

**CREER EN MILIEU RURAL UNE EQUIPE MOBILE
EN ADDICTOLOGIE AFIN DE FAVORISER
LA CONTINUITE DU PARCOURS**

Isabelle SEDANO

2018

R e m e r c i e m e n t s

Dans mon parcours professionnel, j'ai bénéficié à plusieurs reprises de formations diplômantes me permettant d'acquérir des connaissances et de monter en compétences dans le domaine de l'addictologie.

A ma famille qui m'a permis de réaliser ces projets : leurs encouragements et leur présence à mes côtés m'ont permis de rester motivée pour aller toujours plus loin.

A Alain MOREL, directeur général d'Oppelia, qui m'a fait confiance en me nommant à la direction du CSAPA Horizon 02 et qui a soutenu mon projet d'obtenir le CAFDES.

A mes collègues directeurs et mes collaborateurs du CSAPA : l'équipe d'encadrement a efficacement tenu le cap lors de mes fréquentes absences.

A l'équipe pédagogique de l'IRTS Hauts de France pour la qualité de ses enseignements.

*« Choisissez un travail que vous aimez
et vous n'aurez pas à travailler un seul jour de votre vie »*

Confucius

S o m m a i r e

Introduction	2
1 Les addictions en France	5
1.1 Des produits aux comportements : des publics en difficultés spécifiques	5
1.1.1 Entre poison et remède : petite histoire des drogues.....	5
1.1.2 De l'approche par produit à l'addictologie	7
1.2 Politiques publiques et addictologie : construction d'un dispositif commun	13
1.2.1 Lois et alcool	13
1.2.2 Lois et toxicomanie.....	16
1.2.3 Vers un dispositif d'accompagnement global toutes addictions	17
1.2.4 Actualités des politiques publiques en addictologie : des axes prometteurs ...	18
1.3 Conséquences des addictions en France	19
1.3.1 Au niveau national.....	19
1.3.2 Le département de l'Aisne et ses particularités	20
1.4 Du parcours de soins au parcours de vie : vers un parcours en addictologie	23
1.4.1 Parcours : définitions et perspectives	23
1.4.2 Du parcours de soins.....	24
1.4.3 ...au parcours de vie	24
1.4.4 Parcours en santé mentale : l'expérience des équipes mobiles.....	25
1.4.5 Application à l'addictologie	26
2 Oppelia : une dynamique associative nationale	28
2.1 Une association jeune et innovante	28
2.1.1 Naissance et développement d'Oppelia	28
2.1.2 Territoire et activités d'Oppelia	30
2.1.3 CSAPA Horizon 02 : une fusion récente, un développement en perspective ..	32
2.2 Un diagnostic partagé : des axes à mettre au travail.....	42
2.2.1 Résultats des évaluations.....	42
2.2.2 Identification des axes prioritaires dans le projet d'établissement 2016-2020 .	43
2.2.3 Des constats convergents : améliorer l'accessibilité et la continuité de parcours.....	43

2.2.4	Partage d'expériences avec d'autres structures d'Oppelia	44
2.3	Analyse stratégique du CSAPA Horizon 02 : comment améliorer les parcours des usagers ?.....	45
3	Conduire la diversification de l'activité : créer, en milieu rural, une équipe mobile spécialisée en addictologie afin de favoriser la continuité des parcours.....	50
3.1	Finalité de l'action et objectifs	52
3.2	Mise en place du dispositif Equipe Mobile en Addictologie (EMA) : un travail préalable nécessaire, l'action de terrain comme aboutissement..	53
3.2.1	Accompagner le changement	57
3.2.2	Créer et animer un réseau partenarial en addictologie.....	58
3.2.3	Sécuriser financièrement le projet.....	61
3.2.4	Constituer l'équipe mobile.....	62
3.3	Plan d'actions	66
3.4	Plan de communication.....	68
3.5	Rétroplanning du projet	68
3.6	Evaluation de l'action et indicateurs	69
	Conclusion	71
	Bibliographie.....	73
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AA	Alcooliques Anonymes
AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACT	Appartements de Coordination Thérapeutique
APTE	Aide et Prévention des Toxicodépendances par l'Entraide
ARS	Agence Régionale de Santé
ASSEDIC	Association pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce
AT	Appartement Thérapeutique
BHD	Buprénorphine Haut Dosage (Subutex®)
BIT	Bureau International du Travail
BP	Budget Prévisionnel
CAARUD	Centre d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues
CA	Conseil d'Administration
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CEA	Conduite en Etat Alcoolique
CH	Centre Hospitalier
CHA	Centre d'Hygiène Alimentaire
CHAA	Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CJC	Consultation Jeunes Consommateurs
CODIR	Collège de Direction
COLLENCA	Collège d'Encadrement
COPIL	Comité de Pilotage
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSP	Code de Santé Publique
CSST	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
CTR	Centre Thérapeutique Résidentiel
DGF	Dotation Globale de Financement
DGS	Direction Générale de la Santé
DIAMS	Document Individuel d'Accompagnement Médico-Social
DIPC	Document Individuel de Prise en Charge

ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EMA	Equipe Mobile en Addictologie
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
ESCAPAD	Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense
ESPAD	(Etude) European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
ESAT	Etablissement Spécialisé d'Aide par le Travail
ETP	Equivalent Temps Plein
FA	Fédération Addiction
FAS	Fédération des Acteurs de la Solidarité
FNARS	Fédération Nationale des Associations de la Réinsertion Sociale
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAS	Haute Autorité de Santé
HBSC	(Enquête) Health Behaviour in School-aged Children
HdF	(région) Haut-De-France
HPST	(Loi) Hôpital, Patients, Santé et Territoire
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
ILS	Infraction à la Légalisation sur les Stupéfiants
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IPM	Ivresse Publique et Manifeste
IRP	Instances Représentatives du Personnel
OFDT	Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR2S	Observatoire Régional de la Santé et du Social
PA	Projet Associatif
PAEJ	Point Accueil Ecoute Jeunes
PE	Projet d'Etablissement
PEP	Point Ecoute Parents
PMR	Personne à Mobilité Réduite
PRS	Programme Régional de Santé
RDRD	Réduction des Risques et des Dommages
RH	Ressources Humaines
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAF	Syndrome d'Alcoolisation Fœtale

SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDF	Sans Domicile Fixe
SIAO	Service d'Insertion, d'Accueil et d'Orientation
SMS	Short Message Service
SNCF	Société Nationale des Chemins de Fer Français
SNS	Schéma National de Santé
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SRS	Stratégie Régionale de Santé
SSRA	Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie
TGI	Tribunal de Grande Instance
THC	Tétra-Hydro-Cannabinol
TSN	Traitement de Substitution à la Nicotine
TS	Travailleur Social
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
UTAS	Unités Territoriales d'Action Sociale
VHC	Virus Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Préambule

Michel, ouvrier agricole de 56 ans, vit seul dans le petit village de Fieulaine, dans le département de l'Aisne.

Il vient d'être admis au Centre Hospitalier de Guise par le Docteur Dubois, son médecin de famille, pour un sevrage alcool d'une semaine.

Michel a eu besoin de temps avant de lui parler de son problème, en partie parce qu'ils se connaissent depuis très longtemps et parce que le sujet n'est pas facile à aborder, pour l'un comme pour l'autre : Michel est connu pour être un bon vivant.

Le dernier jour d'hospitalisation arrivé, Michel sort de l'hôpital avec son ordonnance et sa valise à la main.

Et maintenant ?

Introduction

Qu'il s'agisse des salles de consommation à moindre risque¹, des débats politiques sur le cannabis et la loi de 70², de la tradition culinaire française autour de l'alcool, et désormais de l'usage des jeux vidéo³, la question des addictions⁴ s'invite régulièrement dans les médias. Le sujet divise, les drogues étant à la fois pourvoyeuses d'emplois⁵ et responsables d'un coût social majeur en termes de santé publique⁶.

En France, la consommation de substances psychoactives est responsable de nombreux décès⁷. La région des Hauts-de-France (HdF) fait partie des plus touchées, en termes de pathologies chroniques, psychiatriques, de délinquance et de délits, liés aux addictions.

Parmi les dispositifs spécialisés en addictologie, les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) accompagnent environ 260 000 personnes par an en France⁸. Le CSAPA est un centre ressource qui propose un accueil et un suivi médico-psycho-socio-éducatif aux personnes en questionnement par rapport aux addictions, ainsi qu'à leur entourage dans un objectif de prévention, de réduction des risques et des dommages (RDRD) et de soins.

Après 25 ans d'expérience dans le secteur, j'ai été nommée directrice du CSAPA Horizon 02 en 2015, suite à la fusion de l'établissement avec l'association nationale Oppelia : la Direction Générale m'a chargée de travailler avec l'équipe et les usagers⁹ à la rédaction du nouveau projet d'établissement et au pilotage de ce dernier.

En parallèle, les démarches d'évaluation de l'établissement (interne en 2015 et externe en 2017) ont permis la mobilisation de chacun ainsi que le partage de constats et d'évolutions à mettre en œuvre.

Parmi les préoccupations de l'équipe a été relevé le nombre de « perdus de vue » : chaque année, près de 20% de la file active du CSAPA interrompt son parcours au sein de

¹ A Paris et Strasbourg, dispositif créé par l'arrêté du 22 mars 2016 : expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque »

² Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses

³ L'addiction aux jeux vidéo vient d'être reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis juin 2018

⁴ Addiction avec produit (alcool, tabac, cannabis, médicaments, autres drogues illicites) ou sans produit (jeux, troubles de comportement alimentaire, travail, sport, sexe...)

⁵ Près de 500 000 salariés dans le secteur viticole et commercial selon le rapport de l'Inserm en 2003, *Alcool : Dommages sociaux, abus et dépendance. Rapport.*

⁶ A hauteur de 250 millions d'euros par an en ce qui concerne les dommages sanitaires associés à la consommation d'alcool, de tabac et de substances illicites, selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2015, *Le coût social des drogues en France.*

⁷ Chaque année, alcool : 49 000 décès, tabac : 79 000, produits illicites : environ 500

⁸ INSEE, 2015

⁹ Le terme usager est employé dans ce mémoire pour identifier les personnes accompagnées dans les services, au sens de la loi 2002-2, en non pas en tant qu'usager de drogues : dans ce cas le terme « usager de drogues » sera précisé.

l'établissement. L'équipe se questionne sur ces ruptures de parcours et déplore une aggravation des problèmes sanitaires, sociaux et judiciaires quand l'utilisateur reprend contact parfois des années plus tard. Ce constat est d'autant plus fréquent pour les usagers résidant en milieu rural et/ou isolés socialement, éloignés des dispositifs de soins. Il est partagé par les membres de la Conférence de Territoire de l'Aisne, quelle que soit la pathologie.

Cette problématique de la rupture de parcours en addictologie a été évoquée dans le cadre de rencontres avec des partenaires du CSAPA, qu'ils soient du secteur sanitaire, social ou médico-social, qui ont également constaté ce type de décrochage.

Ma problématique se pose donc ainsi : comment éviter les ruptures de parcours de soins en addictologie dans le département de l'Aisne ?

J'émet plusieurs hypothèses :

La configuration géographique du département, très rural, est un frein à l'accès aux soins. Les dispositifs d'offre de soins et d'accompagnement en addictologie du département ne sont pas adaptés aux besoins des publics.

L'articulation des acteurs de l'addictologie (sanitaire, sociale et médico-sociale) est insatisfaisante, insuffisante ou non efficiente.

Pour comprendre la question et proposer une réponse, j'exposerai en première partie une synthèse des données concernant les addictions en France et l'évolution du secteur. En deuxième partie, je présenterai l'association Oppelia, l'établissement que je dirige et les enjeux de son évolution, ses capacités et ses limites. Enfin, en troisième partie, je détaillerai la nouvelle activité que je vais prochainement développer en réponse à la problématique de rupture de parcours : la création d'une équipe mobile en addictologie dans l'Aisne.

Le projet que je présente constitue un changement important dans l'histoire et l'activité du CSAPA : par une ouverture sur l'extérieur des lieux de soins, par la coopération des différents intervenants autour d'un objectif de suivi commun et par le développement de l'« aller vers », au plus près du lieu de vie des usagers.

1 Les addictions en France

1.1 Des produits aux comportements : des publics en difficultés spécifiques

Le terme addiction date d'environ 30 ans en France, bien qu'employé depuis plus longtemps dans les pays anglo-saxons où il signifie dépendance. D'origine latine, ad-dicere signifiait « dire à » : il était utilisé dans la civilisation romaine pour nommer les esclaves qui n'avaient pas de nom propre et étaient dits à celui qui les employait. Le terme d'addiction exprime une absence d'indépendance et de liberté, donc bien un esclavage. De plus, l'étymologie addictus qui, en bas latin, signifie « adonné à », vient également dire qu'en droit romain était addictus celui, placé en situation de débiteur, incapable de payer ses dettes, se trouvait « adonné » à son créancier qui avait alors le droit de disposer entièrement de lui comme d'un esclave : c'est la contrainte par corps.

Selon le psychiatre anglais A. Goodman, en 1990, l'addiction est un « processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives¹⁰. »

L'addictologie regroupe à la fois les addictions avec substance (alcool, tabac, cannabis, opiacés, médicaments...) et sans substance (travail, sport, sexe, écrans...).

1.1.1 Entre poison et remède : petite histoire des drogues¹¹

Les drogues font partie de la vie des Hommes depuis la nuit des temps. L'Homme a initialement utilisé les drogues qu'il trouvait dans la nature ou qu'il cultivait, pour ensuite se mettre à créer par processus chimiques de nombreuses drogues de synthèse destinées en particulier à l'usage médical.

Les drogues naturelles ou artificielles ont été, à travers le temps, utilisées pour 3 fonctions spécifiques et complémentaires :

- rituelles dans un cadre religieux et de socialisation
- médicinales et thérapeutiques, pour apaiser ou stimuler
- festives et hédoniques, pour le plaisir et la convivialité

A) A l'origine, les drogues naturelles

En premier lieu, l'alcool, connu depuis des milliers d'années, est obtenu naturellement par fermentation de végétaux contenant des sucres : c'est le cas du vin, spécialement présent

¹⁰ MOREL A., 2010, *L'Aide-mémoire d'Addictologie en 46 notions*, DUNOD, p 68

¹¹ Le terme drogue ou substance psychoactive sera utilisé de manière indifférenciée dans le texte, englobant à la fois les drogues licites (alcool, tabac) et illicites (cannabis, opiacés, cocaïne, etc. Tous ces produits sont « des substances chimiques qui modifient le fonctionnement du cerveau » (MOREL A.)

dans notre culture judéo-chrétienne, issu du raisin, produit dans des monastères ou autres congrégations religieuses depuis très longtemps. La distillation, permettant la concentration de l'alcool, se diffuse pour se répandre dans la population depuis le XIXème siècle. La consommation d'alcool, à des fins religieuses, évolue progressivement dans l'ensemble de la population vers un cadre alimentaire et festif. D'un côté, il évoque le plaisir, le partage, la convivialité, le sacré, la recherche de force, de virilité. De l'autre, il accompagne des transgressions telles que la violence, le mensonge, le viol, l'inceste, le meurtre, la désocialisation, voire la déchéance. Cité de nombreuses fois dans la Bible et le Coran, sa consommation conjugue plaisir et souffrance au même titre que déchéance et délectation. Sa réglementation se base sur certaines normes sociales, religieuses voire médicales : la modération est recommandée afin de préserver l'ordre social.

Le cannabis, connu depuis plus de 5000 ans, est utilisé initialement à des fins religieuses, culturelles et médicinales.

Le tabac, originaire d'Amérique centrale, est largement utilisé déjà près de 1000 ans avant notre ère pour ses propriétés médicinales, en particulier contre la migraine. L'opium, produit et consommé il y a 3000 à 4000 ans en Asie du Sud-Est et en Europe, est préconisé contre les douleurs, les diarrhées et pour calmer les enfants.

La coca, traditionnellement consommée par les peuples des Andes depuis plusieurs milliers d'années, fait figure de plante médicinale et de plante divine : elle est connue pour ses vertus stimulantes et coupe-faim.

Ces produits, et d'autres non nommés ici, peuvent avoir la même fonction de déconnection du réel, en particulier lors de l'ivresse, « état particulier pendant lequel la conscience de soi et celle du monde sont plus ou moins modifiées¹²».

B) Progrès de la science et découverte des drogues artificielles

A partir du XIXème siècle, les principes actifs de certaines plantes sont isolés et complètent la liste des substances psychoactives progressivement diffusées à grande échelle, sous l'effet de la mondialisation.

De l'opium est extraite en 1804 la morphine, utilisée en médecine avec succès grâce à ses propriétés antalgiques et hédoniques. Son usage s'étend progressivement à une population socialement défavorisée. En 1894, l'héroïne, plus puissante que la morphine, est également extraite de l'opium. La nicotine (extraite du tabac au début du XIXème siècle) est utilisée comme stimulant, la cocaïne (extraite de la coca en 1860) en tant qu'anesthésique local, tonique ou pour désintoxiquer de l'alcool et des dérivés de l'opium. L'alcool à partir du XIXème siècle est produit de manière industrielle : il est diffusé de plus en plus dans les

¹² KIRITZE-TOPOR P., 1998, *Comment aider les alcooliques et ceux qui les entourent*, MMI Editions, 273 p

milieux où les conditions de vie et de travail sont difficiles. Le vin et la bière, selon les régions, sont consommés massivement. La distillation, permettant la concentration d'alcool, se développe : les produits fabriqués deviennent prisés en particulier pour l'ivresse qui est recherchée.

1.1.2 De l'approche par produit à l'addictologie

A) Vers une reconnaissance en tant que maladie

Un premier modèle de la maladie liée à la consommation problématique de substances psychoactives vient expliquer l'addiction par l'intoxication au produit.

Benjamin Rush, médecin américain du XVIIIème siècle, a le premier décrit « les effets des esprits ardents c'est-à-dire l'alcool sur le corps et l'âme humaine ». Il parle de « maladie odieuse », maladie de la volonté. En 1849, Magnus Huss, médecin suédois, considère l'alcoolisme chronique comme source de dégénérescence du peuple : il introduit le terme d'alcoolisme par « l'ensemble d'affections hépatiques, cardiaques et neurologiques » dues à l'alcool. Pierre Fouquet, médecin français, définit en 1950 l'alcoolisme comme une « perte de la liberté de s'abstenir de l'alcool ». Jellinek, médecin américain des années 60, parle de « tout usage de boissons alcooliques qui cause quelque dommage à l'individu, à la société ou aux deux ».

Concernant les autres produits, dès la fin du XIXème siècle, la démarche est la même : Lewinstein, médecin allemand, identifie en 1875 le morphinisme (intoxication due à la consommation prolongée de morphine) et la morphinomanie (passion à s'administrer ce toxique). Le terme « toxicomanie » sera ensuite utilisé pour qualifier l'ensemble des « passions des toxiques ».

Un autre modèle de la maladie s'appuie sur la vulnérabilité de certaines personnes. Cette incapacité à gérer la relation au produit peut être liée à la dégénérescence ou à des causes psychopathologiques ou biologiques. L'accompagnement proposé repose sur l'éloignement entre l'individu et son produit : l'abstinence est requise en vue du rétablissement. Ce point de vue reste une question d'actualité à l'heure où le débat concernant l'interdiction, la légalisation ou la dépénalisation du cannabis traverse tous les niveaux de la société, le THC¹³ pouvant être à la fois thérapeutique (apaisant, antalgique, stimulant de l'appétit) et pathogène (ralentissement moteur et cérébral, risque de dépendance, déclencheur de la schizophrénie chez les sujets prédisposés).

¹³ THC : tétra-hydro-cannabinol, principe actif du cannabis

B) Illustration : évolution des représentations collectives sur l'alcool et les alcooliques

Une première période s'étend de la nuit des temps au début du XIXe siècle. La consommation d'alcool a longtemps été réservée à peu de monde : religieux ou dirigeants. Au XVIIIème siècle, il n'existe que peu d'ivrognes et personne ne s'en occupe véritablement : leur comportement suscite le rejet et l'isolement. La démocratisation de la distillation permet la diffusion de l'alcool à des fins thérapeutiques : un médecin de l'époque, Arnaud de Villeneuve, vante à son « eau de vie », les capacités de soigner, de « guérir du venin, prolonger les jours, ranimer le cœur et entretenir la jeunesse¹⁴ ». Le vin et ses produits de distillation auront pour fonction pendant des siècles de produit sacré (vin de messe), produit thérapeutique (eau de vie vendue par les apothicaires) et produit d'ivresse (ivrognerie considérée comme un péché).

Une deuxième période démarre fin XVIIIe jusqu'au milieu du XXe siècle : son orientation est plutôt médicale et scientifique. La notion d'« alcoolisme » apparaît avec l'avènement de la société industrielle et l'alcoolisation de masse. Les manières de boire changent : de l'ivresse occasionnelle réservée aux plus aisés, on passe à une consommation populaire et chronique. Avec l'industrialisation, l'exode des travailleurs et de leurs familles vers les villes, le développement des voies et moyens de communication, les conditions de vie difficiles du monde ouvrier, la consommation d'alcool devient une problématique de société : la notion de maladie fait suite au « vice », toujours dans un regard sociétal moralisateur. L'alcoolique devient victime de son produit, l'alcool est un poison.

La tentative de prohibition aux Etats-Unis (de 1920 à 1933) a connu un échec : ce n'est pas parce qu'un produit est interdit par la loi que sa consommation diminue. Le marché noir s'est développé, diffusant mauvais alcool et développant des maladies somatiques et psychiatriques pour les consommateurs de ces produits contrefaits.

Parallèlement, des associations d'entraide sont nées, impulsées par des religieux ou des médecins, certains eux-mêmes alcooliques : dès 1784 des Sociétés de tempérance, puis en 1895 les Alcooliques Anonymes (AA) aux Etats-Unis, en Suisse la Croix Bleue en 1877, en France La Croix d'Or - Alcool Assistance en 1910, Vie Libre en 1953, puis en 1960 en France les AA et en 1978, la Fédération Nationale des amis de la Santé. L'objectif de ces associations de malades repose sur l'entraide, les témoignages d'histoires de vie et propose l'abstinence comme modèle de rétablissement.

L'alcoolisme, considéré comme un vice, succède à l'appellation d'ivrognerie avec une approche assez peu médicale mais toujours très morale : des éléments de langage actuels

¹⁴ Cité par HILLEMANN B. in Alcool Alcoolisme : repères historiques et nosologiques. Revue Alcoologie, suppl. au n°4 ; tome 17, décembre 1995

le montrent encore (manque de volonté, cachettes pour les bouteilles, avouer sa consommation, qui a bu boira...).

Une troisième période s'étend du milieu du XXe siècle à nos jours, avec l'approche de Pierre Fouquet¹⁵, identifiant l'alcoolologie comme une « science au carrefour de la médecine, de la psychologie, de la psychiatrie et de la sociologie ». Le buveur est un malade à qui on peut délivrer un traitement visant le sevrage et l'abstinence. Ce n'est qu'à partir de 1973, que le concept d'« accompagnement global » apparaîtra.

Depuis les années 2000, l'approche expérientielle¹⁶ est venue compléter la compréhension et l'accompagnement des addictions en considérant que c'est à partir de sa propre expérience et de celles qu'elle partage avec son entourage, que chaque personne peut jouir de sa vie et en atténuer les souffrances. L'interaction entre la personne, son histoire et son milieu est fondamentale pour son développement et pour comprendre des phénomènes comme l'usage et le mésusage des drogues. L'approche expérientielle a pour objectif, que ce soit pour éduquer, prévenir ou soigner, de fournir à la personne des outils pouvant l'aider à comprendre son propre vécu dans son environnement, à prendre conscience de son pouvoir d'agir sur soi et les autres et à être ainsi auteur de son propre bien-être. Les stratégies d'action de l'approche expérientielle visent ainsi à créer les conditions pratiques pour intéresser les personnes à réfléchir sur leurs modes de vie, sur ce qu'ils consomment, et ce qui les pousse ou les freine à consommer, sur les conséquences négatives et positives de cette consommation, et sur leur pouvoir d'agir pour trouver des plaisirs et du bien-être individuel et collectif, en tenant compte des limites physiologiques et psychosociales qui caractérisent chacun.

C) Traitement des addictions et objectifs d'accompagnement : de l'abstinence à la réduction des risques

Le traitement des malades alcooliques a connu 4 époques.

- La période médico-psychiatrique :

A partir de la moitié du XIXème siècle, dans des pays Anglo-saxons (Etats-Unis et Angleterre), des structures d'internement prolongé (6 à 12 mois), asiles pour alcooliques, vont s'ouvrir avec pour objectif de restaurer la santé physique et psychique par une alimentation correcte, une activité physique ainsi qu'un accompagnement moraliste et religieux. On cherche à dégouter l'alcoolique de son produit, le débarrasser de ses

¹⁵ FOUQUET P., DEBORDES M., 1986, *Le roman de l'alcool*, SEGHERS, 334 p

¹⁶ THERRIEN A., 2009, *Réfléchir sa trajectoire de vie – repenser la prévention des conduites addictives*, La chronique sociale, 190 p. André Therrien est un psychosociologue québécois.

habitudes et à éviter le delirium tremens¹⁷. A la fin du XIXe siècle, en France, en 1894, est créé le seul asile pour « aliénés mentaux alcooliques » à la Ville-Evrard, avec une approche psychiatrique.

La thérapeutique proposée repose sur les cures de dégoût : les aliments sont aromatisés¹⁸. Le sevrage s'effectue avec perfusion d'alcool à doses dégressives suivi de thérapeutiques vomitives¹⁹. Le malade retourne ensuite chez lui sans autre forme d'accompagnement. La cible reste l'alcool dont il faut arrêter la consommation pour protéger la santé. A cette période la prise en charge se fait en institution.

- La période médicamenteuse

En 1948 est utilisé le premier traitement spécifique pour accéder à l'interdit définitif de boire et maintenir l'abstinence : le Disulfirame (Espéral®), un antabuse pris par voie orale ou sous forme d'implants. A travers ces cures de dissuasion, l'approche moralisatrice reste présente par le dégoût du buveur de son mauvais produit au cours d'une hospitalisation : sevrage progressif, prise de l'antabuse puis consommation forcée de l'alcool dont le patient a l'habitude : la recherche de cette réaction violente de dégoût (avec des vomissements) a vocation à dissocier le buveur de son poison.

En 1965, les docteurs Lainé et Champeau rapportent du Canada la technique de la piqûre chauffante (injection de sulfate de magnésium). Ce procédé aujourd'hui abandonné, visait également à bloquer les symptômes du manque physique.

En 1987, l'Acamprosate (AOTAL®), puis en 1996 la Naltrexone (REVIA®), sont prescrits afin de maintenir l'abstinence chez l'alcoololo-dépendant. Plus récemment le Nalméfène (Baclofène®) et, pour le tabac, les traitements de substitution à la nicotine (patchs, gommes...) puis la vapoteuse²⁰, sont venus compléter la palette des thérapeutiques permettant au consommateur de réduire sa consommation, et non plus seulement à visée d'abstinence. Ils s'inscrivent dans cette approche nouvelle, pas centrée uniquement sur le produit, mais permettant à l'usager de pratiquer la RDRD et de tester sa capacité à reprendre « sa liberté ». A cette période la prise en charge se fait en institution puis en ambulatoire.

- La période psycho-médico-socio-éducative : accompagnement global

Au milieu du XXe siècle, le Docteur Haas et des associations d'anciens buveurs, développent l'idée d'un traitement psychothérapeutique individuel et d'une approche

¹⁷ Delirium tremens : manifestation extrême du manque d'alcool chez un alcoololo-dépendant chronique, consécutif à un sevrage brutal, peut être mortel si non accompagné médicalement.

¹⁸ À l'huile empyreumatique et avec des liquides rendus nauséabonds par de l'eau chaude, de l'eau de vie ou de l'Ipéca

¹⁹ Avec de la teinture de noix vomique, de l'émétine

²⁰ Vapoteuse, terme utilisé préférentiellement à la « cigarette électronique » en substitution du terme de « cigarette », puisque rien n'est fumé mais plutôt vapoté.

«à vie», mais qu'elle peut comprendre des étapes, des temps de réflexion, et d'adaptation au mode de vie. Les différents types d'usage ont par ailleurs été définis :

« L'usage simple est une consommation ponctuelle ou régulière qui n'induit pas de dommage aux niveaux somatique, psychoaffectif et/ou social. L'utilisateur n'est pas dépendant, il module sa consommation en fonction du contexte dans lequel il se trouve et surtout il peut arrêter de consommer s'il le désire. L'usage simple ne protège cependant pas des risques situationnels et des conséquences judiciaires : accidents de la route, du travail, contrôles routiers, impact des consommations durant la grossesse²². »

Le mésusage comporte :

- l'usage à risques, pouvant potentiellement provoquer des complications (somatiques, psychoaffectives et/ou sociales).
- l'abus ou usage nocif, induisant des dommages repérables aux niveaux somatiques, psychoaffectifs et/ou sociaux. La consommation reste modulable en fonction du contexte et l'arrêt est possible. Des problèmes ou des conséquences négatives peuvent apparaître (survenue ou aggravation de problèmes personnels, psychologiques, somatiques ou sociaux, liés à l'effet des produits ou à la répétition de leur prise : au travail, pendant les études, dans la famille, au niveau judiciaire).
- La dépendance, besoin irrésistible de consommer ou craving, qui s'installe plus ou moins progressivement à l'insu du consommateur. La personne ne peut plus moduler ses consommations, des symptômes de manque physique et psychique plus ou moins marqués apparaissent. Arrêter la consommation de produits ou la réduire s'avère plus ou moins complexe suivant le stade où en est la personne.

Les objectifs principaux de la prise en charge du mésusage de l'alcool sont d'éviter l'évolution vers des complications et de réduire les dommages consécutifs à ce comportement, diminuant ainsi la mortalité due à ces troubles, leur importante morbidité, qu'elle soit somatique, psychologique ou sociale, et d'améliorer la qualité de vie des usagers. Cette approche du soin est désormais valable quel que soit le type d'addiction, pas seulement l'alcool et le tabac.

En avril 2016, le rapport sur la RDRD²³ liée aux conduites addictives parle de « réduire les conséquences néfastes [de l'alcool et du tabac] tant au niveau de la santé qu'au niveau socioéconomique sans faire de l'arrêt de la consommation un préalable » : ce qui signifie que toute proposition de réduction de la consommation, que le sujet soit ou pas dépendant,

²² *Mésusage de l'alcool* : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique publiée par la SFA en 2015

²³ La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition. Audition publique, 7 et 8 avril 2016. Paris

peut être envisagée dans un premier temps. Plus la mise en relation entre la personne addictive et le professionnel est précoce, plus la relation de confiance peut se construire permettant de cheminer ensemble vers un mieux-être de l'usager, l'abstinence n'étant plus l'unique voie de rétablissement.

En bref, les concepts d'addiction et de RDRD posent la question de la responsabilité de l'usager dans son adhésion au traitement et à l'accompagnement proposé. La prise d'un médicament, aussi efficace puisse-t-il être, le résume au statut de malade, ce qu'il n'est pas uniquement. L'usager est en tous points acteur de son soin : cette attitude lui permet d'être en position de décision et de choix pour la continuité de son parcours, même si l'objectif visé n'est pas celui que le professionnel aurait décidé pour lui.

C'est en cela que l'addictologie est un humanisme quand elle permet à tout consommateur d'alcool, de tabac, ou de tout autre produit ou comportement, d'exercer un choix, le sien. L'approche bio-psycho-sociale nous permet d'effectuer « le constat pour chaque discipline qu'elle ne peut percevoir à elle seule une question humaine telle que l'addiction²⁴ ».

1.2 Politiques publiques et addictologie : construction d'un dispositif commun

Le concept d'addictologie tel qu'il est connu aujourd'hui fait suite à plusieurs époques préalables, conjugué à une évolution des représentations sociales, de la connaissance des produits et des comportements addictifs à travers l'histoire. L'expression même de « prise en charge des addictions », avec ses connotations de poids, lourdeur, fardeau, a elle-même été à l'origine de débats au sein des équipes de professionnels et avec les usagers : le terme « accompagnement » lui est privilégié dans la mesure où c'est l'usager qui effectue son travail de rétablissement (ce n'est pas le professionnel qui le « soigne »).

1.2.1 Lois et alcool

Les premiers textes relatifs à la répression et aux sanctions émises envers le buveur excessif à l'origine de troubles sociaux remontent au milieu du XIX^{ème} siècle. A partir de la loi du 30 juin 1838, le malade alcoolique est assimilé à un malade mental (asocial et dangereux), il est irresponsable en vertu de l'article 64 du Code Pénal de 1810 et peut être placé par un tiers ou placé d'office par l'autorité publique dans un service d'aliénés.

La loi de janvier 1873 (répression de l'ivresse publique) condamne les individus trouvés en état d'ivresse dans les lieux publics et les débitants de boissons ayant servi à boire à des gens manifestement ivres ou à des mineurs de moins de 16 ans. Les alcooliques troublant l'ordre public sont envoyés en prison ou à l'asile. La politique antialcoolique est fondée sur une logique restrictive et punitive.

²⁴ MOREL A., 2003, *Soigner les toxicomanes*, Paris, Dunod, 320 p.

Au XIXème siècle, on assiste à la révolution industrielle : la consommation d'alcool devient pour beaucoup quotidienne. En raison des désordres sociétaux qu'elle engendre, l'absinthe est définitivement interdite (loi du 16 mars 1915).

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la première consultation antialcoolique est créée en 1951 à la SNCF région Nord, par le Dr Le Gô, médecin du travail. Sur 2000 agents examinés, 15 % présentaient des signes d'alcoolisation avancée.

La loi du 15 Avril 1954 (Landry-Cordonnier) aborde le dépistage et le traitement des alcooliques dangereux pour autrui (Article 1 repris par l'article L 355 du Code de Santé Publique - CSP) : « tout alcoolique dangereux pour autrui est placé sous la surveillance de l'autorité sanitaire ». A cette époque, l'Etat commence à financer quelques structures de prévention.

En 1959, le Dr Le Gô décide d'effectuer des dépistages précoces en créant le premier Centre d'Hygiène Alimentaire (CHA) - SNCF, à l'époque où la pudeur faisait considérer l'alcoolisme comme un trouble alimentaire. Il instaure une nouvelle approche, le dépistage précoce avant la dépendance, et reçoit le soutien de l'académie de médecine et du comité national de défense contre l'alcoolisme. Les méthodes de lutte contre l'alcoolisme sont réorientées vers des structures souples et légères avec la création des consultations d'hygiène alimentaire en 1970. Il persuade les experts de la nécessité de mettre en place des CHA en ville : en 1970, le ministère de la Santé rédige la première circulaire encourageant la création de centres en milieu ouvert. Les missions du CHA sont alors le dépistage précoce et les soins au buveur excessif par de nouvelles techniques de soins avec un travail d'équipe novateur au service du patient.

En 1972, Lucienne NASO, infirmière retraitée du CHA SNCF dirigé par le docteur Le Gô, crée le premier CHA de France en ville, à Soissons, puis 4 autres structures axonaises²⁵ verront le jour : c'est ce dispositif qui est à l'origine de l'établissement que je dirige aujourd'hui.

En 1975, la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales marque un tournant en fondant le secteur médico-social, dans l'objectif d'unifier les établissements recevant des publics fragilisés. La circulaire DGS/2266/MS1 du 31 juillet 1975, permet la reconnaissance des CHA en tant que structure d'accueil et de soins, chargée du dépistage, du diagnostic et du traitement des buveurs excessifs et des malades au premier stade d'alcoolisation. Une évaluation du centre de Soissons le reconnaît « Centre Pilote » : ce CHA formera en France métropolitaine et en Outre-mer les premières équipes d'Hygiène Alimentaire françaises.

²⁵ Axonais : de l'Aisne

En 1978, la circulaire du 14 juin précise que les CHA ont pour but de dépister les buveurs excessifs et de les suivre afin qu'ils ne deviennent pas alcoolomanes²⁶. De 1978 à 1981, de nombreux CHA sont créés en France.

La circulaire DGS n°137-2D du 15 mars 1983 transforme les CHA en institution de prévention et de soins qui deviennent Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoolologie (CHAA). Ils ont également pour missions la formation, l'information et la recherche.

En 1998, le rapport ROQUES²⁷ reconnaît l'alcool en tant que drogue dure²⁸, l'approche de l'alcool doit être centrée sur l'homme et non plus sur le produit.

Avec l'entrée en vigueur de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998, loi de lutte contre les exclusions, les CHAA ont été intégrés dans l'article 3 de la loi 75-535 du 30 juin 1975 : ils sont reconnus instituts sociaux et médico-sociaux. Le décret n° 98-1229 du 29 décembre 1998 relatif aux centres mentionnés à l'article L. 355-1-1 du CSP est venu les renommer Centres de Cure Ambulatoire en Alcoolologie (CCAA), préciser leurs missions et conditions de fonctionnement. En 1999, la loi de financement de la sécurité sociale, a mis leur financement à la charge de l'assurance maladie.

La loi 2002-2 remplace les CCAA et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) par les CSAPA ; les décrets d'application mettront plusieurs années avant d'être publiés et d'indiquer la procédure à suivre pour leur nouvelle qualification.

En 2003, deux décrets (décrets n°2003-160 du 26 février et n°2003-251 du 19 mars) viendront préciser les conditions d'organisation, de fonctionnement, et de financement de ces centres.

En 2006, la loi n°2006-1640 du 21 décembre relative au financement de la sécurité sociale indique aux gestionnaires des CSST et des CCAA un délai de 3 ans (jusqu'au 23 décembre 2009), pour solliciter l'autorisation nécessaire à la transformation de leur structure en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). La circulaire DGS n°2006-119 du 10 mars 2006 mentionne le renouvellement des autorisations des CSST et à la mise en place des CSAPA.

Le décret n°2007-877 du 14 mai 2007 détaille les missions des CSAPA. La circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 précise la mise en place des CSAPA : ils recevront en 2010 leur autorisation d'ouverture (pour 3 puis 15 ans).

La loi n°2016-41 du 16 janvier 2016, dite loi de modernisation de notre système de santé, a permis quelques avancées, notamment le déploiement d'un parcours éducatif en santé pour les jeunes, la poursuite de la lutte contre le tabagisme, des mesures concernant l'alcoolisation excessive des jeunes, le dépistage des hépatites, la redéfinition et

²⁶ Alcoolomane : buveur excessif de boissons alcooliques devenu dépendant ; « passion de l'alcool » en parallèle du toxicomane, « passion des toxiques »

²⁷ Rapport ROQUES sur la dangerosité des drogues, publié en 1998

²⁸ Le terme « drogue dure/drogue douce » est désormais inutilisé au profit de « consommation dure/consommation douce ».

renforcement de la réduction des risques, y compris en milieu carcéral, la protection des acteurs de la RDRD, la consolidation de la mission prévention des addictions portées par les CSAPA, l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque.

1.2.2 Lois et toxicomanie

La loi du 19 juillet 1845, instaure la réglementation en matière de substances vénéneuses, puis celle de 1916 la modifie : elle vise l'usage en société de différents produits (opium, morphine, cocaïne, haschich) et prohibe à la fois l'achat, la vente, l'emploi, l'usage en société, le fait de faciliter cet usage mais aussi de se faire délivrer les substances au moyen d'ordonnances fictives. Les sanctions sont peu différenciées entre l'utilisateur de drogues et le revendeur, avec les mêmes peines (prison et amende).

La loi du 29 juillet 1939 vient abroger le droit antérieur et devient encore plus répressive. Le Code de la Pharmacie en 1951 précise les restrictions au commerce de certaines substances ou de certains objets et recense toutes les infractions en matière de stupéfiants, prévoit des peines aggravées en cas de récidive.

La circulaire puis la loi de 1952 créent deux sous catégories : les toxicomanes du fait d'un traitement et donc non responsables, et les toxicomanes qui consomment par plaisir, qui sont identifiés comme auteurs de délits, ces derniers étant responsables et redevables d'une amende conséquente.

En 1953, l'ensemble de ces textes sera inséré dans le CSP ; puis la loi du 24 décembre 1953 est la première à prévoir une obligation de soins pour les usagers de stupéfiants (non appliquée car sans règlement de mise en œuvre).

Le texte majeur concernant la pénalisation de l'usage de stupéfiants en France est la loi du 31 décembre 1970. Il faut suite aux événements de mai 68, à la saisie de quantités importantes d'héroïne, et du démantèlement de gangs mafieux marseillais. Après une opposition entre partisans du soin et de la répression, le Gouvernement a choisi d'imposer la criminalisation de ce type de comportements par la loi de 1970. L'article L.628-1 du CSP sera adopté le 30 juin 1970 dès sa première lecture par l'Assemblée Nationale. Ainsi, l'usage illicite de stupéfiants (quels qu'ils soient) prévoit à l'époque une peine d'emprisonnement de 2 mois à 1 an et une amende de 500 à 15 000F et de nombreuses peines assorties.

Aujourd'hui, l'usage de drogues figure à l'article L.3421-1 du CSP depuis l'ordonnance du 15 juin 2000 : l'article prévoit désormais les peines principales d'1 an d'emprisonnement et 3750€ d'amende, la confiscation des produits incriminés et saisis, des alternatives de nature sanitaires, avec l'injonction thérapeutique. Une cure peut être ordonnée par le juge d'instruction ou le juge des enfants ou même ultérieurement par la juridiction de jugement. Ces dispositions conjuguent à la fois le soin par obligation et la répression.

1.2.3 Vers un dispositif d'accompagnement global toutes addictions

Le dispositif médico-social en addictologie s'est constitué très récemment à partir d'une multitude de petites structures souvent bien implantées sur un territoire et à l'identité forte, mais fragiles du fait de leur gestion par de nombreuses petites associations ou d'hôpitaux.

Faisant suite aux CCAA et aux CSST, les autorisations de transformation en CSAPA sont parvenues suite en passage en Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale en 2009 de ces deux types d'établissement, rapprochant alcoologie et toxicomanie vers l'accompagnement global en addictologie, avec ou sans produit. Certains sont restés spécialisés²⁹, d'autres sont devenus généralistes. Quoiqu'il en soit le décret de 2007 précise que tous les CSAPA, spécialisés ou généralistes, doivent recevoir tous les profils de consommateurs, peu importe leurs addictions.

En 2009, l'adoption de la loi HPST a instauré les Agences Régionales de Santé (ARS) et établi la Région en tant qu'échelon décisionnaire des politiques, notamment en matière de soins et de prévention en addictologie : elles prononcent chaque année par arrêté le montant de la Dotation Globale de Financement (DGF) octroyée à chaque CSAPA, la CPAM leur verse par douzième le financement attribué.

En parallèle des CSAPA ont été créés d'autres dispositifs spécialisés :

- Les Centres d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) : initialement créés sous le nom de « boutiques » dans les années 1980 pour aider les toxicomanes au début des années SIDA, institutionnalisés par la loi de santé publique n°2004-806 du 9 août 2004 concernant la RDRD pour les usagers de drogues. Le décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 précise les missions de ces structures et la circulaire DGS n°2006-01 du 2 janvier 2006 développe les modalités de structuration du dispositif.
- Les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) instituées en 2004, pour être à l'interface de la prévention et du soin : les jeunes et leur entourage y sont accueillis. Initialement orienté cannabis, le périmètre d'intervention de la CJC s'étend aux personnes concernées par toutes les addictions. Les CJC constituent, depuis la circulaire de 2008, une mission facultative des CSAPA.
- Les Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) ont été créées en 1996 pour l'accompagnement intra-hospitalier des personnes hospitalisées ayant des problèmes d'addiction. Elles accompagnent les équipes de soins par la formation et le conseil, assurent une présence aux urgences, et travaillent en partenariat pour l'orientation extérieure.

²⁹ Ex-CSST devenant CSAPA spécialisé toxicomanie ou ex-CCAA, CSAPA spécialisé en alcoologie
Isabelle SEDANO - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2018 - 17 -

- Des dispositifs d'hébergement à vocation sociale orientés addictologie, type Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie (SSRA), Centres Thérapeutiques Résidentiel (CTR) ou Appartements Thérapeutiques (AT) ont été créés en 2008 : ils ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences (physiques, psychologiques, sociales) des addictions, par le renforcement des compétences acquises antérieurement. Ils peuvent être un maillon entre la prise en charge sanitaire d'urgence et le retour au domicile avec suivi ambulatoire.

1.2.4 Actualités des politiques publiques en addictologie : des axes prometteurs

L'époque venue de réformer notre système de santé, les stratégies et plans préalables étant arrivés à échéance, une nouvelle dynamique s'est inscrite en France depuis 2016.

En premier lieu, le volet « addictions » de la loi 2016 de modernisation du système de santé a mis l'accent sur l'organisation des actions envers les publics et rendu obligatoire la mission de prévention des CSAPA³⁰.

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, officialisée par un décret du 29 décembre 2017, est le cadre de la Politique de Santé en France. Elle comporte 4 axes, certains relevant du secteur addictologie :

- Mise en place d'une politique de promotion de la santé incluant la prévention, dans tous les milieux, tout au long de la vie
- Lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, notamment en réduisant le renoncement aux soins pour des raisons socio-économiques. Pour lever ces obstacles, il s'agit d'accompagner le recours aux services de santé des personnes vulnérables (précarité) en évitant les ruptures de parcours de santé.
- Garantie de la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé. Pour être efficace, la transformation des secteurs de l'offre sanitaire et médico-sociale doit se faire de manière complémentaire : transition ville-hôpital, interventions au domicile mieux coordonnées.
- Emergence et diffusion des organisations innovantes grâce à l'expérimentation par les professionnels, les structures de prévention et de prise en charge, les associations et les élus. En tant qu'experts de leur métier, ils sont en mesure de proposer des manières nouvelles de délivrer des soins.

Le Programme Régional de Santé 2018-2028, arrêté par la Directrice Régionale de l'ARS HdF le 5 juillet 2018, est construit autour d'orientations stratégiques qui visent à améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : les thématiques prioritaires sont la promotion d'un environnement favorable à la santé et

³⁰ Sans pour autant à ce jour en prévoir le financement

l'action sur les comportements dès le plus jeune âge, la mobilisation des acteurs de la santé pour apporter des réponses aux ruptures dans les parcours de santé, la garantie de l'accès à la santé pour l'ensemble de la population, en s'appuyant sur les dynamiques issues des territoires, les innovations et le numérique, la garantie de l'efficience et la qualité du système de santé, la veille et la gestion des risques sanitaires, le renforcement des synergies territoriales et la priorisation des actions en fonction des spécificités territoriales, et la reconnaissance de l'utilisateur comme acteur du système de santé.

Qu'il s'agisse de la SNS ou du PRS, l'objectif visé est l'amélioration du parcours de soin, de la prévention à la prise en charge, par la mutualisation et la coordination des dispositifs ainsi que la création de solutions innovantes et efficaces en réponse aux ruptures de parcours souvent constatées.

1.3 Conséquences des addictions en France

Le début du recueil des données statistiques date de la fin du XXème siècle et concerne les produits licites en particulier.

La consommation d'alcool en France est passée, pour les 15 ans et plus, de 26 litres d'alcool pur par an en 1961 à 11,7 litres d'alcool pur par an en 2015, ce qui correspond encore aujourd'hui à l'équivalent de 2,6 verres standard par personne et par jour.

La diminution de la consommation de tabac est moins marquée avec, en 1974, près de 60% des hommes et 30% des femmes consommateurs quotidiens (moyenne de 40% environ) à 33% des hommes et 25% des femmes (moyenne de 29% en 2015), soit une moyenne de 13,5 cigarettes par jour pour les fumeurs.

1.3.1 Au niveau national

Les données statistiques suivantes concernant les addictions en France ont été relevées lors d'enquêtes menées par des organismes tels que l'OFDT³¹ (2014), ESCAPAD³² (2014), ESPAD³³ (2011) et HBSC³⁴ (2010).

Le produit le plus consommé en France est le tabac, avec 38,2 millions d'expérimentateurs³⁵, comprenant 16 millions d'utilisateurs³⁶ et 13,3 millions d'utilisateurs

³¹ OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

³² ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense

³³ ESPAD : European School Project on Alcohol and other Drugs, enquête menée tous les 4 ans en milieu scolaire au niveau international

³⁴ HBSC : Health Behaviour in School-Aged Children, enquête internationale réalisée tous les 4 ans depuis 1982, sous l'égide du bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

³⁵ Expérimentateur : consommation au moins une fois au cours de la vie

³⁶ Utilisateur : consommation au moins une fois par an

réguliers³⁷ quotidiens. Il est à l'origine de 78 000 décès par an, en particulier par cancer (bronches et poumons, voies aéro-digestives supérieures), maladies des voies respiratoires et maladies cardio-vasculaires.

En second, l'alcool compte 46,9 millions d'expérimentateurs, dont 42,8 millions d'usagers, 8,7 millions d'usagers réguliers et 4,6 millions d'usagers quotidiens³⁸. L'alcool occasionne 49 000 décès par an dont 1/3 de cancers, 1/3 de maladies cardio-vasculaires, ainsi que des cirrhoses alcooliques, des psychoses alcooliques, des Syndromes d'Alcoolisation Fœtale (SAF) et des accidents (de la route, 1400 morts par an ; professionnels ; de la vie courante). En ce qui concerne les drogues illicites, le produit le plus consommé est le cannabis avec 17 millions d'expérimentateurs dont 4,6 millions d'usagers, 1,4 million d'usagers réguliers et 700 000 usagers quotidiens. Le cannabis est responsable de 170 à 190 décès par an. L'héroïne compte environ 600 000 consommateurs. Il est plus difficile d'avoir des données précises du fait de l'illégalité du produit. Les décès par overdoses d'héroïne s'élèvent à environ 340 par an (en 2011).

Les dommages sociaux liés à l'usage de substances psychoactives sont peu documentés. Les études révèlent chez les consommateurs des conditions sociales plus précaires, une tendance à l'exclusion sociale (à l'origine ou conséquence de la consommation).

Concernant les données judiciaires, les faits le plus souvent constatées sont l'infraction à la Législation sur les Stupéfiants (50 000 ILS par an dont 60% pour usage de cannabis) et des Conduites en Etat Alcoolique (CEA).

1.3.2 Le département de l'Aisne et ses particularités

A) Données démographiques et socio-économiques

L'Aisne est un département très vaste situé au Nord-Est du territoire français étendu sur 7361,53 km².

La population axonaise, chiffrée à près de 582 800 habitants, présente un certain nombre de caractéristiques³⁹ :

- Elle est plutôt jeune : 19,5% a moins de 14 ans, 17,2% a entre 15 et 30 ans ; près de 40% a entre 30 et 60 ans, 14,6% a entre 60 et 74 ans et 9% a plus de 75 ans
- Parmi les 70% de la population ayant un emploi, les catégories socio-professionnelles (population active) majoritaires sont les employés et ouvriers (31%), les professions intermédiaires (11%), puis les cadres et professions intellectuelles, (5%).

³⁷ Usager régulier : pour l'alcool, 3 fois par semaine au moins ; pour le tabac, tous les jours ; pour le cannabis, au moins 10 fois par mois

³⁸ Usager quotidien : au moins une consommation chaque jour

³⁹ Sources INSEE 2012

- 10% sont retraités et 8,5% sont étudiants.
- Le taux de chômage (au sens BIT⁴⁰) au 4^{ème} trimestre 2017 était de près de 13,1% dans l'Aisne et nettement supérieur à celui de la France (9,3%).
- Le taux de pauvreté concerne un peu moins de 20% des ménages, les moins de 30 ans sont les plus touchés, suivis par les 30-50 ans.

L'accessibilité est un aspect crucial de la dynamique du territoire de l'Aisne, puisque plus de 80% des habitants (population active) utilise un véhicule pour se rendre au travail. Les transports en commun sont utilisés par moins de 5,5% de la population.

L'Aisne est essentiellement rurale : 39% de la population vit dans un cadre urbain. Le réseau de transports comporte 145 km d'autoroute (nord sud), 165 km de routes nationales et 5490 km de départementales. Il existe peu de transports en commun (gares routières et SNCF : au mieux, un aller-retour dans la journée et souvent aucun transport).

B) Données spécifiques aux addictions dans l'Aisne et l'ex-Picardie

L'alcool constitue l'un des problèmes majeurs de santé publique du département. Les conséquences sont diverses mais graves : cirrhoses hépatiques, psychoses alcooliques, cancers, SAF. Les conséquences sociales sont également très lourdes. L'ex-Picardie (Aisne-Somme-Oise) présente le troisième taux de mortalité tous âges le plus important des régions de France hexagonale pour une cause liée à la consommation d'alcool. Cette surmortalité est constatée dans le territoire Aisne-Nord qui présente les indicateurs les plus mauvais (+47,1% de surmortalité par rapport au niveau national). L'étude du phénomène d'alcoolisation massive montre une différence importante selon le genre. 30 % des jeunes hommes annoncent consommer 6 verres ou plus en une même occasion au moins une fois par mois, contre 8 % des jeunes femmes. Le nombre est plus élevé dans la tranche des 20-24 ans. Pour les 15 à 19 ans, trois hommes sur 10 indiquent consommer de l'alcool de manière quotidienne ou hebdomadaire contre une femme sur dix.

« Je sais⁴¹ » montre que les consommations chez les enfants et pré-ados restent très élevées : en 6^{ème}, 1/4 des garçons et 1/6^{ème} des filles ont déclaré avoir déjà consommé de l'alcool. En 2^{nde}, 1/4 des garçons et 1/5^{ème} des filles ont déclaré avoir déjà été ivres.

A tous les âges, les conséquences liées aux consommations d'alcool sont plus fortes chez les hommes que chez les femmes.

La région est également touchée par des consommations excessives de tabac. Avec 14,3% de surmortalité par rapport au niveau national, l'ex-Picardie présente le quatrième taux de mortalité le plus important de la France hexagonale pour une des causes liées à une

⁴⁰ BIT : bureau international du travail

⁴¹ Enquête réalisée par les infirmières scolaires de l'Aisne auprès des élèves de sixième, chaque année

consommation tabagique (cancers de la trachée, des bronches et du poumon, cardiopathies ischémiques et bronchites chroniques ou maladie pulmonaire obstructive). Dans l'Aisne, le nombre de fumeurs est supérieur à celui de la France (35% contre 31,8%). L'analyse de l'activité professionnelle montre qu'il y a davantage de fumeurs quotidiens chez les chômeurs, employés, ouvriers, artisans et commerçants que chez les cadres et agriculteurs.

Le cannabis est la première drogue illicite consommée. Près de deux picards de 15 à 34 ans sur cinq déclarent l'avoir expérimenté.

C) Un département pionnier et créatif dans le secteur de l'addictologie

Depuis les années 70, plusieurs établissements expérimentaux, spécialisés en addictologie ont été créés dans le département de l'Aisne : ils ont permis l'évolution des modes de prise en charge et des politiques publiques en addictologie au niveau national.

- Le Centre APTE et son modèle du Minnesota à Bucy le Long

Créé près de Soissons dans l'Aisne, en 1993 par Kate Barry, la fille aînée de Jane Birkin, le centre APTE (Aide et Prévention des Toxicodépendances par l'Entraide) est une association loi 1901 qui utilise un modèle thérapeutique d'origine américaine appelé Hazelden ou modèle du Minnesota. Accueillant à la fois alcooliques et toxicomanes à une époque où les 2 approches étaient bien différenciées, le centre a eu pour défi de proposer une prise en charge de l'addiction sans distinction du type de produit consommé. Expérimental dans un premier temps, sur la base d'un séjour de 8 semaines, le centre APTE a obtenu l'accréditation en mai 2003. Il est désormais reconnu SSRA, le seul dans le département. La fondatrice ayant bénéficié de ce modèle d'accompagnement pour ses problèmes d'addictions à Londres, elle a souhaité transposer le concept en France. Basé sur l'approche des AA, avec une approche groupale, l'équipe est composée de soignants (médecins, infirmières) et de conseillers (alcooliques ou toxicomanes devenus abstinents, formés à l'approche thérapeutique). Après les démarches d'admission, l'usager, au préalable sevré de tous produits (drogues et médicaments), effectue un séjour basé sur l'entraide entre résidents.

Géré par l'association Aurore, désormais nommé « la maison de Kate » depuis le décès de la photographe, ce centre est le seul en France à proposer cet accompagnement spécifique.

- Le premier Centre d'Hygiène Alimentaire de France à Soissons⁴²

Le CSAPA Horizon 02 que je dirige a été en 1972 pionnier des centres d'alcoologie ambulatoire en France : il est issu du premier CHA créé à Soissons et a longtemps servi de

⁴² THIRY-BOUR C., 1996, *Genèse d'une institution- le centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie. Évolution de la politique de lutte antialcoolique*, Collection - Maison des Sciences de l'Homme de Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 208 p.

modèle à l'ouverture de nombreux centres en France. L'équipe composée initialement d'un médecin, une infirmière et une secrétaire, venait en aide à ceux que l'on appelait les « buveurs excessifs ».

D) Etablissements spécialisés dans l'Aisne : une implantation inégale et insuffisante. La densité et la variété des établissements sont inégalement réparties sur le département.⁴³L'implantation s'est faite au cours de l'histoire, conjuguant nécessité, opportunités et possibilités d'obtenir des financements. Le nombre de places disponibles est insuffisant au regard des indicateurs de santé défavorables du département.

Les Centres Hospitaliers se sont saisis de manière différenciée de la question : le département ne compte qu'un service (4 lits à Guise) de sevrage simple⁴⁴ dans le nord du département et trois (20 lits à Prémontré) au sud. Quant aux sevrages complexes⁴⁵, un seul service le propose au nord (10 lits à Vervins et Hirson) et un seul au sud (10 lits). Les CH proposent des consultations médicales en externe.

L'offre ambulatoire est portée principalement par le CSAPA Horizon 02 sur les 5 principales villes du département, complétée par deux consultations avancées sur le territoire nord. Cette offre de suivi en proximité a été créée en 2012 suite à une étude du territoire ayant montré la difficulté d'accès aux soins sur ces secteurs très ruraux. Deux autres CSAPA hospitaliers, à Saint Quentin et Chauny, complètent l'offre ambulatoire.

Les 2 CAARUD disposent de 2 lieux fixes (Saint Quentin et Soissons) et proposent un service de proximité grâce à un camping-car qui parcourt les campagnes pour rencontrer le public.

Le département dispose d'un seul lieu référencé SSRA à Bucy le Long pouvant accueillir 20 personnes pour un séjour de 8 semaines.

1.4 Du parcours de soins au parcours de vie : vers un parcours en addictologie

1.4.1 Parcours : définitions et perspectives

La notion de parcours est relativement récente dans le champ de l'organisation des soins. « C'est dorénavant à partir du parcours de la personne, patient, personne âgée, personne handicapée, que doit s'organiser le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquées par les cloisonnements » nous explique Jean-René LOUBAT⁴⁶. Il ne s'agit plus de juxtaposer les différents dispositifs ou établissements, ni de créer du lien entre eux mais de partir véritablement des besoins des personnes, et de

⁴³ Cartographie des établissements axonais spécialisés en addictologie en annexe 1

⁴⁴ Sevrage simple : sevrage physique d'une semaine

⁴⁵ Sevrage complexe : sevrage physique et accompagnement psychologique et social durant 3 semaines

⁴⁶ LOUBAT JR, 2016, *Concevoir des plateformes de services*, Dunod, 375 p

permettre aux structures de se coordonner entre elles avec et pour les usagers qu'elles accompagnent.

1.4.2 Du parcours de soins...

La notion de parcours de soins apparaît pour la première fois dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie : le médecin traitant devient coordinateur du parcours, avec pour objectif principal de la mesure, la réduction des coûts de santé. L'idée d'associer les usagers à la définition de ce parcours n'est pas encore de mise, les orientations sont presque exclusivement médicales (consultation de médecins spécialistes, courriers d'informations aux confrères, suivis de sortie d'hospitalisation). Le bilan de cette mesure est mitigé, associant lourdeurs administratives et meilleure connaissance des patients.

La loi HPST de 2009 vient valoriser le travail réalisé au sein des centres de santé, les maisons de santé pluri professionnelles et les pôles de santé : l'approche y est plus globale, faisant intervenir plusieurs métiers du soin et du social. Même si la notion évolue, elle ne donne pas encore satisfaction ni du point de vue des usagers, ni du point de vue des professionnels.

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit le parcours de soins comme suit : « L'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques passe d'abord par de bonnes pratiques professionnelles, mais doit également s'appuyer sur la promotion de parcours de soins qui comprennent, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales). La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme. (...). La démarche permet au final une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins : pertinence, sécurité, efficacité clinique mais aussi accessibilité, continuité et « point de vue du patient ». ». La Haute Autorité de Santé propose différents outils pour faciliter la coordination du parcours : le Programme Personnalisé de Soins (PPS) ainsi que des guides destinés aux professionnels et aux patients.

1.4.3 ...au parcours de vie

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie nous explique que « La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de la vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. Utilisée dans le champ de la santé (selon l'OMS), la notion de

parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale. » Pour réfléchir en termes de parcours, il convient d'appréhender la personne accompagnée dans toutes ses dimensions et non pas seulement dans l'axe de sa pathologie, son incapacité ou sa spécificité.

Selon l'ARS, en 2013, « Les parcours sont l'organisation d'une prise en charge globale et continue des patients ou usagers au plus proche de leur lieu de vie. (...). (Cet objectif) nécessite une évolution de notre système de santé historiquement centré sur le soin vers une prise en charge plus complète des individus (...). Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. »

La notion de parcours de vie est venue remplacée celle de parcours de soins. L'utilisateur, porteur de son projet, est accompagné au développement de son pouvoir d'agir pour qu'il puisse de manière la plus autonome possible se mobiliser pour avancer. Il convient de développer un environnement favorable afin de diminuer le risque de rupture de parcours, en réduisant notamment la fragmentation et le cloisonnement des offres existantes.

Deux secteurs en particulier ont eu un rôle majeur dans la réflexion et les propositions autour de ce nouveau paradigme : le handicap, en 2014, avec Denis Piveteau et son rapport « 0 sans solution » en faveur d'une réponse accompagnée pour tous au sein d'une société inclusive ; la santé mentale, avec depuis 2011 le projet « un chez soi d'abord » favorisant l'accès au logement comme base nécessaire au rétablissement des usagers porteurs de troubles psychiques.

La loi de 2002 inscrit la place de l'utilisateur des établissements et services sociaux et médico-sociaux comme centrale dans son dispositif d'accompagnement : son parcours est co-construit avec lui, sa participation est encouragée. Ce changement a nécessité que les professionnels des équipes questionnent leur propre place, leurs modalités d'intervention afin de laisser à l'utilisateur la possibilité d'être pleinement acteur de son parcours.

1.4.4 Parcours en santé mentale : l'expérience des équipes mobiles

Au regard de la difficulté d'accompagner certains profils de patients relevant des dispositifs de santé mentale, le législateur⁴⁷ a officialisé certaines expérimentations d'équipes de psychiatrie ayant montré leur pertinence grâce à des interventions au domicile des

⁴⁷ CIRCULAIRE N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

personnes et l'accompagnement de l'entourage, le domicile étant entendu comme l'ensemble des lieux où la personne vit.

Plusieurs types d'expériences relatent l'intérêt de l'intervention au domicile en tant que facteur de rétablissement. Dans les Yvelines, une équipe mobile⁴⁸ intervient en situation de crise en santé mentale dans l'objectif de soutenir la relation thérapeutique au domicile grâce à l'aide de l'entourage chez un patient chronique. Cette équipe dédiée (24h/24 et 7j/7) travaille en binôme pour faciliter la prise de décisions, selon un flux de personnes prédéterminé. Dès que possible, le relais vers le dispositif de droit commun est réalisé. Le projet nécessite d'être co-construit avec la personne et son entourage, visant le maintien au domicile mais permettant le soutien si difficultés.

Une équipe santé mentale-précarité à Paris⁴⁹ note l'intérêt du partenariat pour pouvoir prendre en compte toutes les dimensions de la personne. Ce service est dédié à la santé mentale et à l'exclusion sociale.

Leur pertinence ayant été prouvée, et leur nombre estimé à 120 dans toute la France à ce jour, les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) sont des dispositifs intersectoriels spécifiques d'accès aux soins pour les plus démunis et les exclus. Ces expériences sont d'autant plus intéressantes quand on sait que 3 SDF sur 10 ont des problèmes d'addiction (tous produits) et que 50% consomment de l'alcool⁵⁰.

1.4.5 Application à l'addictologie

« Le parcours rend compte d'une quête de développement personnel et de promotion sociale tout au long de la vie, au cours de situations vécues du point de vue de l'acteur, et d'un enchaînement de situations socio-économiques objectives, du point de vue de la société » nous explique Jean-René LOUBAT. Les établissements et services favorisent l'inscription de l'utilisateur dans son environnement, son lieu de vie.

En addictologie, le projet personnalisé d'accompagnement de l'utilisateur est établi et revu régulièrement pour lui permettre de cheminer à son rythme selon les objectifs qu'il s'est fixé et les moyens dont nous disposons. Ce projet nécessite souvent l'intervention de plusieurs acteurs, de l'établissement, travaillant en transdisciplinarité. L'accompagnement proposé doit donc être global et permettre de questionner tant le mésusage que les conditions de vie et l'environnement. Le parcours de soins et d'accompagnement peut nécessiter de faire appel à d'autres professionnels extérieurs au CSAPA, en particulier la psychiatrie. Si besoin, l'utilisateur peut être orienté en hospitalisation pour un bilan, un sevrage simple ou complexe. Dans certaines indications, une orientation en hébergement spécialisé (AT, SSRA ou CTR) peut être proposée dans le cadre d'un séjour de plusieurs semaines. De

⁴⁸ CH Charcot à Plaisir

⁴⁹ CH Saint-Anne dans le 14^{ème} arrondissement

⁵⁰ Enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds", dite Sans-domicile 2001 et réalisée en France par l'Insee

même, le bilan social réalisé au CSAPA peut mettre en évidence la nécessité d'un suivi spécifique en ce qui concerne des problèmes d'hébergement, de difficultés d'accès à l'emploi, ou tout type de situations mettant l'utilisateur en situation de précarité et d'isolement. Dans ces situations complexes, l'accompagnement proposé repose sur l'intervention de plusieurs professionnels en interne ou en collaboration avec une ou plusieurs structures partenaires, en externe tels que les services sociaux, Pôle Emploi, des associations caritatives ou d'entraide, par exemple.

Les orientations nécessitent une coordination entre les différents intervenants afin que l'utilisateur ne se trouve pas en difficultés et ne se perde pas dans le cadre de son parcours de soins, au risque d'engendrer des ruptures de parcours.

La Fédération Addiction (FA) a fait un état des lieux des pratiques, des besoins et des axes à mettre au travail pour des parcours plus efficaces⁵¹. Pour améliorer les articulations et les coopérations entre les différents intervenants du soin, il est important d'aider les usagers à trouver leurs propres réponses grâce à l'ensemble des prestations qui peuvent lui être proposées. Jean Michel Delile⁵² y écrit : « l'approche systémique vise à identifier les facteurs environnementaux (familiaux, sociaux, culturels) qui ont contribué à l'émergence, au maintien ou à l'aggravation de la problématique d'addiction chez une personne, afin d'être en mesure de proposer une intervention globale et adaptée. De ce point de vue, l'approche proposée dans le dispositif médico-social des CSAPA est par essence systémique puisqu'elle tente d'offrir des modalités diversifiées de sortie selon un modèle bio-psycho-social. Dans la même dynamique, les CSAPA tentent d'intégrer leurs actions dans des dispositifs plus généraux (action sociale, insertion, logement, politique de la ville, protection maternelle et infantile...). »

⁵¹ Revue Actal n°12 : *Parcours de soin : l'utilisateur au cœur de l'articulation des pratiques et des acteurs*

⁵² Jean Michel Delile est directeur du Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les Addictions (CEID) de Bordeaux et vice-président de la FA

2 Oppelia : une dynamique associative nationale

L'association Oppelia vient de fêter ses 10 ans d'existence. Son projet de mutualisation, de structuration et de développement d'établissements implantés dans différentes régions de France en fait un acteur majeur en addictologie par sa diversité et ses expériences. Elle se développe suite aux fusions réalisées avec des petits établissements soucieux de s'unir dans un contexte de plus en plus contraint.

2.1 Une association jeune et innovante

2.1.1 Naissance et développement d'Oppelia

L'association Oppelia est née en novembre 2007 de la fusion de deux associations du secteur médicosocial en addictologie d'Ile de France, Le Trait d'Union et Essonne- Accueil. Depuis, plus d'une quinzaine d'associations sont venues la rejoindre, dont le CSAPA Horizon 02 en 2014. En 2018, l'association Oppelia est gestionnaire d'une quarantaine d'établissements et services (CSAPA, CAARUD, ACT, CHRS, services d'intervention sociale auprès de publics précaires et services de prévention) dans quinze structures et compte plus de cinq cents salariés.

Ainsi, durant ses dix premières années, Oppelia a connu un développement continu qui traduit l'intérêt suscité par son projet et ses modalités d'intervention, en particulier dans le champ de l'addictologie médicosociale.

A) Objet de l'association

Oppelia est une association loi 1901 qui a pour objet d'apporter une aide aux enfants, adolescents et adultes, ainsi qu'à leur entourage, qui rencontrent des difficultés sur le plan social, médico-social ou sanitaire, liées notamment aux addictions. Elle s'engage également dans la recherche et le développement, la prévention, l'information et la formation d'intervenants, en particulier dans le domaine de l'addictologie.

Le projet initial d'Oppelia est aussi de mutualiser les fonctions support en particulier la gestion, et de se positionner comme interlocuteur de référence, tant sur le plan technique (dans la prévention, les soins, la réduction des risques, la formation, la recherche...) que sur celui de la gestion administrative et financière, pour être en capacité de proposer des réponses innovantes et d'en garantir l'opérationnalité.

B) Le projet d'Oppelia : développer, promouvoir et innover

Le projet commun d'Oppelia est le fruit d'un travail coopératif entre les associations parties prenantes (leurs CA, leurs directions et leurs salariés) Ce socle permet une certaine stabilité devant les obstacles et les tensions qui ne manquent pas entre des équipes qui sont légitimement attachées à leur histoire, à leurs spécificités et à leurs modes d'organisation du travail.

Il entend :

- Favoriser chez les usagers (adolescents et adultes) la prévention des risques sanitaires et psychologiques ainsi que des dommages sociaux, par l'accueil et l'accès à des soins adaptés.
- Placer l'utilisateur au cœur de sa prise en charge, en restant à l'écoute de ses choix, de ses besoins et de ses attentes par le soutien vers l'autonomisation et en contribuant à développer ses potentialités, ses compétences et ses capacités à effectuer ses choix (développement du pouvoir d'agir).
- Proposer des accompagnements et des soins diversifiés de qualité sous des formes diverses et complémentaires (ambulatoire, résidentiel ; individuel, collectif), en favorisant la continuité des parcours, de la prévention à la RDRD et aux soins.

Les principes fondant ces actions rappellent que chaque usager est un sujet, irréductible à ses difficultés, et qui dispose de ses droits au sein des services dans lesquels il est accueilli. Ils affirment aussi l'attachement à l'évaluation et à la qualité et l'efficacité des actions ainsi qu'à la rigueur dans l'utilisation des fonds qui lui sont alloués.

Présenté au grand public le 22 juin 2018, le nouveau projet associatif d'Oppelia est le fruit d'un travail coopératif entre professionnels, usagers et bénévoles. Renouvelé tous les 5 ans, dernièrement établi pour la période 2018-2023, il est la ligne directrice de tous les établissements qui le composent.

Les différentes lois qui ont jalonné le secteur de l'addictologie sont en faveur :

- Du décloisonnement des dispositifs alcoologie et les dispositifs toxicomanie en créant les CSAPA (loi du 2/1/2002), en favorisant la coordination, la complémentarité des structures, en garantissant la continuité de prise en charge et d'accompagnement
- Du travail sur le bon fonctionnement et la performance des établissements dans un contexte budgétaire contraint (loi HPST de 2009)
- De la continuité des parcours de santé et leur coordination sur tous les territoires (loi du 16/1/2016)

Oppelia s'est saisi de ces évolutions à mettre en place en les mettant au cœur de son projet, à la fois humaniste, fédérateur, basé sur les mutualisations et le partage de compétences, et innovant pour s'adapter aux contraintes budgétaires.

L'utilisateur est considéré à la fois comme acteur et expert : il est au cœur de sa « prise en charge », sa participation est encouragée à toutes les étapes de son parcours ainsi que dans le cadre des activités menées au sein des centres. Au sein d'Oppelia, les problématiques addictives sont considérées plutôt comme des conduites adaptatives et symptomatiques que comme des maladies : l'approche y est globale, médico-psycho-socio-éducative. La posture professionnel-sachant et usager-exécutant n'est pas celle

pratiquée dans les établissements : l'accompagnement proposé s'intéresse aux personnes et à leurs choix, à leurs pratiques et à leurs expériences tout en respectant leur projet de vie, visant une relation d'égal à égal.

Le mode d'organisation de l'association est atypique dans le sens où il fonctionne comme un réseau de structures bien implantées localement et très autonomes, le système n'est pas pyramidal. Les réflexions et les décisions sont prises de manière participative au sein d'instances comme le collège de directeurs (CODIR) et d'encadrement (COLLENCA : directeurs et chefs de service).

Maître mot du nouveau projet associatif, la coopération, dans le sens de « faire ensemble » est de mise à tous les niveaux : elle implique une forme d'égalité entre les personnes et repose sur la confiance réciproque.

Plusieurs concepts servent de base à l'approche proposée au sein des établissements :

- L'approche expérientielle : chacun s'est construit avec ce qu'il a vécu et les émotions qu'il a éprouvées, ce qui fait de lui le propre « expert de sa vie » avec les actes qu'il a posés, ses ressources et ses vulnérabilités
- La personne et son pouvoir d'agir⁵³ : les interventions auprès des personnes accompagnées doivent lui permettre de renforcer la maîtrise de sa propre vie et soutenir ses capacités à changer lui-même en utilisant ses propres ressources
- La promotion de la santé par le développement des compétences psychosociales : comme les définit l'OMS : « pouvoir répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne et maintenir un état de bien-être, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement »
- La RDRD : par la diminution des conséquences sanitaires et sociales préjudiciables liées aux addictions, impliquant pour les professionnels le renoncement à l'abstinence comme seule perspective de changement
- La transdisciplinarité : approche reposant sur la coopération des différentes disciplines au sein d'équipes intégrant l'utilisateur et son entourage

2.1.2 Territoire et activités d'Oppelia

A) Une implantation nationale⁵⁴

En 2018, Oppelia, présente sur 7 régions (12 départements), comporte des CSAPA, des équipes de prévention et de formation, des CJC, des CAARUD, des services santé-justice,

⁵³ JOUFFRAY C., 2014, *Développement du pouvoir d'agir – une nouvelle approche de l'intervention sociale*, Presses de l'EHESP

⁵⁴ Cartographie des établissements d'Oppelia en annexe 2

des AT et ACT, des CTR, des CHRS, des PAEJ et un PEP. Chaque établissement peut être implanté sur plusieurs lieux au sein d'un même territoire ou département.

B) Transdisciplinarité et coopération : ensemble pour un parcours

La transdisciplinarité et la coopération entre intervenants aux côtés de l'utilisateur est pour Oppelia l'un des domaines fondamentaux de l'avancée de l'association vers un modèle coopératif.

Face à des situations complexes, impliquant différents domaines, facteurs et professionnels, il est indispensable de faire coopérer ces acteurs de façon adaptée et complémentaire sur un seul fil conducteur : le projet d'accompagnement d'une personne, co-construit avec elle. Cela implique une approche intégrative et collaborative qui coordonne des approches différentes, permet un enrichissement réciproque et une adaptation au plus près des besoins et du projet de la personne.

Transdisciplinarité et coopération supposent une culture commune, des outils communs et la définition d'une fonction de coordination du parcours de santé sur cette base coopérative.

« La transdisciplinarité, terme inventé par Jean Piaget en 1970, n'est pas un nouveau mot à la mode mais une nécessité imposée par le progrès dans la connaissance de la complexité des phénomènes humains. Les notions de multi/pluridisciplinarité, interdisciplinarité et transdisciplinarité, résultent d'un même mouvement visant la mise en lien des différentes disciplines et sont apparues successivement dans l'histoire récente des sciences et des pratiques de soins. Leurs définitions à la fois distinctes et complémentaires, ont été proposées par le physicien Basarand Nicolescu (1996) :

- multi/pluridisciplinarité : concerne l'étude d'un objet d'une seule et même discipline par plusieurs disciplines à la fois qui vise à enrichir la connaissance de l'objet de la discipline considérée

- interdisciplinarité : concerne le transfert des méthodes d'une discipline à une autre (mais dont) la finalité reste aussi inscrite dans la recherche disciplinaire

- transdisciplinarité : peut être définie par ce qui est à la fois entre les disciplines, à travers les différentes disciplines et au-delà de toute discipline. Sa finalité est la compréhension du monde présent, dont un des impératifs est l'unité de la connaissance. »⁵⁵

Pour appliquer la transdisciplinarité au sein de chacune des équipes doivent être posés le principe et les modalités de mise place d'une culture ou langage commun (journées institutionnelles, formations à l'approche expérientielle etc.) intégrant coopération et transdisciplinarité. Adapté du DIPC⁵⁶, le Document Individuel d'Accompagnement Médico-Social (DIAMS), propre à Oppelia, constitue un outil clé pour la transdisciplinarité et la coordination du parcours de l'utilisateur. Il doit être défini collectivement afin d'être utilisé dans

⁵⁵ MOREL A., 2010, *L'Aide-mémoire d'Addictologie en 46 notions*, Dunod, p 259 ;

⁵⁶ DIPC : document individuel de prise en charge, tel qu'il est décrit dans la loi 2002-2

tous les établissements. Le DIAMS est un outil proposé à chaque usager auprès de qui un accompagnement est mis en place, et nécessite de recueillir son accord. La coordination des parcours de santé des usagers ne se limite pas à la partie de ce parcours au sein de l'établissement. L'« aller vers » et le développement de pratiques hors les murs impliquent que la fonction de « coordinateur de parcours » soit définie. En ce sens, il faut distinguer deux fonctions distinctes : le référent de parcours interne au CSAPA et le coordinateur de parcours de santé, externe, dont le rôle est plus étendu et suppose une formation à la réalisation de cette mission spécifique attribuée à certains professionnels volontaires.

Les équipes d'Oppelia doivent se montrer compétentes et proactives pour mener de véritables accompagnements coopératifs permettant de coordonner les différents acteurs qui interviennent dans la trajectoire des usagers, surtout ceux qui présentent différents types de difficultés.

La transdisciplinarité nécessite également l'apprentissage d'outils favorisant la solidarité, au-delà des différences de statut et de formation, le dialogue d'égal à égal, entre disciplines, entre usagers et professionnels et entre parties prenantes.

L'encadrement, à travers la qualité de son management, a un rôle déterminant pour impulser une dynamique collective de travail collaboratif, notamment dans la façon de manager les projets, d'animer les réunions, dans les relations avec les personnes, dans la responsabilisation de chaque salarié, dans la mise en place de plateformes coopératives de projets (notamment le comité stratégique de territoire, la participation au collectif d'usagers, etc.), dans un objectif alliant qualité de vie au travail pour les salariés et qualité des accompagnements pour les usagers.

2.1.3 CSAPA Horizon 02 : une fusion récente, un développement en perspective

Comme expliqué préalablement (paragraphe 1.2.1), l'établissement que je dirige a été créé à Soissons en 1972 : il a vécu toutes les évolutions législatives et réglementaires du secteur pour devenir le CSAPA Horizon 02, avec une spécialisation alcool au regard de son histoire. A partir de 2013, la précédente direction du CSAPA a souhaité s'orienter vers un rapprochement (fusion) avec l'Association Oppelia, avec pour motivations d'adhérer à son projet médico-psycho-social, d'obtenir une dimension suffisante pour allier performance et qualité de prise en charge à l'échelle du territoire, d'améliorer les réponses aux besoins de proximité et développer des dispositifs innovants, de consolider une organisation nationale avec des outils et une communication appropriés et de bénéficier de supports d'outils d'évaluation, de réflexion, de logistique, de prévention.

Les enjeux qui ont été repérés :

« - Faire évoluer la compétence historique « produits licites » de la structure vers une compétence « toutes addictions »,

- Développer les accompagnements transversaux (soins, psychosocial, hébergement...) de façon à mieux les coordonner et répondre aux besoins globaux des publics accueillis,
- Renforcer et diversifier les actions de réduction des risques, les stratégies d'intervention précoce et les réponses innovantes, ainsi que l'éducation préventive,
- Etre en capacité de se positionner, en réponse aux demandes faites par l'autorité de compétence, les institutionnels et les acteurs spécialisés, pour favoriser une meilleure couverture territoriale,
- Favoriser la transdisciplinarité au sein des équipes,
- Préserver les équilibres budgétaires de chaque activité et, lorsque nécessaire, la capacité d'investissement, pour mener à bien les missions dévolues, dans un double but de qualité et d'efficience⁵⁷. »

La fusion a été actée par l'ARS Picardie en 2014 par le transfert d'autorisation du CSAPA vers Oppelia, pour une entrée en vigueur au 1/1/2014.

Cette fusion a permis de redynamiser le CSAPA en fédérant ses salariés autour du projet associatif d'Oppelia et des projets qu'elle porte.

De plus, soucieux de s'adapter aux besoins du territoire, le CSAPA s'est appuyé sur les évaluations réglementaires qu'il a effectuées et la mise en route de la réécriture du projet d'établissement : il s'adapte progressivement aux publics, à ses besoins et aux spécificités territoriales.

A) Missions des CSAPA : aspects législatifs

Le décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions CSAPA (JO du 15 mai 2007) et la circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 viennent préciser les missions obligatoires et des missions facultatives suivantes.

« Quel que soit le public accueilli, les 4 missions obligatoires du CSAPA sont :

- L'accueil de toute personne se présentant ou le contactant, elle-même concernée par une addiction ou toute personne de son entourage. L'objectif est l'écoute, la création d'un premier lien en vue de créer les bases d'une relation mais aussi la diffusion des premiers éléments de réponse aux demandes et besoins des personnes. L'accueil n'est pas seulement la prise de rendez-vous. Les critères requis sont :
 - Un accès facile (implantation, horaires)
 - Des locaux accessibles aux Personnes à Mobilité Réduite (PMR)
 - L'obligation de pouvoir accueillir de façon anonyme si une personne le demande, la simplification des formalités d'accueil, un espace adapté pour permettre la confidentialité.

⁵⁷ Extrait du traité de fusion entre Oppelia et le CSAPA, rédigé puis signé le 19/12/2013

- L'information, dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité : droits ou sur les modalités de prise en charge : sous forme écrite (brochures...) associée à une explication adaptée
- L'évaluation médicale, psychologique et sociale selon la demande et les besoins de l'utilisateur ou de son entourage. Il s'agira de déterminer le niveau de sa consommation, sa situation sociale et les éventuelles difficultés associées pour lui proposer la prise en charge la plus adaptée à ses besoins. Concernant les personnes de l'entourage, il s'agit d'aborder les conséquences des pratiques addictives du proche ainsi que leur besoin d'aide et d'accompagnement.
- L'orientation en interne (au sein de l'équipe pluridisciplinaire) ou en externe si le CSAPA ne peut prendre en charge sur une difficulté spécifique. Le CSAPA a l'obligation d'orienter l'utilisateur vers une autre structure mieux adaptée. Le CSAPA travaille en réseau partenarial (ville, psychiatrie, hôpital, autre dispositif médico-social...).

La prise en charge dans les CSAPA est à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative, elle participe dans tous les aspects de la prise en charge globale de l'utilisateur :

- Médicale : évaluation de la dimension médico-psychologique de la dépendance, recherche des comorbidités somatiques et psychiatriques, proposition de différents protocoles de prise en charge, incluant notamment le traitement des états de manque inhérents à la dépendance et des comorbidités, proposition d'un sevrage thérapeutique. Si ce sevrage n'est pas directement assuré par le centre, le CSAPA devra accompagner l'utilisateur, prise en compte de la santé du patient dans une acception large et pas seulement en tant qu'absence de maladie, pour les usagers de drogues : prescription de l'ensemble des traitements de substitution aux opiacés (TSO⁵⁸) et primo-prescription de méthadone. (...).
- Psychologique : évaluation de la dimension psychologique des consommations et des dépendances qui viennent compléter l'évaluation médicale. Suivi psychologique et soutien adapté à la situation et aux besoins de l'utilisateur. Possibilité d'orientation vers le secteur psychiatrique en cas de comorbidités psychiatriques.
- Sociale et éducative : accompagnement socio-éducatif visant pour l'utilisateur à conquérir ou reconquérir son autonomie pour permettre et conforter les conditions de prise en charge thérapeutique, soit des aides au recouvrement et de maintien des droits sociaux ou des actions ou des orientations visant à l'insertion sociale. »⁵⁹

⁵⁸ TSO : traitement de substitution aux opiacés, principalement Méthadone® et Buprénorphine Haut Dosage (BHD : Subutex®)

⁵⁹ Extrait du décret et de la circulaire mentionnés

Depuis la loi de modernisation de notre système de santé du 16 janvier 2016, l'activité de prévention est désormais devenue une mission obligatoire des CSAPA.

Par ailleurs, tous les CSAPA, qu'ils soient spécialisés ou non, ont l'obligation de mettre en œuvre des mesures de RDRD à destination du public accompagné. Ainsi, la RDRD concerne les usagers de drogues illicites et les personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool. Avec les nouveaux moyens mis à disposition (vapoteuse), les usagers de tabac sont désormais inclus dans le dispositif RDRD. La RDRD s'adresse aux personnes qui, du fait de leur addiction, peuvent avoir des comportements à risques, liés aux produits eux-mêmes, aux modes d'usage, aux circonstances de consommations. La mission de RDRD des CSAPA a pour but non seulement de limiter les risques sanitaires (transmission des virus VIH et VHC⁶⁰ notamment) et sociaux liés à l'usage de substances psychoactives, mais aussi de contribuer au processus de soin, au maintien et à la restauration du lien social. Conformément au décret du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de RDRD en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique, les CSAPA doivent mettre à disposition de leurs usagers des outils de RDRD (préservatifs, seringues et filtres, roule ta paille, pipe à crack, récupérateurs...) et délivrer des conseils personnalisés.

En complément, tout usager de CSAPA bénéficie d'informations collectives et/ou individuelles, de conseils personnalisés d'éducation à la santé (hygiène, prévention des risques infectieux, overdose...). Enfin, le CSAPA peut mettre en œuvre des missions facultatives telles que des consultations de proximité et de repérage précoce des usages nocifs : consultations de proximité, notamment pour les jeunes consommateurs.

B) Le projet personnalisé au CSAPA Horizon 02

Selon l'approche expérientielle mise en œuvre dans le cadre de l'accompagnement, l'utilisateur participe à son projet : il est co-auteur de son parcours. Le professionnel propose un accompagnement spécifique personnalisé en respectant le rythme, le temps, les choix de l'utilisateur : il favorise et nourrit le temps de réflexion sur son parcours en mettant à disposition les moyens humains et matériels de l'équipe.

Les professionnels du CSAPA lui permettent de développer ses capacités à faire des choix et à envisager ce qui peut contribuer à son mieux-être. Ils favorisent l'empowerment (développement du pouvoir d'agir).

Selon sa provenance, l'utilisateur peut avoir plusieurs types de demandes initiales.

Il peut faire la démarche de venir, suite à une « obligation » ou un conseil appuyé :

⁶⁰ VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine ; VHC Virus de l'Hépatite C

- par la Justice : son objectif peut être initialement d'éviter d'autres conséquences (retrait du permis de conduire, incarcération, placement des enfants...)
- par le corps médical : suite à l'orientation par le médecin traitant (bilan sanguin perturbé), il peut demander à réduire ou arrêter sa consommation ; un médecin du travail peut orienter vers le CSAPA pour des raisons professionnelles (absentéisme/sécurité/risque de licenciement)
- par des structures à vocation sociale : difficultés à vivre en collectivité, non-respect du règlement intérieur dans le cadre d'un hébergement social
- par l'entourage : ultimatum de la famille qui ne supporte plus le comportement de la personne.

Il peut aussi venir volontairement et avoir connu le CSAPA par affichage, par internet ou sur conseils.

Sa première demande peut être simplement de venir sous prétexte de « chercher un document » (certificat/attestation, ordonnance de traitement, prescription de bilan sanguin...) ou du matériel RDRD. Il peut demander expressément d'avoir un traitement (TSO, réduction alcool, TSN⁶¹...). Il vient chercher des informations sur les addictions et vient voir ce que le CSAPA peut lui apporter. Il demande à faire le point sur sa consommation/sa conduite addictive ou celle d'une personne de son entourage.

Il peut directement demander de l'aide (globale ou spécifique : médicale, psychologique, socio-éducative...) et/ou souhaite partir en sevrage (simple ou complexe).

L'accompagnement proposé s'appuie sur le suivi individuel et/ou des temps de groupe (ateliers thérapeutiques, groupes de parole).

Le professionnel s'enrichit également du travail en partenariat qu'il a construit avec l'équipe auprès d'autres structures (conventions, réseau...).

Il invite à la réflexion sur le comportement de consommation et les habitudes de vie (graphique satisfaction-motivation ; entretien motivationnel) : état des lieux avec l'utilisateur de sa situation, de là où il en est (évaluation de la satisfaction face au mode de vie), balance décisionnelle (avantages et inconvénients de la consommation/de l'arrêt), ressources mobilisables (internes, environnement), valorisation de l'avancée de la réflexion.

Le professionnel accompagne au changement : il fait préciser ses objectifs à l'utilisateur et lui propose des moyens adaptés (suivi individuel et/ou groupal), il participe aux temps de synthèses en équipe (en interne/en externe), il fait réaliser des bilans et propose un suivi médical (ambulatoire ou hospitalier, examens, bilans sanguins, prescriptions), il oriente vers un bilan et un suivi psychologique si besoin (évaluation des comorbidités psychiatriques, thérapies)

⁶¹ TSN : traitement de substitution à la nicotine, principalement patches, gommes, pastilles, spray...

C) Implantation et partenariats par territoire et par pôles

La localisation du CSAPA sur 5 antennes dans l'Aisne a permis de déployer une articulation spécifique avec les acteurs locaux sur chaque territoire. Cependant, ces ententes relationnelles ne donnent pas entière satisfaction à ce jour : les quelques conventions de partenariat signées en 2009 n'ont pas été évaluées et réactualisées. Le partenariat n'est plus dynamique et fonctionnel, les interlocuteurs ont changé. Les orientations d'utilisateurs entre institutions sont plus unidirectionnelles (avis de spécialiste ou cas complexe « incasable ») que véritablement coordonnées dans le cadre d'un parcours.

Dans un objectif de fonctionnement par pôles, les antennes ont été organisées entre elles pour une couverture territoriale optimale. Le département a été découpé en 3 pôles fonctionnels : Nord, Centre et Sud du département. Ce découpage permet également une répartition des effectifs de professionnels en fonction du nombre d'habitants du territoire et des besoins repérés.

D) Activité du CSAPA durant les 5 dernières années : quel public et quelles tendances ?

La file active du CSAPA fluctue entre 1500 et 1800 usagers chaque année, composée à 87% d'hommes pour 13% de femmes.

Les 4/5èmes des usagers ont plus de 30 ans (30% des usagers ont entre 30 et 40 ans ; 25% entre 40 et 49 ans ; 18% entre 50 et 59 ans), les moins de 30 ans sont à 20% environ. L'accès aux soins est tardif.

A propos de leur lieu de vie, quasiment tous résident dans le département de l'Aisne. 78% vivent dans un logement durable, en tant que propriétaires ou locataires : 21% ont un logement précaire (hébergé chez un tiers ou dans une structure à vocation sociale), 1% est SDF.

Le lieu de résidence des usagers a été analysé pour chacune de nos antennes avec la répartition suivante en 2017 :

	Château Thierry	Hirson	Laon	Saint Quentin	Soissons	Total	%
En ville	131	77	164	236	154	762	47,95
Communes rurales aux alentours	140	85	274	196	132	827	52,05
File active totale	271	162	438	432	286	1589	100,00

Plus de la moitié des usagers habite en secteur rural et doit organiser son déplacement pour accéder à des services de soins ou d'accompagnement (voiture personnelle ou tributaire d'un tiers, transports en commun quand ils existent). En 2018, une enquête en interne auprès des usagers du CSAPA a révélé que les usagers habitants en milieu rural se déplaçaient au CSAPA :

- De manière autonome : 43%
 - Avec leur voiture, pour ceux qui possèdent leur permis ou parfois malgré l'invalidation de ce dernier (récidive de CEA) : 26%
 - En mobylette, scooter ou moto : 8%
 - A pied : 5%
 - Avec une voiture sans permis : 4%
- En étant dépendant d'un tiers : 57%
 - Avec l'aide d'un proche ou d'un voisin, quand il est disponible : 31%
 - En autocar : 8%
 - En train : 7%
 - En auto-stop : 6%
 - En ambulance : 4%
 - En taxi : 1%

Concernant leurs ressources, 53% perçoivent un revenu de l'emploi, 16% touchent les ASSEDIC, 13% le RSA, 4% l'AAH ; 14% sont sans aucune ressource.

Les principales orientations vers le CSAPA sont à :

- 56% d'origine Justice (dont 45% pour obligation de soins dans le cadre d'un suivi avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) et 10% en pré-sententiel, pour CEA, ILS ou Ivresse Publique et Manifeste (IPM)
- 28% dans le cadre d'une démarche volontaire : l'utilisateur a pris contact directement avec le CSAPA
- 8% par un partenaire du secteur sanitaire (médecine de ville et centres hospitaliers), avec 26 usagers bénéficiaires d'un sevrage hospitalier
- 8% par un partenaire médico-social (CSAPA, CAARUD, ESAT, SAVS ou autres)

Le produit à l'origine de la demande de prise en charge est l'alcool pour 77% des usagers, le cannabis pour 11%, les opiacés (dont les TSO détournés) pour 8%, 3% pour les autres produits illicites et 2% pour le tabac.

Après évaluation des conduites addictives par l'équipe, les profils sont en moyenne à 59% des usagers dépendants, 21% en usage nocif, 11% abstinents (depuis 30 jours ou plus), 9% pour usage simple.

La majorité de l'activité des différents professionnels est composée de consultations ou entretiens en individuels, complétés pour certains volontaires de groupes de parole, d'ateliers thérapeutiques et d'activités physiques.

Quelques personnes de l'entourage ont demandé à être reçues (pour un total de 16 personnes) par le médecin, le psychologue, l'infirmière ou le travailleur social.

Chaque année, les dossiers classés sont comptabilisés (environ 30% de la file active) et le motif de classement est identifié. Sur les 5 dernières années, la tendance s'est confirmée avec :

- 20% classés à la demande de l'utilisateur : fin de suivi
- 5% décédés
- 75% classés « perdus de vue » : le constat d'une rupture de parcours est effectué, malgré la tentative de prise de contact (téléphone ou courrier de l'équipe)

Parmi les motifs d'interruption du suivi exprimés quand le recueil a pu être possible, il est fréquent (plus de 2 fois sur 3) que le motif invoqué soit la difficulté matérielle de se rendre sur le lieu de consultation (pas de permis de conduire ou de véhicule, pas d'entourage en capacité d'accompagner, pas de transport en communs possibles). Ce recueil a pu être effectué lors de la reprise de contact par certains usagers des mois voire des années avec la rupture du parcours initial : des déménagements à proximité des villes principales ayant été des facteurs de reprise de contact pour un suivi.

Au regard de l'analyse des profils d'utilisateurs, à partir des rapports d'activités de l'établissement depuis 5 ans, les tendances suivantes ont été relevées au niveau de la file active :

- légère féminisation (de 8% en 2013 à 13% en 2017), en particulier par orientation de partenaires du social (UTAS, CHRS, centres sociaux)
- rajeunissement (de 13% en 2013 à 17% en 2017 pour les moins de 25 ans ; de 20% en 2013 à 30% en 2017 pour les 30-39 ans)
- augmentation très nette des consommateurs de produits illicites (opiacés ou TSO détournés : de 2% en 2013 à 8% en 2017 ; cannabis : de 3% en 2013 à 11% en 2017)
- très importante dégradation des conditions de vie (le logement précaire ou SDF concerne 12% en 2013 pour 21% en 2017)
- une diminution du nombre de personnes qui travaillent (de 68% en 2013 à 53% en 2017) ayant pour conséquence une augmentation significative d'utilisateurs bénéficiaires d'aides sociales ou sans ressources (de 32% en 2013 à 47% en 2017)
- une diminution du nombre des usagers résidant dans la même ville que le CSAPA qui les accompagnent, ce qui représente plus de 52% vivant en milieu rural.

En résumé, le profil des usagers du CSAPA s'est complexifié depuis 5 ans en termes de lieu de vie, de ressources, de situation professionnelle. Des personnes plus jeunes, consommant des produits stupéfiants, habitant en milieu rural et/ou en habitat précaire sont venues ou ont été adressées au CSAPA, avec pour certaines d'entre elles des difficultés de régularité dans le suivi du fait du lieu de vie, hors des villes principales du département.

E) Ressources humaines du CSAPA et Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) : tendances

A la création il y a quarante ans, l'approche pluridisciplinaire n'était pas encore le modèle utilisé : chacune des 5 équipes ayant été constituée d'un médecin, d'une infirmière, et d'une secrétaire médicale. A partir des années 2000, une approche plus globale a pu être réalisée grâce au recrutement de psychologues qui sont venus compléter l'équipe ; des travailleurs sociaux sont progressivement intégrés depuis 2016.

L'équipe, au niveau départemental, est actuellement composée de :

Fonction	Poste	ETP
Encadrement	1 directrice	1
	1 chef de service	1
Fonction support	1 Responsable Administratif et Financier	1
	1 assistante de direction	0,6
	5 secrétaires accueillantes	4,4
Equipe médico-psycho-socio-éducative	4 médecins	2,2
	4 IDE	3,8
	3 psychologues cliniciens	2,25
	3 travailleurs sociaux	3
Equipe de prévention	1 coordinatrice	1
	1 animatrice	1
Equipe technique	1 Agent d'entretien	0,15
Total	24 postes	21,4 ETP

Sur chaque pôle, l'effectif médico-social varie entre 5,15 ETP au nord, 4,7 ETP au centre, 5,8 ETP au sud, ce que en fait, malgré tout, des petites équipes, dont la présence à temps partiel de certains salariés ne permet pas de se rencontrer suffisamment souvent pour travailler ensemble de manière hebdomadaire.

L'équipe d'encadrement se déplace régulièrement au sein de chaque antenne pour faciliter un management de proximité.

Au niveau de la pyramide des âges et des prévisions de départs de personnel, un médecin et une secrétaire accueillante envisagent leur retraite à 2 ans. Les départs en retraite suivants concernent donc principalement des postes en fonction support et encadrement. Les médecins prolongent généralement leur carrière jusqu'à 70 ans. Les équipes médico-psycho-socio-éducatives seront donc relativement stables d'ici 5 ans, sauf imprévu.

L'équipe compte 4 hommes (3 médecins et 1 chef de service) pour 20 femmes, soit 17%. En termes d'ancienneté,

- 4 salariés sont présents depuis plus de 20 ans
- 7 salariés sont là depuis 10 à 20 ans
- 13 salariés ont été recrutés depuis moins de 10 ans, dont 6 depuis moins de 2 ans

Une grande majorité du personnel a intégré l'équipe depuis seulement quelques années, ce qui peut être favorable à l'élaboration et au pilotage de projets innovants pour l'établissement, en lien avec leurs expériences préalables au sein d'autres structures du médico-social.

Dans le cadre de la GPEC, je suis attentive à ce que chaque salarié recruté bénéficie d'une formation spécialisée en addictologie (Diplôme universitaire ou capacité) pour compléter sa formation initiale. De plus l'association Oppelia fait bénéficier à ses salariés, en interne, de nombreuses formations spécifiques : approche expérientielle, RDRD, psycho traumas, intervention précoce...), ce qui permet à chacun de monter en compétences et de s'associer à de nouveaux projets.

Concernant le cadre de l'amélioration des conditions de travail, un groupe de travail constitué des délégués du personnel et de quelques salariés a participé à la définition de critères permettant d'évaluer la qualité de vie au travail. Les points à améliorer, en particulier le temps de trajet pour se rendre au travail a fait l'objet d'une réorganisation plus favorable⁶². Le climat social est assez clément : les représentants du personnel sont rencontrés mensuellement et sont associés aux perspectives d'évolution.

F) Gestion Financière

L'établissement dispose d'une DGF annuelle d'environ 1 763 000 euros, attribuée par l'ARS et versée par la CPAM mensuellement.

Le budget prévisionnel 2018, accepté par l'ARS en juillet 2018, se décompose de la manière suivante :

⁶² Rapprochement vers un site moins éloigné et télétravail pour certains postes (administratifs).

Charges	Montant (€)	Produit	Montant (€)
Groupe 1	111 000	Groupe 1	1 758 000
Groupe 2	1 371 000	Groupe 2	5 000
Groupe 3	281 000	Groupe 3	0
Total	1 763 000	Total	1 763 000

Le résultat est excédentaire depuis plus de 2 ans, pour un total de 198 000 euros : l'affectation des résultats est en négociation avec l'ARS qui est prête à financer au CSAPA la création de nouveaux projets, à titre expérimental dans un premier temps, puis possiblement de manière pérenne, dans le cadre de co-financements.

La situation financière du CSAPA est donc assez favorable à l'heure actuelle.

2.2 Un diagnostic partagé : des axes à mettre au travail

Conformément aux dispositions réglementaires, son autorisation ayant été promulguée en mars 2010, le CSAPA a réalisé son évaluation interne en 2015 et son évaluation externe en 2017. Les résultats ont été transmis à l'ARS HdF dans les délais impartis.

2.2.1 Résultats des évaluations

L'évaluation interne a été réalisée en présence de salariés volontaires, d'usagers et de quelques partenaires.

Parmi les axes d'amélioration possibles ont été identifiés :

- Améliorer le travail en partenariat et le rendre plus fonctionnel : se rencontrer, échanger sur les pratiques et nos spécificités respectives, prévoir des temps de synthèse communs autour de situations complexes accompagnées par les 2 établissements, permettre de co-construire des parcours de vie et de soins avec les usagers, formaliser sous forme de convention. Les partenaires identifiés sont d'une part ceux avec lesquels nous travaillons déjà mais dont nous sommes insatisfaits des modalités d'échanges actuels, et d'autre part ceux qui sont intéressés pour une coopération, en particulier le secteur social (hébergement, insertion, emploi), médico-social (handicap) et sanitaire (médecine générale et spécialisée, psychiatrie) ; savoir mieux orienter nos usagers
- Développer la communication externe : pour mieux se faire identifier par le grand public
- Diversifier les modalités d'accompagnement : sortir des bureaux et des murs
- Diversifier les projets des équipes : offrir de nouvelles prestations
- Créer le comité stratégique de territoire : pour impulser une dynamique locale, mieux repérer les besoins et faire des propositions adaptées

Ces pistes sont des gages d'ouverture et de volonté de changement.

L'évaluation externe menée en 2016 a conclu les priorités suivantes :

« Le CSAPA vient de réécrire son projet et est aujourd'hui dans une dynamique positive de renouveau. Il répond pleinement à ses missions avec une équipe de professionnels compétente et engagée qui diversifie ses compétences et ses pratiques professionnelles au travers de formations régulières. Le projet d'établissement situe clairement l'activité du CSAPA dans son contexte au regard de l'évolution des politiques publiques en matière d'addictologie, des caractéristiques de la population sur son territoire d'intervention, de l'évolution de la population qu'il accueille et de l'offre de services en addictologie disponible sur le territoire.

Le CSAPA est confronté à l'isolement et à la précarité des publics en zones rurales et doit ajuster ses dispositifs pour répondre au mieux à leurs besoins, entre les consultations ambulatoires et le renforcement de l'accompagnement social, les suivis hors les murs et de nombreuses actions de prévention et de formation sur l'ensemble du département. L'« aller vers » est un des axes de développement que le centre s'est fixé pour les prochaines années. Le service de la CJC va être constitué d'une équipe mobile en articulation avec la prévention, en accord avec l'évolution des politiques publiques en la matière. La difficulté reste de trouver le juste équilibre entre aller à la rencontre de populations isolées et éviter une trop grande dispersion des équipes et des moyens.⁶³ »

Les conclusions des évaluations sont convergentes : être mieux identifié, s'adapter au public, « aller vers » en milieu rural en particulier, former, améliorer le partenariat, proposer de nouveaux projets.

2.2.2 Identification des axes prioritaires dans le projet d'établissement 2016-2020

Le projet d'établissement a été réactualisé en 2016 et comporte 3 axes de développement :

- Aller vers les publics et développer la prévention
- Réorganiser le fonctionnement des antennes
- Anticiper les compétences nécessaires aux évolutions

Ces priorités sont cohérentes avec les résultats des évaluations.

2.2.3 Des constats convergents : améliorer l'accessibilité et la continuité de parcours

Les différentes études menées au sein du CSAPA mènent aux mêmes conclusions : l'urgence et la gravité de la question des addictions et de ses conséquences dans le département est à prendre en compte, les difficultés de l'accès aux soins de manière générale et en addictologie en particulier en lien avec les problèmes de transport doivent faire l'objet d'une réponse plus adaptée, le travail de partenariat insuffisant et non

⁶³ Extrait de la conclusion du rapport d'évaluation externe rendu en 2017

opérationnel entre les différents acteurs doit être amélioré, le manque de formation des partenaires conduit au défaut de dépistage et d'orientation, la coordination des parcours des usagers n'est pas réalisée de manière efficiente.

2.2.4 Partage d'expériences avec d'autres structures d'Oppelia

Dans le cadre de mon stage, je suis allée à la rencontre d'équipes de professionnels travaillant également pour Oppelia mais avec des implantations géographiques et une histoire différentes. J'ai pu recueillir des études et des expériences menées auprès des usagers.

A) Etablissement Kairos (CTR) à Andrésy (78)

Le Centre Thérapeutique Résidentiel spécialisé en addictologie, Kairos, est situé dans les Yvelines : il accueille des résidents par groupes de 15 sur des séjours de 6 semaines.

En 2016, le CTR a fait l'objet d'une recherche⁶⁴ concernant le devenir des usagers traités pour trouble addictif à leur sortie du centre.

Parmi les difficultés exprimées par les usagers, plusieurs obstacles au rétablissement sont évoqués :

- Le manque d'anticipation de la sortie entraînant des rechutes : un retour au domicile compliqué dans l'environnement familial
- Le manque de soutien : le passage du soutien du groupe à une forme d'isolement social au retour au domicile, avec perte des repères
- Un trop grand décalage entre l'approche proposée au CTR et celle des autres centres entraînant une forme de déstabilisation

Cette étude montre la nécessité à la sortie d'une coordination entre la structure de soins et lieu de vie afin de mieux appréhender les difficultés du quotidien dans l'objectif de limiter les rechutes : le dispositif actuel reste à renforcer pour plus de proximité.

B) Structure Aria (CSAPA, CAARUD, PAEJ, CHRS) à Lyon (69)

En réponse aux sollicitations de ses partenaires du secteur social et de l'hébergement, l'équipe d'Aria a développé un dispositif d'équipe mobile à destination des personnes, en étant présente sur site (CHRS) régulièrement sans obliger les résidents de les rencontrer. Les principales missions de l'équipe sont d'établir le contact avec des personnes souffrant d'addiction en situation de grande précarité dans les lieux d'accueil et de proposer des suivis médico-psycho-sociaux au sein même de la structure d'accueil à des personnes qui vont difficilement vers l'extérieur pour accéder au soin.

⁶⁴ Recherche menée en 2015-2016 par l'Hôpital Maison Blanche – Psychiatrie et santé mentale du Nord-Est de Paris

Cette déclinaison de l'« aller vers », grâce à une équipe composée d'un médecin, d'un psychologue et d'une infirmière, apporte de la proximité, de la disponibilité pour les usagers tout en permettant sur place le soutien aux équipes de travailleurs sociaux par des temps de synthèse et de formation.

C) Structure Nautilia (CSAPA, CAARUD, ACT, ACT à domicile, équipe de prévention) au Havre (76)

Les usagers de Nautilia ont fait l'objet de 2 études pour permettre aux professionnels de mieux comprendre les dysfonctionnements et de proposer des pistes de solutions.

En 2016, une première étude⁶⁵ a porté sur le rôle de l'accueil et son influence dans la continuité de parcours. La question de départ était l'absentéisme aux rendez-vous fixés, à raison de 30% en 2016. Parmi les motifs d'absence ont été relevés l'oubli de la date et de l'heure, des horaires d'ouverture non adaptés, un délai trop long (plusieurs semaines) avant d'être reçu, et l'impossibilité physique de se déplacer faute de transport. Des rendez-vous adaptés aux possibilités des personnes (date et heure, accueil sans rendez-vous) ont été mis en place.

En 2017, une deuxième étude⁶⁶ a porté sur les troubles cognitifs⁶⁷ chez les personnes alcoolo-dépendantes et la continuité du parcours de soins. L'idée de départ est de comprendre l'impact des troubles de la mémoire sur le parcours de soins. Parmi les solutions, l'étude a montré qu'un rappel par SMS la veille du rendez-vous permettait à un grand nombre d'usagers de se souvenir et de s'y rendre, permettant de poursuivre leur accompagnement.

2.3 Analyse stratégique du CSAPA Horizon 02 : comment améliorer les parcours des usagers ?

A l'étude du fonctionnement actuel du CSAPA, je peux mettre en évidence certaines forces dans notre fonctionnement actuel.

Pour garder le lien avec l'utilisateur, les professionnels du CSAPA sont en réflexion sur leur mobilité, leur adaptabilité, leur proximité dans le cadre d'actions « hors les murs », je peux compter sur leur implication.

Les rapports d'activité du CSAPA montrent depuis 5 ans une évolution du profil des usagers qui nous sont orientés : un pourcentage croissant d'usagers vit chez un proche, dans des structures d'hébergement social voire dans la rue, alors qu'il y a 10 ans la plupart vivait

⁶⁵ Mémoire de S. Le Diabat dans le cadre d'un DU en addictologie

⁶⁶ Mémoire de G. Bellet dans le cadre d'un DU en addictologie

⁶⁷ Les troubles cognitifs représentent une des complications les plus importantes et la plus fréquente pour les alcoolo-dépendants : de manière aiguë, l'ivresse pathologique, le syndrome de sevrage ou de manière chronique le syndrome de Gayet-Wernicke et le syndrome de Korsakoff.

chez eux. Ce constat nous a amené à renforcer l'équipe du CSAPA en travailleurs sociaux, ce qui nous sera utile pour le développement du travail à domicile.

Dans une perspective d'intervention au plus près du lieu de vie, afin d'identifier avec l'usager quels sont au quotidien les freins et les leviers pour son rétablissement et dans le cadre d'un accompagnement global, une équipe mobile, pluridisciplinaire, intervenant au lieu de vie de l'usager est un dispositif pertinent qui a fait ses preuves dans le secteur de la santé mentale. Ce dispositif existe dans l'Aisne et aurait certainement intérêt à s'étendre sur le champ de l'addictologie car dans de fréquentes situations, addictions et santé mentale sont conjuguées : le projet du CSAPA visant l'adaptation de cette approche aux usagers des services en addictologie, selon leurs spécificités, par la création d'une équipe mobile dédiée aux soins et l'accompagnement de proximité, particulièrement en milieu rural.

Au niveau régional, dans le cadre de la préparation du PRS2 HdF auquel j'ai participé, un chantier « Addictions » a fait l'objet d'une réflexion commune par les différents acteurs, identifiant notamment comme problématique « Le maillage de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives », celui-ci étant à conforter dans certains territoires⁶⁸. Un objectif opérationnel de ce chantier identifie la nécessité d'« améliorer l'accès et le recours aux dispositifs de prise en charge des conduites addictives en garantissant leur efficacité et en favorisant les coopérations ». L'ARS est particulièrement intéressée par les dispositifs innovants ayant montré leur efficacité par ailleurs, ce qui pourrait permettre aux établissements existants de redéployer leur activité voire d'obtenir des financements complémentaires dédiés.

En 2017, suite à une première réunion à l'initiative de la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) et de la FA, dans le département de l'Aisne, des acteurs locaux du secteur social (hébergement, insertion, emploi) et de l'addictologie (CSAPA, CAARUD, ELSA) ont partagé l'intérêt de travailler ensemble au bénéfice des usagers⁶⁹. Suite à ma prise de contact avec les directions des principaux établissements d'hébergement social du département, de foyers de vie pour personnes handicapées et d'ESAT, les directeurs ont formulé des besoins d'accompagnement, avec en projet la formation de leurs équipes au repérage des conduites addictives, à la conduite à tenir (posture professionnelle, orientation), à la révision du règlement intérieur des établissements et la création d'une permanence par le CSAPA, dans le cadre des activités d'une équipe mobile.

Par ailleurs, une étude menée par 2 centres hospitaliers en milieu rural du territoire Aisne-Nord (Guise et Hirson) disposant respectivement de lits de sevrage simple et complexe a

⁶⁸ Selon le diagnostic territorial de Hauts de France, OR2S, 2016

⁶⁹ Cette rencontre fait suite aux travaux communs des 2 fédérations ayant abouti à la rédaction du guide « Addictions et lutte contre les exclusions : travailler ensemble » publié en 2015

fait le constat d' « allers-retours » réguliers (1 à 2 séjours par an) en hospitalisation de personnes orientées pour une « cure⁷⁰ » par leur médecin généraliste, sans qu'un accompagnement sanitaire et social initial ou au retour au domicile ne leur soit proposé : notre appui a été sollicité pour favoriser la continuité du parcours de soins.

L'étude 2016 de l'Observatoire Régional du Sanitaire et du Social (OR2S) révèle que la population de l'Aisne reste très impactée par la surmortalité liée à l'alcool et au tabac, notamment sur le territoire Nord (Cantons de Saint Quentin et Vervins) : ce qui est fait actuellement paraît insuffisant, des projets sont à créer pour démultiplier l'activité et pouvoir mieux suivre le public accompagné.

Enfin, en raison de la pénurie médicale dans le département de l'Aisne, plusieurs maisons de santé se sont ouvertes dans des zones rurales : elles regroupent médecins, personnels paramédicaux, psychologues, qui demandent une présence d'intervenants spécialisés en addictologie, pour les aider au diagnostic et à l'orientation : cela peut être un des axes de travail de l'équipe mobile en addictologie.

Parallèlement, la situation actuelle révèle certaines faiblesses.

Le sujet des addictions reste tabou dans notre société, en particulier en milieu rural, avec une tendance à la banalisation de la consommation dans certaines familles. Longtemps stigmatisé en tant que vice, la considération que la problématique addictive est la résultante de facteurs individuels, environnementaux et liés au produit lui-même est récente et peine à être comprise et acceptée. Beaucoup d'idées reçues persistent et restent pour nous des freins à l'accès aux soins.

Certains usagers sont en présence de facteurs de vulnérabilité (être sans emploi, sans ressources, isolé/désocialisé...), de sollicitations permanentes (publicité, invitations) conjugué à l'accès aux produits facilité (environnement, internet) : l'accès aux soins reste complexe, n'étant pas une priorité et restant difficile à engager faute de moyens (déplacements, coût...).

De manière générale, le secteur de l'addictologie reste financièrement sous-doté au regard du nombre de personnes concernées (usager et son entourage) par les addictions. Dans l'Aisne, plusieurs villes comportent un service dédié mais les équipes sont saturées face aux demandes qui leur parviennent. Des moyens financiers et humains manquent pour faciliter l'accompagnement des usagers.

Parmi les opportunités quant à l'évolution du CSAPA que je dirige, je souligne son ancienneté et son implantation sur tout le territoire : avec ses 46 ans d'existence, il est

⁷⁰ Cure : terme anciennement utilisé, on lui préfère de nos jours le terme sevrage (cure, du latin *curare* signifiant soigner, étant inadapté puisqu'on ne guérit pas d'une addiction)

connu par de nombreux partenaires et acteurs du secteur sanitaire, social, médico-social et judiciaire.

Le projet d'établissement du CSAPA, co-construit avec les équipes et des usagers en 2016, fait état de plusieurs axes de développement dont « aller vers » les publics en difficultés. Cette prise de conscience de l'équipe repose sur un constat partagé et une étude par questionnaire menée au CSAPA en 2017 dans le cadre de la recherche d'une optimisation de l'accompagnement. Elle a permis d'identifier certains des éléments jouant un rôle dans la rupture des parcours de soins en addictologie : la problématique des transports, le manque de proximité des établissements spécialisés, l'oubli des rendez-vous, la complexité des démarches à entreprendre. Face à ces difficultés, les professionnels ont réfléchi à une nouvelle manière de penser l'accompagnement par le déplacement sur le lieu de vie.

Le champ d'activité du CSAPA s'étend de la prévention⁷¹, à la RDRD⁷², aux soins médico-psychologiques et à l'accompagnement socio-éducatif : il couvre tous types de publics et s'appuie sur l'adaptabilité des professionnels. L'équipe est en capacité de mettre en place des formations auprès de professionnels d'autres secteurs afin de permettre de comprendre le mécanisme des addictions. L'accompagnement de ces équipes partenaires au repérage et au suivi permettra de faciliter la coordination des parcours de soins et d'accompagnement, en proposant en complément des temps de permanence et de consultations par l'équipe du CSAPA.

Concernant les menaces potentielles, ma prise de poste en 2016 a eu pour conséquence plusieurs changements au sein du CSAPA, en particulier par l'intégration de nouveaux métiers au sein des équipes. Cette nouvelle composition reste à consolider puisqu'elle est venue bousculer les pratiques préalables, assez médico-centrées et pour que l'accompagnement devienne systématiquement global.

D'autres changements en cours (déménagements de locaux, accueil de publics plus précarisés, développement de la RDRD auprès de publics toxicomanes) peuvent déstabiliser certains professionnels dans leurs habitudes de travail.

L'idée du travail « hors les murs » est à accompagner pour pouvoir mettre en place des dispositifs adaptés pour les partenaires du sanitaire et du social qui nous sollicitent. Des séquences d'immersion des professionnels du CSAPA au sein d'équipes de maraudes (Education Spécialisée, CAARUD) ou auprès de professionnels intervenant au domicile vont être nécessaires pour permettre aux professionnels du CSAPA de se familiariser avec cette nouvelle approche.

La DGF actuelle du CSAPA ne permet pas actuellement de financer les postes nouveaux nécessaires au projet d'équipe mobile de manière durable, il n'est pas prévu de mesures

⁷¹ Prévention en milieu scolaire, auprès d'un public potentiellement non consommateur

⁷² Conseils et distribution de matériel (seringues, filtres, préservatifs, roule ta paille, strawbags...)

nouvelles au niveau régional en 2018. Cependant, l'affectation des résultats excédentaires de 2016 (puis de 2017) a fait l'objet d'une négociation avec l'ARS qui réfléchit à flécher les crédits pour la mise en place d'un dispositif expérimental porté par le CSAPA sur 3 ans : une équipe mobile en addictologie sur le territoire.

Selon Jean-René Loubat⁷³, « Les notions de parcours et de projet de vie rendent caduque la logique institutionnelle d'établissements traditionnels ». Dans le contexte de réduction des coûts et de désinstitutionalisation qui concernent actuellement les secteurs de la psychiatrie et du handicap, le secteur de l'addictologie ambulatoire doit pouvoir se saisir de l'opportunité d'une intervention de proximité au plus près du lieu de vie des personnes accompagnées, dans une perspective d'amélioration du parcours de soins et d'accompagnement. » C'est ainsi que le projet d'équipe mobile en addictologie dans l'Aisne vient répondre aux besoins des usagers comme des professionnels grâce à cette perspective de sauvegarde du lien qu'elle permet entre eux.

⁷³ LOUBAT JR, 2016, *Concevoir des plateformes de services*, Dunod, 375 p
Isabelle SEDANO - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2018

3 Conduire la diversification de l'activité : créer, en milieu rural, une équipe mobile spécialisée en addictologie afin de favoriser la continuité des parcours

Les missions qui me sont confiées en tant que directrice du CSAPA comportent plusieurs priorités que je dois mener à bien : la déclinaison du projet d'établissement, la gestion des ressources humaines et la gestion financière ainsi que le développement du partenariat.

Tout projet porté par mon établissement se doit d'être construit en conformité avec les attendus et dans le respect des délégations qui me sont attribuées.

En déclinaison du projet associatif Oppelia et des valeurs que je porte, les projets du CSAPA sont construits et mis en œuvre avec la participation de mes collaborateurs ainsi que d'usagers volontaires.

Comme le décrit l'HAS (anciennement Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles⁷⁴ concernant la participation des usagers dans les établissements relevant de l'addictologie, « les principes définissent le champ de la participation qui concerne toutes les activités de l'établissement ou service. Son efficacité est plus importante si elle s'appuie sur des modalités diversifiées. Elle est soutenue institutionnellement. La participation est un droit de l'utilisateur non une obligation. Elle est pragmatique dans sa forme et a de l'ambition dans son niveau de participation ». De plus, « La participation des usagers au fonctionnement de l'établissement modifie les positionnements des professionnels comme des usagers. », ce qui est le cas à Oppelia et au CSAPA en particulier. « Les groupes d'expression participatifs et les questionnaires permettent aux équipes professionnelles d'ajuster leur accompagnement, de développer des actions adaptées, et d'améliorer la qualité du service dans sa globalité ». Les usagers du CSAPA ont depuis quelques années contribué à la co-écriture de projets (associatif, établissement, de service), de documents (livret d'accueil et règlement de fonctionnement, questionnaires de satisfaction) et de l'évaluation de l'établissement. Certains sont également volontaires pour la co-animation d'ateliers et l'aménagement des locaux : ils s'approprient les lieux et en font un de leurs lieux de vie.

Tel que l'affirme Yves Matho⁷⁵, « Il faut construire des institutions nouvelles, refonder la notion même d'institution dans une nouvelle transcendance qui implique tous les acteurs et notamment les usagers. (...) En construisant des relations différentes, qui ne soient pas dans un rapport dominant/dominé, mais dans l'apport croisé des compétences, des connaissances mutuelles, les professionnels transformeront la logique de dépense

⁷⁴ HAS (ex-ANESM, 2008), *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie*

⁷⁵ MATHO Y., (2008) « la parole et la place de l'utilisateur au cœur de l'évaluation dans le secteur médico-social » in Les usagers évaluateurs ? Leur place dans l'évaluation des bonnes pratiques professionnelles en travail social, GEPSO, Les Etudes Hospitalières

(financière) en logique de richesse (humaine) et contribueront à bâtir, alors, peut-être, une place décisive de l'humain dans les relations sociales ré-imaginées. Il est toujours permis de rêver... »

En continuité des constats partagés présentés préalablement, j'ai souhaité impliquer quelques professionnels volontaires et leurs représentants, des usagers et des bénévoles (issus du CA) dans l'objectif de mener une réflexion commune à la recherche de solutions à la question « comment favoriser la continuité du parcours de soins de l'utilisateur afin d'améliorer sa qualité de vie et sa santé ? ».

Il nous faudra répondre collectivement à la question de la continuité du parcours de soins, du point de vue de chacun. J'ai donc mené la réflexion avec le groupe constitué, au sujet des pratiques, de l'organisation, des prestations proposées et des lieux d'activités. La situation actuelle étant insatisfaisante, et cette insatisfaction étant exprimée par tous, je me dois d'intervenir et d'accompagner le changement. Les enjeux se situent en interne et en externe, je le développerai plus loin.

Selon Crozier et Tilliette⁷⁶, « Le changement n'a d'intérêt que s'il est ressenti par tous comme apportant des améliorations au fonctionnement de l'ensemble. Cela suppose qu'il ne soit pas imposé comme un diktat venant de ceux qui en ont la vision, mais qu'il s'appuie sur une analyse convaincante des rapports entre les personnes qui leur montre que la situation n'est pas satisfaisante et qu'on peut faire mieux. »

A l'aide de techniques d'animation (métaplan et focus group), j'ai pu animer plusieurs séances auprès du groupe de volontaires.

Cette méthode de management participatif et transversal permet de mobiliser chacun autour du partage des constats, de la nécessité d'agir et de co-construire la réponse. Elle a l'avantage d'être un levier dans l'accompagnement au changement avec comme atout majeur de faire agir les personnes sur leur propre changement en y étant force de propositions et acteurs.

Cette manière de travailler auprès des professionnels fait également partie des modalités élaborées dans le cadre de la rédaction du Projet Associatif et de ses axes stratégiques, auquel je souscris pleinement pour y avoir participé, en particulier : « promouvoir la réflexion éthique, le développement des compétences et accompagner les pratiques professionnelles ; installer un processus interne permanent d'évaluation coopératif et d'amélioration des pratiques, instaurer des modes d'encadrement et de management respectueux des personnes et garants de la bienveillance et de la coopération entre professionnels et avec les usagers, favorisant la qualité de vie au travail⁷⁷. »

⁷⁶ CROZIER M., TILLIETTE B., 2007, *Nouveau regard sur la société française*, Odile Jacob, 221 p.

⁷⁷ Extrait du PA 2018-2022

Le groupe a proposé 5 objectifs spécifiques⁷⁸ d'amélioration des pratiques et des prestations, à partir desquels nous avons approfondi en quête de réponses. C'est à partir de ce résultat que j'ai pu élaborer avec le groupe un plan d'action à décliner sur les 3 années à venir.

3.1 Finalité de l'action et objectifs

La finalité du projet que je vais mener se définit ainsi : faciliter la continuité de parcours de soins pour les personnes ayant une problématique addictive dans l'Aisne afin de les accompagner vers un mieux-être et une meilleure santé.

En découlent les 5 objectifs opérationnels élaborés suivants :

1. Faciliter la mise en contact entre les usagers et le CSAPA
2. Associer l'entourage à l'accompagnement
3. Permettre un suivi régulier et faciliter la reprise de contact
 - a. éviter les ruptures de parcours en facilitant l'accès aux soins, le rétablissement et la réduction des risques grâce à un dispositif « hors les murs »
 - i. co-construire le projet de la personne avec elle et les structures qui l'accompagnent
 - ii. permettre le maintien du lien entre les personnes et les structures d'accompagnement
4. Améliorer le travail en partenariat
 - a. développer la coordination des différents acteurs intervenant dans l'accompagnement de ces publics (coordination sanitaire, sociale, médico-sociale)
 - i. développer un réseau de proximité dans le cadre des situations complexes
 - ii. former les acteurs des structures partenaires pour l'acquisition et le partage d'un langage commun
5. Mobiliser des financeurs

⁷⁸ Schéma synthétique en annexe 3

3.2 Mise en place du dispositif Equipe Mobile en Addictologie (EMA) : un travail préalable nécessaire, l'action de terrain comme aboutissement

Pour que le dispositif puisse voir le jour, un important travail en amont doit s'effectuer pour permettre au projet EMA de s'implanter dans de bonnes conditions.

En amont et afin de suivre et d'évaluer le projet, il convient de constituer un comité de pilotage (COPIL) composé des différentes parties prenantes : direction du CSAPA, professionnels, usagers, bénévoles, partenaires et financeurs. Ce COPIL pourra être issu du comité stratégique territorial dont le projet sera un des axes de travail.

Pour favoriser la continuité de parcours, en déclinaison du travail d'identification précédemment décrit, plusieurs objectifs seront à poursuivre concomitamment : le travail du comité de pilotage explique pour chacun les tenants et les aboutissants à mettre en œuvre afin d'être efficaces.

Le premier objectif consiste à faciliter le repérage du CSAPA pour permettre la mise en contact ou la reprise de contact entre l'utilisateur et le CSAPA.

- En premier lieu l'idée d'améliorer la communication externe du CSAPA a été suggérée en créant des supports de communication écrite (affiches, flyers, brochures), en rencontrant le public de manière plus massive (lors de stands et de forum de prévention) pour participer à la diffusion de messages, en étant mieux identifié au niveau numérique (présence sur Internet et les réseaux sociaux), en paraissant dans les médias du département (journaux hebdomadaires et télévision) : la visibilité au sein des villes doit être accentuée. Curieusement, autant le thème des addictions reste tabou dans la société, autant les professionnels en addictologie ont eux-mêmes des difficultés à communiquer sur leur existence et leurs moyens d'actions. C'est un problème de fond que je dois mettre au travail avec l'équipe pour donner de la visibilité au CSAPA et faciliter la mise en relation avec lui tant pour les partenaires que pour des usagers en recherche d'accompagnement.

- Ensuite, l'amélioration de l'accès au CSAPA doit être organisée : il s'agira de donner de la visibilité extérieure (panneau extérieur, fléchage municipal) et permettre à l'accès aux PMR (accueil et locaux adaptés : changer de locaux si nécessaire). Actuellement, il n'existe pas de visuel identifiable au niveau de la porte d'entrée sur la rue de nos 5 lieux d'activité. Certes, la volonté préalable de discrétion vis-à-vis du voisinage peut être entendue mais il n'est pas acceptable qu'une personne rebrousse chemin parce qu'elle ne nous a pas trouvés. Le logo du CSAPA doit être a minima visible à l'extérieur, complété des horaires et jours d'ouverture.

- Pour répondre à la difficulté pour les usagers de se déplacer vers les lieux de consultation, la priorité sera de mener les professionnels de l'équipe au plus proche de leur lieu de vie, soit en ouvrant des espaces de consultations « hors les murs » auprès de

partenaires identifiés (consultation avancée ou de proximité en Foyers d'hébergement, CHRS, Maison-relais ou tout autre dispositif proposant de l'hébergement social), soit en intervenant directement au domicile des usagers. Une équipe mobile dédiée sera constituée : le projet sera développé dans un chapitre suivant.

- Par ailleurs, il n'est pas facile pour l'utilisateur de faire la démarche de revenir au CSAPA après un temps d'absence ou un rendez-vous manqué : les ruptures de parcours dont les motifs ont été expliqués précédemment sont fréquents et il est difficile (honte, peur du jugement) pour l'utilisateur de reprendre contact quand il le peut à nouveau. Un premier point consistera pour l'équipe de reprendre contact systématiquement en cas d'absence au rendez-vous dès le lendemain pour simplement prendre des nouvelles : par téléphone, par courrier, par une visite au domicile. Un rappel des rendez-vous la veille par SMS sera également envisagé pour aider les usagers qui oublient bien involontairement leurs engagements. Si les modalités de suivi ne sont pas ou plus adaptées pour que l'utilisateur s'y tienne, des aménagements de parcours seront à mettre en œuvre, en particulier l'intervention sur le lieu de vie grâce à l'équipe mobile.

Les modalités de cette prise/reprise de contact seront abordées au début de l'accompagnement lors de l'élaboration du DIAMS afin que l'utilisateur comprenne notre intervention sans y voir un caractère intrusif. L'intérêt de la continuité du parcours de soins sera argumenté et discuté avec lui pour y donner du sens.

Un deuxième objectif consistera à associer l'entourage de l'utilisateur en proposant un accueil et des consultations individuelles dédiées, en créant des espaces de parole de groupe spécifiques, en développant des thérapies familiales (grâce à l'accès à la formation des professionnels chargés de les développer) et en sensibilisant le monde de l'entreprise (pour les cas fréquents de collègues en situation d'addiction : en appui de la Médecine du Travail auprès du responsable RH, du dirigeant et du CHSCT). En effet, près de 20% des accidents du travail mortels sont liés à la consommation d'alcool⁷⁹. L'équipe mobile intervenant au domicile sera également amenée à rencontrer l'utilisateur en situation familiale et dans son environnement de vie, permettant de mieux comprendre la situation et d'adapter l'accompagnement. Il est important que l'accompagnement de l'utilisateur se fasse dans un mode systémique. Selon Jean-Pierre Couteron et Olivier Phan⁸⁰, « l'approche systémique appréhende tout problème à partir du système relationnel dans lequel il se produit. Face à

⁷⁹ Site INRS : « l'expertise collective de l'Inserm consacrée à l'alcool (2003) rapporte que 20 % des accidents du travail seraient dus directement à l'alcool, la plupart d'entre eux survenant chez des personnes non dépendantes ; l'étude SAM (Stupéfiants et accidents mortels), publiée par l'OFDT en 2011, montre que lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence d'alcool (y compris avec une alcoolémie inférieure à 0,5 gramme par litre), le risque d'être responsable d'un accident routier mortel est multiplié par 8,5 par rapport à un conducteur n'en ayant pas consommé. Dans le cas d'une conduite sous l'influence de cannabis, ce risque est multiplié par 1,8.

⁸⁰ MOREL A., p 302

une pathologie psychique ou un trouble comportemental d'un sujet, elle cherche à amener celui-ci et sa famille à modifier leurs points de vue sur ce problème pour créer les conditions d'un changement. Le problème est moins analysé comme une pathologie individuelle du patient désigné que comme l'expression d'un dysfonctionnement au sein du système familial, es deux s'entretenant mutuellement. Pour comprendre le sens, la logique d'un comportement, elle l'aborde « ici et maintenant », au sein des interactions du système écologique de la personne concernée. (...) L'approche systémique privilégie l'action de la famille et du patient eux-mêmes parce qu'ils en sont les premiers acteurs et afin que les changements leur restent crédités. » Ce type d'approche combine à la fois le psychologique, le social et l'éducatif et aide à reconstruire un cadre, se donner des limites et redonne aux personnes leur pouvoir d'agir et leur attribue les bénéfices des résultats de ce dernier.

Un troisième objectif vise à permettre une régularité dans le suivi et favoriser la reprise de contact : il concernera dans un premier temps les professionnels chargés de l'accueil. Pour cela, plusieurs perspectives s'offrent à nous : faciliter la prise/reprise de rendez-vous (un numéro de téléphone unique pour les 5 antennes, telle une plateforme téléphonique ; une adresse mail unique également), créer des temps d'accueil sans rendez-vous (en permettant à chaque usager ou personne intéressée de se présenter et d'être reçu par un des professionnels de permanence immédiatement), créer des « ateliers d'accueil » pour faciliter la mise en contact entre l'utilisateur et les professionnels entre les rendez-vous sans forcément passer par l'approche individuelle, et renforcer les compétences dans les équipes en particulier des secrétaires accueillantes à former sur l'accompagnement social et éducatif des publics en difficultés. Dans un second temps, en complément, il s'agira de mettre en place un dispositif « hors les murs » permettant la co-construction du projet d'accompagnement avec l'utilisateur et les éventuelles autres structures qui l'accompagnent, pour ne pas démultiplier les déplacements de l'utilisateur, ses rendez-vous, et ses éventuels multiples projets personnalisés avec parfois des objectifs contradictoires. Le dispositif « hors les murs » sera également facilitateur en ce qui concerne le maintien du lien entre l'utilisateur et les personnes et autres structures qui l'accompagnent.

Un quatrième objectif fondamental visera à créer, requestionner, maintenir, dynamiser le partenariat grâce à la rencontre de tous les acteurs susceptibles d'intervenir dans le parcours d'un usager porteur d'une problématique d'addiction. Après s'être entendus sur les modalités d'intervention réciproques, je proposerai une formation en addictologie permettant le renforcement des compétences des professionnels des autres établissements partenaires (formation et temps de synthèse en équipe sur les cas complexes) et la coordination des parcours avec eux et l'utilisateur concerné. L'idée première

est de rencontrer les partenaires potentiels et leur présenter le projet, construire ensemble un dispositif partenarial avec des réunions trimestrielles de bilan, complétant les réunions de suivi mensuelles. Le dispositif « Intervision » mis en place dans les départements du Nord et du Pas de Calais sera déployé dans l'Aisne, permettant aux médecins généralistes et aux pharmaciens du territoire de se libérer pour assister aux réunions. L'intervision est une réunion des différents acteurs intervenant auprès d'un même usager sur un territoire donné. Elle permet d'échanger sur les pratiques, et de les améliorer, d'aborder les difficultés rencontrées, d'élaborer un diagnostic partagé pour harmoniser les interventions, un croisement des regards et une meilleure connaissance de la situation de l'usager, ce qui a pour effet une meilleure cohérence dans l'accompagnement. L'intervision a pour finalité d'améliorer la prise en soins de l'usager, dans le plus grand respect de celui-ci. Dans les situations complexes, il est important de repérer et d'identifier les difficultés rencontrées et d'en définir les priorités. Chaque intervenant apporte ses compétences. La concertation permet de faciliter le parcours de soins de l'usager. Chaque acteur y définit sa place et doit être en capacité d'expliquer à l'usager le sens de ce qu'il propose. Pour les professionnels des équipes, réunir les intervenants peut permettre de débloquer des situations, prévoir des relais, agir de concert, aider l'usager à mieux comprendre le projet de soins. Une charte régit l'organisation et le déroulement de l'Intervision : elle stipule en particulier la place de l'usager, la confidentialité des propos, le respect de chacun, la parité des intervenants et l'objectif, qui n'est pas dans le résultat mais dans le processus. L'Intervision repose sur un réseau de médecins généralistes et de pharmaciens sur un territoire ainsi que d'autres professionnels de l'addictologie. Parmi ses valeurs se trouve la citoyenneté : accompagner l'usager dans l'usage de ses droits notamment aux soins et sa capacité à assumer ses responsabilités, l'aider à sortir de la précarité ou de l'exclusion, s'appuyer sur sa motivation et les partenaires disponibles pour lui afin de l'aider à prendre sa place dans la société. Au préalable doit être recherché le consentement de l'usager, obtenir au préalable son accord pour ensuite faire un retour des résultats de l'intervision à l'usager. Sa participation à l'intervision est souhaitée. L'intervision est adaptée aux besoins locaux : suivant les préconisations d'un comité de pilotage qui identifie les besoins.

Une phase importante de formation des différents acteurs, professionnels ou non de l'addictologie permettra à chacun de comprendre le mécanisme des addictions, ses composantes bio-psycho-sociales et l'élaboration d'un langage commun pour une adaptation personnalisée aux besoins de l'usager. Cette meilleure connaissance des spécificités de chacun constituera la base d'une mise en relation puis d'un réseau fonctionnel en addictologie, mais pas uniquement.

Enfin, le cinquième objectif consistera à mobiliser des financeurs pour permettre la viabilité du projet à long terme grâce à la pérennisation des postes. Sur le principe, l'ARS HdF est

favorable à l'affectation des résultats excédentaires du CSAPA au financement du projet expérimental de l'équipe mobile sur 3 ans. Ce délai me permettra de chercher des financements complémentaires pour assurer la viabilité et la pérennisation du projet, à partir de l'évaluation du projet qui sera menée.

Mon rôle, au-delà de ces objectifs fixés par le groupe de travail, reposera sur 3 enjeux majeurs :

- Accompagner le changement au niveau de l'équipe
- Créer et animer un réseau partenarial en addictologie
- Sécuriser financièrement le projet

3.2.1 Accompagner le changement

Claire JOUFFRAY⁸¹ nous dit que « Mobiliser les personnes dans la définition des problèmes mais aussi des solutions est bien différent du fait de rechercher leur adhésion à nos projets pour elle : cela contribue à leur mise en mouvement parce qu'elles perçoivent qu'il y a une place pour qu'elles soient « actrices » de l'intervention et non « objet » de l'intervention ». Cette citation est applicable autant dans l'accompagnement au changement des usagers que dans le management du changement pour les professionnels. Selon Nelson MANDELA, « Tout ce qui est fait pour moi, sans moi est fait contre moi. » On ne peut espérer un changement uniquement sous le mode de la contrainte. Au même titre qu'une « obligation de soins » n'a jamais soigné personne, en ce qui concerne le projet que je porte, un management directif ne peut souscrire l'adhésion pour la mise en œuvre de changement et de projets. Le changement du fait de ce projet de création d'équipe mobile sera progressif et porté par les professionnels qui seront associés à la réflexion et à la mise en œuvre, sur la base du volontariat, selon des objectifs SMART : Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes, Temporels. Il s'agira pour moi de rassurer quant aux perspectives, de permettre à chacun de visualiser les enjeux à venir quant à l'amélioration de la continuité des parcours de soins et ce qui est attendu de notre CSAPA, de m'appuyer sur les professionnels moteurs du changement en vue de réussir la transition.

Afin de me permettre le suivi du changement, je veillerai à m'outiller de tableaux de suivis concernant la mobilisation des professionnels. Différents indicateurs me renseigneront sur la mobilisation, les freins et résistances, les ressources et les leviers. David AUTISSIER et Jean-Michel MOUTOT proposent notamment le modèle ICAP⁸² (information,

⁸¹ JOUFFRAY C., 2014, *Développement du pouvoir d'agir – Une nouvelle approche de l'intervention sociale*, Politiques et interventions sociales, Presses de l'EHESP, 233 p

⁸² AUTISSIER D et MOUTOT J.M., 2008, *Méthode de conduite du changement*, Dunod, p 208

compréhension, adhésion, participation) afin de mesurer de manière qualitative l'investissement des professionnels dans une démarche de changement.

Les difficultés seront analysées afin de proposer des alternatives facilitant le changement, à partir des suggestions de l'équipe : il ne s'agira plus de savoir si on le fait mais comment on le fait.

3.2.2 Créer et animer un réseau partenarial en addictologie

L'équipe dont j'ai pris la direction en 2016 évolue selon les mêmes modalités d'intervention depuis de nombreuses années, pour certains professionnels depuis la création de l'établissement dans les années 70. Longtemps submergées d'orientations issues du secteur judiciaire, elle a dû gérer une file active disproportionnée par rapport à ses effectifs en personnel durant des années. Cette passivité dans les relations partenariales a généré pour les professionnels de l'insatisfaction, liée au défaut d'investissement dans le soin pour les usagers orientés par obligation. Elle a généré une surcharge de travail importante avec une impression de saturation pouvant avoir un retentissement sur la qualité des prestations offertes aux usagers : une forme de travail à la chaîne sans possibilité de débriefer avec ses collègues sur les situations difficiles, le manque de temps pour les réunions d'équipe et de synthèse générant le sentiment de travailler seul, à l'opposé de la transdisciplinarité visée. Ce manque de temps est également préjudiciable à la qualité des relations que l'on peut avoir avec des partenaires mais également provoque le manque de connaissance des possibilités d'orientation pour des besoins spécifiques pouvant être pris en charge par des partenaires du territoire. Cela génère également des risques de rupture de parcours de soins, faute de liens avec l'extérieur.

A) Requestionner le partenariat

A ma prise de poste, je suis allée rencontrer les 3 Procureurs du département ainsi que la direction du SPIP afin de négocier de nouvelles modalités d'orientation avec le secteur judiciaire. Cela a eu pour effet recherché de réduire considérablement notre file active d'« obligations de soins » dont les résultats des accompagnements n'étaient pas satisfaisants, nombre de rendez-vous n'étant pas honorés par les usagers car imposés. Des séances collectives d'information et de sensibilisation sont désormais créées en pré-sententiel, favorisant les échanges et les partages d'expériences pour les participants et libérant du temps pour les professionnels. Suite à ces temps en collectif, chaque participant peut, dans une démarche volontaire, prendre contact avec l'antenne CSAPA de proximité pour un accompagnement individuel. Ce travail de redéfinition de notre partenariat avec la justice l'a rendu plus opérationnel, nous libérant du temps pour mener d'autres projets. Il

nous est donc, matériellement parlant, désormais possible de consacrer du temps à la rencontre des partenaires, anciens ou à découvrir.

J'ai rencontré à ce jour le directeur du Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) de l'Aisne ainsi que les directeurs des 2 principales associations chargées de déployer l'hébergement social dans le département : Accueil et Promotion et COALLIA. Chacun m'a exprimé sa demande d'aide et de soutien concernant les résidents de leurs structures qui manifestent des problèmes d'addiction. Leurs professionnels sont en difficulté à la fois dans le dépistage d'une addiction, dans la posture et le langage à adopter à la fois dans le suivi quotidien et dans les situations de crise (ivresse, crise de manque), ainsi que dans l'élaboration et le respect du cadre de l'établissement (règlement intérieur). Par ailleurs, plusieurs travailleurs sociaux de leurs équipes ne connaissent pas le dispositif spécialisé en addictologie. A ce jour, même si quelques professionnels conseillent aux résidents de prendre contact avec le CSAPA de proximité, la coordination des établissements n'existe pas : ce qui génère des ruptures de parcours. Ma proposition de les accompagner vers l'acquisition de connaissances et de compétences les a vivement intéressés, afin d'améliorer l'interconnaissance et les liens qui peuvent nous associer.

Par ailleurs, la rencontre de directeurs du secteur du handicap (Association des Paralysés de France et Association de Parents d'Enfants Inadaptés) a abouti aux mêmes constats et aux mêmes demandes : ce qui montre la nécessité de travailler à leurs côtés.

Quelques directeurs d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes se sont rapprochés de notre CSAPA, en difficulté avec l'alcoolisation chez les personnes âgées, générant questions au sein de l'équipe et réponses différenciées, prises de risques pour les résidents et les professionnels sous le regard des familles.

En résumé, de nombreux établissements du secteur social et médico-social sont en demande de formation, d'accompagnement des équipes au suivi des personnes en situation d'addiction, et à la personnalisation des suivis par une présence régulière de professionnels du CSAPA. La question de la présence régulière sur leur site de l'équipe du CSAPA est revenue systématiquement : la visibilité, la connaissance des professionnels du CSAPA comme acteur de proximité est pour eux un véritable atout dans le cadre de leur accompagnement social.

Ces nouveaux partenaires seront à coup sûr également un recours intéressant quant à la possibilité de réponse et d'orientations par les professionnels du CSAPA dans le cadre d'un accompagnement social.

- B) Se coordonner avec le sanitaire et le médico-social spécialisés en addictologie ainsi que la médecine de ville

Comme c'est le cas dans notre établissement, nous sommes restés sur des représentations des autres établissements du secteur addictologie du territoire, comme ils ont pu l'être également à notre égard. Toutes les structures évoluent et il est pertinent de se rencontrer régulièrement sur les changements opérés dans les modes de fonctionnement. C'est le cas des 3 autres CSAPA de l'Aisne, comme des équipes ELSA et les services hospitaliers proposant des sevrages.

Les différents acteurs se connaissent assez peu en réalité : chacun exerce dans son secteur et il n'existe pas de coordination ni de concertation entre eux, hormis quand une situation complexe vient les interpeller, chacun orientant vers une autre structure quand il n'est pas arrivé à faire avancer le suivi.

Je viens d'entamer une démarche de développement de ce partenariat spécialisé, à partir des antennes du CSAPA auprès des différents intervenants des structures en addictologie du territoire : CSAPA, centres hospitaliers (dont ELSA), CAARUD, SSRA.

Par ailleurs, un travail conséquent de démarchage est à effectuer auprès des médecins généralistes des usagers suivis dans le cadre du projet dans un premier temps, puis auprès des maisons de santé pluridisciplinaires du territoire. Les médecins généralistes sont des acteurs de première ligne qui rencontrent tous types de patients mais sont souvent insuffisamment formés pour la spécificité de l'addictologie. Un travail sur le dispositif intervision va prochainement être développé et ils seront mobilisés à cet effet. Certains médecins généralistes sont mal à l'aise avec les personnes ayant des addictions, évoquent des problèmes de comportement en salle d'attente mettant en difficulté les autres patients. D'autres ont été menacés pour l'obtention d'une ordonnance de TSO. Enfin, quelques-uns seraient d'accord pour permettre un accompagnement ou un relais de prescription au sein de leur cabinet mais se sentent insuffisamment formés, ont peur de mal faire ou de ne pas avoir assez de temps à consacrer pour la partie entretien motivationnel et soutien psychologique de la prise en charge. En réalité, peu de médecins généralistes connaissent bien le dispositif spécialisé, la diversité des structures et leurs spécificités, qui pourraient être de précieux soutiens dans leur pratique. Je me dois d'apporter cette connaissance auprès d'eux pour un travail partenarial de qualité dans une relation gagnant-gagnant : trouver un médecin généraliste aux usagers du CSAPA qui n'en ont pas, permettre le relais des prescriptions en ville et faciliter aux médecins généralistes le recours au CSAPA de proximité en tant que structure ressource pour le suivi de leurs patients en situation d'addiction.

Par ailleurs, une démarche de rencontre avec les établissements de soins (CH du territoire), selon les pathologies associées (de ville ou hospitaliers) est indispensable puisqu'il a été

repéré qu'à la sortie d'hospitalisation sur certains sites, il manquait un dispositif pouvant intervenir au domicile. De nombreux patients hospitalisés pour sevrage en Centre Hospitalier de proximité retournent à leur sortie au domicile (ou tout autre lieu de vie) sans qu'un suivi complémentaire leur soit indiqué. Cet isolement dans le soin, un terrain dépressif, la non prise en compte de l'environnement de l'usager (lieu de vie, entourage) et des difficultés sociales potentielles à surmonter, sont très souvent source de reconsommation dans un délai relativement rapide⁸³. Des études ont montré que 30 % à 50 % des patients sevrés à l'alcool se réalcoolisaient dans les 3 mois suivant l'hospitalisation⁸⁴, seuls 20% des sevrages hospitaliers étaient suivis d'une abstinence durable. Notre équipe mobile pourrait à ce moment prendre le relais et faciliter la continuité du parcours de soins.

C) Formaliser le partenariat

Après une phase de rencontre et de définition des attendus, dans la perspective de passer à l'action, je proposerai la définition et la signature de conventions, permettant à chacun d'identifier ses besoins et ses attentes et de concrétiser ses engagements.

Ces conventions de partenariat seront revues annuellement et complétées si besoin : elles se doivent d'être fonctionnelles, réadaptées et inscrites dans le temps.

La présence de l'équipe du CSAPA au sein des établissements du secteur social et médico-social sera ainsi formalisée : soutien des équipes, permanence pour les usagers dans un objectif de coopération interservices.

Ce développement du travail de partenariat fera l'objet d'un suivi particulier par le comité de pilotage du projet qui sera mis en place.

3.2.3 Sécuriser financièrement le projet

Le contexte socio-économique de plus en plus contraint, sans perspectives de financements supplémentaires, nous invite à être créatifs pour que projets nouveaux puissent voir le jour, à coûts constant ou avec les moyens réduits qui nous sont affectés. Nous sommes obligés d'inventer de nouvelles manières de travailler, en favorisant la coopération et la mutualisation de moyens, humains et financiers.

⁸³ A 6 mois. Etude menée dans le Nord-Pas de Calais en 2013, sur une cohorte de 195 usagers volontaires, suivis pendant 1 an suite à leur hospitalisation pour sevrage.

⁸⁴ MARLATT GA, 1996, *Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model*. Revue Addiction

Dans un contexte de désinstitutionnalisation grandissant, il est intéressant de garder en perspective les économies générées par une intervention de proximité, sur le lieu de vie.

Le projet d'équipe mobile que je porte nécessitera un budget alloué dont l'ARS ne peut être garant seul à long terme. La situation financière du CSAPA est plutôt satisfaisante et le dialogue de gestion avec l'ARS assez constructif.

Les excédents des années antérieures ont été négociés pour une reprise dédiée à la création du projet d'équipe mobile. La situation actuelle nous permet d'envisager un projet expérimental sur 3 ans. En alternative ou en complément des réponses proposées par l'ARS à l'échéance du projet, mon rôle consistera à trouver des partenaires complémentaires pour la pérennisation d'ici et après les 3 ans : conseil départemental/régional, mécénat, fondations, fonds européens, autres fonds...

Parmi les arguments invoqués : le coût d'une hospitalisation pour sevrage simple ou complexe versus le coût d'une équipe mobile intervenant en proximité. A titre indicatif, un sevrage alcool en milieu hospitalier est évalué à environ 3000 euros tandis qu'un sevrage ambulatoire au domicile (intervention d'une équipe mobile) coûte à peu près 300 euros, pour une durée équivalente.

A) Budget prévisionnel (BP) sur 3 ans

Le coût du projet a fait l'objet d'une estimation pour les 3 premières années de son fonctionnement.

Au niveau des charges, le poste principal sera les coûts en personnel (4 professionnels à temps partiel) à hauteur de 65 000 euros, suivi des coûts de fonctionnement (fournitures et déplacements) estimés à 3 560 euros, puis ceux liés aux investissements, assurance et communication pour 2 000 euros. Seront mis notamment à disposition par le CSAPA, par mutualisation : les bureaux pour les professionnels, un véhicule de service. Il en sera de même pour les partenaires qui mettront à notre disposition les locaux nécessaires à notre activité de permanence.

Ce qui nous donne un BP annuel à 70 560 euros pour l'EMA.⁸⁵

3.2.4 Constituer l'équipe mobile

L'équipe mobile en addictologie (EMA) du CSAPA Horizon 02 sera constituée de 4 professionnels sous la dépendance hiérarchique du chef de service et de la directrice.

Afin de couvrir au maximum les champs de compétences nécessaires, elle sera composée :

⁸⁵ Tableau des charges en annexe 4

- D'un médecin coordinateur à 0,1 ETP
- D'un psychologue clinicien à 0,25 ETP
- D'une infirmière à 0,5 ETP
- D'un travailleur social à 0,5 ETP.

Le choix des profils de métiers de l'EMA s'est effectué sur la base de ceux qui constituent l'équipe CSAPA : un médecin coordinateur pour l'orientation vers le dispositif sanitaire approprié en fonction des pathologies diagnostiquées, en lien ou non avec les addictions, une infirmière (IDE) pour le suivi des prescriptions, la préparation des piluliers si nécessaire, les prélèvements ou autres tests urinaires et tout autre suivi paramédical, le psychologue pour le dépistage et les thérapies envisagées, le suivi de la famille puis l'orientation vers le centre médico-psychologique de proximité quand cela sera possible, un travailleur social (TS) pour l'accompagnement au quotidien, au domicile ou la structure d'hébergement, les démarches pour trouver un emploi et/ou un logement en articulation avec l'assistante sociale qui le suit, effectuer toutes les démarches d'accès aux droits.

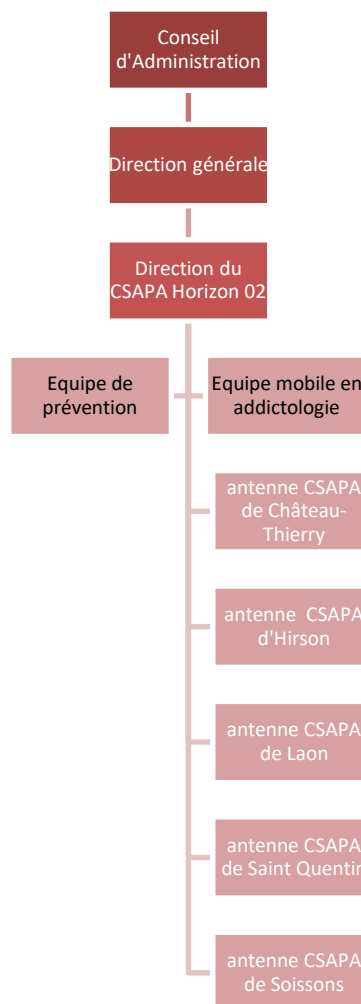
Une fiche de poste sera rédigée en amont afin de permettre la recherche des professionnels de l'EMA. Ainsi, le détail de chaque poste et des attendus sera dans un premier temps diffusé au sein du CSAPA à partir de novembre dans le but de permettre aux professionnels des équipes intéressés de diversifier leur intervention sur un temps partiel et un territoire donné. Je programmerai les entretiens des postulants fin 2018.

En fonction des résultats, je diffuserai les annonces en externe d'une part pour pourvoir les postes non occupés au sein de l'EMA et d'autre part pour le remplacement des professionnels qui auront été détachés sur le projet expérimental durant les 3 ans.

Les annonces seront publiées sur les sites de Pôle emploi, de la Fédération Addiction, ainsi qu'à tout mon réseau partenarial par courriel, pour des contrats à durée déterminée de 3 ans.

L'équipe constituée pourra commencer son activité à compter du 1^{er} janvier 2019.

Avec la nouvelle équipe mobile, l'organigramme hiérarchique deviendra le suivant :



Du point de vue organisationnel, l'EMA sera dans un fonctionnement transversal, au même titre que l'équipe de prévention, en lien avec l'ensemble des équipes des antennes. L'intervention de l'EMA auprès d'un usager identifié sera décidée dans le cadre de réunions de synthèse entre les professionnels de l'équipe mobile et ceux de l'antenne où consulte habituellement l'usager. La possibilité de recours à l'équipe mobile sera expliquée lors des entretiens d'accueil avec l'usager : son intervention potentielle sera notifiée dans le DIAMS. En ce qui concerne les temps de présence ou de permanences dans les locaux de partenaires, les modalités d'intervention (durée, fréquence) seront identifiées au préalable et feront l'objet d'une convention entre les établissements.

Pour le démarrage du projet, l'EMA interviendra en priorité sur le territoire Nord du département où les indicateurs sanitaires sont les plus alarmants et la demande partenariale majoritaire : les antennes du CSAPA concernées seront donc Saint-Quentin et Hirson en premier lieu, les 3 autres antennes bénéficieront de l'EMA dans un second temps.

A) Les ressources humaines à mobiliser

Pour permettre cette continuité dans le parcours, une équipe dédiée «EMA» sera constituée : les personnels dédiés seront dans un premier temps recrutés sur un projet expérimental de 3 ans : soit en détachement par mobilité interne, soit nouvelles embauches avec des contrats à durée déterminée.

L'équipe fonctionnera selon un planning d'intervention fixé, modulable en fonction des besoins des usagers et des partenaires. : avec des plages horaires dédiées aux déplacements et d'autres plages horaires à la permanence téléphonique.

Exemple de planning :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	Domicile (2h) : IDE et TS Accompagnement démarches individuelles et permanence téléphonique (1h30) : IDE et TS	Domicile (2h) : IDE et TS Permanence en établissement partenaire (1h30) : IDE et TS	Réunion de coordination hebdomadaire (2h) : Médecin, IDE, TS, Psychologue Domicile (1h30) : médecin, IDE, TS, psychologue Permanence téléphonique	Domicile (2h) : IDE et TS Permanence en établissement partenaire (1h30) : IDE et TS	Domicile (2h) : IDE et TS Accompagnement démarches individuelles et permanence téléphonique (1h30) : IDE et TS
Après- midi		Psychologue (2h30)		Psychologue (2h30)	

Si l'équipe doit être jointe hors créneaux identifiés sur le planning, un membre de l'équipe pourra répondre sur le téléphone portable ou aux coordonnées du CSAPA de proximité.

Les professionnels bénéficieront d'un véhicule de l'établissement afin de se rendre sur le lieu de vie des personnes accompagnées dans le cadre du projet : domicile ou lieu d'hébergement. Ce véhicule fait partie de la flotte de 6 véhicules dont dispose déjà le CSAPA.

Le téléphone portable attribué à l'EMA servira à faciliter les démarches des professionnels comme des usagers ; un ordinateur portable, connecté au serveur du CSAPA permettra les recherches et démarches en ligne.

Un bureau EMA sera mis à disposition dans chacun des locaux actuels du CSAPA, sur Saint Quentin et Hirson, afin de permettre la gestion des dossiers, les prises de contact avec les autres intervenants du réseau partenarial.

De même, les salles de réunions des antennes seront mises à disposition pour les temps de réunions et de concertation avec l'utilisateur et les différents intervenants dans le cadre de son suivi.

B) Définition et attendus de l'intervention sur le lieu de vie

L'intervention au domicile soulève de nombreuses interrogations chez les personnes accompagnées comme chez les professionnels, notamment pratiques et éthiques. Elle sera proposée aux usagers dans le cas où une action de proximité est nécessaire pour permettre la continuité de parcours.

Les modalités d'intervention de l'équipe seront co-construites avec l'utilisateur : métiers/compétences des professionnels intervenants, adaptation aux besoins, définition de la fréquence et de la durée, usager seul ou avec son entourage, objectifs de la visite... Selon Elian DJAOUI⁸⁶, « Toute intervention au domicile mobilise chez les différents acteurs un imaginaire dévoilant un certain nombre de représentations, de croyances et de valeurs. L'affectivité se retrouve à 2 niveaux :

- La relation interpersonnelle : l'un est en demande, l'autre est porteur d'une solution. Processus d'influence mutuelle où le vécu des 2 protagonistes se mêle. La présence du professionnel prouve l'incapacité de la famille à résoudre ses problèmes
- L'espace domestique : chacun est exposé. L'utilisateur est dans son espace privé, le professionnel est toléré, ses marges de manœuvre sont limitées

Deux dimensions se côtoient : l'étayage par le professionnel « modèle » ; l'effraction de l'intimité « vers une normalisation et une moralisation » : ce devrait y être fait. Influence des représentations d'une « bonne famille » par le professionnel avec tendance à vouloir modéliser pour l'utilisateur qu'il accompagne »

Un travail préalable sera mené avec l'équipe afin de s'entendre sur la symbolique de l'intervention sur le lieu de vie, le rapport du professionnel avec l'intimité de la personne, le droit ou le devoir d'agir au cœur de la vie familiale, la confidentialité (secret professionnel et devoir de discrétion), la relation de confiance qui s'instaure dans le respect, et la protection.

« En ouvrant sa porte, l'habitant reçoit le professionnel dans son lieu de vie, dans son espace personnel. En retour, ce dernier, par sa disponibilité, son écoute, l'offre de ses compétences et de ses savoir-faire dessine métaphoriquement un espace (thérapeutique, éducatif, d'accompagnement social) où seront recueillis les paroles de l'habitant, ses interrogations, ses leurre, ses détresses mais aussi ses espoirs, ses rêves, ses utopies créatrices. Chacun s'oblige à ce travail délicat à accueillir l'autre.⁸⁷ »

C'est en cela qu'une réflexion éthique est nécessaire au préalable pour ne pas être reconnu intrusif dans la vie privée de l'utilisateur.

3.3 Plan d'actions

Le projet EMA fait l'objet de différentes phases et implique plusieurs parties prenantes, le projet sera suivi dans ses différentes phases, à court, moyen et long terme.

Le plan d'action décliné ci-après présente les cibles (acteurs), mon action auprès d'eux et leurs rôles sur les 3 années du projet.

⁸⁶ DJAOUI E., 2014, *Intervenir au domicile, Politiques et interventions sociales*, Presses de l'EHESP, 294 p,

⁸⁷ Id.

Cibles	Court terme (3 mois)	Moyen terme (1 an)	Long terme (3 ans)
Président et CA	Présenter l'analyse de l'existant et les pistes envisagées et obtenir l'accord	Suivi du projet par le comité stratégique de territoire : 2 réunions par an	Suivi du projet par le comité stratégique de territoire : 2 réunions par an
Direction générale	Présenter l'analyse de l'existant et faire valider le lancement du projet	Suivi du projet par le comité stratégique de territoire : 2 réunions par an. Présentation du rapport d'activité	Suivi du projet par le comité stratégique de territoire : 2 réunions par an Présentation du rapport d'activité
Financeurs : ARS	Présenter l'analyse de l'existant et faire valider le montage financier	Point annuel : suivi financier et fonctionnel du projet	Point annuel : suivi financier du projet Perspectives de financements suivis des recherches en vue de la pérennisation
IRP et équipe CSAPA	Présenter l'analyse de l'existant et mobiliser les équipes sur le nouveau projet	Point mensuel lors des réunions d'équipe Participation à la rédaction du rapport d'activité	Point mensuel lors des réunions d'équipe Participation à la rédaction du rapport d'activité
Partenaires actuels	Présenter le projet et redéfinir le partenariat et ses modalités	Réunions 2 fois par an : bilan, perspectives et réajustements	Réunions 2 fois par an : bilan, perspectives et réajustements
Nouveaux partenaires	Identifier les partenaires potentiels	Présenter le projet et co-construire un partenariat (formation, soutien, orientation) ; signer les conventions ad hoc	Suivi du partenariat et réajustements : 2 réunions par an

		Construire un réseau spécifique addictions 02	
Usagers		Présenter le projet en groupe d'expression et commencer à la mettre en place auprès de ceux qui en ont besoin	Suivi et communication sur les résultats qualitatifs et quantitatifs
Presse		Valoriser le projet (parole d'usagers et de partenaires)	Rapport d'activité à valoriser

3.4 Plan de communication⁸⁸

La communication est un aspect primordial du projet : chaque partie prenante doit être informée par différents moyens de ce qui est proposé, des attendus et des résultats obtenus.

Le plan de communication présenté synthétise les contenus des messages adressés, les moyens utilisés et les indicateurs de résultat : il est proposé aux différents intervenants et réajusté si besoin, notamment en termes de fréquence des interactions.

La communication doit se faire en interne entre les différentes parties prenantes et en externe entre les partenaires du projet avec le CSAPA et l'équipe mobile.

3.5 Rétroplanning du projet⁸⁹

Pour faciliter le déploiement du projet expérimental et la rédaction du rétroplanning, les différentes phases du projet ont été pensées par trimestre, avec un commencement au dernier trimestre 2018 pour une fin de l'expérimentation au dernier trimestre 2021.

Pour débiter, un temps de communication interne sera mis en place auprès du CA et de la direction générale pour la validation du projet ; les IRP et les professionnels seront informés en réunion d'équipe ; les usagers bénéficieront de l'information lors du premier entretien, dans le cadre de la préparation de leur projet personnalisé.

⁸⁸ Présenté en annexe 5

⁸⁹ Présenté en annexe 6

La communication externe auprès des partenaires permettra de donner de la visibilité au dispositif et facilitera la co-construction des parcours de soins et de vie : des réunions tous les 2 mois sont prévues.

Un COPIL se réunira tous les 2 mois pour suivre l'évolution du projet.

Les médecins généralistes seront sensibilisés tout au long de la période, avec des temps forts d'intervention 2 à 3 fois par an.

Après le recrutement de l'EMA, le déploiement de son activité se déroulera progressivement et auprès des partenaires.

A partir des indicateurs (définis dans le chapitre suivant), l'évaluation sera régulière avec un rendu global annuel.

La recherche de financements complémentaires se fera en continu sur la période afin de permettre la pérennisation du projet.

La valorisation du projet se fera à partir des résultats de l'évaluation.

3.6 Evaluation de l'action et indicateurs

L'évaluation d'un dispositif expérimental tel que l'EMA du CSAPA Horizon 02 aura plusieurs enjeux :

- Montrer qu'elle permet la continuité dans les parcours de soins en diminuant le nombre de ruptures et de « perdus de vue » : améliorer la santé (physique, psychique et sociale) des usagers inclus dans le dispositif
- Montrer qu'elle a pu améliorer le travail de réseau entre les différents acteurs de l'addictologie du département par la fluidité des orientations et que les médecins généralistes du territoire se sont impliqués dans les interventions
- Montrer que son coût est nettement inférieur aux hospitalisations préalablement utilisées dans le cadre de retours aux soins en urgence et permettre l'obtention d'un financement pérenne

Chacun des 5 objectifs du projet visés fera l'objet d'indicateurs et de recueil de données.

Pour l'objectif « Faciliter la mise en contact entre les usagers et le CSAPA », les indicateurs seront le nombre d'usagers inclus, la file active de l'EMA (nombre de suivis) et le nombre d'usagers sortis. En complément, dans une évaluation de processus, je vérifierai la mise en place des solutions proposées (supports de communication extérieure, rappel des rendez-vous la veille et prise de contact systématique en cas d'absence eu rendez-vous, permanences « hors les murs »).

L'évaluation sera également qualitative, mentionnant le profil des usagers inclus dans le dispositif et ceux sortis. Les relevés de décision des réunions d'équipe permettront de noter les difficultés rencontrées et les propositions d'amélioration.

Puis, l'objectif « Associer l'entourage à l'accompagnement » sera évalué par le nombre de personnes de l'entourage accompagnées et le type de suivis mis en place (individuel, collectif ; type de professionnels sollicités). Les contacts avec le monde du travail sera également évalué (rendez-vous, actions de prévention)

Ensuite « Permettre un suivi régulier et faciliter la reprise de contact éviter les ruptures de parcours en facilitant l'accès aux soins, le rétablissement et la réduction des risques grâce à un dispositif « hors les murs » sera mesuré par le nombre de DIAMS rédigé avec l'utilisateur et les partenaires qui le suivent, les réunions de synthèse réalisées ainsi que le nombre de visites à domicile de l'EMA et le type de besoins identifiés.

L'objectif « Améliorer le travail en partenariat (développer la coordination des différents acteurs intervenant dans l'accompagnement de ces publics (coordination sanitaire, sociale, médico-sociale), développer un réseau de proximité dans le cadre des situations complexes et former les acteurs des structures partenaires pour l'acquisition et le partage d'un langage commun) » sera évalué en fonction du nombre de COPIL et de rencontres partenariales organisées (nombre et fonction des présents), les décisions formulées, les conventions signées, les formations dispensées, ainsi que l'implantation du dispositif « intervision ».

Enfin l'objectif « Mobiliser les financeurs » aura pour indicateurs les comptes administratifs indiquant les co-financements obtenus, les contrats de financements signés (selon appels à projets, arrêtés) permettant de montrer l'intérêt économique du projet (versus hospitalisation).

Pour permettre l'évaluation du dispositif, plusieurs types de documents sont attendus : le rapport d'activité annuel (soins, prévention et formations), les conventions signées, les comptes-rendus de réunions, et les comptes administratifs en particulier.

Conclusion

Les travaux récents initiés dans les régions au sein des conférences de territoire et autour de l'écriture des nouveaux Programmes Régionaux de Santé auxquels j'ai participé pour la région Hauts-de-France ont permis de mettre en évidence les difficultés spécifiques de notre territoire sur lesquelles nous devons progresser. La rédaction des fiches actions nous mobilisent pour ensemble trouver des pistes, des solutions, des manières de travailler différentes et plus efficaces.

La question des ruptures de parcours de soins mobilise tout autant le secteur de handicap, autour du projet « Réponse accompagnée pour tous : 0 sans solutions » que le secteur de la psychiatrie ou de l'addictologie. Les échecs de prise en charge conduisent le plus souvent à l'aggravation des situations personnelles autant que collectives.

Dans le secteur des addictions, le parcours est un continuum qui va de la prévention (déployer un parcours éducatif en santé, de la maternelle au lycée⁹⁰), à la réduction des risques (politique de réduction des risques et des dommages et expérimentation des salles de consommation à moindre risque pour les usagers de drogue⁹¹) et à l'accompagnement médico-psycho-socio-éducatif (analyse des besoins, élaboration d'un projet, co-construit avec la personne ou la famille, et mis en œuvre par un collectif de professionnels, garanti par un référent, dont la mission est d'assurer le suivi de la situation, d'actionner les outils et les dispositifs nécessaires et de s'assurer de la cohérence du parcours et son adéquation au projet, l'information étant partagée entre les différents intervenants).

Des situations individuelles complexes d'usagers posent de nombreuses questions aux équipes, la transdisciplinarité permet de faire ensemble et avec l'utilisateur. Il n'est pas envisageable pour un CSAPA de travailler seul et d'attendre l'orientation d'usagers par des partenaires hors secteur.

« Aller vers » et « Faire avec » sont les maîtres mots d'un accompagnement optimisé, permettant de passer les obstacles et les représentations.

J'ai fait le choix de décloisonner le CSAPA sur son territoire d'intervention, pour que le sujet des addictions ne soit plus tabou et qu'il soit plus facile d'en parler autant pour tous les intervenants des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux que dans la population générale.

Les équipes de prévention interviennent au mieux auprès des établissements qui les sollicitent mais leurs actions restent actuellement limitées du fait du manque de moyens financiers. C'est tout le paradoxe de notre société qui finance majoritairement le soin, quand

⁹⁰ Extrait de la loi du 16/1/2016

⁹¹ Id.

les conséquences sont présentes, alors qu'intervenir en prévention et en formation permettrait très certainement de réduire le coût sanitaire des addictions en France.

Pour un usager, le parcours de soins en addictologie est fait de hauts et de bas, de joies et de peines, de réussites et d'échec. C'est notre rôle d'être présent autant que faire ce peu et à tous les stades pour maintenir le lien au plus près des situations qu'il vit, pour réduire les risques que sa situation ne s'aggrave.

L'objectif de l'accompagnement sera toujours personnalisé et différent pour chacun, qu'il s'agisse de réduire sa consommation, d'améliorer ses conditions de vie, de faire des économies, ou d'être en meilleure santé.

Scenario A :

Michel, en sortant du centre hospitalier, est retourné chez lui. Il a repris contact avec le Dr Dubois, son médecin de famille, pour lui parler de son sevrage et de ses inquiétudes quant à la suite de son parcours. Le Dr Dubois connaissait un CSAPA dans une ville à 20 km de là. Le CSAPA disposait d'une équipe mobile qui a pu se rendre à son domicile dans le petit village isolé où il vit. L'équipe a fait fonctionner son réseau, est venue chez Michel chaque jour au début pour suivre la délivrance du traitement, puis chaque semaine pour effectuer avec lui des démarches administratives, à sa demande. Michel a repris son travail chez son employeur, à l'exploitation agricole juste à côté de chez lui. Il a pu récupérer son permis de conduire et se rend désormais chaque mois au CSAPA où il peut bénéficier de consultations d'aide et de soutien ainsi que d'ateliers collectifs de gestion des émotions et de réduction des risques. Il s'y est fait de nouvelles connaissances et retrouve plaisir à faire des sorties avec eux. Il sait qu'il reste fragile mais il n'est plus tout seul et connaît le dispositif en capacité de le soutenir.

Scenario B :

Michel, en sortant du centre hospitalier, est retourné chez lui. Il a repris contact avec le Dr Dubois, son médecin de famille, pour lui parler de son sevrage et de ses inquiétudes quant à la suite de son parcours. Le Dr Dubois lui a dit de tenir bon et lui a dit de faire attention à son « régime » et à ses fréquentations. Michel est resté seul chez lui quelques jours pour se protéger des tentations. Puis, par ennui, il est retourné au petit café de Fieulaine pour revoir ses copains. Ce soir, le véhicule des pompiers l'a emmené aux urgences...

Bibliographie

Articles de périodiques

DUBREUIL B., 2013, « *Continuité des parcours, polyvalence des équipes* », Les Cahiers de l'Actif, N°446-447, p 21 à 36.

FIEULAIN M, 2012, « *la parole confisquée* », Revue Addictions, N°40, p 9 et 10

HILLEMANN B., *Alcool Alcoolisme : repères historiques et nosologiques*. Revue Alcoologie, suppl. au n°4 ; tome 17, décembre 1995

LE GALL X., 2017, « *Addictions, précarité et santé mentale* », Les Cahiers de l'Actif, N°490-491, p 197 à 207

LOUBAT JR., 2013, « *Parcours et projets de vie : vers une reconfiguration de l'action médico-sociale* », Les Cahiers de l'Actif, N°446-447, p 7 à 19.

STEHÉLIN A., COUTERON JP., 2017, « *Prévenir et accompagner les conduites addictives dans les établissements et services sociaux ou médico-sociaux* », Les Cahiers de l'Actif, N°490-491, p 9 à 21.

Ouvrages

AUTISSIER D, 2008, *Méthode de conduite du changement*, Dunod, 236 p

BECK F, 2014, *Usages de drogues et pratiques addictives en France : analyse du Baromètre santé INPES*, La documentation française, 255 p

BLOCH MA., 2016, *Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Domont : Dunod, 315 p.

DE PAUW., 2017, *Les médecins généralistes face au défi de la précarité*, Dunod, 222 p.

CHARLEUX F. & LOUBAT JR., 2017, *Motiver les équipes en travail social*, ESF, 168 p

DJAOUI E., 2014, *Intervenir au domicile*, Politiques et interventions sociales, Presses de l'EHESP, 294 p

GRAND D., Février 2017, *L'hébergement social des SDF- Ethnographie de l'expérience vécue des hébergés*, Paris : L'Harmattan, 174 p.

HAERINGER J, TRAVERSAZ F. & LAVILLE JL, 2002, *Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale*, Dunod, 244 p

JOUFFRAY C., Mars 2014, *Développement du pouvoir d'agir – Une nouvelle approche de l'intervention sociale*, Politiques et interventions sociales, Presses de l'EHESP, 233 p

KIRITZE-TOPOR P., 1998, *Comment aider les alcooliques et ceux qui les entourent*, MMI Editions, 273 p

LANCON C., 2013, *Conduites addictives et processus de changement*, John Libbey Eurotext, 102 p

LOCHEN V., 2016, *Comprendre les politiques sociales*, Dunod, 464 p

LOUBAT JR., 2012, *Elaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 416 p

LOUBAT JR., 2016, *Concevoir des plateformes de services*, Dunod, 376 p.

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, décembre 2014, *Drogues et conduites addictives*, INPES éditions, 224 p.

MOREL A., 2012, *L'Aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie en 22 notions*, Dunod, 345 p.

MOREL A., 2010, *L'Aide-mémoire d'Addictologie en 46 notions*, Dunod, 441 p.

MOREL A., 2003, *Soigner les toxicomanes*, Paris : Dunod, 320 p.

NOBLE F. & BOUFFIN G., 2015, *Entreprendre et diriger en action sociale : gouvernance, dirigeance et management associatifs*, Dunod, 192 p

PICHON P. TORCHE T., 2011, *S'en sortir – Accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans domicile fixe*, Publications de l'Université de Saint Etienne, 264 p.

PLANEL MP., 2017, *Les fondements du virage ambulatoire*, Presses de l'EHESP, 235 p

REYNAUD M, PARQUET P J, LAGRUE G., 1999, *Les pratiques addictives: usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*, Odile Jacob, 169 p

THERRIEN A., 2009, *Réfléchir sa trajectoire de vie – repenser la prévention des conduites addictives*, La chronique sociale, 190 p.

Rapports

Fédération Française d'Addictologie, 2016, *La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives*. Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition. Audition publique, 7 et 8 avril 2016. Paris

ROQUES B., 1998, *Rapport sur la dangerosité des produits*, Education pour la santé pour mieux vivre, Dossiers techniques, CFES

Guides

Fédération Addiction, Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale, 2015, *Addictions et lutte contre les exclusions – Travailler ensemble*, Le Havre : La petite presse, 103 p.

Fédération Addiction, 2016, *Femmes et addictions : accompagnement en CSAPA et CAARUD*, Le Havre : La petite presse, 100 p.

Fédération Addiction, 2017, *Réduire les risques : éthique, posture et pratiques*, Le Havre : La petite presse, 76 p.

INPES, 2014, *Drogues et conduites addictives*, INPES Editions, 224 p.

SFA, 2015, *Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement*. Recommandation de bonne pratique

Revue Alcoologie et addictologie, 2001, *Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolo-dépendant après un sevrage*. Conférence de consensus de la Société Française d'Alcoologie

Sites Internet

www.cartes-hautsdefrance.fr : site de la région comprenant une cartothèque des indicateurs socio-économiques et démographiques de la région et des départements qui le composent.

www.federationaddiction.fr : site réunissant acteurs et structures spécialisés en addictologie en France

www.inrs.fr : site spécialisé dans la santé et la sécurité au travail.

Liste des annexes

Annexe 1 : cartographie des principaux établissements spécialisés en addictologie dans l'Aisne

Annexe 2 : cartographie des établissements d'Oppelia

Annexe 3 : tableau synthétique des objectifs du projet EMA

Annexe 4 : tableau des charges de l'EMA

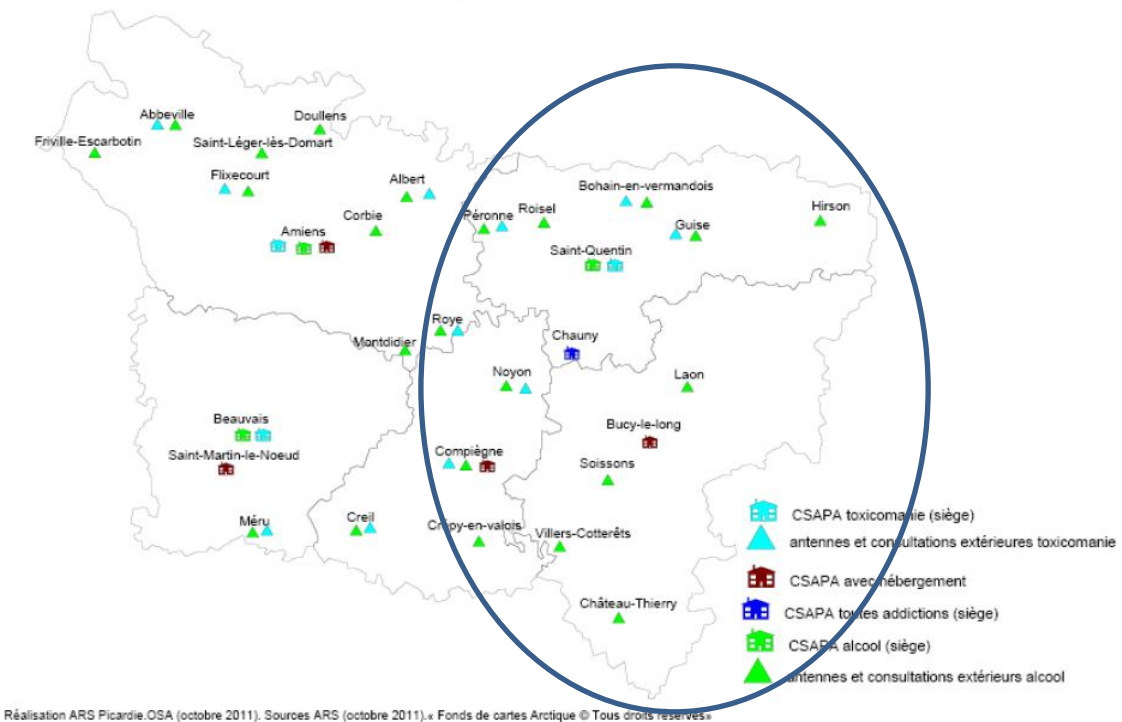
Annexe 5 : plan de communication du projet EMA

Annexe 6 : rétroplanning du projet

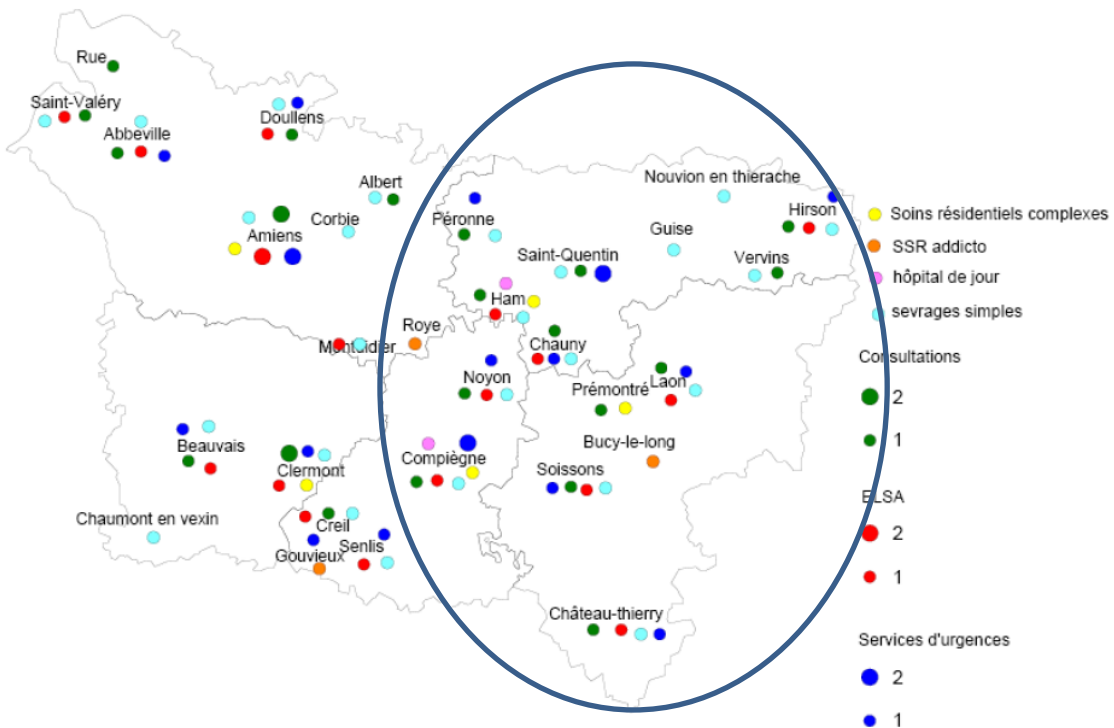
Annexe 1 : cartographie des principaux établissements spécialisés en addictologie dans l'Aisne (page 23)

L'Aisne est le département sur la droite du schéma (entouré).

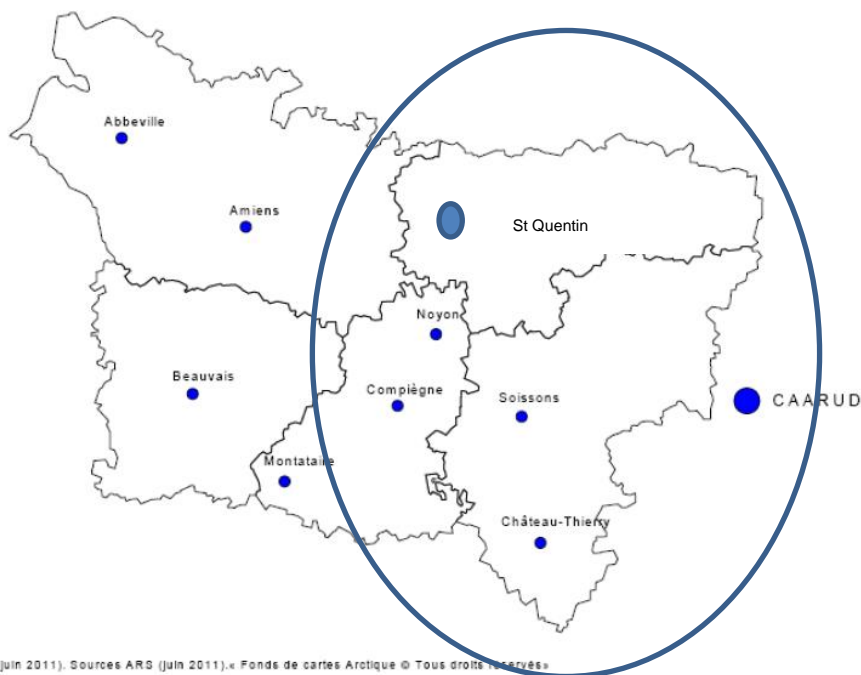
Implantation des Centres de Soins, d'Accompagnement et de prévention en Adicctologie, Picardie



Offre hospitalière en addictologie, Picardie 2012



Implantation des CAARUD en Picardie

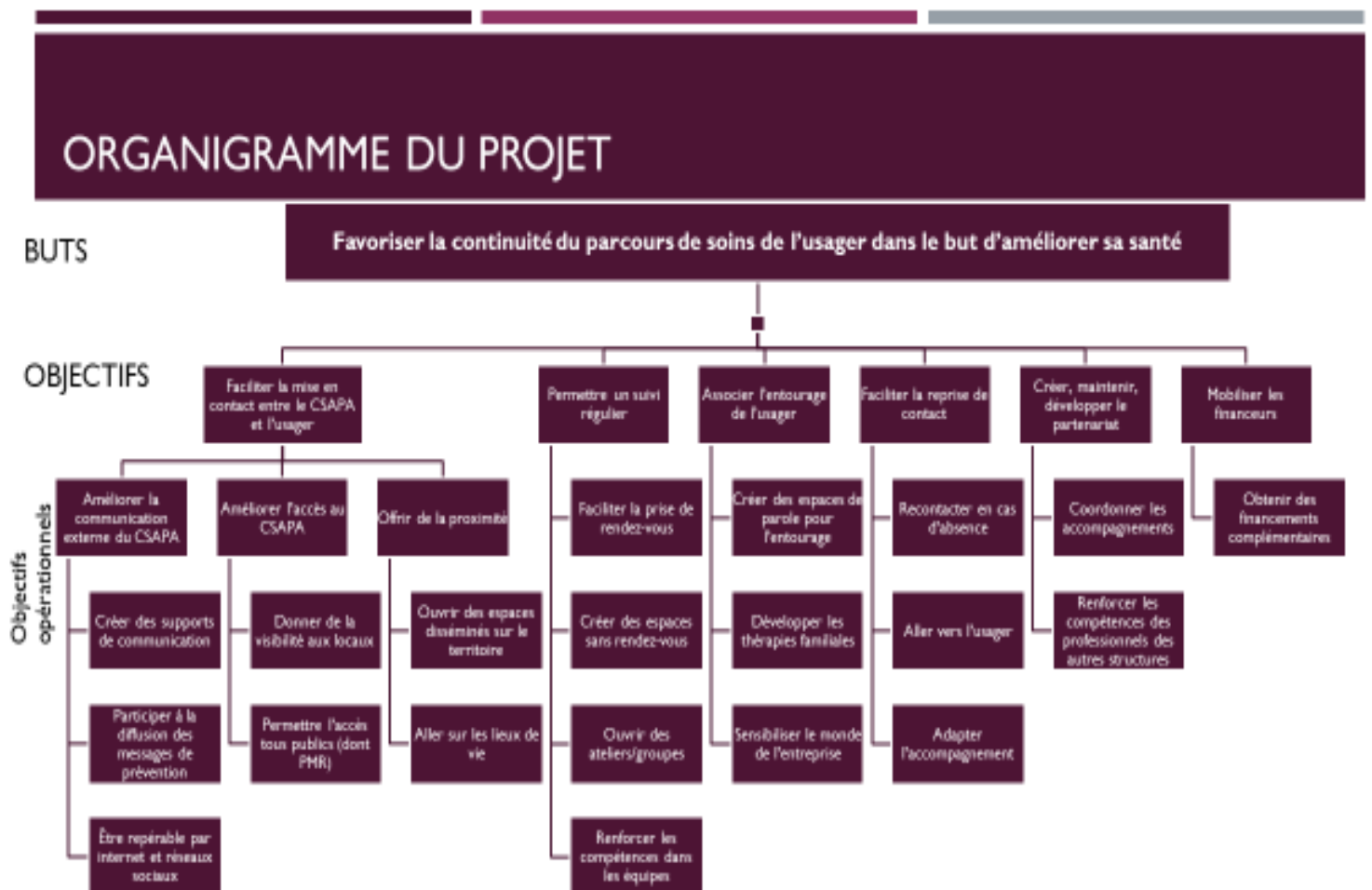


	Aisne Nord	Aisne Sud
ELSA	- 3 ELSA (CH de Hirson, Ham/St Quentin, Chauny)	- 3 ELSA (CH Laon, Soissons, Château-Thierry)
Consultations hospitalières	- CH d'Hirson, St Quentin, Vervins, Chauny	- CH de Laon, Soissons, Château-Thierry, Prémontré
Sevrage simple	- CH de Guise	- CH Laon, Soissons, Château-Thierry
Sevrage complexe	- CH d'Hirson	- CRAP Prémontré
Consultations Tabac	- CSAPA Horizon 02 (antennes de Hirson, Saint Quentin ; consultations avancées de Bohain et Guise) ; CSAPA du CH de Chauny et de Saint Quentin ; Pôle de prévention de Saint Quentin	- CSAPA Horizon 02 (antennes de Laon, Soissons, Château-Thierry) ; Pôles de prévention de Laon et Soissons ; ELSA de Laon ; CRRF de Saint Gobain
Etablissement SSRA	néant	- Aurore-APTE à Bucy le Long
CSAPA	- 3 CSAPA : 2 hospitaliers (St Quentin et Chauny) et 1 associatif (antennes CSAPA Horizon 02 d'Hirson et Saint Quentin, consultations avancées de Bohain et Guise),	- 1 CSAPA Horizon 02 associatif (antennes CHA de Laon, Soissons, Château-Thierry)
CAARUD	1 CAARUD (St Quentin)	- 1 CAARUD (Château-Thierry et Soissons)
CJC	- 1 CJC à St Quentin	- 1 CJC à Soissons
Structures de prévention en addictologie	- ANPAA 02 - CSAPA Horizon 02	- ANPAA 02 - CSAPA Horizon 02

Annexe 2 : cartographie des établissements d'Oppelia (page 31)



Annexe 3 : Tableau synthétique des objectifs du projet EMA (p 52)



Annexe 4 : Tableau des charges de l'EMA (page 63)

	Année 1 (2019)	Année 2 (2020)	Année 3 (2021)	Total par groupe
Groupe 1 :				
Matériel IDE	1000	1000	1000	3000
Tél portable	360	360	360	1080
Carburant	1200	1200	1200	3600
Papeterie	1000	1000	1000	3000
Total Groupe 1	3560	3560	3560	10680
Groupe 2	65 000	65 000	65 000	195 000
0,1 médecin				
0,25 psychologue				
0,5 IDE				
0,5 AS				
Total Groupe 2	65 000	65 000	65 000	195 000
Groupe 3				
Amortissements :				
.PC portable	250	250	250	750
Communication	1000	1000	1000	3000
assurance	750	750	750	750
Total Groupe 3	2000	2000	2000	6000
TOTAL	70 560	70 560	70 560	211 680

Annexe 5 : Plan de communication du projet EMA (page 68)

Qui : qui est la cible ?	Quoi : quel est le message ?	Comment : quels supports utiliser	Quand : Programmation ?	Evaluation : définir des indicateurs
CA Direction Générale	On a besoin de travailler ensemble, et de cohésion J'ai besoin de votre soutien Besoin engagement du CA Informers de l'avancée du projet et des réajustements éventuels	Rencontres – échanges fréquents formels ou informels Entretien avec Président DUD lors du CA, Bureau	2 fois par an	Lettre de mission
Financiers / ARS	Promoteur de projets innovants Compréhension de leurs besoins et des exigences des PP => se mettre en action	Rencontres Courriers Respect des échéances Transmission du plan d'actions	2 fois par an	Visite ARS Rapport d'activité
Equipe de Direction	Cohésions – cohérence dans attitudes Mobilisation	Réunions / rencontres Clarifier les délégations et les fiches de missions = entretiens	Chaque semaine	Relevés de décisions
salariés	Changement à venir, avec eux Informers des orientations prises Informers des opportunités liées au projet	Réunions générale / de services Entretiens Groupe de travail	2 fois par mois	Taux de participation groupes de pratiques
IRP	Dialoguer : échanger/ partager => co construction du changement	Réunion, droit d'expression Point d'avancement, point de travail	1 fois par trimestre	Nombre avis
Usagers et entourage	Adaptation aux besoins (Qualité, proximité) Recherche du bien-être et de la satisfaction des usagers Point sur l'avancée du projet	Groupes d'expression/ livret accueil (outils 2002-2) Courriers Journal Site internet Rencontres / échanges Enquête de satisfaction	1 par trimestre	Compte-rendus des réunions
Organismes de proximité partenaires	Travailler en coopération	Inauguration, invitation Plaquette, rapport activités Rencontres, conventions	2 fois par an a minima	Compte-rendu des réunions, Conventions signées
Grand public	Communiquer sur notre CSAPA et ses missions	Medias portes ouvertes	1 fois par an	Articles, reportages

Annexe 6 : rétroplanning du projet (page 68)

	4 ^{ème} trim 2018	1er trim 2019	2 ^{ème} trim 2019	3 ^{ème} trim 2019	4 ^{ème} trim 2019	1er trim 2020	2 ^{ème} trim 2020	3 ^{ème} trim 2020	4 ^{ème} trim 2020	1 ^{er} trim 2021	2 ^{ème} trim 2021	3 ^{ème} trim 2021	4 ^{ème} trim 2021
Communiquer sur le lancement du projet auprès du CA, des IRP et professionnels : réunion trimestrielle d'octobre 2018													
Communiquer sur le lancement du projet EMA auprès des usagers : en groupes d'expression en novembre et décembre													
Constituer le COPIL (CA, professionnels, usagers, partenaires) : sur la base du volontariat													
Réunir le COPIL (2 fois par an)													
Rencontrer les établissements en addicto de l'Aisne : réunions de réseau (CH, CSAPA, CAARUD, SSRA) (2 fois par an)													
Rencontrer les établissements hors addicto de l'Aisne : partenariat social et médico-social (2 fois par an)													
Rencontrer les médecins généralistes de l'Aisne : tout au long de la période													
Organiser les interventions : 2 par an													
Recruter l'équipe mobile (interne et externe) : opérationnelle au 1 ^{er} janvier 2019													

	4 ^{ème} trim 2018	1 ^{er} trim 2019	2 ^{ème} trim 2019	3 ^{ème} trim 2019	4 ^{ème} trim 2019	1 ^{er} trim 2020	2 ^{ème} trim 2020	3 ^{ème} trim 2020	4 ^{ème} trim 2020	1 ^{er} trim 2021	2 ^{ème} trim 2021	3 ^{ème} trim 2021	4 ^{ème} trim 2021
Former les partenaires à l'addictologie : tout au long de la période pour répondre à toutes les demandes													
Déployer l'activité de l'EMA pour des suivis individuels (tout au long de la période)													
Définir en réunions de synthèse les usagers à accompagner à domicile (2 par mois)													
Déployer l'activité de l'EMA en présentiel chez des partenaires (2 temps par semaine)													
Evaluer l'action de l'équipe mobile (2 fois par an)													
Informers les usagers du recours possible à l'EMA : au premier entretien et tout au long de la période													
Evaluer l'efficience de l'EMA dans le cadre des parcours individuels (2 fois par an, en présence de l'utilisateur)													
Rechercher des financements complémentaires (tout au long de la période)													
Communiquer autour du projet (médias) : rapport d'activité annuel a minima													
Transmettre aux financeurs une évaluation détaillée des résultats du projet : bilan de l'année, qualitatif, quantitatif et financier													

SEDANO	Isabelle	Novembre 2018
<p align="center">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</p> <p>ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Hauts de France</p>		
<p align="center">Créer en milieu rural une équipe mobile en addictologie afin de favoriser la continuité de parcours</p>		
<p><i>L'accès aux soins pour tous est l'une des priorités de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. La continuité d'un parcours de soins est complexe, en particulier quand il s'agit de publics en situation d'addiction, habitant en milieu rural. Devoir parcourir des dizaines de kilomètres pour se rendre dans un centre de soins spécialisés est difficile quand les addictions ont eu pour conséquences l'isolement physique, psychologique et social.</i></p> <p><i>Les CSAPA observent chaque année l'existence de nombreux « perdus de vue » au sein des files actives, contraints d'interrompre leur parcours de soins faute de pouvoir se déplacer dans un établissement spécialisé.</i></p> <p><i>En réponse, un projet expérimental d'équipe mobile en addictologie est créé pour intervenir au plus près des lieux de vie, venant rassembler les partenaires du territoire dans une volonté de travailler ensemble aux côtés des usagers pour permettre une continuité de parcours favorable au rétablissement.</i></p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Addictologie, alcoologie, coopération, coordination, CSAPA, développement, équipe mobile, évolution, parcours de soins, partenariat, ruralité, usagers</p>		
<p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		