention des addictions qu'elle propose sont inscrites dans un catalogue diffusé aux collèges. Depuis la rentrée 2009, les demandes des établissements au Conseil Général sont retenues d'un commun accord entre les partenaires (Conseil Général, Education Nationale, MILDT) dans la mesure où les actions proposés correspondent à la philosophie d'action du programme départemental (prévoyant la mobilisation, la formation et l'accompagnement des équipes éducatives) et se coordonnent avec l'action des associations référentes.

6.8 - Contribution au dispositif TREND(12) / SINTES(13) - OFDT(14)

Le CIRDD PACA conduit depuis 2004, **l'enquête TREND** que l'OFDT pilote sur sept sites en France, dont Marseille ; L'étude TREND porte, comme en 2008, sur le site élargi de Marseille et Aix, les usagers de drogues des milieux festif et urbain de ces deux sites étant relativement dissemblables quant aux usages des produits et aux situations sanitaires et sociales. L'observation a également été élargie aux villes de Digne les Bains, Gap et Draguignan à titre exploratoire, ainsi qu'aux quartiers populaires de Marseille, jusqu'ici non inclus dans l'observation.
Cette année, nous avons également collaboré à l'ouvrage de l'OFDT qui synthétise l'évolution des usages de substances psychoactives en France depuis la création du dispositif TREND en 1999.
Le CIRDD PACA coordonne également au plan régional le dispositif SINTES, volet veille et observation. **SINTES veille** recueille des produits « nouveaux », ou ayant posé un problème de santé ; pour faire analyser leur composition dans des laboratoires conventionnés et, si besoin, transmettre une information de prévention aux acteurs du champ spécialisé dans la prise en charge des personnes usagères de drogues.

(11) L'approche globale porte sur la capacité à aborder à la fois le milieu festif commercial et alternatif, travailler sur les représentations sociales et former les acteurs concernés, à l'exemple de programmes mis en œuvre dans certaines villes, comme Rennes ou Paris (« Fêtez Clairs »)
(12) TREND : Tendances récentes et émergentes des nouvelles drogues
(13) SINTES / Système d'Identification National des Toxiques et Substances
(14) OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

Ce dispositif s'appuie principalement sur les structures CAARUD et CSST. **SINTES observation** réalise des collectes biannuelles sur un produit ou une catégorie de substances.

Cette année, le CIRDD PACA a participé à une collecte de produits de synthèse consommés en espace festif (MDMA[15], Amphétamine, Kétamine, 2-CB ou autres stimulants de synthèse) du 1er novembre 2008 au 31 décembre 2009. Les résultats sont publiés sur le site de l'OFDT.

6.9 - Pour conclure : perspectives

Une évolution des CIRDD, dispositif d'accompagnement des politiques publiques « drogues et dépendances » a été annoncée tout au long de 2009.

En début d'année, le Président de la MILDT faisait part aux directeurs des CIRDD et aux chefs de projet, des résultats d'un audit commandité à l'IGA[16], et des observations formulées sur le fonctionnement de ces structures par des organismes de contrôle, et leur demandait de proposer des évolutions ou modifications. En été, la MILDT transmettait aux chefs de projet régionaux un appel à projet pour la mise en œuvre de dispositifs d'appui, basés « sur les seules fonctions de conseil méthodologique et d'observation utiles aux chefs de projets, la fonction documentaire du réseau étant remplacée par la création d'un centre documentaire en ligne à l'OFDT[17] ».
Une des conséquences les plus palpables de cette décision est que, « chaque région dotée en 2009 d'un CIRDD verra son enveloppe diminuée afin de permette la généralisation du dispositif d'appui sur tout le territoire[»18] . Donc, quel que soit le devenir de la structure et sa capacité à mettre en œuvre les nouvelles missions d'appui aux chefs de projet, cela s'effectuera avec des moyens diminués.

Au mois de septembre, le chef de projet des Bouches du Rhône, coordonnateur régional MILDT nous rendait destinataire de l'appel à projet réformant le dispositif d'appui aux chefs de projet.

Début novembre, la Préfecture nous informait que notre proposition est retenue, et nous adressait par la suite une convention pour l'année 2010.

Une partie de l'équipe a été réorientée vers ce dispositif, dont les objectifs, l'activité et l'organisation sont profondément différents de ce qui était la base de la structure « CIRDD » : nous sommes passés d'un lieu ressources, au service des divers publics concernés par les drogues, à une activité de mission au service d'une politique.

Le rapport d'activité du CIRDD Paca n'est pas le lieu pour discuter du bien fondé de cette décision, qui d'ailleurs concerne l'ensemble des onze CIRDD nationaux.

Mais j'aimerais souligner que l'année 2009 aura été ainsi marquée par l'incertitude quant à la possibilité de poursuivre l'activité « ressources », l'inquiétude quant au devenir de l'équipe et au cadre de travail futur. Elle se conclut par des départs de personnels, dont des licenciements, et l'arrêt de l'activité du CIRDD.

Cette année aura été, du strict point de vue de l'activité, une année paradoxalement « comme les autres »...
Il faut rendre hommage au travail, durant ces dix années, de l'équipe du CIRDD qui s'est constamment mobilisée pour mener à bien ses missions, et ce jusqu'à son terme.

(15) MDMA : 3,4-méthylène-dioxy-méthylamphétamine
(16) Inspection générale de l'administration (ministère de l'Intérieur)
(17) In : lettre du 10 septembre 2009 du président de la MILDT aux Présidents des CIRDD
(18) Id.

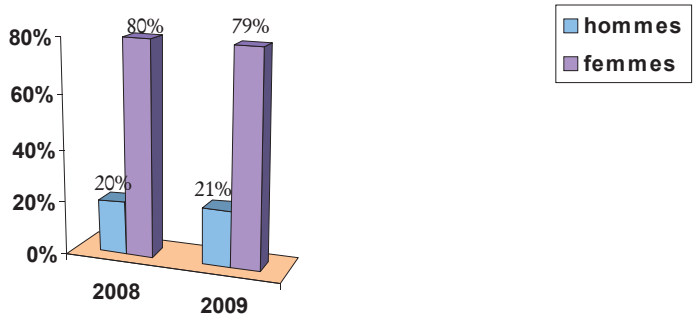
Le Bilan Social

Au 31 décembre 2009, l'AMPTA comptait dans son effectif 44 ETP pour 53 salariés. La masse salariale 2009 qui s'élève à 1,558 M € correspond aux rémunérations de 48,50 ETP (61 personnes).

	2008	2009
Effectif présent au 31 décembre	56	53

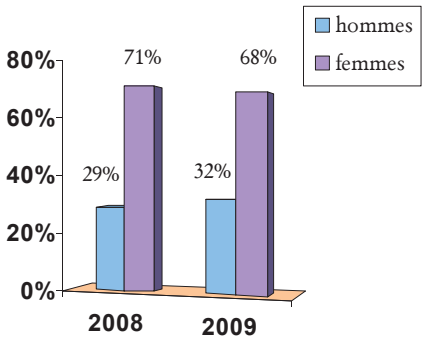
Répartition Hommes-femmes

Nombre de salariés : 53

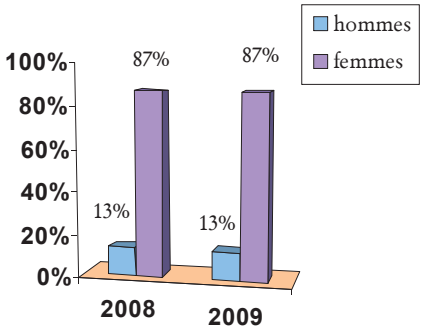


Répartition par statut

Cadres : 22

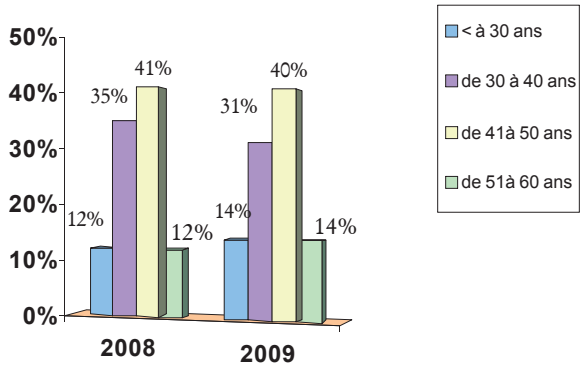


Employés : 31

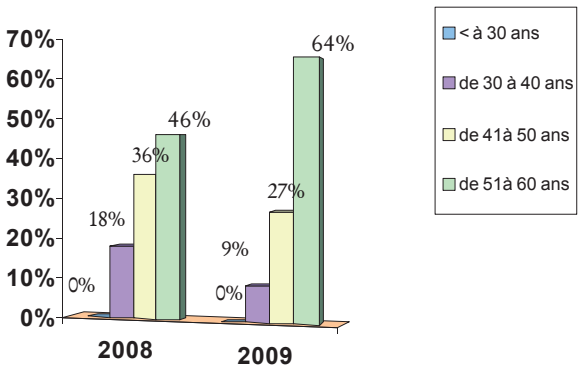


Répartition âge

femmes : 42

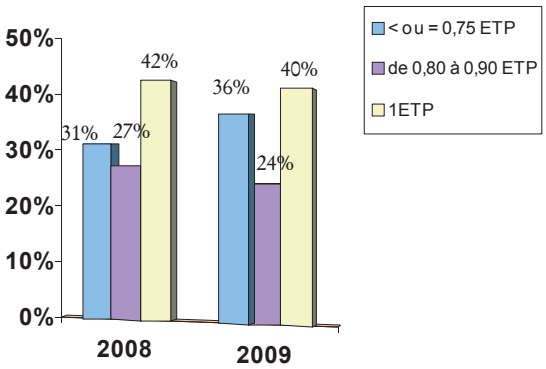


hommes : 11

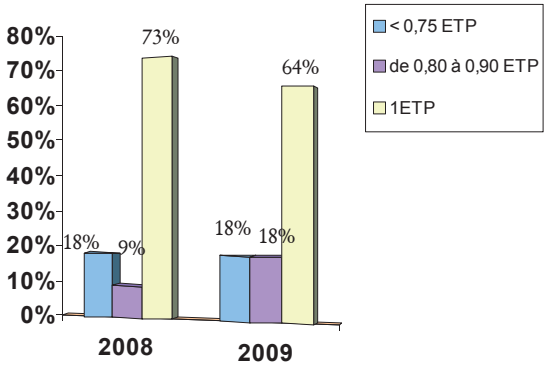


Répartition du temps de travail

femmes : 42



hommes : 11



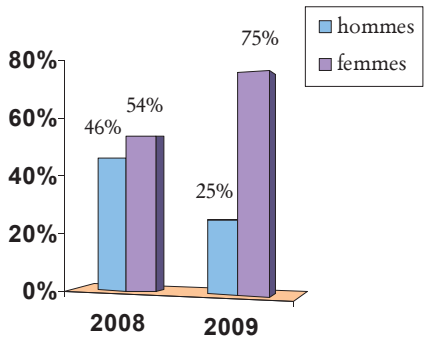
Le ratio hommes femmes est équivalent à celui de l'année dernière. Les femmes sont quatre fois plus nombreuses que les hommes. De même, les hommes sont en majorité des cadres et sont plus âgés. Concernant le temps de travail, les temps partiels (54 %) sont dus au choix de l'employeur d'ajuster les temps de travail selon deux principaux critères :

- un certain nombre de postes sont financés à hauteur d'un temps partiel,
- la demande du personnel souhaitant aménager son temps de travail en fonction des ses contraintes familiales ou autre

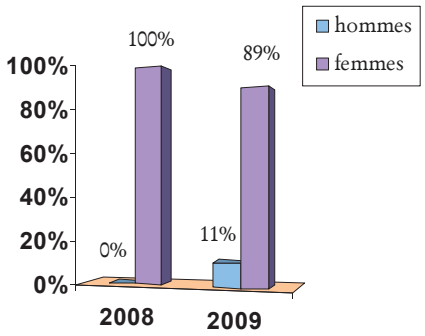
Formation continue

Salariés ayant bénéficié d'une formation : 48

Cadres : 20 (42%)



Employés : 28 (58%)

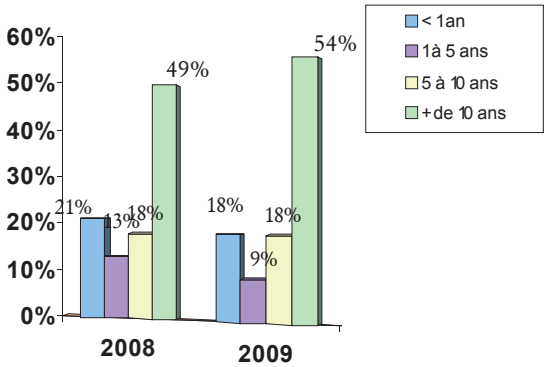


90 % de l'ensemble du personnel a bénéficié d'une formation. Les diverses sources de financements ont pu rendre possible l'organisation de 4 formations collectives. Cette opportunité a permis à l'AMPTA d'adapter les compétences du personnel à l'évolution de nos dispositifs. Les formations ont été financées dans le cadre :

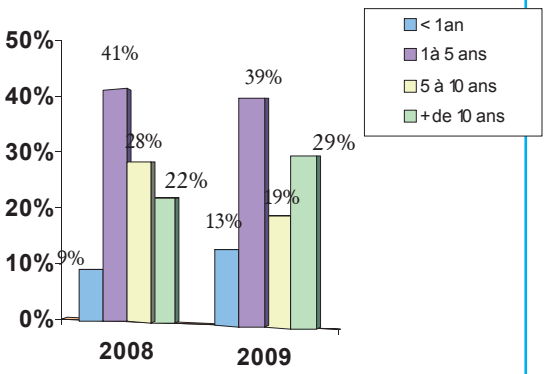
- du plan de formation
- du CIF(1)
- de Crédits exceptionnels

Ancienneté

cadres : 22



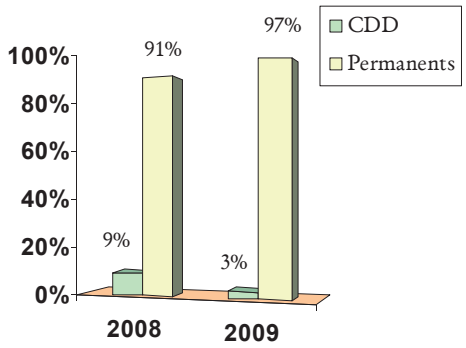
employés : 31



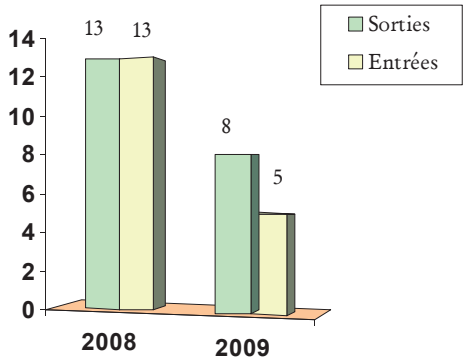
58 % du personnel a plus de 5 ans d'ancienneté et 15 % moins d'un an d'ancienneté (cadres et employés confondus).

(1) Congé Individuel de Formation

Type de contrat

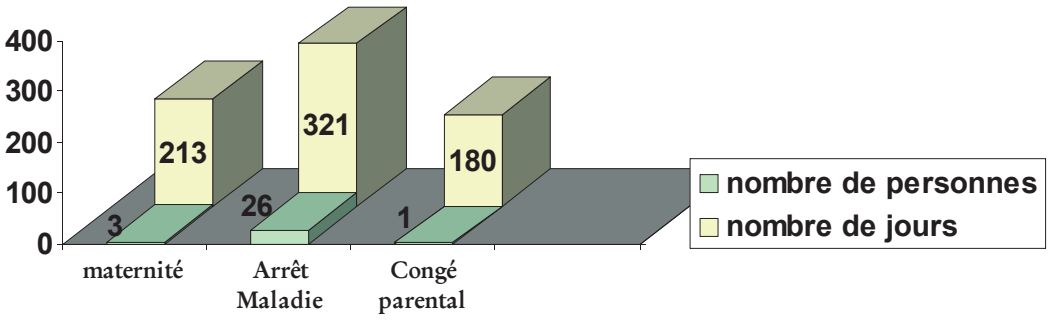


Mouvement du personnel



Le personnel en CDD est embauché pour des missions spécifiques et ponctuelles (études, recherches...) ou pour remplacement d'un salarié, temporairement absent.

Absentéisme



L'Organigramme

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Jean Jacques SANTUCCI
Directeur

Hayet AGGOUN
Directrice Administrative et Financière

Services Généraux
Jean Marc CASTILLO, Technicien de Maintenance
Agents d'entretien : Yvette GALLONI
Keltoum MEHIMDA

Véronique GONZALEZ, Assistante de Direction
Isabelle MADDALONI, Conseillère technique
Isabelle CARBONNIER, Secrétaire
Laurence GASAN, Comptable

Olivier THOMAS
Responsable Psychologue

CSST « Marseille »

Coordinatrice socio-éducative :
Sandra BERNARDI

Secrétaire : Adèle ETOH

Psychologues :
Véronique AVIT
Hubert OSSCINI
Ségolène HUGON DE VILLERS

Educateurs spécialisés
Faten NAJJAR
Dominique ZAVAGLI
Laura PAHOR
Véronique ALOUCHE
Sébastien SANCHEZ

Assistance sociale
Laurence DOREY

Médecin Psychiatre:
Maxime d'ANTUONO

Médecin Généraliste :
Brigitte ROQUE

Infirmière DE
Martine PALAZZI
Hélène MATTEI

Centres de Détention
Yasmina DAUMAS, Educatrice spécialisée
Lucille LIGNEE, Psychologue

Alain MADIOUNI
Responsable Psychologue

CSST « Ouest Etang de Berre »

Secrétaire : Michèle CIBASTI

Psychologue :
Patricia LAUDET

Educateurs spécialisés
Jacques RICCARDI
Fabienne BOREL
Sandrine MASTELONNE

Chargée de Prévention
Isabelle GARCIA

Médecin généraliste
Patricia CAZES

Infirmière DE
Julie DISCHLY
Julie BERTET

Claude FONTANARAVA
Responsable, Médecin Addictologue

CSAPA « Aubagne »
Et
PAEJ la Ciotat

Secrétaire : Valérie SALIES

Psychologues :
Fanny VALLE
Sandrine DUHOUX
Lucile LIGNEE

Assistante Sociale
Véronique MOSER
Véronique HEURTIER

Animatrice de Prévention
Pia ROSTANG

Infirmier(e)s DE
Dephine PASQUON
Alain SERRANO

Etienne ZURBACH
Responsable

CIRDD PACA

Secrétaire : Malika BURLES

Documentalistes :
Béatrice BESSOU
Anne FERENCZI

Chargée d'ingénierie de prévention et de formation :
Isabelle ROBERT

Conseillère en Méthodologie de Prévention
Bernadette BAUDET

Chargée d'Observations et d'Etudes
Raphaelle VERDIER

EQUIPE TREND
Emmanuelle HOAREAU
Dominique BLANC

Florence SOULE
Psychologue

Service Cathala

Consultation Jeunes Consommateurs et Service Prévention

Secrétaire : Donia MEDELES

Conseillères de méthodologie de prévention

Anne SCHMITT
Aurore CAPEAU
Candice MORDO

Psychologue
Hourya LEKEHAL
Ségolène HUGON DE VILLERS

Les stagiaires : V. Charpentier - A.Jao - J.Delporte - J. Latrobe - M. Malfato - A.Robequin - N.Thérond - J.Caruelle

Remerciements

Nous tenons à remercier tous les partenaires institutionnels qui nous font confiance en nous accordant leur aide : la DDASS 13, la DRASS PACA, la Préfecture des Bouches-du-Rhône, le Conseil Régional PACA, le Conseil Général des Bouches-du-Rhône, le Groupement Régional de Santé Publique PACA, les Préfectures de la Région PACA, les Directions Départementales et Régionales de la Jeunesse et des Sports, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, de l'Administration Pénitentiaire, la MILDT, les Villes d'Aubagne, Châteauneuf-les-Martigues, la Ciotat, Fos-sur-Mer, Marseille, Martigues, Port de Bouc.