

DOSSIER EXPERTISE TECHNIQUE

« rien n'est permanent sauf le changement. » Héraclite d'Ephèse

Itinéraire d'un changement nécessaire

Appréhender et accompagner les changements comme des opportunités sans renier l'histoire, la culture , l'identité et les savoirs-faire pour susciter au sein d'une équipe la créativité et l'envie de se dépasser .

« tout est changement non pour ne plus être mais pour devenir ce qui n'est pas encore » Epictète

J-L Vénisse « les troubles des conduites ont de tout temps été mal aimés de la nosographie psychiatrique : conduites addictives et psychopathologique sont de ce point de vue à la même enseigne, celle de troubles qui peuvent désorienter et décourager les équipes soignantes ».

L'équipe, conclut R. Lafon, est « une coopération entre un nombre limité de professionnels différents (dans un même champ d'action) se considérant comme collectivement responsables, ayant donc une intentionnalité commune, et étant en situation à l'intérieur d'une structure définie, dans un cadre stable et organisé ».

Kinésivie d'un changement nécessaire

Apprendre et accompagner les changements comme des opportunités
sans renier l'héritage, la culture, l'identité et les savoir-faire pour susciter
au sein d'une équipe la créativité et l'envie de se dépasser.

« tout est changement non pour ne plus être mais pour devenir ce qui
n'est pas encore » Epictète

Introduction

L'Ampta (Association Méditerranéenne de Traitement des Addictions) m'a recrutée en 2005, pour le poste d'assistante sociale au sein d'un Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (Csst) qui est devenu un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (Csapa). Depuis fin 2014, en plus de cette fonction je gère le service en tant que responsable. L'association qui a aussi souvent changé de nom¹, a été créée en 1984 avec l'ouverture de ce service. Différents dispositifs et services couvrent les Bouches du Rhône avec un effectif en augmentation depuis sa fusion (2016) avec l'association Tremplin, devenant ainsi l'association Addiction Méditerranée. Depuis sa création elle a su être force de proposition innovante (la première boutique de Réduction des Risques, le premier centre méthadone..) et gérait un pôle de diffusion de savoir², de soutien aux décideurs politiques.

Dès le début du siècle les principes relatifs au contrôle de l'offre, de l'usage de drogue, et aux questions de santé publique se posent comme enjeux majeurs de nos sociétés. Les Etats ont élaboré un corpus de recommandations (évolutives) qui ont une incidence sur les modalités d'intervention et le regard porté sur le public car les concepts permettant la compréhension du phénomène « drogue » ont profondément évolué. Les intervenants ont défini de longue haleine les contours et contenus des réponses apportées aux usagers. Ils ont œuvré à construire le dispositif spécialisé pour les toxicomanes selon les courants de l'antipsychiatrie, la psychanalyse et la phénoménologie. Impliqués depuis longtemps, les professionnels du Csapa ont compris que le passage à l'addictologie consacrait, entre autre chose, de nouveaux experts issus de disciplines diverses (l'alcoologie, les neurosciences par exemple) et qu'avec eux, c'est une « identité professionnelle » qui est peut-être en passe de s'effacer. La volonté politique de rendre plus lisible l'offre de soin et d'accompagnement en insistant sur la coordination et la coopération d'acteurs très divers, a profondément bouleversé le secteur. Alors que les injonctions législatives paradoxales (accompagnement, soin, répression) rendent déjà le travail et le positionnement des professionnels complexes.

Quand les lois, le public, les modalités de travail changent, que les paradigmes sont modifiés et que de manière concomitante l'équipe en interne subit des mouvements de personnels quels sont les leviers à la disposition du chef de service, pour articuler une dynamique de développement et maintenir la cohérence sans mettre à mal les propositions et choix inscrits dans l'institution ?

¹ Drogue Info, puis AMPT Association Marseillaise de Prévention des Toxicomanes

² Ceci est largement initié par le programme de la MILDT (1995) pilotée par Nicole Maestracci qui donne une place forte à la question des savoirs (ex :OFDT)

I) La manière de définir le problème détermine le groupe concerné (les usagers) et la façon de l'aborder (nos pratiques)

a) La réglementation internationale

L'axe principal de la construction de la «politique de lutte contre les drogues» était de mettre fin à la guerre de l'opium.³ Puis l'industrie pharmaceutique reconnaissant dans ces produits des vertus médicales (anesthésiques, antalgiques) pose la question du contrôle de l'offre. Plusieurs conventions⁴ et traités sont ratifiés par de nombreux pays et inspirent largement les législations nationales qui les adaptent, dépassant même le champ des conventions internationales (contrôle de l'offre) en ajoutant des dispositions réprimant les usages privés.

b) En France

Dans ce contexte, la France se dote d'instruments pénaux spécifiques aux drogues (la notion d'usage en société et de détention). Dans les années 60, la violente remise en cause des cadres et valeurs traditionnels place la consommation de drogue comme symbole des mouvements contestataires et comme une menace de destruction de la société. Ce contexte de panique fut à l'origine de la loi du 31/12/1970 dite loi Mazeaud, texte de référence qui propose une logique répressive et sanitaire : la répression des trafics, de l'usage et la proposition d'une alternative thérapeutique (prise en charge gratuite et anonyme, par un dispositif peu médicalisé). Sa mise en œuvre va soulever des questions liés notamment à la double nature du regard porté sur le toxicomane : les «usagers» considérés comme des délinquants par les uns et/ou des malades mentaux par les autres étaient rejetés par les hôpitaux et les cabinets médicaux. Le secteur de soins spécifiques est alors initié sous l'impulsion de rares psychiatres et les intervenants construisent peu à peu des référentiels⁵ théoriques et des pratiques professionnelles.

Dans les années 80, les ministères de la Santé et des Affaires sociales sont missionnés pour rationaliser le système de prise en charge des toxicomanes. En 1982, sous l'autorité du Premier ministre est créée la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (Mildeca) afin d'animer et coordonner l'action du gouvernement

³ Conférence de Shanghaï 1909

⁴ la convention de Vienne en 1961, définit le cadre encore en vigueur. Elle oblige les Etats à prendre toutes « les mesures législatives et administratives » nécessaires à l'application de la politique de contrôle.

⁵ Selon les courants de l'antipsychiatrie, la psychanalyse, la phénoménologie aux approches psychodynamiques.

(recherche, prévention, prise en charge et réduction des risques, application de la loi, lutte contre le trafic et la coopération internationale). Elle mobilise les ministères concernés et élabore des plans gouvernementaux. Son autorité est relayée au niveau local par des chefs de projets régionaux et départementaux⁶.

Face à l'épidémie du VIH (puis celle du VHC), le discours devient préventif. Le dispositif spécialisé fait face à une hécatombe et les nouveaux acteurs de la réduction des risques (Rdr) font entendre leur voix. La préoccupation de santé publique va s'intéresser alors aux risques des styles de vie des personnes toxicomanes, ils sont placés en tant qu'experts aux côtés des médecins pour parler et agir. Les associations humanitaires, les associations d'usagers (AIDES, asud/ act-up..) et le regroupement des intervenants (Anit/Anitea/Fa) ont peu à peu influé sur la politique de santé publique et de lutte contre les discriminations, ils vont guider les grandes étapes de rénovation des pratiques de soins. Cette question de la contamination va entraîner une médicalisation du système de soin (programme échange de seringue, substitution). L'ouverture de la première unité méthadone (1993) avec l'arrivée d'une équipe médicale provoque un changement radical dans le service. Pour les professionnels, face au «raz de marée» de demande, il s'agit de s'approprier la Méthadone comme un outil supplémentaire aux mesures psycho-socio-éducatives proposées.

Plusieurs rapports (Roques, Parquet et Rascas)⁷ ont amené le concept de l'addiction qui renvoie à un comportement (usage récréatif, à risque etc..) et à une logique de continuité en opposition aux théories de la maladie alcoolique (Dr Fouquet) et la théorie « produit/sujet/environnement » (Dr Olievenstein). Cette vision plus globale, englobe tous les consommateurs de produits psychoactifs, ainsi que les addictions comportementales. Ce paradigme met fin au clivage de l'approche «substance/intoxication», il change fondamentalement les mentalités et rend poreuses les frontières entre drogues licites et illicites (les premières définitions⁸ de l'OMS faisaient référence aux substances soumises à contrôle dans les conventions internationales). La répétition des pratiques, les pathologies communes aux addictions et le bilan des dispositifs convergent vers un rapprochement institutionnel. La loi 2002-2, rénovant⁹ les secteurs de l'action sociale et médico-sociale,

⁶ Dans les Bouches du Rhône le chef de projet départemental est le Préfet de police

⁷ Rapport ROQUES consacré aux " problèmes posés par la dangerosité des "drogues" 1998, Rapport sur les aspects semblables et les aspects spécifiques des différentes addictions (RASCAS) Groupe de travail MILDT, 2001, Rapport Parquet « conduites addictives et milieu professionnel »

⁸ Annexe : définition

⁹ 5 grandes orientations : Promouvoir le droit des usagers, diversifier les missions et l'offre, piloter les dispositifs, coordonner les différents acteurs, rénover le statut des établissements publics. Elle réforme les modalités de planification et de pilotage des dispositifs.

participe à la programmation de la fusion du secteur de la toxicomanie et de l'alcoologie en créant les Csapa. La nouvelle politique postule au rapprochement de deux champs professionnels qui ont milité longtemps en parallèle pour exister dans un champ médical souvent hostile. Même si cette loi impulse une dynamique d'innovation et met l'accent sur la promotion du droit des usagers, ce rapprochement est vécu comme une menace identitaire et provoque des velléités (défense des champs et de spécificités).

« Si une leçon est à tirer de l'histoire des drogues (..) C'est la multiplicité des modes de consommations, des significations sociales que ces modes de consommation véhiculent, des types de problèmes avec lesquels ils sont intriqués mais aussi des réponses qui ont pu leur être apportées »¹⁰

c) Les dispositifs de soins¹¹

Le champ de l'addictologie est composé du secteur médico-social (Sms), du secteur hospitalier, du secteur de ville qui déclinent une réponse transdisciplinaire (et les associations d'usagers).. Les missions sont définies par la Mildeca qui construit un plan d'action décliné au niveau local en Plan régional de santé publique. C'est l'Agence Régionale de Santé, créée par la loi « Hôpital patients santé territoires » du 21/07/2009 qui assure cette coordination entre les services de l'Etat mais aussi avec l'assurance maladie. Le Prsp/Prs piloté par l'ARS renvoi au volet sanitaire du plan Mildeca et au plan addiction (tous les 5 ans). En PACA, celui de 2012-2016 s'articule autour de trois schémas : l'organisation sanitaire, médico-social, le secteur de la prévention et d'un certain nombre de programmes,. Ainsi les Csapa sont financés par l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (la partie soin, accompagnement, la Rdr) et sont soumis à une autorisation administrative délivrée par l'Ars.

II) Un constat : L'évolution de la prise à charge

L'Ampta a été créée pour accueillir les personnes dépendantes aux opiacés. Dorénavant il s'agit de prévenir et traiter l'abus de substances «psychoactives» face à des comportements addictifs (notion transversale à la toxicomanie, à l'alcoologie, au tabagisme et aux problématiques sans produits). Les professionnels déclinent des missions encadrées¹² par des conditions de confidentialité, d'anonymat et de libre adhésion des publics (accueillir, prévenir les consommations problématiques, réduire les risques et les dommages, soigner, procéder à

¹⁰ Publication collective Medecin du monde « Histoire et principes de la réduction des risques »2013

¹¹ Annexe : Les dispositifs spécialisés en addictologie

¹² Cadre défini par la Circulaire n°2008-79 du 28/02/2008

des consultations de proximité, soutenir, former différents professionnels et les acteurs institutionnels, informer, orienter tout type de public, faire évoluer les représentations). Le Csapa offre une pluralité d'interventions et englobe donc des dispositifs distincts¹³: Le centre ambulatoire, la consultation jeune consommateur, le fil rouge (équipe mobile parentalité), le dispositif d'appartements thérapeutiques, le service prévention, la consultation addiction au tribunal et l'intervention au centre de détention de Tarascon.

a) Le centre ambulatoire

A la création du service, la prise en charge du public s'articulait autour d'entretiens psychologiques et d'accompagnements socio-éducatif mis en œuvre par une équipe dont les membres étaient polyvalents. Au fil du temps, l'équipe a renforcé sa pluridisciplinarité et a développé de véritables accompagnements socio-éducatifs, une offre de prise en charge psychothérapeutique et médicale (somatique et psychiatrique) avec la prescription et la délivrance de traitement de substitution. Les professionnels élaborent des stratégies thérapeutiques incluant les composantes psychologiques, sociales et physiologiques de la problématique. Le souci d'une approche globale, respectueuse des parcours et des rythmes de chacun, demeure l'axe fondamental. Ainsi l'équipe personnalise chaque prise en charge et place «la relation» comme point de départ définissant la problématique et l'hypothèse de travail (La relation au produit / à soi / au thérapeute / au monde). Cette équipe dont j'ai la responsabilité¹⁴ est composée de 13 personnes (1 médecin addictologue, 1 psychiatre, 3 psychologues, 3 éducateurs spécialisés, 2 infirmiers, 1 autre assistante sociale, 1 secrétaire).

Dans une situation professionnelle où la continuité du lien (la relation) avec les usagers et l'interaction entre les professionnels sont essentielles, la stabilité du personnel est un facteur important de qualité.

b) Le public

Nous sommes sollicités par notre public historique, les toxicomanes et chaque année un peu plus par des personnes en difficulté avec l'alcool, les médicaments, le cannabis et les joueurs pathologiques.. Certes l'héroïnomanie est en diminution depuis la diffusion des traitements de substitution (1996), mais la consommation de cocaïne se propage et les polytoxycomanies poursuivent leur progression. Il s'agit d'adulte, majoritairement masculin. Une grande partie rencontre des difficultés liées aux ressources, au logement, à l'insertion

¹³ Annexe 4 Organigramme

¹⁴ Annexe fiche de poste

sociale et professionnelle, certains sont dans une problématique d'exclusion. Parmi nos patients, nombreux sont ceux qui souffrent de troubles psychiatriques, plus ou moins reconnus, plus ou moins «soignés». Sur le plan somatique, les pathologies sont de plus en plus lourdes et le nombre de décès en augmentation, car le public est souvent porteur de maladies associées à leurs usages et leurs modes de vie. A différents niveaux de leur apparition, l'équipe accompagne tant l'initiation du parcours de soin, le soutien, la coordination de celui-ci ou le «refus de soin» (le déni), et malheureusement la fin de vie.

Au-delà des typologies médicales, sociologiques ou administratives, les professionnels accompagnent les parcours de ces personnes « malades/déviantes/délinquantes/précaires ou insérées/ isolées ou pas/ avec des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques... » Accueillir cette mixité n'est pas toujours aisé, pour les patients et pour les professionnels. Prendre en compte la souffrance exprimée même si tous les usages ne sont pas identiques en termes de significations et de risques, demande une graduation des réponses et de perpétuel renouvellement du dispositif : interroger la pertinence des référentiels, des prises en charge et leur appariement (outils, dispositifs) ainsi que sur les relais partenariaux à construire. L'équipe a su évoluer et s'adapter mais cela ne va pas de soi.

III) Constat : Les changements fréquents dans une équipe déstabilisent

A mon arrivée en 2005, l'équipe était constituée de professionnels dont plus de la moitié avaient entre 10 ans et 20 ans d'exercice ensemble, certains encore présents ont construit ce dispositif et les pratiques. Les arrivés et les départs des professionnels, les qualifications différentes et les divergences idéologiques mettent en relief l'interdépendance des membres et la complémentarité des interventions. Les « différents regards » ne sont pas obstacles à l'accord tant que la volonté commune d'agir et l'appartenance au groupe sont vivaces. Alors comment maintenir cet espace d'élaboration collective dans ce contexte ; porteur de nouveaux corpus, de nouveaux partenaires et nouvelles modalités de travailler ensemble ; quand ce sentiment d'appartenance est mis à mal?

a) Les mouvements de personnels

Tout d'abord il y eut le départ compliqué du psychiatre, puis celui du chef de service, tous deux impliqués depuis très longtemps et référents du «sens» de nos interventions. Départs qui nous ont amenés à réinterroger le sens de nos pratiques. Je passe alors de la place

de collègue à celle de responsable. Afin d'assurer cette fonction je n'interviens plus qu'à mi-temps auprès du public, s'en est suivi l'embauche d'une assistante sociale. A l'annonce de ce changement, même si les membres de l'équipe ont salué le « courage du nouveau chef et la nécessité pour l'ancien de partir », l'attitude première s'est manifestée sous des formes diverses de résistance : réaction de sauvegarde, comportements d'évitement « Tu n'es pas psychologue mais tu partages la même vision que nous, ça va aller ». « Cela va être compliqué de collaborer avec une autre assistante sociale. ». Quasi dans le même temps, une infirmière démissionne alors que le service souffrait d'un long arrêt maladie (non remplacé) du médecin généraliste. Le staff médical est alors fragilisé, tout comme la capacité d'accueil du service et l'articulation des interventions. Ce qui a fonctionné durant des années en termes d'organisation et de reconnaissance interprofessionnelle s'étirole peu à peu et deux autres départs en 2016 réactivent un « sentiment d'insécurité » pour l'équipe. Le temps de psychologue vacant depuis le départ de l'ancien chef de service, l'accueil des « nouveaux » professionnels cristallisent les questions sur ce collectif de travail, sur son organisation, et le sens des interventions.

L'équipe traverse une crise et pour autant fait preuve d'engagement, avec des moyens humains fragilisés, aux demandes grandissantes du public et du secteur. Ces mouvements, ces changements de place soulignent la question essentielle de l'accompagnement au changement et des modalités de travail favorisant la confiance, la légitimité de chaque professionnel. Mais aussi celles de la considération du travail de l'autre, et du sentiment d'appartenance à l'équipe.

b) La crise du sens, de l'identité

2015-2016 c'est aussi le changement de nom lié à la fusion entre l'association Tremplin et l'Ampta. Pour celle dont j'ai la responsabilité il n'y avait pas grand enthousiasme « Pourquoi changer de nom? On va perdre en lisibilité. ». Le turnover est-il le reflet d'une démotivation et l'une des conséquences de l'épuisement professionnel ? Quoiqu'il en soit, il affecte le moral, la performance et augmente le stress (charge de travail plus importante, formation des nouveaux membres). Cela fait baisser à la fois la qualité des interactions, et la qualité des prises en charges. La capacité de décision collective est mise à mal et les réunions voient parfois leur dynamique détournée par des dimensions incidentes (chambre d'enregistrement des faits, ou de débats sans fin, lieu d'expression des luttes de pouvoir et de

partage d'émotion, etc.). Ainsi j'ai proposé un plan annuel d'équipe¹⁵ afin d'évoquer des pistes permettant de maintenir «notre souci de qualité» tout en soulageant l'organisation source de plainte : réduire pour chacun les plages d'accueil (accueil téléphonique, gestion salle d'attente), modifier les horaires d'ouverture etc.. Le malaise s'est exprimé, mais aucune piste n'a fait consensus car l'organisation est reconnue comme ayant un sens et une valeur clinique. Et toute nouvelle règle institutionnelle est vécue comme une atteinte à la reconnaissance du travail clinique. L'équipe exprime le besoin impérieux de se reconstruire autour des fondamentaux théoriques, des valeurs et pratiques construites dans le passé ainsi que d'extérioriser la charge affective que véhiculent « les changements » face à la complexité grandissante des interventions.

Même s'ils ont le sentiment d'être happés par le rythme du quotidien, les transformations organisationnelles sont prématurées et la reconstruction de l'équipe passe aujourd'hui par de la «réassurance». Ces plaintes¹⁶ sont l'expression du besoin de mise à plat des fondamentaux et de l'éthique partagée, d'une reconnaissance permettant la prise de recul et l'adaptation raisonnée aux besoins et aux nouvelles modalités de collaboration (interne, et externe). Quand les questions de la place des uns et des autres dans l'équipe, font échos à des questionnements autour de «la place du soin» dans notre société, au sens de nos propositions et aux problématiques rencontrées de plus en plus difficiles. Comment être à bonne distance entre réassurance et risque de repli (pensée dogmatique) et accompagner l'équipe malgré les tensions internes et externes tout en intégrant l'innovation, l'adaptation aux changements ?

IV) Les préconisations

Afin de gérer ces périodes anxiogènes et une communication difficile, le chef de service doit faire face au stress et aux émotions exacerbées des collaborateurs. L'observation et l'analyse des attitudes et comportements, permettent de révéler les stratégies (pouvoir, alliances, opposition, négociation) et les interactions. Accompagner le changement en considérant l'arrivée de nouveaux professionnels comme une opportunité pour que les membres de l'équipe puissent acquérir de nouvelles capacités collectives et entamer un processus de création (CROZIER et FRIEDBERG)¹⁷.

¹⁵ Cette analyse exhaustive tient compte de la situation actuelle, des forces et faiblesses par rapport à son environnement, à sa concurrence et à ses ressources internes. Elle les extrapole en risques et en opportunités afin de pouvoir dessiner les meilleurs plans à court, moyen et long terme.

¹⁶ « La plainte des professionnels, l'usure, font bien plus que dénoncer les contraintes qui déstabilisent. Elles expriment et portent simultanément leur demande de reconnaissance » B RAVON

¹⁷ Annexe : : Fiche de lecture sur différents apports théoriques autour du changement et de la résistance au changement

a) La transdisciplinarité

L'espace des réunions est le lieu privilégié d'objectivation du travail et des spécificités de chaque intervenant mêlant la solidarité, l'interdépendance et les responsabilités des professionnels impliqués dans les accompagnements (exercice de la synthèse une fois par mois). Je guide la cohérence (histoire/valeur/innovation) de cet espace de construction du «travail ensemble» inscrit dans le principe de la fédération des compétences. Chaque professionnel est le garant des «bonnes pratiques» liées à son identité professionnelle mais nous avons besoin du regard des autres sur nos interventions et cela implique plusieurs exigences. En tant que manager j'anime les réunions, favorisant l'alternance des approches en fonction des enjeux et de l'histoire de la personne, éclairant les acquis de l'un par des acquis de l'autre. Permettre ainsi une confrontation comme source d'une meilleure compréhension des autres et d'une réelle articulation. Au-delà de la rationalisation (la délimitation des missions de chacun, des procédures, etc.) les propositions de prise en charge se construisent dans cette dynamique collective, dans la relation interhumaine. Cela nécessite de respecter, de partager le capital d'expériences, les valeurs, les potentialités stimulant ainsi la complémentarité et l'innovation (technique brinstorming par exemple). Amener une équipe à se construire un vocabulaire commun, sans pour autant produire une pensée unique source d'inertie. La veille documentaire est un outil important à saisir et les réunions thématiques (organisation, synthèse clinique, dipc, etc), hebdomadaires participent au développement de ce langage entre les disciplines. Les professionnels en 2014 ont contribué à la réactualisation du projet de service, et même si l'équipe a été modifiée depuis, ce document pourrait être un support de travail à la dynamique fédératrice.

Même si les évolutions de pratiques sont plus ou moins « motivantes », la communauté des objectifs assure l'engagement personnel dans cette dynamique évolutive. C'est pourquoi les deux derniers appels à projets déposés ont été pensés puis écrits en collaboration étroite avec l'équipe. Afin d'avancer sur des thématiques particulières (consultations avancées, atelier, nouveau public..) des groupes de travail sont mis en place en préalable d'une restitution à l'équipe entière (après ma validation).«La capacité à penser et agir en équipe, à mailler les savoirs faire des différents acteurs repose sur cette volonté d'articuler les différents champs thérapeutiques, d'assurer leur mise en lien et sa cohérence ». ¹⁸Et le manager peut s'appuyer sur certains outils et théories. Cependant, les missions du chef de service vont au-delà de l'accompagnement de l'équipe en interne.

¹⁸ A.MOREL et J-P COUTERON « Les conduites addictives » ed Dunod

b) Le partenariat

Si un grand nombre de personnes viennent d'elles-mêmes nous consulter, certaines sont orientées par un tiers. Depuis le passage à l'addictologie le partenariat s'élargit toujours un peu plus aux professionnels des champs sanitaires, sociaux, judiciaires et des personnes au contact du public. Il est nécessaire de les soutenir pour qu'ils puissent orienter, accompagner sur nos dispositifs, mais également afin que nous puissions faire appel à leurs compétences pour répondre aux situations des usagers. En effet, l'équipe est confrontée aux difficultés liées aux évolutions de la société : un environnement « addictogène » marqué par l'augmentation des facteurs de vulnérabilités (désocialisation, chômage), par la modification de la précarité (travailleurs pauvres, des familles sans-abri, personnes migrantes), le renforcement des stimulations (les nouvelles technologies) et la complexification des problématiques médicales.

Etablir des collaborations durables et créer une synergie d'action, participe à la qualité des interventions et à la reconnaissance de ce collectif spécialisé (l'équipe). Ainsi le Csapa développe deux types de partenariats. Celui dit institutionnel qui élabore des méthodologies d'intervention visant la transversalité des situations et qui se traduit sur la notion d'opérationnalité avec la signature de conventions (Chartes services plus, conventions Spip, Chrs, Assab, Atelier santé ville, etc.). Et celui du partenariat de terrain ou réseau caractérisé par la réciprocité des échanges entre les professionnels afin de permettre une plus grande cohérence des interventions auprès de mêmes usagers (le carnet d'adresse). Mais ce partenariat est complexe car l'articulation des acteurs autour des parcours de soin et de vie, est souvent venu interroger les pratiques de chacun, jusqu'à les mettre en tension. Ajuster les pratiques, identifier les complémentarités, affirmer les différences, les enrichir réciproquement afin de capitaliser les connaissances et savoir-faire sont essentiels, comme dépasser les clivages dus aux cadres, aux missions, aux « philosophies » de travail différents. Il s'agit de permettre aux professionnels une certaine souplesse d'organisation pour faciliter ces collaborations, (pour tout ou partie de l'équipe qui relaye au grand groupe). En tant que chef de service j'assume cette interface. L'équipe rencontre les partenaires actifs ou nouveaux, au minimum lors d'une réunion par mois et je porte une attention particulière à la mise en œuvre des consultations avancées (2 CHRS, SPIP) et leur éventuel développement.

Nous sommes aussi interpellés pour aider les professionnels. Ces pratiques qui s'apparentent à du soutien technique, à de l'expertise ou à de l'analyse de la pratique se font de plus en plus nombreuses et illustrent à quel point la dimension « ressource » du Csapa est

nécessaire et qu'elle doit être pensée et formalisée. Comment travailler cette fonction ressource / partenaire : Être ressource pourquoi ? Pour qui ? Comment ? Quelles sont les limites ? Replacer des temps de rencontre réguliers réactive ces questions au sein de l'équipe et permet d'appréhender les enjeux tout en valorisant les expériences existantes (et d'en lancer de nouvelles ?).

Conclusion

Si aujourd'hui l'addictologie est l'unique discipline de l'accompagnement de la dépendance, elle rassemble et fait intervenir des cultures professionnelles, institutionnelles, des pratiques, et des cadres législatifs très différents : Des textes¹⁹ légifèrent l'intervention auprès des consommateurs de produits stupéfiants (vente libre de seringues, traitements de substitution) alors que d'autres répriment l'usage et la détention.

Cette hétérogénéité d'acteurs est source de richesse dans la pluralité de l'offre et source de tensions. Les professionnels se sentent parfois en marge des valeurs morales de la société, de l'institution judiciaire et face à des remises en questions régulières de leur référentiel (débat de professionnalisation et divergences idéologiques avec les nouveaux acteurs). Le chef de service doit veiller à la mise en oeuvre d'une transdisciplinarité « active » en combinant donc plusieurs modalités (en interne et externe). L'accompagner, la dynamiser permet de soutenir le collectif de travail, et oeuvre à sa cohérence. Le principe même du partenariat interroge les places de chacun et fait émerger des éléments identitaires qui ne cessent de questionner les acteurs et les projets communs. Les différentes formes de partenariat œuvrent ainsi à l'amélioration des propositions de prise en charge et à la « professionnalisation » des membres de l'équipe. Soutenir équitablement toutes les identités professionnelles permet la mise en oeuvre de démarches d'accompagnement qui donneront aux usagers une place d'auteur. Car ça ne peut être un discours uniquement entre professionnels (penser autour de l'usager et à son service) il n'a de pertinence que s'il est fondée sur l'appropriation des outils de la loi 2002-2. Le projet de mettre en oeuvre (dès septembre) des groupes d'expressions participatifs permettra à l'équipe d'ajuster les accompagnements, de développer des actions adaptées et d'améliorer la qualité du service dans sa globalité.

¹⁹ le décret 13/05/1987 dit Barzach