

## Introduction

Le CSST EGO a été créé en 2007 avec, pour mission spécifique, l'expérimentation des nouvelles modalités de soins et de prise en charge adaptées aux usagers de crack et aux poly-toxicomanes en errance dans le nord-est parisien. Au bout de trois années de fonctionnement, l'activité du centre de soins, étroitement articulée avec le fonctionnement des deux antennes du CAARUD EGO, s'est développée comme une charnière indispensable pour l'accès aux soins des usagers de drogues en situation de grande précarité. Ce mode original de soins et de traitement des addictions est conçu dans une dynamique de proximité et de réduction de risques.

La réorganisation générale de notre secteur en 2009, avec notamment la transformation des CSST et CCAA en CSAPA (Centres de soins, d'accueil, d'accompagnement et de prévention en addictologie) a été l'occasion pour l'équipe d'adapter son projet thérapeutique et de son organisation. La prise en charge des patients, le plus souvent poly-toxicomanes prenant autant de drogues licites qu'illicites, la « conversion » de quelques uns de nos patients du crack à l'alcool, et notre expérience acquise au cours des trois années dans le traitement des addictions, nous a amenés à devenir CSAPA généraliste.

L'expérience des premières années de fonctionnement et les consensus trouvés dans l'élaboration du nouveau projet d'établissement -s'inscrivant dans la perspective plus large des missions d'un CSAPA ambulatoire et généraliste- nous amena, dès le deuxième semestre 2009, à modifier l'organisation des soins et à mettre en oeuvre les nouvelles orientations. Ces modifications ont eu un impact sur certains indicateurs d'activité, par exemple, les inclusions dans le programme de traitements de substitution, auparavant réservés uniquement aux patients co-dépendants des opiacés et de la cocaïne/crack, furent élargies aux autres patients. Une des conséquences immédiates de cette mesure fut l'augmentation de la file active du programme TSO (Traitement de substitution aux opiacés) (15,2 % en 2009 contre 5,3 % en 2008) et l'arrivée de nouveaux publics

Pour mieux organiser la prise en charge pluridisciplinaire des patients, nous avons introduit, après un premier accueil (effectué le plus souvent en « interaction » avec le CAARUD), un nouvel entretien d'évaluation réalisé par deux professionnels de disciplines différentes. Chaque nouveau patient se voit attribuer un référent clinique et un référent social qui vont l'aider à élaborer son parcours de soins. Cette nouvelle organisation modifie la proportion et la distribution des actes réalisés par les différentes catégories de professionnels comme le montrent les données et analyses qui suivent.

## L'activité 2009

### File active

Patients	2008	%	2009	%
File active	302	+ 9	389	+ 21,8
Dont nouveaux	166	55	229	58,9
Vus une seule fois	67	22,2	123	31,6
Total personne reçue y compris famille et entourage	312		397	

L'augmentation de la file active s'est poursuivie en 2009 pour arriver à 389 patients et s'est accentuée par rapport à l'année précédente soit 21,8% de plus. Il est à noter que le nombre d'actes réalisés par les différents professionnels, augmente dans la même proportion à savoir 21,8% en plus ce qui signifie que le nombre moyen d'actes par patient reste stable (17 en moyenne).

	2008				2009			
	Nb actes et %	Nb Patients	% file active	Nb Actes par Patient	Nb actes et %	Nb Patients	% file active	Nb Actes par Patient
Médecins généralistes	440 (8,6 %)	168	55,6	2,61	890 (13,6 %)	237	60,9	3,75
Psychiatres	100 (2 %)	41	13,6	2,43	228 (3,5 %)	97	25	2,35
Infirmiers	2518 (49,2 %)	179	59,3	14,06	3354 (51,3 %)	195	50,1	17,2
Psychologues	625 (12,2 %)	109	36,1	5,73	817 (12,5 %)	212	54,5	3,85
Assistants sociaux	1002 (19,6 %)	254	84,1	3,94	897 (13,7 %)	158	40,6	5,67
Educateur spécialisé	432 (8,4 %)	104	34,4	4,15	355 (5,4 %)	76	19,5	4,67
Total actes	5117 (100 %)	302		16,94	6541 (100 %)	389		16,81

## Les produits les plus souvent consommés

	1 <sup>er</sup> produit le plus dommageable		2 <sup>eme</sup> produit le plus dommageable		3 <sup>eme</sup> produit le plus dommageable	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Cocaïne et crack	178 (71,2%)	213 (58,7%)	32 (18,5 %)	43 (16,8 %)	6 (6,7 %)	14 (11,9 %)
Opiacés	26 (10,4 %)	42 (11,6 %)	27 (15,6 %)	44 (17,2 %)	5 (5,6 %)	7 (5,9 %)
Traitement de substitution détournée	20 (8 %)	59 (16,3 %)	44 (25,4 %)	64 (25 %)	8 (8,4 %)	10 (8,5 %)
Alcool	11 (4,4 %)	29 (8 %)	18 (10,4 %)	21 (8,2 %)	16 (18 %)	25 (21,2 %)
Cannabis	7 (2,8 %)	6 (1,7 %)	22 (12,7 %)	34 (13,3 %)	21 (23,6 %)	25 (21,2 %)
Méd. Psychotropes détournés	6 (2,4 %)	11 (3 %)	25 (14,5 %)	40 (15,6 %)	22 (24,7 %)	21 (17,8 %)

Le nombre de patients pour lesquels la cocaïne-crack est le premier motif de consultation augmente (178 en 2008 contre 213 en 2009), mais il diminue en pourcentage de la file active (71,2% en 2008 contre 58,6% en 2009). Le nombre de patients pour lesquels les produits associés comme premier motif de consultation ont pour origine les traitements de substitution détournés et les opiacés sont en nette augmentation. . Dans cette catégorie nous avons reçu un nombre croissant de patients originaires des pays de l'ex URSS.

## Origine de la demande

Détail des orientations effectuées par les CCAA, CSST et CAARUD :

	2008 (n)	2008 (%)	2009 (n)	2009 (%)
CSST ou service addictologie	8	3,2	13	3,8
Structure RdR CAARUD	25	10,1	32	9,3
Centre d'accueil d'EGO	48	19,4	63	18,4
STEP	32	12,9	39	11,4

Comme l'année précédente, les patients qui s'adressent au CSST EGO le font, soit de leur propre initiative (48%), soit sur orientation des CAARUD (39,2%). Mais, la grande majorité des patients qui s'adressent au CSST de leur propre initiative fréquentent également les antennes du Centre d'Accueil d'EGO. Ainsi le CSST se situe pour la majorité de ces patients comme un premier recours aux soins spécialisés et comme le début d'un parcours de soins faisant appel à un nombre croissant de partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

# **La prise en charge médicale et infirmière**

## **Les soins médicaux**

Les soins médicaux sont une partie fondamentale de l'activité clinique du CSST EGO. En effet, la population reçue est constituée principalement par des usagers de drogues en grande précarité sociale et très fragilisée en terme de santé physique et mentale. Chaque jour, un médecin et un infirmier sont présents dans le service, facilitant ainsi l'accès aux soins de ces patients.

Les motifs de consultation, parfois en urgence, ont pour la plupart un lien avec les consommations de crack : pathologie broncho-pulmonaire de type bronchite asthmatiforme, pneumopathie, dyspnée, pathologie cardiovasculaire de type hypertension artérielle, infections cutanées liées aux injections, plaies aux doigts et aux lèvres. La demande de départ ne relève pas toujours de l'addictologie. Il peut s'agir de soins liés à une plaie, de réfection de pansement, de soulagement d'une douleur. Les patients demandent du soin sans nécessairement associer leurs difficultés à la consommation de produits.

Passé le contexte d'urgence, chaque patient reçu est évalué et se voit attribuer un référent chargé de coordonner son parcours de soins.

Le suivi médical nécessite un important travail de partenariat. Nous faisons régulièrement appel à des consultations extérieures. Nous privilégions alors le lien entre l'usager et le système de santé par courriers, appels téléphoniques et accompagnements physiques.

## **Les hospitalisations**

Un élément important de l'accès aux soins des usagers de drogues est l'accès aux hospitalisations. Elles peuvent être faites en urgence ou programmées.

Dans le cadre de l'urgence, l'équipe du CSST met en place les premiers soins médicaux en attendant l'arrivée des équipes mobiles d'urgence. Les motifs d'hospitalisation sont les suivants : décompensation psychiatrique, overdose, urgence somatique. Pour certains patients, l'urgence peut être le premier lien avec le soin et le début d'une prise en charge médicale au sein du centre.

Les hospitalisations programmées constituent un cadre complètement différent. Les motifs d'hospitalisation sont les suivants : somatique, sevrage et psychiatrique. Deux difficultés majeures émergent alors : la rupture non volontaire de la consommation de crack et la contrainte de l'enfermement. La prise en compte de ces deux éléments est essentielle à la réussite de ces séjours hospitaliers. Elles supposent un lien en amont avec le service d'hospitalisation et la proposition systématique d'un accompagnement du patient.

<b>Hospitalisations dans le cadre d'une urgence</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Décompensation psychiatrique	6	4
Surdose médicaments	8	4
Urgence médicale	9	3
Total hospitalisation urgence	23	11

<b>Hospitalisations programmées</b>		
<b>Hospitalisations somatiques</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Maladies infectieuses	6	3
Traumatologie et orthopédie	1	3
Médecine interne	0	2
Maternité	0	1
Cardiologie	1	0
Total somatique	8	9
Hospitalisations sevrage	10	13
Hospitalisations psychiatrique	6	8
Total hospitalisation programmées	24	30

## Prise en charge des maladies infectieuses

Les maladies infectieuses constituent une des problématiques principales des usagers de drogues. La consommation des produits par voie nasale et/ou injectable favorise la contamination par certaines maladies infectieuses (VIH, hépatite B et C notamment). De plus, la consommation de substances psychoactives favorise la prise de risques sexuels (rapports sexuels non protégés et multipartenariat) à l'origine de contaminations par les infections sexuellement transmissibles (IST). Les stratégies de réduction de risques ont eu comme effet la diminution de la contamination par le VIH parmi les usagers de drogue [1]. Cependant, une haute prévalence des contaminations par le virus de l'hépatite C (VHC) est encore observée chez les usagers de drogues (59,8% dans les grandes villes de France [2]).

Afin d'aller au-delà des actions de prévention, de dépistage et de suivis réalisées en 2009, une consultation *in situ* par un médecin référent hépatologue sera mise en place dès le début 2010, à une fréquence mensuelle. Cette initiative si nécessaire pour le traitement des maladies infectieuses ne verra le jour que grâce au soutien financier des laboratoires Roche. L'initiation du traitement antiviral (VHC), le suivi quotidien et la surveillance de l'efficacité du traitement pourront ainsi être effectués sur place.

## Vaccinations

Etant donné le mode de vie et les risques auxquels sont exposés les usagers de drogues, leur vaccination est essentielle. Cependant, le pourcentage de patients protégés est faible. Afin d'améliorer la couverture vaccinale des usagers, il a été mis en place un programme de vaccination sur place. Plusieurs outils ont été mis en place : un registre, la mise à disposition de carnets de vaccination aux patients et un réfrigérateur avec thermomètre permettant la conservation des différents vaccins.

Différentes vaccinations sont proposées : hépatite B, antipneumocoque, DTPolio.

### Hépatite B

Après vérification du statut sérologique négatif des patients, une vaccination est proposée. En 2009, 8 personnes ont débuté le schéma vaccinal.

### Pneumo 23

Ce vaccin protège contre les infections pulmonaires à pneumocoque, bactérie particulièrement agressive chez les usagers souvent immunodéprimés. 18 vaccins ont été effectués en 2009.

### H1 N1

Le CSST a participé à la campagne de prévention de la grippe H1N1. Nous avons, en collaboration avec l'équipe du CAARUD, orienté nos patients vers les centres de vaccination alentours. A ce jour, aucun chiffre concernant le nombre de patients ayant été effectivement vaccinés n'est disponible.

<sup>1</sup> Institut de veille sanitaire. *Lutte contre le VIH-Sida et les infections sexuellement transmissibles en France : 10 ans de surveillance, 1996-2005*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2007, p. 6, [http://www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans\\_vih/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/10ans_vih/index.html).

<sup>2</sup> Jauffret-Roustide, M. et al. « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 33 (2006), p. 245.

## Dépistages et bilans

Les patients usagers de drogues ont des comorbidités infectieuses majeures. Cependant, l'accès au dépistage et au bilan complémentaire est très difficile. Les patients mettant en avant un certain nombre de problèmes : l'abord veineux impossible, le regard des soignants extérieurs, les horaires, etc. Il nous semblait pourtant primordial d'optimiser le dépistage auprès de nos patients et en cas de dépistage positif de compléter le bilan biologique. Nous avons alors établi un partenariat privilégié avec un laboratoire d'analyses médicales privé, situé à deux pas du CSST. Les prélèvements sanguins sont réalisés sur place par notre équipe d'infirmiers D.E. et acheminés par nos soins au laboratoire. Le matériel de prélèvement et de transport nécessaires sont remis gracieusement par le laboratoire.

Un partenariat entre l'association AREMEDIA et l'association EGO a permis la mise en place de séances régulières de dépistage (Hépatite C, B, VIH et syphilis) ; elles ont lieu dans les locaux du CAARUD et du CSST d'EGO. Les résultats sont remis sur place par les médecins du CSST. Après consultation médicale avec un professionnel de l'association AREMEDIA, les prises de sang sont réalisées par un infirmier d'EGO. Cette organisation optimise le dépistage des patients fréquentant le CAARUD d'EGO.

Pour l'année 2009, 12 séances de dépistages ont été réalisées.

Ainsi, 139 patients ont effectué un dépistage, 77 patients sont venus chercher leurs résultats (dont 68 à EGO et 9 au CDAG Fernand Widal).

Le taux de positivité met en évidence la problématique de l'hépatite C parmi les usagers de drogues en particulier parmi ceux qui fréquentent STEP.

Positivité	Centre d'accueil et CSST	STEP
VIH	1	2
VHB	1	1
VHC	9	40
Syphilis	5	0

Lors de la découverte d'une positivité, les médecins qui rendent les résultats informent les usagers de la nécessité d'un suivi par un spécialiste (infectiologue et/ou hépatologue) et leur proposent des examens complémentaires : bilans sanguins, fibroscan. Nous essayons, au cas par cas, de résoudre les situations particulières des patients qui ne possèdent pas de couverture sociale.

### Le fibroscan

Dans le cadre d'un projet inter associatif, les associations EGO, CHARONNE et GAIA mettent à tour de rôle, à la disposition des usagers de drogues, un fibroscan dans leurs locaux. C'est un outil non invasif de mesure de la dureté du foie par élastométrie. L'examen est rapide et totalement indolore. Le Fibroscan ne se substitue pas à la biopsie du foie qui est un geste invasif réalisable uniquement à l'hôpital, difficulté majeure pour un usager de drogues en situation de grande précarité sociale.

L'appareil est présent dans les trois associations par période de 2 mois. Cette mise à disposition du fibroscan dans différents endroits géographiques du nord-est parisien permet la réalisation de l'examen chez un plus grand nombre de patients.

A l'association EGO, l'examen est réalisé par le personnel médical et paramédical du CSST. Le compte rendu des résultats est fait par un médecin de l'équipe et adressé, le cas échéant, au médecin de la structure extérieure adressant le patient.

Ainsi le CSST EGO a eu dans ses locaux le fibroscan pendant les mois de novembre et décembre 2009. 41 examens ont été réalisés pendant cette période, dont 35 provenant de l'association EGO et 6 patients adressés par d'autres structures (1 CSST Pierre Nicole ; 1 CSST Horizon ; 1 Boutique Charonne ; 1 Espace Murger ; 2, CSST 110 les Halles).

## **Les soins infirmiers**

### *Les soins primaires*

L'infirmier est souvent amené à prodiguer des « petits soins » (antisepsie, pansement, ablation de suture...) car les patients ont des brûlures, des petites plaies, voire des abcès liés à l'usage de crack ou d'opiacés. Ces interventions permettent de connaître les pratiques de consommations utilisées par les usagers et de les sensibiliser aux soins.

Des soins d'hygiène sont également réalisés si nécessaire : bain de pieds, coupe des ongles, bain de bouche...

### *Les accompagnements*

En cas de difficultés, nous proposons systématiquement un accompagnement physique à nos patients lors de consultations à l'extérieur, de départs en postcure ou d'hospitalisation en soins généraux, en psychiatrie ou pour sevrage. Ces difficultés peuvent être liées à la nécessité de respecter un horaire de rendez-vous mais aussi à un besoin de soutien à un moment clef de leur prise en charge thérapeutique.

### *La collaboration avec le CAARRUD d'EGO*

La présence d'une infirmière au sein du Centre d'Accueil et de STEP permet de favoriser l'accès aux soins de certains usagers en grande précarité et de ce fait à l'écart du système de santé.

Par le biais de « petits soins » ou de médiation par rapport à la prévention des IST ou des maladies infectieuses, certains usagers sont sensibilisés et sont demandeurs d'une prise en charge par le CSST.

Des entretiens de Premier Accueil au CSST ont pu ainsi être réalisés dans l'antenne STEP du CAARUD.

### *La délivrance de traitement de substitution aux opiacés (TSO)*

En 2009, 59 patients contre 20 en 2008, ont été admis au CSST pour une délivrance de TSO (40 pour la méthadone et 19 pour la BHD), qui s'effectue du lundi au vendredi de 10h00 à 17h40, sans rendez-vous et dans l'ordre d'arrivée des patients.

Au cours de la mise en place, puis lors du suivi du traitement, l'infirmier évalue quotidiennement les éventuels signes physiques de manque sur le patient. Ensuite, il est particulièrement attentif aux symptômes cliniques subjectifs exprimés dans les plaintes et le ressenti du patient.

Une attention particulière est apportée auprès des patients ayant des facteurs spécifiques influençant la posologie de méthadone. Ainsi, on dénombre en 2009, 11 patients ayant une co-morbidité psychiatrique ; 8 patients déclarant une consommation régulière d'alcool ; 30 patients déclarant une consommation de benzodiazépines ; 15 patients ayant une infection par le VHC ; et une patiente enceinte.

D'autres facteurs peuvent aussi considérablement accélérer le métabolisme de la méthadone, notamment la prescription d'antirétroviraux. Six de ces patients furent concernés en 2009 et ont, pour certains, nécessité un passage d'une prise unique à une prise biquotidienne.

En conséquence, et ceci afin d'optimiser certaines situations cliniques, nous envisageons d'accentuer la pratique de méthadonémies résiduelles (soit 24h après la prise de la méthadone) l'année prochaine. Celles-ci seront d'ordinaire couplées avec une méthadonémie au pic (3 à 4 heures après la prise) pour apprécier la pente d'élimination.

Nous soumettons nos patients à des analyses urinaires au minimum une fois par mois. En 2009, nous en avons effectué 216

Quatre patients inclus depuis plus d'un an dans le protocole méthadone du CSST EGO ont ainsi pu passer à la délivrance de méthadone gélule courant 2009.

Etant donné la complexité des situations, nous n'avons effectué que très peu de relais en médecine de ville.

#### *La délivrance d'autres traitements*

La quasi-totalité de nos patients n'ont pas de médecin traitant. Ils nous sollicitent de ce fait pour leur pathologie chronique mais aussi lors d'affection ponctuelle.

L'infirmier gère et délivre également ces traitements. Du fait des conditions de vie de nos patients qui sont pour la plupart en grande précarité, ils ne peuvent ni stocker leur traitement (en l'absence d'un chez-soi) ni gérer eux-mêmes leur prise quotidienne. Certains patients ne peuvent pas toujours se faire délivrer leur traitement en pharmacie de ville car ils ne sont pas à jour au niveau de leur couverture médicale.

34 personnes suivies au CSAPA ont ainsi bénéficié d'une aide à l'observance de leur traitement permanent (psychotropes, cardiaque, trithérapie) et/ou ponctuel (antibiotiques, psychotropes, vaccins). Nous avons aussi délivré des traitements médicamenteux à 6 personnes dans le cadre du protocole crack.

#### *L'éducation à la santé*

L'éducation à la santé est aussi importante dans le travail infirmier. Ces entretiens sont le moment privilégié pour échanger sur :

- l'hygiène corporelle : les soins des dents, mains, pieds sont abordés et le patient peut bénéficier d'une douche ;
- les infections sexuellement transmissibles, avec mise à disposition de préservatifs et gels ;
- la prévention des maladies infectieuses : bilan et suivi sérologique, vaccination, fibroscan et autres examens complémentaires ;
- les règles d'asepsie et d'hygiène à respecter lors d'une injection intra veineuse

## La pharmacie

Les patients du CSST peuvent bénéficier d'une délivrance de traitement de substitution mais aussi d'autres traitements en rapport avec des pathologies infectieuses et/ou psychiatriques. De plus, notre infirmerie dispose d'un stock d'antibiotiques, d'antalgiques et d'antiseptiques que nous délivrons après avis médical aux patients sans couverture sociale. La gestion de tous ces médicaments était donc une tâche essentielle. Il était aussi important pour nous de nous assurer de la conformité de notre infirmerie.

Une pharmacienne engagée par le CSST fin 2009, a réalisé l'inventaire de tous les médicaments disponibles et les a intégrés dans le logiciel de gestion de stock. Elle a vérifié que les normes d'usage étaient respectées : un réfrigérateur équipé d'un thermomètre extérieur assurant la stabilité de la température interne et fermant à clef ; la tenue d'un registre de stocks des traitements de substitution (méthadone et buprénorphine) ; la conformité du protocole en cas d'accident d'exposition au sang avec affichage et vérification mensuelle du matériel nécessaire. Elle a également mis en place : un cahier de délivrance de traitement quotidien stipulant les entrées et sorties des médicaments, leur posologie, la date de péremption ; le rangement systématisé des traitements dans une armoire réservée à cet effet, selon leur appartenance à la liste 1 et 2 (la liste 1 regroupe les médicaments uniquement sur prescription médicale, la liste 2 comprend les médicaments en vente libre en pharmacie).

## Nouveaux patients, nouvelles stratégies

Au CSST EGO nous sommes habitués à recevoir des patients de nationalités et de cultures différentes. Dans la file active de cette année, 33 nationalités sont représentées. En règle générale, nous recevons tous les usagers avec un entretien de premier d'accueil suivi d'un rendez-vous d'évaluation avec un psychologue clinicien et un travailleur social. Cela nous permet d'établir un projet de soin en cohérence avec la demande du patient et les possibilités du centre.

Etablir le projet de soin est une démarche importante car il s'agit de donner du sens à la prise en charge, de créer, développer et maintenir la relation entre le patient et le soignant. Pour permettre un tel projet il est essentiel de pouvoir communiquer avec le patient de manière fluide. Les patients du CSST EGO se composent en majorité d'usagers maîtrisant à des degrés divers la langue française. Cette année des patients originaires des pays de l'ex URSS, russophones, ont été inclus dans un programme de soins au CSST, patients avec lesquels la communication s'avère très difficile.

Notons cependant que ce public fréquentait déjà depuis quelques années les deux antennes du CAARUD (notamment STEP) sans pour autant s'inscrire dans une démarche de soins.

Les questionnements sur la prise en charge en centre de soins des patients usagers de drogues originaires des pays de l'Est, ont été évoqués par Elisabeth Avril et Karine Elias à partir de l'an 2000 (<http://www.pistes.fr/swaps/42.htm>). Ces auteurs décrivent un groupe majoritairement de sexe masculin, originaire de Géorgie, âgé en moyenne de 28 ans et généralement usagers d'opiacés par injection. C'est ce même profil que nous retrouvons aujourd'hui au CSST EGO.

Cette année nous avons eu dans la file active du CSST 14 patients originaires des pays de l'ex URSS, dont un seul était déjà présent en 2008, les autres sont de nouveaux usagers fréquentant le CSST depuis mai 2009. Plus de 50% d'entre eux déclarent avoir la nationalité géorgienne. Cependant, en explorant un peu plus nous découvrons que quelques uns proviennent d'autres Etats (Ossétie du sud ou encore Abkhazie).

Âgés en moyenne de 31 ans, ils sont principalement consommateurs de méthadone (détournée de son usage thérapeutique) et d'héroïne. Ils ont tous été injecteurs d'héroïne par le passé. Parmi eux, un seul est consommateur régulier de crack. Il est intéressant de remarquer la haute prévalence du VHC sur cette population : 8 sur 14 (données déclaratives).

Patient	Nationalité	Age	Produit à l'origine de la prise en charge	Prise en charge TSO	Langage de communication	VHC	VIH
a	géorgienne	36	Crack	EGO	Français rudimentaire	+	-
b	moldave	28	méthadone	Gaïa	Français rudimentaire	+	?
c	ukrainienne	40	méthadone	EGO	Français rudimentaire	-	-
d	arménienne	51	méthadone	Gaïa	Français rudimentaire	?	?
e	géorgienne	35	méthadone	EGO	Anglais	+	-
f	roumaine	20	méthadone	Perdu de vue	aucune	?	?
g	russe	27	héroïne et méthadone	Perdu de vue	aucune	+	-
h	géorgienne	20	méthadone	EGO	aucune	-	-
i	géorgienne	29	méthadone	EGO	anglais	+	-
j	géorgienne	22	méthadone	EGO	Français rudimentaire	-	-
k	géorgienne	35	méthadone	EGO	Anglais	+	-
l	russe	29	méthadone	EGO	Anglais	+	-
m	géorgienne	31	méthadone	EGO	Anglais	+	+
n	géorgienne	37	méthadone	Perdu de vue	aucune	+	-

Tous ces patients sont russophones. Pour les deux premiers patients russophones que nous avons rencontrés cette année, nous avons du recourir au soutien de l'Équipe Mobile « Bociek » de l'Association Charonne. En effet, une psychologue est venue faire la médiation entre le patient et les intervenants de notre équipe qui se compose d'un médecin, un infirmier et un travailleur social. La communication avec eux représente donc un réel problème dans leur prise en charge. Ainsi nous avons pu mieux cerner la demande qui se situe bien au delà de la simple substitution. Les deux premiers patients russes que nous avions reçus, ont par la suite conseillé d'autres patients russophones à venir consulter au centre de soins.

La psychologue de « Bociek » est intervenue à deux reprises cette année. En effet, cette médiation a été fondamentale pour pouvoir établir un premier lien avec ces patients russophones. Sans son intervention, la communication avec ces patients ne peut être engagée que grâce à leurs quelques notions de français ou d'anglais et avec l'aide de l'outil Google traduction. Il serait donc intéressant de pouvoir continuer ce partenariat avec cette psychologue faisant médiation, même si aujourd'hui l'équipe du CAARUD compte dans son personnel une assistante juridique russe.

En 2009, 9 de ces patients, ont eu une prise en charge avec délivrance de méthadone au CSST EGO, deux ont été perdu de vue et deux ont bénéficié d'une prise en charge à Gaïa. Un de ces patients est retourné en Géorgie, un autre a été transféré en relais méthadone sur un centre à Caen et pour un autre un relais en ville est prévu. Pour les autres, au delà de la délivrance méthadone un suivi médico-social est mis en place.

## La prise en charge des co-morbidités psychiatriques

Comme les années précédentes, nous retrouvons une prévalence élevée des troubles psychiatriques parmi les usagers de crack fréquentant le CSST. Cette prévalence justifie une prise en charge adaptée à cette double problématique à la fois addictive et psychiatrique.

De la même manière que lors des exercices précédents, la présence d'un psychiatre à mi-temps au sein de la structure permet d'une part de procéder à une évaluation de la pathologie et de poser des diagnostics et, d'autre part, de proposer des soins adaptés.

Une partie du travail consiste à créer ou à rétablir le lien entre le patient et la psychiatrie. En effet, de nombreux patients sont dans le déni de leurs troubles psychiques et craignent de se voir apposer une étiquette de malade mental, qui reste toujours difficile, voire douloureuse, à porter. D'autres refusent une reprise de contact avec les lieux de soins fréquentés antérieurement, et un travail de liaison serré avec les structures psychiatriques externes a été bénéfique pour offrir aux patients une prise en charge de qualité. Du fait de la proximité avec le CAARUD / EGO, vécu comme accueillant et bienveillant par les usagers, les propositions de consultation psychiatrique au CSAPA ont été la plupart du temps bien acceptées.

En dehors de la prise en charge addictologique spécifique, le travail du psychiatre chef de service médical, a été d'assurer :

- des entretiens d'évaluation et de diagnostic sur le plan psychiatrique ;
- des entretiens de psychothérapie de soutien ;
- des prescriptions médicamenteuses spécialisées, antipsychotiques, antidépressives ou anxiolytiques, parfois régulatrices de l'humeur ;
- la coordination de la prise en charge multidisciplinaire, en coopération avec les psychologues du CSST.
- le lien avec les structures de soin psychiatrique, publiques ou privées : services hospitaliers de secteur ou universitaires, cabinets de consultations privés, Centres Médico-Psychologiques (CMP).

## Le diagnostic

Parmi les pathologies psychiatriques observées, on peut distinguer :

- les troubles chroniques lourds : schizophrénie et trouble bipolaire, coexistant avec la toxicomanie ;
- les troubles anxieux et dépressifs, associés chez les usagers à des parcours de vie souvent difficiles, marqués par les carences familiales, les échecs personnels et l'exclusion sociale ;
- les troubles de la personnalité, principalement les personnalités borderline et antisociales ;
- les troubles aigus du comportement liés à la consommation de produits, au premier rang desquels l'alcool à l'origine d'épisodes d'agitation agressive, les associations de différents produits avec les benzodiazépines amenant une perte de la cohérence du comportement, et le crack provoquant des troubles délirants sur un mode persécutif, pouvant entraîner des passages à l'acte. Ces passages à l'acte se sont principalement manifestés par des discours menaçants, parfois très inquiétants, des violences matérielles, sans acte véritablement hétéro-agressif à l'encontre des soignants.

Les co-morbidités psychiatriques se sont distribuées en 2009 de la manière suivante :

	n = 96 patients	%
Autres troubles	7	7
Troubles anxieux et dépressifs	32	33
Troubles conduites alimentaires	1	1
Troubles de la personnalité	17	18
Troubles psychot. et délirants	39	41

Ces chiffres ne concernent que les patients pour lesquels nous prenons en compte le trouble psychiatrique comme relevant du suivi (96 patients). Nous ne réalisons pas d'évaluation psychiatrique systématique pour tous les patients.

## **Le suivi des patients**

La prise en charge des co-morbidités psychiatriques en 2009 a été marquée par différents points :

La présence du psychiatre tout au long de l'année, alliée à la stabilité au sein de l'équipe médicale et psychologique du CSAPA, a permis d'établir des relations de confiance avec les usagers, ce qui autorise une prise en charge prolongée et globale d'un plus grand nombre de patients sur le plan psychiatrique. En 2009, il a ainsi été possible d'assurer un suivi psychiatrique prolongé (cinq consultations et plus) de vingt-sept patients. Seize de ces patients ont été vus à plus de dix reprises.

Cette stabilité dans l'occupation du poste de psychiatre a également permis de développer et d'approfondir nos rapports avec les partenaires extérieurs spécialisés.

Par ailleurs, nous avons poursuivi notre partenariat avec l'équipe de liaison psychiatrique intersectorielle de La Terrasse Maison Blanche (ELP), qui s'est avéré fondamentale dans quatre cas suivis par le CSST.

Dans le cadre d'une convention avec l'AP-HP, et comme cela avait été initialement prévu dans le projet du CSST, nous avons enfin réussi à associer le poste de psychiatre à mi-temps du CSST EGO à un deuxième mi-temps à l'hôpital Fernand-Widal au sein du Pôle Psychiatrie-Addictologie-Toxicologie dans les services des professeurs LÉPINE (Espace Murger) et DALLY (consultation d'alcoologie). Ce partenariat facilite la relation avec l'hôpital ce qui permet de mieux coordonner et de mieux suivre les hospitalisations. Il permet également, dans certains cas, une réorientation plus fluide vers une consultation hospitalière plus adaptée.

## **Aide à l'observance des traitements des patients souffrant de troubles psychologiques**

Les patients présentant des co-morbidités psychiatriques bénéficient, comme les autres patients du CSAPA, d'un suivi pluridisciplinaire, pour lequel le travail infirmier s'avère fondamental. En effet, il participe au maintien et au renforcement du lien entre le patient et le soin, par le biais d'un contact bienveillant souvent quotidien. Il permet aussi la délivrance du traitement psychiatrique. Pour les patients en errance usagers de drogues, il est très compliqué de gérer le traitement par eux-mêmes, ils se trouvent souvent dans l'incapacité de respecter les doses et le rythme de prise des médicaments prescrits.

Le fait de délivrer le traitement sur place s'est poursuivi en 2009. Nous proposons une délivrance journalière des médicaments sur une durée variable en fonction de l'évolution générale du patient. Une fois le traitement stabilisé, cette organisation permet de travailler sur l'addiction et de reprendre les démarches sociales. La délivrance journalière ou hebdomadaire des traitements contribue à améliorer le suivi sur le plan psychiatrique, dans la mesure où la vigilance de l'équipe infirmière permet d'alerter le psychiatre sur les changements de l'état psychique des patients.

Le fait que le centre de soins partage les locaux avec le Centre d'Accueil EGO (CAARUD) reste un facteur favorable tout à fait considérable: les usagers, habitués à passer manger ou se reposer, associent ce passage à la visite quotidienne de l'infirmière et voient le psychiatre au moins une fois par semaine.

Il faut insister ici sur les délais qui sont accordés aux patients pendant la période de stabilisation : l'observance du traitement n'est évidemment pas immédiate et il nous faut, surtout au départ, faire preuve de souplesse et de disponibilité pour recevoir sans précipitation ces patients lorsqu'ils se présentent. Un travail d'éducation et d'information est nécessaire. Les troubles anxieux ou délirants peuvent diminuer par

la simple réassurance du soignant qui les reçoit. Il nous faut aussi parfois argumenter longuement avant que le patient n'avale ses comprimés, et cela pendant plusieurs jours ou semaines avant qu'il ne ressente le bénéfice du traitement. Ce travail nécessite un engagement de longue haleine, le suivi médical étant souvent régulièrement interrompu par des périodes de forte consommation.

## **Les hospitalisations psychiatriques**

La possibilité d'hospitalisation a toujours représenté une difficulté pour les usagers de drogues. Le cadre hospitalier pose quelques problèmes dans l'accueil des populations d'usagers de crack. On peut relever, par exemple :

- la fréquence des sorties par rupture du contrat thérapeutique (du fait de consommation de produits, par exemple) ou contre avis médical ;
- une représentation sociale négative des usagers de drogues en milieu hospitalier de manière générale, et dans de nombreux services de psychiatrie en particulier ;
- la difficulté à respecter la sectorisation psychiatrique pour des usagers désinsérés et souvent en errance permanente sans hébergement fixe.

Afin de pallier ces difficultés, nous tentons de renforcer le lien avec les structures soignantes institutionnelles et leurs équipes, pour préparer les projets d'hospitalisation et accompagner leur réalisation. La concertation avec l'équipe de l'hôpital, tant par téléphone que par courrier, est toujours nécessaire dans les cas d'hospitalisation. Nous essayons aussi de rendre visite à nos patients hospitalisés et de rester en contact téléphonique avec eux, ce qui favorise une meilleure adhésion des patients au projet de soin et apporte la garantie d'un projet et d'un suivi adaptés à la sortie. En 2009, cette approche nous a permis d'accompagner 12 hospitalisations psychiatriques, dont seulement quatre par le biais des urgences.

## **En conclusion**

La présence du psychiatre dans le Centre de Soins permet de porter un diagnostic de trouble mental, de faciliter le suivi des patients et de favoriser leur stabilisation psychique du fait de l'aide à l'observance du traitement médicamenteux. Ceci est essentiel pour un public d'usagers présentant des troubles psychiatriques avérés mais dont le suivi en psychiatrie est souvent chaotique. Il faut souligner que les orientations en CMP ou dans certains services hospitaliers, qui sont déjà souvent difficiles pour les patients souffrant de troubles psychiques isolés, le sont encore bien plus quand il s'agit d'usagers de drogues. En effet, il semble que la maladie mentale associée à l'addiction et à la précarité sociale représentent fréquemment un frein à l'hospitalisation et au suivi dans les structures psychiatriques classiques.

Il nous semble important de trouver, en collaboration avec les différents partenaires institutionnels, des structures sanitaires et médico-sociales, les moyens de permettre aux patients usagers de drogues souffrant de troubles mentaux avérés d'être reçus et suivis de manière adaptée dans le dispositif psychiatrique.

## Les traitements des addictions

Lors de l'ouverture du CSST EGO, l'activité s'adressait prioritairement aux usagers de crack et polytoxicomanes en errance dans le nord est parisien. De ce fait, les traitements de substitution aux opiacés étaient proposés uniquement aux patients co-dépendants également de la cocaïne/crack.

En raison de l'expérience clinique des deux premières années de fonctionnement du CSST et dans la perspective du passage en CSAPA nous avons fait le choix d'élargir la prise en charge à toutes les addictions. Nous accueillons et prenons en charge désormais tout patient ayant un problème d'addiction même s'il n'est pas consommateur de crack.

Ainsi sur l'année 2009, les motifs de sevrage que nous avons pris en charge sont variés comme cela est détaillé dans les tableaux ci-dessous.

<b>Sevrage hospitalier</b>	
Crack	5
Benzodiazépines ou alcool	7
Héroïne	1
<b>Total hospitalier</b>	<b>13</b>

<b>Sevrage ambulatoire</b>	
Crack	31
Benzodiazépines ou alcool	6
Tabac	2
<b>Total ambulatoire</b>	<b>39</b>

### « Le protocole crack »

Dans le cadre de la convention établie entre l'association EGO et l'hôpital Fernand Widal, un protocole expérimental de traitement de la dépendance à la cocaïne/crack est mis en place. Deux molécules sont testées: l'aripiprazole (Abilify®) et l'acétylcystéine (Mucomyst®).

Le protocole a une durée définie à l'avance de 6 semaines. Il consiste à prendre chaque jour un médicament, et à effectuer activement un travail thérapeutique ciblé sur la dépendance au cours d'entretiens. Le protocole inclus une intense évaluation avec plusieurs échelles servant à étudier l'effet des molécules sur le craving.

En 2009, sur 31 personnes qui ont fait une demande de sevrage ambulatoire de crack, 13 ont demandé une intégration au protocole crack, 6 patients ont effectivement suivi le traitement (3 avec l'aripiprazole, 3 avec la N-acétylcystéine). Les 7 autres patients ont été perdus de vue ou ont reporté leur intégration dans le protocole. Cette proposition spécifique de soins commence à être connue par les usagers, ce qui suscite des demandes où se mêlent curiosité et espoir d'un traitement efficace de la dépendance. L'équipe du CSST sensibilise, propose et explique aux patients cette possibilité de traitement. Cette année, une notice explicative a été remise aux usagers demandant à intégrer le protocole. Les médecins et psychologues ont participé aux 4 réunions organisées dans le cadre du plan crack par la DRASSIF et réunissant différents acteurs du soin en addictologie qui expérimentent des molécules susceptibles de réduire le craving. Le partenariat avec l'Hôpital Fernand Widal (espace Murger) s'est poursuivi au travers de rencontres régulières entre les équipes. A ce

jour plus d'une centaine de personnes ont été intégrées dans le protocole de recherche (entre Murger et EGO). Les données recueillies, grâce aux questionnaires associés à chaque protocole crack, sont nombreuses et sont actuellement en cours d'analyse.

#### *Les traitements de substitution aux opiacés*

Sur les 389 patients ayant eu recours à nos services en 2009, 48,2 % ont déclaré le crack comme premier produit consommé, 12,50% comme second produit consommé, 12,12 % ont déclaré la buprénorphine à haut dosage comme premier produit et 21,48% comme second produit consommé. Ces données s'expliquent notamment car la buprénorphine à haut dosage est utilisée comme produit de « descente » de crack, comme nous le rapportent nos usagers.

Les médicaments de substitution, la méthadone et la buprénorphine à haut dosage, sont prescrits au CSST en cas de dépendance aux opiacés. Plusieurs objectifs sont attendus: diminution et si possible arrêt de la consommation d'opiacés, diminution des risques dans le cas d'une persistance dans la consommation.

La majorité des patients sont des usagers de crack qui ont souvent recours à la consommation d'opiacés pour gérer la « descente » de crack ; ils ont donc besoin d'une prise en charge spécifique. D'autres sont d'anciens usagers d'opiacés.

Suite à la demande de plus en plus forte des patients concernant la substitution par buprénorphine à haut dosage, et compte tenu de leur extrême précarité sociale, nous avons mis en place un protocole de délivrance de ce traitement de substitution sur le mode de celui de la méthadone. Le patient fait l'objet d'une évaluation clinique, d'un prélèvement urinaire pour confirmer sa prise d'opiacés ou de buprénorphine détournée et d'une recherche d'autres consommations éventuelles. Dans un second temps, une évaluation de sa situation sociale est pratiquée pour, le cas échéant, mettre en place une couverture sociale. La délivrance de buprénorphine se fait de manière quotidienne avec prise sur place. Dix neuf patients ont ainsi pu bénéficier de ce type de délivrance au cours de l'année 2009.

Quarante patients ont bénéficié d'une délivrance de méthadone dont quatre patients avec la galénique gélule. Les critères de passage de la forme sirop à gélules sont stricts : traitement au préalable avec le sirop ayant duré au moins un an, une prescription initiale réservée aux médecins des services spécialisés pour les toxicomanes après analyse urinaire, une stabilité sur le plan médical et des conduites addictives notamment de l'injection. Cette nouvelle galénique a pour objectif d'améliorer les pratiques de soins en terme de maniabilité et de faciliter à organiser un éventuel sevrage, la méthadone gélules étant disponible sous 5 dosages différents (1, 5, 10, 20 et 40 mg). Cette galénique permet également de remédier à quelques inconvénients classiques du sirop : le goût amer et sucré ; la présence d'excipients (saccharose et alcool) ; l'encombrement lié au stockage des flacons.

#### **Le travail en réseau et les orientations**

L'accueil et le traitement des patients au CSST EGO impliquent souvent la mobilisation d'un important réseau de partenaires : soit d'institutions aux missions semblables aux nôtres (le soin et la réduction des risques), soit des partenaires assurant aussi des missions différentes. Notre but principal est le traitement de l'addiction. Cependant, aider quelqu'un à entamer une démarche de soin, récupérer ses droits et clarifier ses problèmes avec la justice fait également partie de notre stratégie de prise en charge thérapeutique. Nous faisons le lien entre le patient et les services adaptés à sa demande. Dans ce contexte, il est important de maintenir des liens avec les institutions concernées par chaque démarche. Il

s'agit d'un travail de médiation et de coordination. Nous sommes amenés à coordonner des suivis complexes avec des problématiques sociales, médicales et juridiques. Le travail en réseau se fait dans les trois moments de la prise en charge la demande, le suivi et l'orientation.

Le tableau suivant représente les patients orientés par le dispositif spécialisé.

Origine de la demande	patients	Pourcentage file active
CSST ou services d'addictologie	13	3,8
Structures RdR CAARUD	32	9,3
Centre d'accueil d'EGO	63	18,4
STEP- EGO	39	11,4

Le tableau montre que la plupart des patients orientés par des structures spécialisées vers le CSST EGO le sont par des CAARUD parmi lesquels les deux antennes du CAARUD EGO sont les plus importantes. L'appartenance à la même association et la proximité physique permettent une continuité de soin efficace. Nous travaillons en partenariat aussi avec d'autres CAARUD du Nord-Est parisien tels que « la Boutique 18<sup>e</sup> » (espace mixte et femmes) et le centre « Beaurepaire » de l'Association Charonne, la Coordination Toxicomanies et la boutique « Boréal » de La Terrasse. Le partenariat avec ces CAARUD ne se limite pas l'orientation qui nous en est faite. Certains patients sont suivis conjointement tout long de la prise en charge.

Nous percevons aussi, en 2009, une nette augmentation des orientations provenant des structures spécialisées en addictologie. Les centres de soins qui nous ont adressés des patients sont : le CSST Pierre Nicole, l'ECIMUD Jean Verdier, le Centre Cassini, le CSST Sleep'in, l'ECIMUD Bichat, le CSST Gaïa, le CSST Horizon, le CSST 110 Les Halles, le CSST Charonne et CSST Le Carrousel.

### **Suivi**

Le suivi de nos patients demande un réseau de partenaires assez important. Les comorbidités psychiatriques, les demandes de sevrage hospitalier, les difficultés liées à l'hébergement, les problèmes judiciaires sont généralement suivis en réseau. Un commentaire plus détaillé de ce réseau se trouve dans les parties correspondantes du rapport d'activité.

### **Orientation**

La fin de la prise en charge au CSST EGO implique dans certains cas une orientation. Parfois, le projet de soins demande à être poursuivi dans une structure avec hébergement, d'autres fois dans une structure ambulatoire. L'orientation implique un effort pluridisciplinaire dans lequel nous essayons de transmettre la qualité du lien avec la structure accueillante. Dans certains cas, nous sommes amenés à recevoir à nouveau des patients orientés.

Structures ou Partenaires	Nombre de patients orientés
CTR Aurore Gagny (93)	1
CTR Le Peyry (46)	7
CTR Pierre Nicole (75)	1
CSST Emergence (Cité le Village) (75)	2
CT Barsac (33)	2
CT Brantôme (24)	3
CSST Ivry (94)	2
CSST Horizons (75)	1
CSST Gaïa (75)	2
CSST Moreau de Tours (75)	1
CSST EPICE (94)	1
CSST Le Carrousel (77)	1
CSST Espace Murger (75)	4
CSST Caen (14)	1
CSST SEDAP (21)	1
CSST Le Rivage (95)	1
CSST CEDAT (78)	1
Institut de victimologie (75)	1
Médecin en ville (75)	2
Psychiatre en ville (75)	2

Parmi les structures spécialisées vers lesquelles nous avons réalisé des orientations, se trouvent des centres de traitements résidentiels et/ou ambulatoires. Les orientations en postcure ou communautés thérapeutiques correspondent à des projets de soins ayant souvent besoin de plusieurs semaines de préparation. Le projet est construit avec le patient, le travailleur social, le médecin et le psychologue. Les patients sont fréquemment ambivalents face à un tel projet. Le succès de l'orientation dépend beaucoup de l'engagement du patient, mais aussi des professionnels à l'origine de l'orientation. Souvent, par exemple, un accompagnement physique s'avère nécessaire. Un seuil d'admission trop élevé ou le fonctionnement trop rigide de certaines structures exigeant du patient une adaptation immédiate, constitue souvent un obstacle pour l'orientation. La structure accueillante doit pouvoir s'adapter aux patients usagers de crack. Dans le tableau il est évident que le CTR recevant plus d'orientation du CSST EGO est Le Peyry. En effet, EGO a une relation privilégiée avec ce CTR. Il existe une relation de travail étroite entre les équipes qui se connaissent et qui organisent des formations et des réunions cliniques en commun.

L'orientation vers des centres de soins ambulatoires correspond le plus souvent à des patients souhaitant s'éloigner du quartier ou s'installant dans une autre ville.

### **Le travail du psychologue au CSST EGO**

En 2009 les psychologues ont effectué 817 entretiens avec 212 patients différents. Par rapport à 2008, le nombre d'entretiens effectués par les psychologues a augmenté de 23,5 %. L'augmentation la plus notable est celle du nombre de patients différents reçus par les psychologues : 109 en 2008 contre 212 en 2009. Cette augmentation est à mettre en rapport d'abord avec l'augmentation de la file active et ensuite avec des changements dans l'organisation du dispositif de soin. Dans cette nouvelle organisation le psychologue consacre plus de temps à l'évaluation des patients lors de l'admission. Ceci explique en partie l'augmentation des patients vus par les psychologues et la conséquente diminution du nombre d'actes par patient (une moyenne de 5,73 en 2008 contre une moyenne de 3,85 en 2009).

La fréquentation des patients vus par les psychologues représente 54,5% de la file active. Dans une perspective de prise en charge pluridisciplinaire ce chiffre confirme l'importance du psychologue auprès d'un public en situation d'errance et grande précarité. En effet, le psychologue est clairement identifié par ces patients comme un professionnel susceptible d'apporter une aide spécifique à la souffrance psychique.

Le travail du psychologue au CSST EGO peut se décliner selon cinq types d'interventions différentes :

### **L'évaluation clinique lors des premiers entretiens**

Chaque usager demandant à être suivi au centre de soins doit s'inscrire dans un parcours de soins personnalisé qui commence par un « premier accueil » et un « entretien d'évaluation ». Les psychologues et les autres professionnels du CSST y participent. Après évaluation, certains patients peuvent être orientés à l'extérieur du centre.

Cette évaluation porte principalement sur les motivations du patient et l'adéquation entre la demande de soins, et l'offre thérapeutique du CSST. L'entretien d'évaluation considère plusieurs dimensions : évaluation addictologique, évaluation psychopathologique et évaluation motivationnel.

Au niveau addictologique, il s'agit d'évaluer la situation de l'usager par rapport aux substances psychoactives, au niveau de sa consommation (usage, abus ou dépendance) et aux problèmes analogues. Il est important d'appréhender la fonction du produit dans l'économie psychique du sujet ainsi que l'existence d'autres troubles addictifs comme par exemple les addictions sans substances. Par ailleurs, l'analyse du contenu biographique du patient représente un outil important dans la démarche de soins de celui ci.

Au niveau psychopathologique, sont évalués les capacités cognitives, la présence de troubles psychologiques et comportementaux ainsi que le rôle de ces troubles dans le maintien de l'addiction. Une attention particulière sera accordée aux troubles psychiatriques.

Enfin, l'évaluation motivationnelle repère le stade de motivation du patient quant à son engagement dans une action thérapeutique. Quels sont les freins ou au contraire les leviers et les moteurs du changement ?

Une bonne évaluation initiale demande du temps, et il peut être nécessaire de rencontrer certaines personnes plusieurs fois pour élaborer la meilleure orientation possible, c'est à dire celle qui se révèlera suffisamment solide et adaptée à la situation et la problématique du patient.

A tous les stades de la prise en charge, le psychologue peut affiner l'évaluation du patient en s'appuyant aussi sur des échelles standardisées. Les outils les plus fréquemment utilisés au CSAPA EGO sont les suivants :

**L'ASI (Addiction Severity Index)** est un instrument semi-structuré qui évalue le degré de gravité de la toxicomanie en se basant sur différents domaines de la vie du sujet ainsi que les besoins du patient dans les 7 dimensions suivantes : état médical, emploi et ressources, usage de drogues, usage d'alcool, situation légale, relations familiales et sociales, état psychologique. C'est l'outil d'évaluation de la gravité de la toxicomanie le plus utilisé cliniquement, mais aussi très couramment cité dans la recherche internationale. En effet, l'ASI a fait l'objet de nombreuses études de validation (depuis 1979, date de sa création) qui ont attesté de sa fiabilité et de sa validité. Ses bonnes qualités métrologiques en font un outil standardisé pertinent et partageable. La principale difficulté est sa durée de passation : un minimum de 45 minutes pour un public sans déficits cognitifs.

**Le M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview)** est un instrument diagnostic semi-structuré, d'une durée de passation brève (environ 20 minutes), explorant de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV-TR. Développé simultanément en français et en anglais à la fin des années 1990, le M.I.N.I. a fait l'objet de nombreuses études de validation et est utilisé aujourd'hui dans plus de 50 langues. Le M.I.N.I. est utilisé par des cliniciens, et constitue un outil d'aide au diagnostic et de repérage systématique des troubles psychiatriques.

**L'OCCS (Obsessive Compulsive Cocaine Craving Scale)** est destinée à mesurer le craving. Sous forme d'un hétéro-questionnaire cette échelle évalue les obsessions et compulsions liées à la cocaïne, l'intensité de la lutte contre les obsessions et compulsions ou encore le degré de contrôle perçu par rapport au produit. On obtient un score global, et deux sous-scores, un d'obsession et un de compulsion. Une collaboration entre l'association EGO et l'hôpital Fernand Widal (service de psychiatrie du Pr Lépine) a permis de valider cette échelle en France (Bellais L., Vorspan F., Romo L., Gascon J., Neira R. (2008). OCCS : a new questionnaire assessing cocaine craving. European psychiatry, April 2008, Vol. 23 – Suppl. 2 – p. S1-S410).

**Le CIP (Inventaire des symptômes psychotiques induits par la cocaïne)** est un inventaire en cours de validation en partenariat entre l'AP-HP Fernand Widal et EGO. C'est une adaptation française de la Scale for Assessment of Positive Symptoms for Cocaine-induced Psychosis (Cubells & al., 2005). Il prend la forme d'un hétéro-questionnaire dans lequel sont explorées toutes les manifestations psychotiques pouvant se manifester sous cocaïne. Les symptômes sont regroupés en trois rubriques: idées délirantes, hallucinations et troubles du comportement. Le sujet répond par oui ou par non quant à la présence de chaque symptôme quand il consomme de la cocaïne. L'évaluateur note régulièrement l'intensité des symptômes ainsi que son degré de certitude sur la présence de ces derniers.

## **Psychothérapie et prise en charge de la dépendance**

Deux offres complémentaires existent au CSST EGO : psychanalytique d'une part, et comportementale et cognitive d'autre part. La psychothérapie peut être (ou non) accompagnée d'un traitement médicamenteux. Au-delà des traitements psychotropes classiques il y a des patients suivis en TSO ou avec une molécule à l'essai (N-acétylcystéine ou aripiprazole) dans le cadre d'un protocole crack.

La psychothérapie nécessite un suivi régulier dans la durée. En cas d'hospitalisation, cela implique par exemple que le psychologue se déplace au chevet du malade pour assurer la séance de psychothérapie (cette situation s'est présentée à de nombreuses reprises cette

année). On peut parler de psychothérapie quand le patient identifie son mode de fonctionnement psychique habituel comme entraînant une souffrance chez lui (et/ou chez les autres), mais aussi représente quelquefois un handicap. On se situe alors dans le traitement des troubles psychiatriques et de personnalités (axes I et II du DSM IV). Le traitement psychothérapeutique tendra toujours vers un assouplissement et une dérigidification du fonctionnement du sujet. L'efficacité de ce traitement implique des rendez-vous réguliers avec le psychologue.

Dans ce cadre, les psychothérapies sont en généralées orientées vers le traitement de la dépendance, cependant il est fréquent que les psychologues réalisent des psychothérapies dites non spécifiques.

Lorsque le traitement est orienté vers la réduction ou la modification des comportements addictifs le psychologue accompagne et soutien les patients en difficulté vers une dynamique de changement de ces conduites. On peut se représenter le travail psychologique réalisé avec les personnes dépendantes en trois étapes successives.

Dans un premier temps, le travail est essentiellement motivationnel. L'objectif est d'aider le patient à développer ses propres ressources en faveur d'un changement, à résoudre son « conflit d'ambivalence » : les bénéfices du changement sont alors perçus comme supérieurs à une situation antérieure dominé par un fort sentiment d'immobilité. Ce travail nécessite du temps : celui de créer une alliance thérapeutique de qualité, une relation de confiance et d'estime réciproque. La psychothérapie va renforcer le sentiment d'efficacité personnelle du patient, ce dernier en retrouvant confiance en lui, aura une meilleure perception de ses propres capacités ce qui facilitera son engagement dans l'action. Peu à peu un plan d'action de plus en plus précis pourra être défini. A mesure de la prise en charge, le patient changera ses interrogations passant du « pourquoi c'est important pour moi de changer » au « comment je pourrais m'y prendre ? ».

Pour poursuivre et maintenir ce travail de soins, il est nécessaire de proposer une prise en charge adéquate : c'est le moment de passer à l'action ! C'est la seconde étape, il peut s'agir par exemple d'un sevrage (en milieu hospitalier ou en ambulatoire). Le patient est alors souvent déstabilisé, déséquilibré, il abandonne en quelque sorte les repères qui étaient les siens. Il se trouve confronté à des émotions qu'il doit être en mesure de gérer autrement que par l'usage du produit, des pensées et souvenirs plus ou moins pénibles qui refont surface, quelquefois des troubles psychologiques qui réapparaissent alors qu'ils étaient plus ou moins masqués par le produit. Les entretiens psychologiques vont entre autres choses viser à soutenir le patient dans sa démarche, et à développer la confiance et l'estime de soi.

Après un certain temps, la période « aigue » de changement est passée. Le patient est plus posé, et commence à reconstruire un nouvel équilibre, un autre mode de vie maintenant sans le produit. Néanmoins, il garde toujours une grande vulnérabilité par rapport au produit. Cela nous amène à la troisième étape du traitement, celle de la prévention de la rechute.

Il existe différents modèles de traitement psychique. Il nous semble important de ne pas privilégier une orientation particulière mais au contraire d'adapter la stratégie thérapeutique à la demande du patient. Au CSST EGO, la prise en charge psychologique de la dépendance se décline sous 3 formes.

**Psychothérapie d'orientation psychanalytique** : c'est le traitement psychique classique hérité du modèle freudien. C'est un traitement qui a la parole comme outil principale. L'inconscient et la fantaisie sont considérés comme étant à l'origine des symptômes. La dépendance est traitée en rapport à l'histoire du patient sous tendu par des mécanismes inconscients qui déterminent celle-ci.

**Psychothérapie d'orientation cognitive et comportementale** : les thérapies comportementales et cognitives (TCC) s'intéressent aux sources cognitifs et émotionnels du comportement. Le traitement est ciblé très concrètement sur la dépendance spécifique du patient et le contexte émotionnel et cognitif de la consommation. L'analyse de ces éléments permet de créer des stratégies adaptées à chaque patient permettant de réduire ou arrêter les comportements addictifs.

**Traitements psychologiques de la dépendance non spécifique** : Nous classons dans cette catégorie toutes les approches psychologiques aux problématiques de dépendance non classable tant psychanalytique que cognitive comportementale. Par exemple, rentre dans cette catégorie, la préparation pour un départ en post cure ou en communauté thérapeutique.

### Les entretiens de soutien psychologique

Les entretiens de soutien psychologiques consistent à offrir à la personne une aide ponctuelle ou plus durable adaptée aux difficultés rencontrées. L'objectif n'est pas clairement défini au départ, ni ciblé sur le traitement d'un trouble identifié. Le psychologue est alors quelquefois vu par le patient comme un référent. Le psychologue se constitue en une base de soutien social même si le patient ne vient pas à tous les rendez-vous. Par sa présence au centre, le psychologue apporte un sentiment de continuité dans le parcours de soins du patient et cela même si la relation installée avec lui est discontinue. Cette discontinuité dans le soin est une caractéristique souvent présente chez les patients dépendants au crack. Véritable discontinuité du contact, elle diffère d'une rupture complète du lien.

Les entretiens cliniques de soutien psychologique recouvrent plusieurs réalités. Il peut s'agir d'une intervention en situation de crise, d'un soutien psychologique dans la durée ou de visites à l'hôpital ou en milieu carcéral.

**Soutien psychologique dans le cadre d'une crise** : Une personne peut émettre le souhait de « voir un psy » en état de crise, car désespérée, ou suite à l'annonce d'une mauvaise nouvelle par exemple.

**Soutien psychologique dans la durée** : Le soutien psychologique peut aussi s'inscrire davantage dans la durée. Il s'agit alors de proposer un soutien social, et d'éveiller la « curiosité » des patients à leur fonctionnement psychologique. Les entretiens n'ont pas alors forcément un but très précis, prévu à l'avance.

**Visites à l'hôpital ou en prison** : Pour préserver le lien, le psychologue peut se déplacer en milieu carcéral ou à l'hôpital préparant le patient à sa sortie.

### Quelques statistiques pour l'année 2009

Les statistiques suivantes classifient les suivis de patients selon les paramètres vus ci-dessus. Nous considérons pour ces statistiques uniquement les suivis avec des patients qui ont eu au moins 5 entretiens avec le psychologue pendant l'année 2009.

Patients évalués et orientés	7	
Patients suivis en psychothérapie non orientée sur la dépendance	6	
Patients suivis en soutien psychologique	Intervention en crise	4
	Suivi dans la durée	12
	Visites à l'hôpital ou prison	21 visites
Patients suivis en psychothérapie pour le traitement de la dépendance	Orientation psychanalytique	3
	Orientation cognitive et comportementale	5
	Non spécifique	4
Total de patients suivis régulièrement par les psychologues	41	

## La prise en charge sociale et éducative

L'accompagnement socio-éducatif est assuré par deux assistantes sociales et une éducatrice spécialisée. Il s'inscrit dans l'objectif général du C.S.S.T. à savoir, la prévention et le traitement des addictions.

Les missions spécifiques de l'accompagnement socio-éducatif portent sur plusieurs aspects de la situation des patients et de leurs conditions de vie :

La dimension administrative (mise à jours des droits), la dimension matérielle (réduire l'impact de la précarité : hébergement, ressources...), l'accès aux soins (orientation vers d'autres structures sanitaires ou médico-sociales spécialisées ou non), la résolution de problèmes juridiques, les relations familiales et sociales, le soutien psycho- social et l'organisation du temps (activités socio- éducatives).

Les patients forment un ensemble relativement hétérogène, tant au niveau de la précarité que de leur rapport au soin même si dominent des situations de très grande précarité.

Les descriptions qui suivent tentent d'établir un résumé des actions menées en termes d'accompagnement socio – éducatif en fonction des différents axes d'intervention.

### Accès aux Droits

Lorsqu'un suivi est initié au CSST, la plupart des patients n'ont pas leur situation administrative à jour. Parfois, il s'agit uniquement de démarches pour établir de droits à la sécurité sociale (CMU, CMU-C/AME). D'autre fois, les personnes n'ont pas d'« existence » administrative : ni documents d'identité, ni domiciliation. Ces non existences administratives ralentissent fortement la mise à jour des droits et des possibilités par la suite d'hébergement, de ressources et de soins.

#### Ressources :

	2008	%	2009	%
Revenus du travail	27	11,8	30	9,1
ASSEDIC	5	2,2	14	4,2
RMI / RSA	64	28,1	107	32,4
AAH	23	10,1	34	10,3
Autres prestation sociale	1	0,4	3	0,9
A la charge d'un tiers	2	0,9	7	2,1
Autres ressources / Sans revenus	106	46,5	135	40,9
NSP / NR	74		59	

Les données sont assez similaires d'une année sur l'autre et confirment que le public reçu au CSST EGO vit dans une situation sociale extrêmement précaire. En effet, le pourcentage de patients ayant d'« autres ressources/sans revenus » pour les CSST et CCAA au niveau national est de 11,8% (« Exploitation Des Rapports D'activité Type Des CSST/CCAA 2006, DGS/OFDT ») contre 40,9% au CSST EGO. Inversement, le pourcentage de patients avec « revenus du travail » au niveau national est de 37,4% contre 9,1% au CSST EGO.

#### RSA

Le Revenu de Solidarité Active institué depuis juin 2009 a systématiquement remplacé le RMI ainsi que l'Allocation de Parent Isolé.

On observe une légère augmentation du nombre de personne au R.S.A. en 2009. Sur l'année 2008, 28,1% des personnes suivis percevaient le R.S.A contre 32,4% en 2009.

Le montant actuel du R.S.A est de 460 euros pour une personne seule sans enfant. Bien souvent, ces revenus sont rapidement dépensés et ne permettent pas conjointement de se nourrir et de se loger, spécialement en région parisienne.

Soulignons, que le R.S.A est attribué aux personnes ayant une carte nationale d'identité ou un titre de séjour d'au moins 5 ans. Une partie de notre public ne peut donc en bénéficier.

## **AAH**

Au niveau de l'Allocation adulte handicapée (681 euros pour une personne seule), on remarque une certaine stabilité entre 2008 et 2009. 10, 1% des personnes suivies en 2008 percevaient l'AAH contre 10, 3% en 2009. Le taux de personnes bénéficiant de l'AAH est relativement plus fort que celui de la moyenne nationale (2,45%). (réf <http://bdsocial.gouv.fr>). Ceci peut s'expliquer par les difficultés que peuvent rencontrer les personnes usagères ainsi que leurs profils social, médical et psychiatrique. En effet, le public reçu est plus enclin à percevoir l'AAH : difficultés psychiatriques, difficultés motrices ou physiques (conditions de vie, absence de soin...)

## **Sécurité sociale :**

Avoir ses droits de sécurité à jour est un préalable essentiel à l'accès et à la continuité des soins. Nous établissons des dossiers de demande à la Sécurité sociale. Selon les cas, les demandes de justificatifs peuvent être nombreuses et parfois difficiles à réaliser. Les patients sans titres de séjour, peuvent faire une demande d'Aide Médicale Etat (AME) qui doit couvrir la plupart des Soins.

## **Pièces identité- Titres de séjour – Droit des Etrangers**

Les chiffres montrent une quantité importante de patients sans documents d'identité. Or la carte d'identité, le titre de séjour ou la carte de réfugié sont des éléments essentiels pour l'ouverture de nombreux droits (sécurité sociale, CMU, RSA, AAH...) mais aussi pour bénéficier de certains dispositifs (ex : centre d'hébergement) ou encore pour pouvoir s'inscrire dans une logique d'insertion (formation, emploi).

Posséder un document d'identité est la base de nombreuses démarches. Même pour le renouvellement d'une carte nationale d'identité, constituer un nouveau dossier s'avère une démarche longue et difficile pour notre public. (Ex : Demander un extrait d'acte de naissance, effectuer une domiciliation, réaliser des photos d'identité...). Depuis peu, l'administration demande, dans certains cas, des certificats de nationalité française. Ces certificats sont nécessaires, aussi, lorsque la personne avait déjà une carte d'identité française. L'obtention de ces certificats se fait auprès du tribunal d'instance.

Au niveau des demandes de titres d'identité pour étrangers, il est préférable pour les personnes d'être accompagnées par un travailleur social ou une conseillère juridique. Aujourd'hui, l'obtention de documents d'identité pour un ressortissant étranger reste une procédure lourde et à l'aboutissement incertain. Actuellement les demandes d'asile politique sont majoritairement déboutées. Il est intéressant de noter qu'un dossier de demande de régularisation nécessite de pouvoir justifier d'un hébergement. Les patients peuvent également consulter les deux conseillères juridiques du CARRUD EGO.

## **Carte transport**

L'Ile de France offre la gratuité des transports si la personne possède le RSA. Cet avantage découle de l'obtention systématique de la CMU-C lors d'une demande de RSA. Dans les autres cas, comme les faibles revenus, les minima sociaux ou l'AME, il est possible pour la personne d'obtenir une réduction de 75 % sur le tarif habituel. Une grande partie de notre public n'ayant ni document d'identité ni droits à jour, ne peut prétendre ni à l'un ni à l'autre. Ceci amène les personnes à des situations d'infractions, ce qui vient alors alourdir le montant des dettes et autres amendes contractées.

En effet, certains de nos patients ne payent pas leurs titres de transport. Les dettes sont vite majorées et les montants à payer deviennent importants. Nous pouvons nous mettre en relation avec leurs débiteurs, lorsque la dette n'est pas passée au service contentieux. Sinon, nous tentons de fixer un échéancier, sans prélèvement automatique (ce n'est pas possible sur un livret, ce que possèdent beaucoup de personnes soignées au CSAPA), il faut alors payer chaque mois régulièrement par un mandat (payant à partir de 6 ou 7€ par mandat).

## Accès à l'Hébergement

	2008	%	2009	%
Logement durable	69	27,8	107	28,3
Logement provisoire	69	27,8	79	25
SDF	110	44,4	159	46,7
NSP / NR	54		44	

46,7% des patients sont SDF, ce qui représente l'une des caractéristiques majeures du public du CSST EGO. La proportion de SDF reçus dans l'ensemble des CSST parisiens est de 12,8% (Activité 2007 de CSST et CCAA parisiens, document DDASS 75

Nous pouvons également observer une augmentation importante du nombre de personnes sans domicile fixe en 2009.

Donc, les interventions pour l'accès à l'hébergement constituent une part très importante du travail d'accompagnement social réalisé au CSST EGO. Tout d'abord, 71,7% des patients sont dans une situation précaire par rapport à leur hébergement (46,7% n'ont pas d'hébergement, et 25% un hébergement/logement provisoire), ce qui soutient une demande continue. Le centre de soins de l'association EGO est un CSST ambulatoire sans hébergement. Cela implique une recherche constante de structures adaptées auprès de différents partenaires :

- Les CSST avec hébergement : par le biais de rencontres et d'échanges (entretiens) téléphoniques, nous avons développé un partenariat avec différentes structures de soins avec hébergement comme CSST Charonne, CSST Pierre Nicole, CSST Horizon, CSST Clemenceau...
- D'autres structures spécialisées addictions telles : Sleep'off, MAAVAR, Proses, la cité le Village, CHRS Charonne...
- Les centres d'hébergement spécialisés pour sortants de prison ou bénéficiaires d'aménagements de peine: l'Estran, le Verlan, l'ARAPEJ, l'APCARS, L'îlot...
- Les hébergements d'urgence : nous faisons régulièrement appel CSST Sleep In et au 115. Le Centre Israélite de Montmartre est aussi un partenaire privilégié.
- Les hébergements de stabilisation : Depuis 2007, une convention avec le foyer André Jacomet nous permet d'orienter des patients désireux d'intégrer une structure de stabilisation. Nous y disposons de 2 places. Trois personnes y ont été hébergées en 2009. Un autre partenaire avec lequel nous sommes conventionnés : le CHU Pereire devenu CHS qui, depuis ce changement de statut, rencontre, comme tant d'autres, des difficultés à nous proposer des places.
- Autres CHRS : cette année nous avons orienté des patients vers d'autres CHRS, notamment le Palais de la femme et l'Etoile du matin.

## Un outil pour l'accès aux soins : les nuitées d'hôtel

Les séjours en hôtel proposés par le CSST EGO sont de courte durée et sont réservés en priorité aux patients pour lesquels l'hébergement est indispensable pour l'accès aux soins. Par exemple : la nuit d'avant une hospitalisation, d'un départ en post-cure, d'un rendez-vous considéré comme important par l'équipe soignante, etc.

	2008	2009
Nombre de nuitées	198	286
Nombre de patients	22	34

- 14 personnes différentes ont bénéficié de nuitées ponctuellement.
- 14 autres personnes ont bénéficié de nuitées favorisant leur inscription dans leur démarche de soins et la construction d'un projet d'hébergement plus stable (5 personnes ont intégré un CHRS, 6 personnes un CHS et 3 personnes ont été orienté vers le dispositif APCARS dans le cadre d'une injonction thérapeutique.
- 6 autres ont été à la suite orientées vers un CTR ou une communauté thérapeutique.

## Le travail réalisé en partenariat avec le dispositif APCARS

Dans le cadre du plan crack un dispositif spécifique pour l'hébergement d'usagers de crack sous injonction thérapeutique a été mis en place par l'APCARS. Ce dispositif a beaucoup contribué à l'accompagnement et aux soins de patients suivis au CSST EGO. L'APCARS est ainsi progressivement devenu l'un de nos principaux partenaires. En effet dix patients ont bénéficié de ce dispositif :

- 4 personnes suivies au CSST ont construit durant cette prise en charge un projet d'hébergement stable et ont pu intégrer un CHRS
- 2 autres ont construit à la suite un projet de départ en communauté thérapeutique ou en post cure.
- 1 est encore hébergé
- 3 sont sortis du dispositif sans suite

## L'aide au quotidien

### Soutien social et éducatif

Au delà du soutien dans les démarches concrètes, une grande partie de l'activité des travailleurs sociaux consiste à offrir un soutien psychologique. Il s'agit à la fois d'effectuer un travail motivationnel avec les personnes, lorsqu'elles expriment leurs doutes, leurs peurs ou leurs angoisses face à une démarche ou un projet. Il s'agit autant de discuter et créer du lien que de proposer une écoute active face aux difficultés des personnes et les soutenir.

### Aide au transport des usagers

- Tickets de métro pour les démarches de soins à l'hôpital, laboratoires, services spécialisés et aussi administratives. Un certain nombre de personnes que nous suivons n'ont pas de droits ouverts et ont beaucoup d'amendes, d'autres ne peuvent avoir de droits et de revenus et encourrent des risques à voyager sans titres de transport. Une vingtaine de tickets métro sont distribués en moyenne par semaine.
- Les billets de train sont utilisés pour que les personnes soignées se rendent dans les post-cures ou communautés thérapeutiques ou dans des cliniques un peu plus proches.

- Les chèques de services

En raison des besoins des patients et en adéquation avec nos possibilités, 1065 chèques de services d'une valeur de 5 euros ont pu être distribués à 73 patients en 2009.

18 patients ont reçu un seul chèque

37 entre 2 et 5 chèques

10 entre 6 et 20 chèques

8 plus de 20 chèques

### **Activités culturelles et socio- éducatives :**

Les activités culturelles et socio- éducatives prennent sens dans une proposition d'organisation du temps, de découvertes, d'ouverture et de plaisir.

#### **Les sorties culturelles et sportives**

Les personnes initiant une démarche de soin ont la possibilité de participer aux activités de l'association, comme les différents ateliers du CAARUD.

Ils bénéficient également des places mises à disposition par l'association « Cultures du cœur ». Il s'agit de places de sorties et spectacles culturels et sportifs. (Théâtre, spectacles, concerts, cinéma, piscine).

#### **La mise en place d'activités collectives socio-éducatives.**

L'année 2009 a vu la mise en place d'un projet d'activités collectives socio- éducatives pour les personnes usagères dans le cadre du CSST. Depuis octobre 2009, des sorties collectives ont, ainsi, été mises en place par l'éducatrice du CSST en collaboration avec l'assistante sociale stagiaire. Ces sorties sont à destination les usagers du CSST et du CAARUD et ont pour objectif : amener les usagers à sortir de leurs schémas quotidiens et de leurs environnements habituels, faire émerger des intérêts extérieurs au produit par la découverte d'autres sources de plaisir, promouvoir le vivre ensemble. La première sortie a eu lieu en novembre 2009 il s'agissait d'une sortie à la forêt de Fontainebleau avec Promenade et pique-nique.

#### **Les prises en charges Santé/Justice**

##### **Les injonctions thérapeutiques**

Nous avons reçu 29 orientations de la DASS de Paris pour Injonctions thérapeutiques, 24 personnes ont été vues dont 4 personnes avec 2 injonctions chacun. Tous ces patients ont eu des injonctions pour usage de crack. Le Tribunal de Grande Instance de Bobigny (93) nous a orienté 4 personnes, et une autre a été orienté par le TGI de Créteil (94). Le suivi de ces personnes nécessite des contacts étroits et fréquents avec les interlocuteurs du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation. Il nous faut souvent rappeler aux personnes leurs dates de convocation avec la Justice, leur expliquer, les préparer, éventuellement les accompagner aux convocations. Il faut aussi permettre, qu'ils téléphonent de notre bureau aux Conseillers d'Insertion et de probation du SPIP de Paris ou d'autres départements

Les personnes reçues se saisissent plus ou moins de la rencontre avec notre centre. Pour certains la venue au centre semble une pure formalité une fois par mois pour rencontrer la personne qui fera le certificat. Mais d'autres se saisissent aussi des possibilités de soin.

### **L'obligation de soins**

Nous avons reçu 3 personnes dans ce cadre ce qui représente moins de 1 % de la file active.

### **La prison**

En 2009, 20,63% des femmes reçues ont été incarcérées, et 66,08 % des hommes. Les personnes incarcérées nous sollicitent pour préparer leurs soins à leur sortie (aménagement de peine avec sortie anticipée), par téléphone ou par courrier. Afin de coordonner et d'améliorer la continuité de la prise en charge des personnes sortant d'incarcération nous essayons actuellement de mettre sur place une réunion générale avec nos partenaires du milieu pénitentiaire.

**TGI** – des travailleurs sociaux du service d'enquêtes rapides nous téléphonent pour que nous confirmions, par exemple, qu'une personne est bien suivie chez nous. Le fait que la personne aie rencontré un service de soin pour les addictions est alors perçu positivement.

### **La permanence sociale à STEP**

Une assistante sociale du CSST tient une permanence le mardi soir (18h30 à 22h30) au CAARUD-STEP, dans un but d'information sur les droits et les possibilités thérapeutiques proposées au CSST. L'assistante sociale participe ponctuellement au travail de rue de STEP où le service va à la rencontre des personnes dans des lieux précis afin de distribuer, en sus de thé ou de café, du matériel de réduction de risques et des informations.

## FORMATIONS, REUNIONS ET AUTRES ACTIVITES

### Les réunions cliniques

Au cours de l'année 2009 nous avons mis en place des réunions cliniques. Ces réunions consistent en l'étude approfondie d'un cas suivi par le CSST EGO. Ce cas est analysé par toute l'équipe avec la présence d'un clinicien extérieur à l'institution. Le cas clinique est présenté par écrit et envoyé aux participants la semaine précédent la réunion.

Les cliniciens invités ont été les suivants:

1. Dr Philippe de Lapanouse, Bernard Pourcel et Dominique Taburet du CSST Le Peyry.
2. Dr Diana Kamienny-Boczkowski – Psychiatre Psychanalyste
3. M. Patrice Nomine – Psychologue – CSST Espace Murger
4. Dr Derek Humphreys - Psychiatre Psychanalyste

### Les formations individuelles du personnel du CSST

Infirmier	D.U. Périnatalité et addictions (Université Paris VII)
Médecin	D.U. Addictions, Psychiatrie, VIH et hépatites virales (Université Paris XI)
Infirmier	D.U. Santé, Malade, soins et culture (Université Paris V)
Psychologue	Formation qualifiante TCC (AFTCC)
Psychologue	Première approche du jeu excessif et du jeu pathologique (SERT Marmottan)
Educatrice	Prévention des addictions et des conduites à risques chez les femmes (EGO - 6 jours)
Educatrice	RdR associée aux différents modes de consommation (EGO -4 jours)

### Les formations collectives de l'équipe du CSST réalisées sur site

- Séminaire interne : « Le défi posé par l'articulation et la complémentarité entre réduction des risques et soins dans le champs des addictions. »
- Formation à la passation de l'échelle A.S.I. Cécile Denis, Laboratoire Psychiatrie (Université Bordeaux 2)
- Les gestes d'urgence – Association Urgences et prévention
- Prise en charge des arrêts cardiaques - Association Urgences et prévention
- Grossesses et addictions – Pr Claude Lejeune
- Les protocoles de sevrages cocaïne/crack – Dr Laurent Karila
- Le fonctionnement de la justice – M Benoît Descoubes, Magistrat

- Les substances illicites – Dr Pierre Demoor
- L'alcool : le produit et les traitements – Dr Philippe Coeuru, Psychiatre
- Le tabac : le produit et les traitements – Dr Philippe Coeuru, Psychiatre
- Les principaux médicaments psychotropes détournés de leur usage – Dr Nicolas Bonnet, Pharmacien
- Utilisation du Fibroscan (1 journée)

#### **Participation à des colloques, conférences, séminaires, journées...**

- Conférence Latine de Réduction des Risques du 1<sup>er</sup> au 4 juillet 2009 (1 personne – 4 jours)
- Les Rencontres nationales de la réduction des risques liée à l'usage de drogues (AFR) (2 personnes – 2 jours)
- Les Journées addictologie A.P.H.P. (2 personnes -1 journée)
- Séminaire « Crack et délinquance » CIFAD (Centre Interministériel de Formation Anti Drogue) (1 personne – 3 jours)
- Les usages des drogues des adolescents parisiens (Ville de Paris) (2 personnes)

#### **Activités de formation et d'enseignement assurées par des membres de l'équipe du CSST EGO**

- Cité André JACOMET
- IFSI Hôpital Béclère
- Union des clubs et équipes de prévention
- Ecole service social CRAMIF
- Mission Départementale de Préventions des conduites à risques de la Seine Saint Denis – IREMA
- CRIPS – CIRDD Ile de France
- CSST LE PEYRY

#### **Accueil des stagiaires**

- Mme Agnès Cluzel – Infirmière (DESU prise en charge des addictions – Paris VIII)
- Mme Sylvia Tedesco – Psychologue et Pédagogue
- Melle Ania Stencel – Psychologue – DU addictologie : morbidités et comorbidités psychiatriques - Paris V
- Melle Laura Handschuh - Master 2 Psychologie -
- Melle Sarah Yautier – Service Social 3ème année
- Melle Jeanne Latallerie - Infirmière
- Melle Chloé Maréchal – Master 1 Psychologie

- Melle Louise Bellanger – Service Social 3ème année
- Melle Raphaelle Masella – Master 2 Psychologue – Paris VII
- Melle Aude Wyart – Master 2 Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
- Melle Maria Leon Perez – Service social 2<sup>ème</sup> année
- M. Michel Lauret, M. Nicolas Rivière, Mme Alizé Secker élèves infirmiers IFSI Théodore Simon

### Les réunions publiques

- DRASSIF (groupes de travail de la Commission Régionale Addiction)
- DASS de Paris (réunions PMT)
- DRASSIF (Réunions relatives au plan crack pour le nord-est parisien)
- DASS de la Seine Saint Denis (réunions concernant la scène ouverte de la ville de Saint Denis)
- O.R.S (Observatoire Régional de la Santé)
- Réunions COREVIH
- Service des injonctions thérapeutiques – Dispositif APCARS

### Les réunions et rencontres régulières avec les partenaires

- Fernand Widal – Espace Murger
- ECIMUD Bichat
- GAIA
- ELP
- AREMEDIA
- LE PEYRY
- EPISEA
- Coordination Toxicomanie

### Visite des délégations ou équipes extérieures

- CDP Blenheim Project (Londres)
- CSST Pointe à Pitre
- CSST LE PEYRY
- CSST Horizon
- CASIP-COJASOR
- Service des Injonctions Thérapeutiques (Bobigny)

## Évaluation interne 2009

Un référentiel d'évaluation interne a été élaboré durant l'année 2008. Ce dispositif rend possible l'évaluation du projet thérapeutique selon l'adéquation des prestations délivrées avec les objectifs définis. À ces fins, les projets individuels sont classés dans les entretiens d'évaluation et de premier accueil selon le type de stratégie prioritaire de soin à mettre en place. Les stratégies possibles sont :

1. Traitement de l'addiction
2. Suivi sanitaire
3. Soutien et réduction des risques

Schématiquement, selon le référentiel proposé, trois aspects sont à mettre en relation : les services rendus aux patients, une appréciation de la pluridisciplinarité des interventions, des échelles d'évaluation clinique.

### Le dispositif adopté pour 2008 et 2009

Pour les années 2008 et 2009 nous avons décidé d'évaluer, d'un point de vue pluridisciplinaire, les améliorations de tous les patients ayant plus de six consultations pendant une période déterminée. Nous avons donc considéré les services rendus aux patients et la pluridisciplinarité des interventions. L'aspect de passation des échelles d'évaluation clinique n'a pas été pris en compte parce que la quantité d'échelles passées n'a pas été significative pour son exploitation.

En 2008 comme en 2009, l'évaluation a été effectuée les premiers jours de septembre. Elle s'est déroulée de la manière suivante :

- Des réunions pluridisciplinaires, animées par le coordinateur, et en relation avec les référents, ont permis de remplir collectivement un questionnaire permettant de porter un regard sur les améliorations observées chez les patients fréquentant le CSST.
- Ces améliorations sont appréciées par les professionnels sur différents registres :
  - Médical
  - Addictions
  - Psychologique
  - Social : emplois et ressources, légal et judiciaire, familial, logement
- Pour chacun de ces registres, les évolutions ont été notées sur une échelle de ce type : -2 / -1 / 0 / 1 / 2 (-2 étant l'évolution la plus négative et 2 l'évolution la plus positive).
- Le questionnaire a aussi permis de noter les types d'interventions réalisées auprès du public.

Ce travail a été réalisé au sujet des patients ayant eu plus de 6 consultations au CSST dans les périodes de janvier à juillet, aussi bien en 2008 qu'en 2009.

Au total, on dispose de ces informations pour un échantillon de 72 patients pour 2008 et 69 pour 2009.

Deux éléments sont exploités dans ce rapport, sur la base de ce questionnaire :

- Le degré de pluridisciplinarité de la prise en charge
- Les améliorations observées chez les patients au regard des différents registres (médical, addiction, psychologique, social)

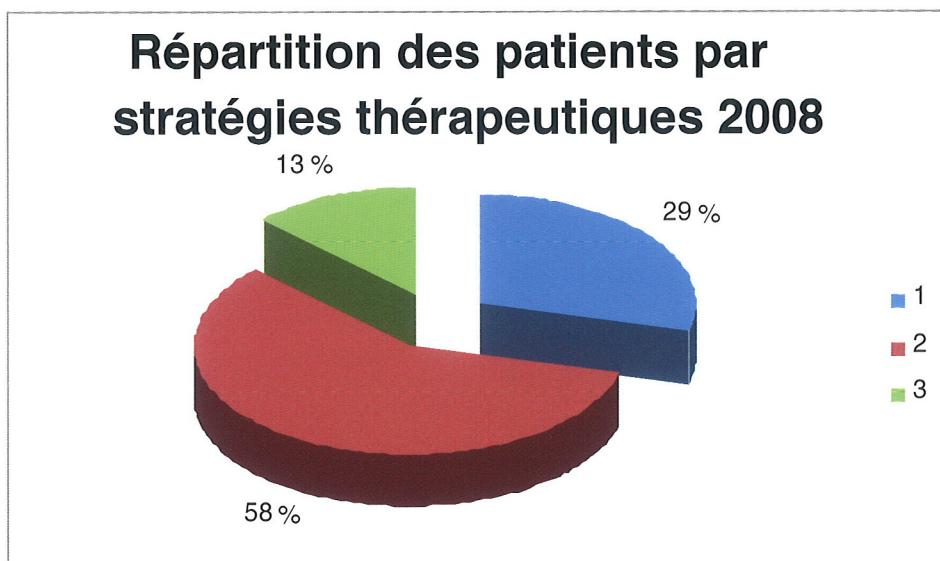
Ces deux éléments sont déclinés par type de stratégie de soin mise en place, en fonction du projet individuel.

### L'exploitation des résultats

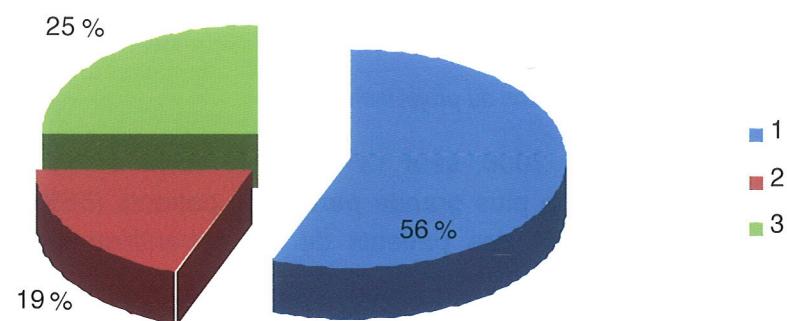
#### *La répartition par stratégie mise en place, en fonction du projet individuel*

Parmi les 72 patients de l'échantillon 2008, seul 13% ont été suivis selon la stratégie 3 (Soutien et réduction des risques), et la plus grande partie des patients (58%) relève de la stratégie 2 (suivi sanitaire). Enfin, 29% des patients de cet échantillon s'inscrit dans la stratégie 1 (traitement de l'addiction).

Il est à noter qu'en 2008, la stratégie traitement de l'addiction concernait uniquement l'addiction au crack. Cette raison peut expliquer en partie l'augmentation du nombre de patients suivis pour traitement de l'addiction en 2009 (56% contre 29% en 2008). En outre, il existe aussi une augmentation du nombre de patients suivis dans le cadre des stratégies de réduction de risques. Cela peut s'expliquer partiellement par l'effet d'un changement d'organisation qui cible les suivis plus clairement sur l'addiction et la réduction des risques, c'est-à-dire plus sur l'usage de drogues et moins sur l'aspect médical.

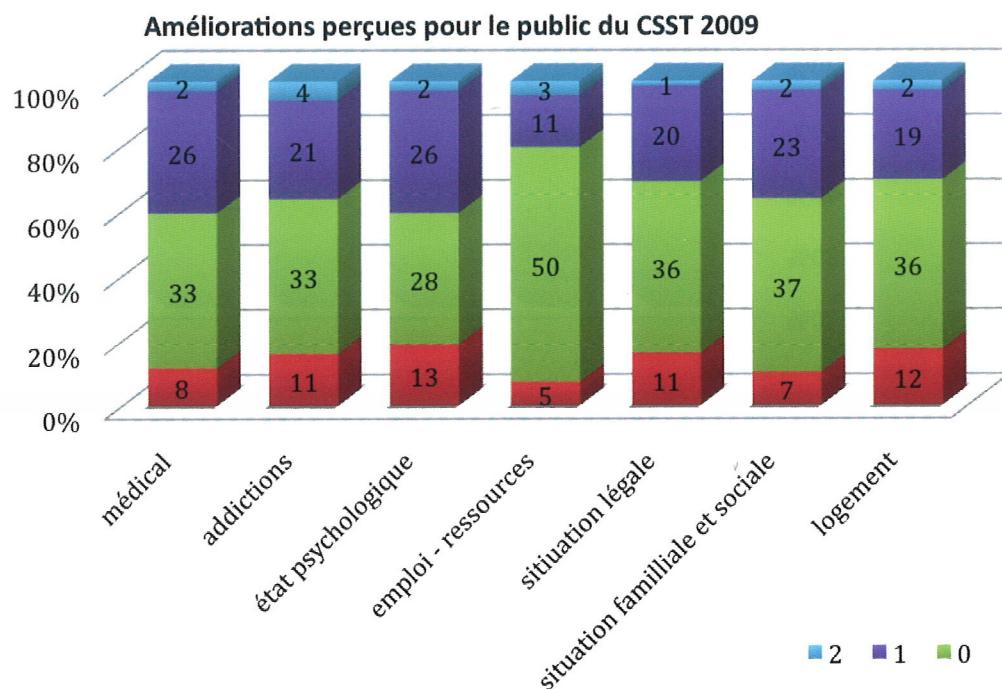


## Répartition des patients par stratégies thérapeutiques 2009



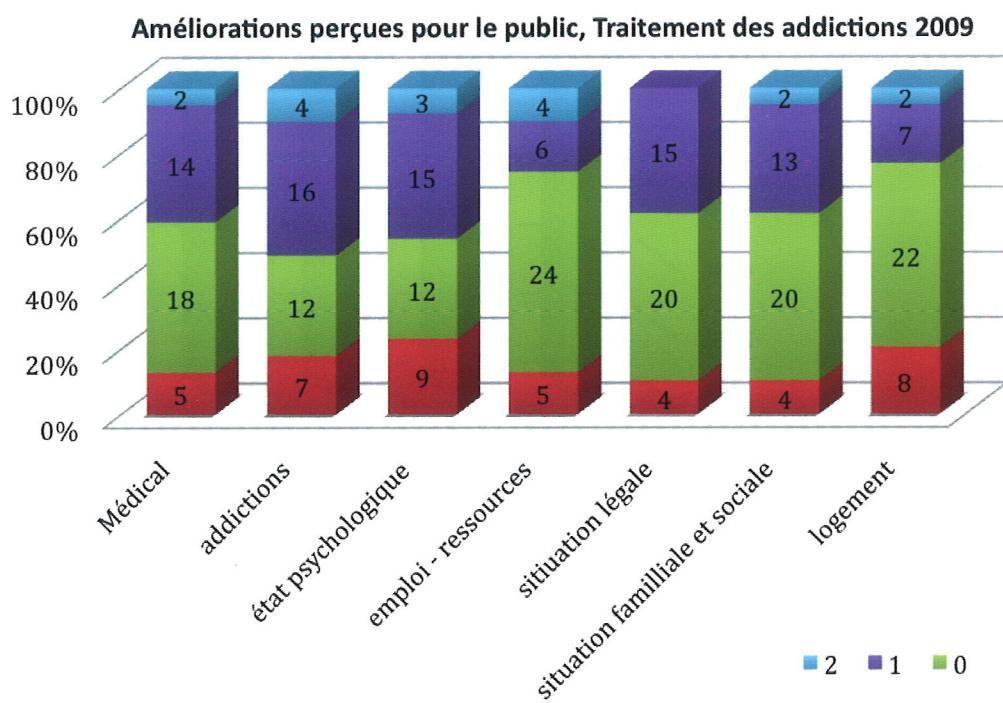
## Les évolutions perçues chez les patients selon la stratégie mise en place

Ensemble échantillon n= 69



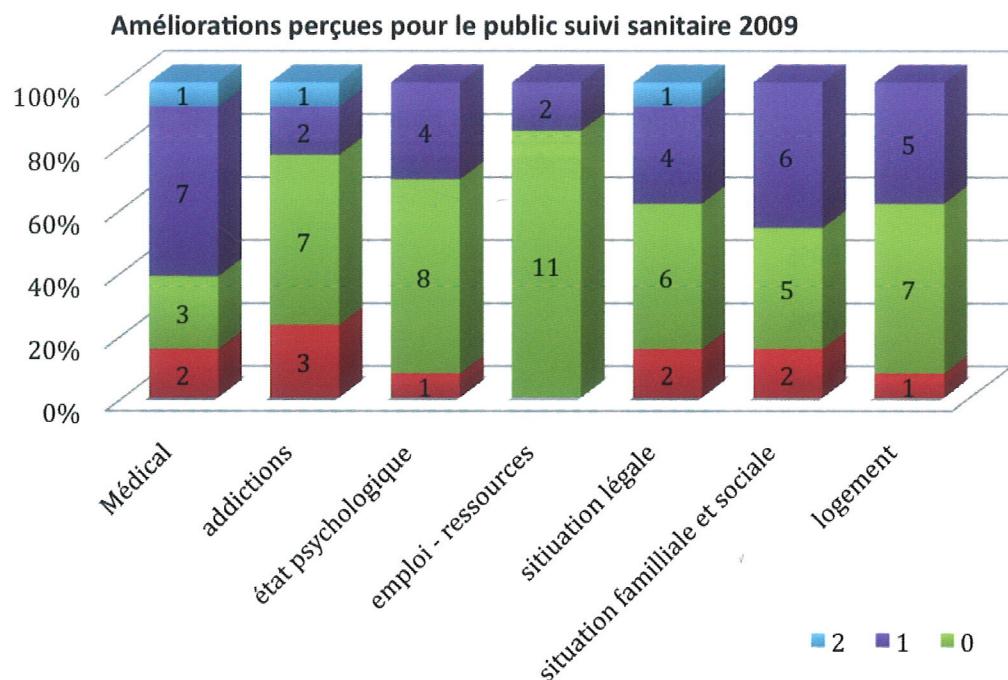
Ce graphique montre que, d'une manière générale, les patients fréquentant le CSST EGO en 2009 ont témoigné, selon la perception des soignants, d'améliorations nettes sur le plan médical et psychologique. La situation d'« emploi-ressources » est celle qui connaît le moins d'amélioration.

**Patients Inscrits dans la stratégie Traitement des addictions n=39**



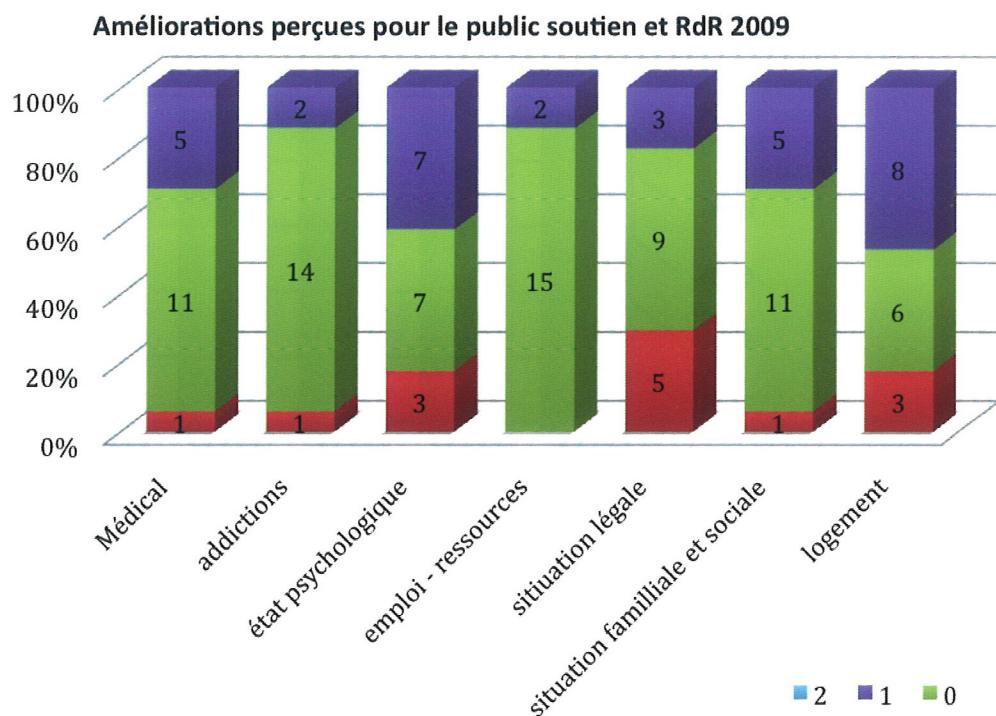
Si l'on considère uniquement les patients dont le projet peut être classé dans la catégorie traitement de l'addiction, des améliorations importantes sont manifestes sur tous les plans, à l'exception de ceux d'« emploi-ressources » et du « logement ».

**Patients inscrits dans la stratégie suivi sanitaire : n=13**



Les patients dont le projet est essentiellement un suivi sanitaire présentent visiblement une amélioration sur le plan médical, ce qui n'entraîne pas automatiquement une amélioration sur le plan des addictologies. La priorité pour ces patients n'est pas encore le traitement de la dépendance. Pour ces patients nous voyons cependant des améliorations sur le plan social et familial.

**Patient inscrits dans la RDR et soutien : n=17**

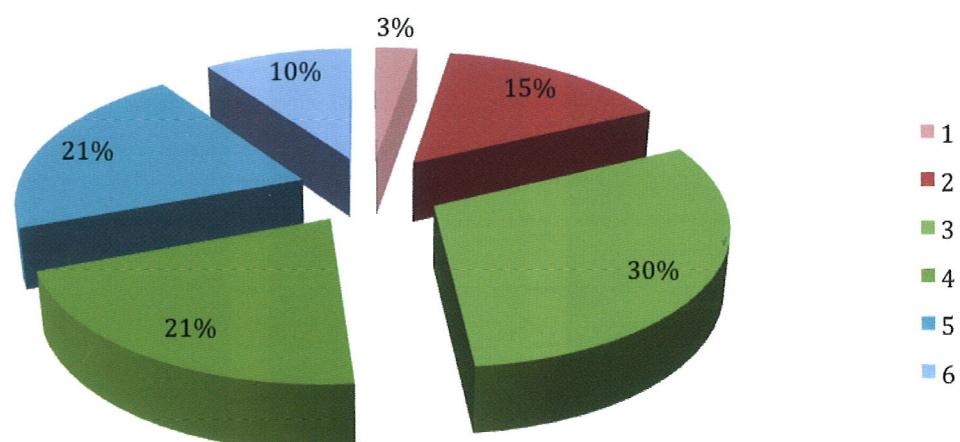


Les patients avec un projet relevant de la réduction des risques présentent des améliorations sur le plan psychologique et sur le plan du logement. Le plus souvent il ne s'agit pas du logement en sens propre mais d'un hébergement transitoire en institution. En revanche, aucun changement n'est constaté au niveau des ressources et des addictions.

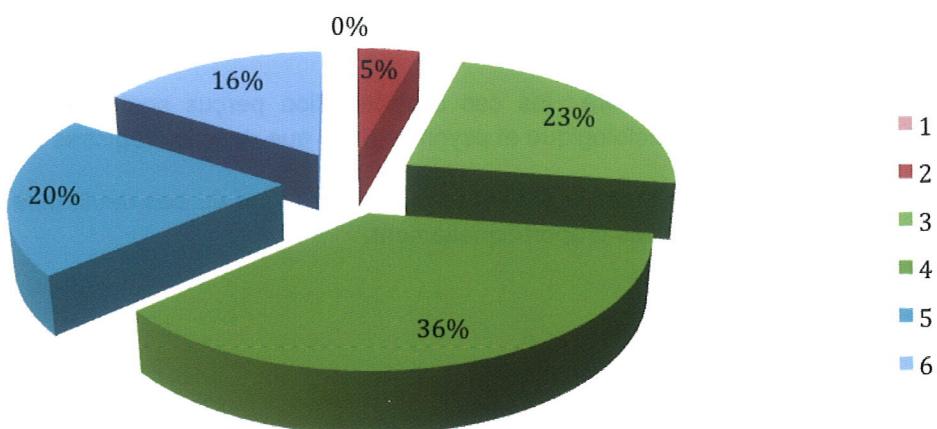
## Les parcours de soins pluridisciplinaires

Le degré de pluridisciplinarité est apprécié au regard du nombre de professionnels différents intervenus pour un même patient. Les catégories de professionnels différents peuvent être : médecin généraliste, psychiatre, infirmier, psychologue, éducateur spécialisé et assistante sociale. Un patient peut donc voir de un à six professionnels différents.

**Degré de pluridisciplinarité des parcours de soin au CSST 2008**

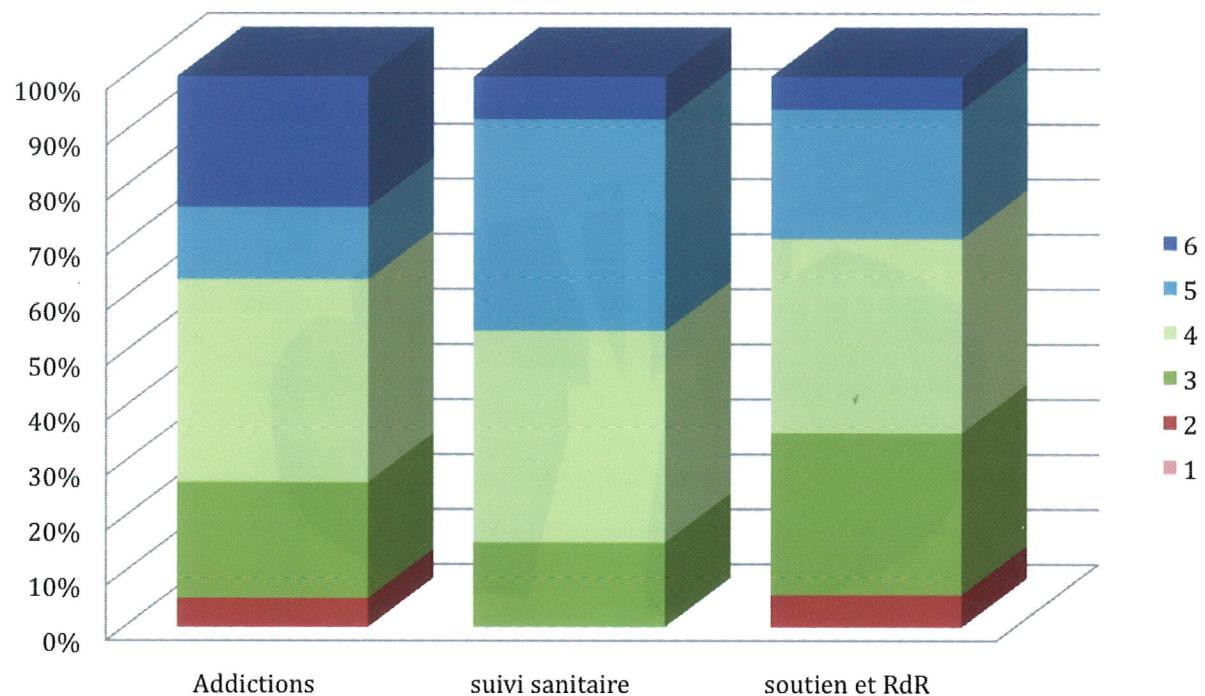


**Degré de pluridisciplinarité des parcours de soin au CSST 2009**



Ces graphiques montrent que la pluridisciplinarité a nettement augmenté entre 2008 et 2009. En effet, aucun patient suivi n'a vu qu'un seul professionnel en 2009. La majorité des patients voit entre trois et quatre professionnels différents (60%).

### Pluridisciplinarité des parcours de soin par stratégie thérapeutique 2009



Ce graphique montre le degré de pluridisciplinarité en fonction du type de projet. Le type de projet pour lequel la plus grande quantité de professionnels intervient est celui de suivi santé.

En conclusion :

- selon le registre considéré : les cas d'amélioration perçus sont plus nombreux dans les registres médical, addictologique et psychologique que dans les registres du champ social;
- selon l'objectif souscrit par le patient : plus l'on s'éloigne du bas seuil, plus les améliorations perçues sont importantes proportionnellement.