



---

**DESSMS**

Promotion : **2013-2014**

Date du Jury : **2014**

---

# **Addictions : un parcours décroiséonné est-il possible ?**

**Etude des freins et leviers au partenariat sanitaire, social et  
médico-social du Territoire n°6 de Bretagne**

---

**Sophie CORNU**

---

# Remerciements

---

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes qui m'ont accompagnée dans la réalisation de ce mémoire. A chacune de nos rencontres, j'ai été touchée par la profondeur de vos propos, la sincérité de votre engagement et l'humilité de vos ambitions. Tous nos échanges m'ont apporté bien plus que des réponses. Ils m'ont ouvert à de nouveaux questionnements auxquels j'espère apporter des réponses durant ma carrière de directeur d'établissement social, sanitaire et médico-social.

J'adresse également mes sincères remerciements à Mme Roussel, maître de stage, M. Schmid, Directeur de la CHT Rance Emeraude et M. Rouxel, Directeur du Centre Hospitalier de Saint Malo.

Je tiens également à exprimer toute ma gratitude au Docteur Gouello, Chef de Pôle des Activités Non Programmées du Centre Hospitalier de Saint Malo, au Docteur Hémery, Chef de Pôle Psychiatrie ainsi qu'aux équipes médicales et soignantes de la filière d'addictologie de la CHT Rance Emeraude.

J'ai aussi une pensée particulière pour M. Dréano, Directeur de l'Association Le Goéland, et ses équipes.

Enfin, je remercie le Dr Epailard de la Délégation Territoriale de l'ARS Bretagne.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Les addictions questionnent le cloisonnement de nos organisations</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 Les données statistiques posent l'ampleur d'un problème de société</b> .....	<b>5</b>
1.1.1 Les addictions au plan national .....	5
1.1.2 Les addictions en Bretagne et sur le Territoire n°6.....	6
1.1.3 Le profil des personnes accueillies en soin au Centre Hospitalier de Saint Malo .....	7
<b>1.2 Santé, insertion sociale, éducation, justice... tous les secteurs sont concernés</b> .....	<b>8</b>
1.2.1 Les besoins de santé en addictologie remettent en cause l'organisation « en tuyau d'orgue » de l'Hôpital .....	8
1.2.2 Les effets des addictions, sur la personne et son entourage, obligent à adopter une approche globale de la maladie .....	9
1.2.3 De l'incitation commerciale aux nouvelles pratiques sociales, les sollicitations génératrices d'addictions peuplent notre quotidien .....	11
<b>1.3 Les conduites addictives touchent aussi bien la sphère privée que publique... en parler peut déranger</b> .....	<b>12</b>
1.3.1 Les addictions ne sont pas qu'une question de volonté .....	12
1.3.2 Le déni et les rechutes constituent des étapes clefs d'un long processus de guérison .....	13
1.3.3 La perception, souvent paradoxale, des addictions par la population complique l'accompagnement et les prises en charge .....	14
<b>2 Le parcours d'addictologie commence à prendre forme sur le Territoire n°6 de Bretagne</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1 Les missions de la filière d'addictologie posent des passerelles entre l'Hôpital, la Ville et le secteur social</b> .....	<b>17</b>
2.1.1 L'ELSA, pivot d'ouverture sur l'Hôpital .....	17
2.1.2 L'Unité d'addictologie compétente pour les sevrages simples et complexes ..	18
2.1.3 Le CSAPA, pivot d'ouverture sur la Ville .....	19

2.1.4	L'hôpital de jour en addictologie, un accent sur la réinsertion sociale.....	19
2.1.5	Les consultations d'addictologie.....	20
<b>2.2</b>	<b>La filière d'addictologie de la CHT a des atouts pour construire le parcours du territoire n°6.....</b>	<b>21</b>
2.2.1	Le référentiel de la filière CHT donne une base à la dynamique partenariale territoriale .....	21
2.2.2	L'ouverture sur les secteurs sanitaire, social et médico-social prend appui sur une gestion des ressources humaines décloisonnée au sein de la filière .....	22
2.2.3	La pluridisciplinarité des équipes hospitalières prend la forme d'une organisation en micro plateforme sanitaire et sociale.....	24
<b>2.3</b>	<b>En complément de la filière de soin, les acteurs territoriaux préparent les autres « tronçons » du parcours d'addictologie.....</b>	<b>24</b>
2.3.1	Le maillage de l'animation territoriale .....	24
2.3.2	Le rôle moteur de la Conférence de Territoire .....	25
2.3.3	La dynamique régionale de l'ARS.....	26
<b>3</b>	<b>Malgré sa pertinence territoriale, un parcours décloisonné semble, à ce jour, prématuré.....</b>	<b>29</b>
<b>3.1</b>	<b>Les faiblesses du parcours appellent plus de coordination .....</b>	<b>29</b>
3.1.1	Les situations complexes mettent en évidence les limites du cloisonnement.. .....	29
3.1.2	Le repérage précoce est une responsabilité de tous les acteurs.....	30
3.1.3	Les fragilités de la filière de soin ralentissent la fluidité du parcours .....	32
<b>3.2</b>	<b>Les acteurs ont besoin de consolider leur organisation interne avant de s'engager dans une dynamique partenariale institutionnalisée.....</b>	<b>33</b>
3.2.1	Les rapports entre acteurs dépassent rarement des échanges collaboratifs sporadiques .....	33
3.2.2	Chaque acteur a sa propre conception du temps, ce qui génère peu d'espace commun de travail.....	35
3.2.3	L'efficacité des réunions dépend de la capacité à décider des acteurs présents .....	36
<b>3.3</b>	<b>La complexité du système renforce les cloisonnements .....</b>	<b>37</b>
3.3.1	Les réunions « addictions » sont éparpillées dans un millefeuille local de priorités et dispositifs identifiés par publics.....	37

3.3.2	Des financements en mosaïque freinent la reconnaissance de l'activité d'addictologie et sa cohérence d'ensemble.....	38
3.3.3	La complexité des territoires est source de dysfonctionnements et de coûts cachés .....	39
<b>4</b>	<b>Sans atteindre le décloisonnement, des pistes d'amélioration permettent d'optimiser les articulations transversales du parcours d'addictologie.....</b>	<b>43</b>
<b>4.1</b>	<b>Bâtir la gouvernance de la filière d'addictologie pour affirmer la volonté institutionnelle d'impulser une dynamique de parcours .....</b>	<b>43</b>
4.1.1	La structuration de la filière CHT d'addictologie devra consolider une démarche coopérative entre les services d'addictologie pour créer un effet « locomotive » dans le développement des partenariats .....	43
4.1.2	La filière CHT doit, d'ores et déjà, préparer l'ouverture de sa gouvernance aux acteurs du territoire en formalisant un partenariat souple avec le CH Saint Jean de Dieu .....	45
<b>4.2</b>	<b>La filière d'addictologie peut optimiser son efficience en s'intégrant à une coopération inter-pôles hospitalière « santé mentale, addictologie, précarité, urgences » .....</b>	<b>46</b>
4.2.1	Le projet d'Unité Post Accueil de Saint Malo, véritable plateforme pluridisciplinaire, peut constituer un tremplin à une coopération inter-pôles.....	46
4.2.2	La création d'un comité « situations complexes » à l'hôpital peut préfigurer un partenariat intégré de type MAIA en addictologie .....	47
<b>4.3</b>	<b>Pour construire une meilleure articulation entre les secteurs social et sanitaire, il faut dès aujourd'hui créer une culture commune sur le terrain .....</b>	<b>49</b>
4.3.1	La formation inter-sectorielle et pluridisciplinaire doit être développée et soutenue .....	49
4.3.2	Le partage des données constitue un enjeu majeur qui implique la confiance de tous .....	50
<b>5</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>53</b>
<b>6</b>	<b>Bibliographie.....</b>	<b>55</b>
<b>7</b>	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>
7.1	ANNEXE 1 : Liste des personnes interviewées.....	II
7.2	GUIDE d'ENTRETIEN de MEMOIRE.....	III
7.3	ANNEXE 3 : Liste des ministères participant à la MILDECA.....	IV

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS	Agence Régionale de Santé
CHT	Coopération Hospitalière de Territoire
CATTP	Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CMP	Centre Médico-Psychologique
CPAM	Centre Primaire d'Assurance Maladie
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DAF	Dotation Annuelle de Financement
DIM	Département d'Informations Médicales
DMS	Durée Moyenne de Séjour
ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EMCDDA	Observatoire européen des drogues et toxicomanies
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
ETP	Equivalent Temps Plein
GTR	Groupe Thématique Régional
HDJ	Hôpital de Jour
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MIG	Mission d'Intérêt Général
MILDECA	Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives
MSA	Mutuelle Sociale Agricole
OFDT	Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
Pôle ANP	Pôle d'Activités Non Programmées
PRS	Projet Régional de Santé
PTS	Projet Territorial de Santé
RTU	Recommandation Temporaire d'Utilisation
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UPA	Unité Post-Accueil
UAMP	Unité d'Accueil Médico-Psychologique

## Introduction

Du médicament au produit illicite, de l'interdit aux mouvements artistiques en quête de sensations, les addictions touchent tous les âges, toutes les catégories sociales et par ricochet tous les acteurs œuvrant pour le Service Public. Au travers du choix de ce mémoire, j'ambitionne de réunir un sujet de santé publique - les addictions - et une thématique organisationnelle - la coordination des acteurs nécessaire à l'optimisation des prises en charge en addictologie -.

Les addictions sont reconnues comme une maladie chronique. Elles coûtent la vie en France à plus de 335 personnes par jour<sup>1</sup> - l'équivalent de plus de quarante attentats du « World Trade Center » par an<sup>2</sup> - et blessent, en silence, des millions de vies qui peinent à cicatriser. Mais qu'est-ce qu'une addiction ? D'abord rattaché à la dépendance à l'alcool et aux drogues, ce concept regroupe aujourd'hui des conduites telles que l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie, la toxicomanie médicamenteuse mais aussi les addictions sans substance, comme l'achat compulsif, le jeu pathologique, l'anorexie ou la boulimie.

Une addiction<sup>3</sup> est un processus dans lequel interagissent trois éléments : un individu, une substance (ou une activité) et un environnement. La personne est ainsi liée par le plaisir que lui procure cette substance sans pouvoir s'en passer, malgré les effets nocifs sur elle et son entourage. L'impact d'une addiction sur la santé est donc global. Les addictions ont des conséquences d'ordre physique, psychologique, relationnel, familial et social.

Au niveau national, la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA) coordonne une politique publique globale. Le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives adopté le 19 septembre 2013<sup>4</sup> en est le cadre. La MILDECA intervient sur six axes couvrant la

---

<sup>1</sup> Le tabac est responsable de 73 000 décès par an et l'alcool 49 000, soit plus de 122 000 morts prématurées, sans compter les décès liés aux toxicomanies, aux accidents de la route causés par l'alcool ou encore aux suicides

<sup>2</sup> L'attentat du World Trade Center a fait 3000 victimes en 2001

<sup>3</sup> « 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 négatives » Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n° 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

<sup>4</sup> Le Plan addiction développe plusieurs axes pour la période 2013-2017 : prévenir et communiquer, accompagner et prendre en charge, réduire les dommages, intensifier la lutte contre les trafics, mieux faire appliquer la loi. Ce Plan s'inscrit dans un cadre européen de *Stratégie antidrogue 2013-2020* adoptée par le Conseil de l'Union européenne en décembre 2012.

recherche, la prévention, la santé et l'insertion, l'application de la loi, la lutte contre les trafics et la coopération internationale. Plus de dix ministères<sup>5</sup> participent à la mission. Le mémoire abordera plus spécifiquement le champ de la santé et de l'insertion.

La santé et l'insertion englobent trois secteurs : le secteur sanitaire (Hôpitaux et médecine de ville), le secteur social (établissements et services en faveur de l'insertion sociale et professionnelle), et le secteur médico-social (CSAPA, Lits halte soin santé, SAMSAH...). S'ils s'accordent sur le papier, ces trois secteurs travaillent difficilement ensemble. La « fragmentation de l'offre (...) relevant de secteurs et statuts variés »<sup>6</sup> ou encore « l'étanchéité des cultures professionnelles propres au milieu sanitaire d'un côté et aux milieux médico-social et social de l'autre »<sup>7</sup> en sont deux illustrations qui appellent plus de cohérence.

La Stratégie Nationale de Santé entend restructurer le système de santé et remédier à ces cloisonnements. Les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social sont vivement invités à travailler ensemble. La notion de parcours n'est encore inscrite dans aucune loi, mais constitue un axe déterminant de cette Stratégie. Il ne s'agit plus d'organiser le système autour d'établissements ou services qui se suffiraient à eux-mêmes, mais de structurer une interaction dynamique entre les acteurs pour répondre de manière personnalisée aux besoins spécifiques de la personne. La question devient, dès lors, de savoir comment répondre ensemble à ces besoins .

Le terrain d'investigation de la problématique cible la Ville de Saint-Malo et plus largement le Territoire n°6 situé à cheval sur les départements d'Ille et Vilaine et des Côtes d'Armor. La Ville de Saint Malo est la deuxième ville du département d'Ille et Vilaine. Avec une population de plus de 50 000 habitants, elle se positionne comme un pôle urbain d'importance régionale. La Ville compte des services sociaux, plusieurs associations sociales comme Le Goéland et l'AMIDS et un Centre Hospitalier de référence qui développe dans le cadre de la Coopération Hospitalière de Territoire (CHT) Rance Emeraude, une filière de soin en addictologie avec le Centre Hospitalier de Dinan. Le Centre Hospitalier a un rôle central dans cette configuration territoriale. Il est un acteur

---

<sup>5</sup> Cf. Annexe 3 : Ministère de l'intérieur, Ministère de la marine, Ministère de l'Economie, du Redressement productif et du Numérique, Ministère de la Justice, Ministère des Affaires Etrangères, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, Ministère des Droits des femmes, de la Ville, de la Jeunesse, Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt, Site Internet de la MILDECA, « Lutter, Qui fait Quoi ? » : <http://www.drogues.gouv.fr/les-acteurs/qui-fait-quoi/index.html>

<sup>6</sup> BLOCH M-A et HENAUT L. (2014), *Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris : Dunod, p 4

<sup>7</sup> *Op. cit.* p.5

pilote et incontournable du parcours de soin. Il est également l'un des premiers employeurs de la ville.

Les addictions constituent un enjeu majeur de santé en Bretagne et notamment dans son Territoire n°6 où une surmortalité par rapport au niveau moyen français, de plus 27% chez les hommes et 25% chez les femmes, y est constatée. Les acteurs soulignent deux difficultés majeures sur le terrain : le repérage précoce des patients sujets à une addiction, d'une part, et la gestion des situations d'usagers de plus en plus complexes relevant de l'addictologie, de la précarité, des urgences et/ou de la psychiatrie, d'autre part. Ce constat conforte la nécessité de la coopération et du partenariat.

Cependant, travailler ensemble implique des changements dans le jeu des acteurs. Chacun doit accepter de perdre une partie de son « pouvoir » pour le mettre au service d'un projet commun. La démarche sous-tend également le partage d'un diagnostic, d'objectifs, voire d'une culture commune, en plus de se connaître respectivement. Force est de constater que les professionnels évoluent au sein de fonctionnements internes souvent denses et spécifiques qui font obstacle à une ouverture sur un environnement partenarial large. Les coopérations en sont limitées.

Ce constat m'amène, en conséquence, à interroger la notion de parcours : un parcours d'addictologie décloisonné est-il possible ? Il s'agira d'étudier les freins et les leviers aux liens partenariaux entre les secteurs sanitaire, social et médico-social qui permettront de répondre aux besoins de repérage précoce des addictions et à la gestion de cas complexes mêlant précarité, urgences et/ou psychiatrie.

Mon positionnement dans le cadre de ce mémoire est celui d'un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, occupant un poste de directeur adjoint dans un Centre Hospitalier. Ce point de vue est volontairement pris pour axer la réflexion sur le rôle de la direction dans l'ouverture de l'Hôpital sur la Ville.

Afin de remédier à mon absence d'expérience en lien avec chacun des deux sujets que sont les addictions et la coordination des trois secteurs, j'ai fait le choix, en début de formation, de centrer l'ensemble des stages de professionnalisation sur le même territoire. Cette approche territoriale avait pour objectif de me donner le temps nécessaire pour tisser des liens dans chacun des secteurs et de mieux comprendre les spécificités des enjeux de chaque secteur.

Ainsi, ce mémoire s'appuie-t-il sur le travail effectué durant les trois stages réalisés au cours de la formation. L'observation d'ateliers proposés durant le Programme d'Orientation de sevrage complexe au Centre Hospitalier de Dinan a constitué une initiation aux problématiques de soin en addictologie (stage d'observation de février 2013). Une recherche sur le partenariat autour des situations complexes au sein de l'Association Le Goéland a permis de recueillir des informations concernant les besoins des usagers et les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux (stage extérieur septembre-octobre 2013).

Pendant mon stage long, la mission qui m'a été confiée autour de la structuration de la filière d'addictologie de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Rance Emeraude a permis un travail de fond mené avec les équipes médicales, soignantes et administratives. Ce travail s'est élargi aux services des urgences, de médecine et de psychiatrie. Toutes les réunions ont donné lieu à des échanges de grande qualité (stage de novembre à juin 2014). L'exploration de la problématique repose enfin sur douze entretiens ouverts conduits avec différents acteurs des secteurs concernés. Chacun a duré en moyenne 1h30.

Nous verrons dans une première partie en quoi les addictions questionnent nos organisations (1), puis nous aborderons les atouts du parcours d'addictologie du Territoire n°6 (2) avant d'en analyser les faiblesses (3) et de proposer des axes d'amélioration (4).

## 1 Les addictions questionnent le cloisonnement de nos organisations

Avant de parler du parcours d'addictologie, avant même d'évoquer les relations qu'entretiennent les acteurs au sein de ce parcours, il convient de poser un état des lieux et de donner des clefs de compréhension sur les addictions. Il s'agira dans un premier temps de poser le cadre statistique (1.1) et de démontrer l'impact des addictions sur les organisations ou la société en général (1.2). Il conviendra ensuite d'explorer la complexité de cette maladie (1.3).

### 1.1 Les données statistiques posent l'ampleur d'un problème de société

#### 1.1.1 Les addictions au plan national

Les derniers chiffres communiqués en 2014 par l'Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie (OFDT)<sup>8</sup> et par l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (EMCDDA)<sup>9</sup> présentent un état des lieux des consommations des principales drogues illicites :

	Cannabis		Cocaïne		Ecstasy	
	UE	France	UE	France	UE	France
Expérimentateurs	73 M	13.5 M	14.1 M	1.5 M	10.6 M	1.1 M
Dont usagers dans l'année écoulée	18.1 M	3.8 M	3.1 M	400 000	1.6 M	150 000

En Europe, les tendances sont, globalement, encourageantes mais pointent des pratiques encore très préoccupantes. Ainsi, la part des consommations festives tend à diminuer. Mais de nouvelles conduites plus complexes viennent les remplacer. Les stimulants, les drogues de synthèse et les produits pharmaceutiques prennent de plus en plus d'importance.

Si la France se positionne comme le plus gros consommateur européen de cannabis avec le Danemark, les addictions les plus dommageables pour la population française sont le tabac et l'alcool.

<sup>8</sup> OFDT, Drogues, Chiffres clés, 5<sup>ème</sup> édition juin 2013, 8 pages, disponible sur le site de l'OFDT

<sup>9</sup> Rapport européen sur les drogues. Tendances et Evolutions 2014, 88 pages, disponible sur <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2014>

Le tabac est la première cause de mortalité évitable. On dénombre plus de 73 000 décès annuels attribuables au tabac en France. Les mesures de lutte contre cette addiction ont permis de « dénormaliser » la consommation de tabac. Elles n'ont pas permis d'inverser la prévalence tabagique qui reste toujours élevée. Les jeunes sont particulièrement concernés. On note un tabagisme quotidien à 17 ans en hausse depuis 2008. Pour autant, l'augmentation des prix du tabac a entraîné une diminution des ventes. Cette diminution semble toutefois être compensée par des pratiques de vapotage. Le Plan Cancer communiqué en 2014 relance la politique de lutte contre le tabac en France. Nos voisins finlandais ont, quant à eux, décidé d'éradiquer le tabagisme d'ici 2040 avec le concept de *tobacco endgame* (« fin de partie »)<sup>10</sup>.

L'alcool connaît une évolution plus nuancée. Les consommations sont globalement en baisse. La France reste néanmoins l'un des plus gros consommateurs d'Europe de l'Ouest. Et l'usage régulier, soit dix fois dans le mois ou plus, est en augmentation depuis 2008 chez les jeunes de 17 ans. 53% d'entre eux déclarent avoir eu des comportements d'alcoolisation ponctuelle massive appelés *binge drinking* (12<sup>e</sup> rang européen sur 33 pays<sup>11</sup>). Quel que soit l'âge, les conséquences de l'alcool sont complexes : 49 000 décès par an et une multitude de répercussions sociales que nous développerons plus avant.

### 1.1.2 Les addictions en Bretagne et sur le Territoire n°6

Le Projet Régional de Santé de Bretagne préconise un état des lieux régional des addictions. Les données ont été étayées par un tableau de bord diffusé en 2012<sup>12</sup>. Ce tableau a été soutenu par la Préfecture d'Ille et Vilaine, le Conseil Régional de Bretagne et l'ARS, et réalisé par l'Observatoire Régional de Santé Bretagne et l'AIRDDS Bretagne<sup>13</sup>.

L'alcool constitue l'addiction la plus préoccupante en Bretagne. Même si sa consommation ne cesse de diminuer depuis les années 1960, elle se caractérise en Bretagne par une plus grande pratique de l'ivresse, tous âges confondus. La Bretagne occupe le 2<sup>e</sup> rang des régions françaises pour la plus forte densité de débits de boissons (en 2002). On y dénombre 13 700 séjours hospitaliers en court séjour et une file active de

<sup>10</sup> OFDT, Tendances, Mai 2014, Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014 par Aurélie Lermenier-Jeannet 6pages

<sup>11</sup> Données recueillies sur le site <http://www.drogues-info-service.fr/>

<sup>12</sup> Document disponible sur le site de l'ARS Bretagne : <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Le-tableau-de-bord-sur-les-add.147119.0.html>

<sup>13</sup> AIRDDS est une association d'information et de ressources sur les drogues, les dépendances et le Sida.

9 000 personnes en CSAPA liés à l'alcool en 2009. 1400 décès sont imputables aux principales pathologies liées à l'alcool et 95 sont causés par des accidents mortels de la route.

La Bretagne est également l'une des régions où le cannabis est le plus consommé parmi les jeunes. 46 % des jeunes l'ont déjà expérimenté à 17 ans contre 42.2% pour la moyenne nationale. Enfin, 4 400 décès sont imputables aux principales pathologies liées au tabac. Les poly-consommations sont fréquentes (alcool associé au tabac par exemple).

### **1.1.3 Le profil des personnes accueillies en soin au Centre Hospitalier de Saint Malo**

Les addictions touchent toutes les catégories sociales. Les différents témoignages ont mis en évidence que les populations aisées choisissent les cliniques privées pour recevoir leurs soins. Les personnes accueillies au Centre Hospitalier de Saint Malo ont des revenus plus modestes et, pour une minorité d'entre elles, vivent dans la précarité.

Une étude DIM – Département d'Information Médicale - a mis en évidence qu'en 2013, 693 personnes ont été hospitalisées au Centre Hospitalier de Saint Malo pour trois motifs principaux : intoxications aiguës (principalement alcoolémie), addiction à l'alcool, aux drogues ou aux médicaments, et pathologies liées à l'alcool. Il ressort de l'étude que :

- 84% des séjours pour intoxication aiguë sont pris en charge par le Pôle Activités Non Programmées (ANP)
- 96% des séjours pour addictions sont pris en charge par le Pôle ANP
- 51% des séjours pour pathologies liées à l'alcool sont pris en charge par les services d'hépatogastrologie et 25% par le Pôle ANP.

Les addictions touchent également tous les âges. Comme sur le plan national, les professionnels de Saint Malo accueillent les publics prioritaires :

- les femmes en périnatalité - Les incidences sur le fœtus pouvant avoir de graves répercussions sur la santé de l'enfant à naître.
- les jeunes de moins de 25 ans,
- les personnes souffrant de troubles mentaux,
- les personnes en situation de précarité.

Pour autant, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 35-55 ans. En 2013, le bilan d'activité du CSAPA montre que 1194 personnes ont bénéficié d'une prise en

charge sur le site malouin du CSAPA. Les personnes accueillies sont aux ¾ des hommes, 70% sont âgés de 30 à 59 ans et 91% proviennent d'Ille et Vilaine. Les demandes de consultations portent principalement sur l'alcool, le tabac, le cannabis et les opiacés.

Les données sur l'habitat et l'origine des ressources révèlent que seules 10% des situations de logement connues relèvent de la grande précarité. Cependant, seulement 56% des personnes bénéficient d'un revenu de l'emploi.

Le bilan d'activité du service social du Centre Hospitalier de Saint Malo pointe un ensemble de besoins, en premier lieu le maintien des droits nécessaires à la poursuite des soins. L'accompagnement dans la gestion du budget apparaît également comme un besoin important. Il est noté une augmentation de l'intervention de l'assistante sociale pour motif de violences en 2013.

## **1.2 Santé, insertion sociale, éducation, justice... tous les secteurs sont concernés**

### **1.2.1 Les besoins de santé en addictologie remettent en cause l'organisation « en tuyau d'orgue » de l'Hôpital**

Soigner une personne ayant des conduites addictives est complexe. La pathologie se développe dans une multitude de problématiques médicales, sociales ou psychologiques, souvent difficiles à discerner. Ainsi, les frontières entre le somatique et la psychiatrie sont parfois minces. Ce contexte appelle une collaboration particulièrement étroite entre les services de médecine, d'addictologie et de psychiatrie. Là, réside un premier point de vigilance dans la construction d'un parcours en addictologie.

L'exemple de l'alcool est à ce titre parlant. L'alcool cause d'importantes pathologies somatiques telles que des cirrhoses du foie, cancers des voies aérodigestives supérieures, cancers du foie ou des polynévrites. Du point de vue de la psychiatrie, les complications de l'alcoolisme chronique peuvent prendre des formes diverses comme, notamment, les psychoses alcooliques, les troubles du caractère, les états dépressifs, voire le suicide. Troisième type de conséquences sanitaires, l'alcool génère également de nombreuses complications neurologiques chroniques. L'exemple caractéristique est le syndrome de Korsakoff. La personne, amnésique, se trouve dans l'incapacité de se

souvenir des événements récents et souffre de désorientation. Elle ne se rappelle ni du jour, ni de l'heure, ni du lieu de l'instant présent.

Somatique, psychiatrique, neurologique... Dans quels services organiser la prise en charge d'une personne dépressive et alcoolique ou d'une personne atteinte du syndrome de Korsakoff ?

L'alcool est dépressogène et peut, à lui seul, causer un état dépressif. Il favorise, en outre, le passage à l'acte chez les personnes alcooliques déprimées. Si l'alcool est à l'origine de la dépression, la prise en charge s'orientera, en principe, vers un sevrage plutôt que sur un traitement relevant de la psychiatrie. A l'inverse, si l'addiction est secondaire. La prise en charge se centrera dès lors en priorité sur le plan psychiatrique.

Il est quasi impossible de déterminer si l'origine du problème est plus d'ordre psychiatrique ou somatique sans connaître la situation globale de la personne. Ces éléments sont déterminants pour décider de la meilleure orientation. Des compétences pluridisciplinaires sont mobilisées à cet effet. L'orientation constitue un point névralgique de la prise en charge.

### **1.2.2 Les effets des addictions, sur la personne et son entourage, obligent à adopter une approche globale de la maladie**

Si la dépendance est une maladie, les addictions sont loin de n'être qu'un enjeu sanitaire. Les conduites addictives conduisent les personnes à se mettre, selon l'intensité de la maladie, dans des situations potentiellement dangereuses pour elles et pour leur entourage. Des infractions à répétition pour actes de violences et accidents en sont des exemples courants. Les problèmes personnels s'aggravent : difficultés financières en hausse, détérioration des relations familiales... jusqu'au jour où la personne n'est plus capable d'assurer ses obligations du quotidien dans sa vie professionnelle, à l'école ou à la maison. Concrètement, cela se traduit par des absences répétées, des résultats scolaires en baisse, de l'absentéisme voire une exclusion.

Le Rapport Reynaud donne un ordre de grandeur des dommages sociaux directement et indirectement liés à l'alcool<sup>14</sup> :

---

<sup>14</sup> Rapport Reynaud, synthèse Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages, disponible sur le site [cms.centredesaddictions.org](http://cms.centredesaddictions.org)

Les dommages sociaux directement liés à l'alcool représentent :

- 74994 infractions d'ivresse publique et manifeste
- 290 294 infractions de sécurité routière liées à l'alcool
- 150 556 condamnations pour conduite en état alcoolique
- 1 828 condamnations pour blessures involontaires par conducteur en état alcoolique
- 187 condamnations pour homicide involontaire par conducteur en état alcoolique.

Les dommages sociaux indirectement liés à l'alcool représentent en France annuellement :

- 40% des violences familiales et/ou conjugales soit environ 400 000 personnes,
- 25% des faits de maltraitance à enfants,
- 30% des viols et agressions sexuelles soit environ 50 000 personnes,
- 30% des faits de violences générales soit environ 200 000 personnes.

En miroir de ces données statistiques, les témoignages informels recueillis spontanément par les professionnels, au détour de conversations, ont mis en lumière des situations de vie douloureuses. Deux constats les rapprochent : une altération des liens sociaux et une interdépendance entre l'addiction et l'entourage.

Un témoignage évoque une bande de copains de plus de 30 ans, tous aiment la fête. L'un d'entre eux ne prendra jamais le chemin d'une vie rangée. Dépendant à l'alcool, il gardera ses « potes » jusqu'au bout mais perdra sa famille, puis son travail avant de mourir à l'âge de 40 ans. Ce sont également des histoires de couples qui se déchirent lentement. Des souvenirs d'enfants, aujourd'hui adultes, qui parlent de leur père alcoolique, avec une douleur toujours vive. Les regards changeant sur une adolescente qui au cours d'un anniversaire se mettra nue en public. Sans oublier, deux femmes, chacune suivie dans un centre d'hébergement, toutes deux toxicomanes et alcooliques, soumises à un danger constant alternant viol et violence.

La question du mésusage de l'alcool est un sujet de société quotidiennement présent. En Bretagne, ses racines sont bien ancrées dans l'histoire des gens. Pour trouver une réponse, la transversalité de cet enjeu induit une responsabilité collective des acteurs. En ce sens, le parcours d'addictologie constitue une réponse citoyenne et ambitieuse qui doit lutter contre l'individualisme et le cloisonnement des organisations.

### 1.2.3 De l'incitation commerciale aux nouvelles pratiques sociales, les sollicitations génératrices d'addictions peuplent notre quotidien

La tentation est partout. Difficile d'éviter les excès et de garder la juste mesure de nos besoins. « Nous vivons désormais dans une société « addictogène » incitant à toutes les consommations et/ou la recherche du plaisir individuel »<sup>15</sup>, une société qui ne facilite pas l'apprentissage du contrôle des impulsions, ni ne valorise les valeurs de solidarité.<sup>16</sup>

Prenons, par exemple, les promotions commerciales. Acheter des paquets de gâteaux par 5 n'est-il pas plus économique ? Et si le sucre était plus puissant que la cocaïne ? Le professeur Richard Béliveau, Docteur en biochimie et spécialiste de la prévention des maladies par l'alimentation, considère que 75% des cancers et 80% des maladies chroniques pourraient être évités en agissant sur notre mode de vie. Selon lui, l'augmentation massive de calories consommées depuis ces dernières décennies est due à la fabrication par l'industrie agroalimentaire de produits addictifs surchargés en gras, en sucre ou en sel<sup>17</sup>.

Mettons-nous à la place d'une personne alcoolique qui tente de réduire ou d'arrêter sa consommation. Il nous suffit de regarder et d'écouter autour de nous la pression sociale qu'il doit surmonter. Combien de bistrot dans le quartier ? Un déjeuner d'affaire, un apéritif, un pot de départ, sans même évoquer les consommations au domicile... les sollicitations du quotidien sont longues. Et ne pas répondre à ces sollicitations revient pour certains à faillir à l'image sociale avec laquelle ils se sont construits.

Au-delà des incitations à consommer, les pratiques sociales sont évocatrices de l'évolution de la place des addictions dans notre société. Développer des liens sociaux dans une société individualiste devient tout un programme. Manifestement, le rapport à l'alcool change. Il y a encore quelques décennies, on se réunissait pour être ensemble. L'alcool venait agrémenter ces moments de convivialité. Il en était un ingrédient parmi d'autres. Aujourd'hui, c'est souvent l'alcool qui réunit. C'est l'alcool qui ouvre la porte d'une rencontre et fait disparaître, sous ses effets, la peur d'aller vers l'autre<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> RAYNAUD M., MOREL A., 2011, Livre Blanc de l'addictologie française, 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France, Fédération Française d'Addictologie, p.2

<sup>16</sup> Op. Cit.

<sup>17</sup> « Richard BELIVEAU, 75% de cancers en moins », « Cette cuisine qui nous protège », Le point, 26 juin 2014 p.70 (propos recueillis par Olivia Recasens)

<sup>18</sup> Christophe ANDRE, Revue Sciences Humaines, n°162 juillet 2005 p 43 « Dossier : la peur de l'angoisse individuelle aux fantasmes collectifs : « une deuxième famille de peurs et de phobies est constituée par les peurs sociales. Tolérables lorsqu'elles sont modérées (trac ou timidité), elles représentent des maladies sévères lorsqu'elles atteignent le stade de la phobie sociale, dans laquelle la personne ne peut soutenir les regards ou les échanges bénins de la vie quotidienne :

### **1.3 Les conduites addictives touchent aussi bien la sphère privée que publique... en parler peut déranger**

#### **1.3.1 Les addictions ne sont pas qu'une question de volonté**

Selon Philippe Vernier, Directeur de l'Institut de Neurobiologie Alfred-Fessard du CNRS « Il n'existe sans doute pas de meilleure illustration de l'unicité du corps et de l'esprit que les addictions. (...) L'esprit initie le corps à la recherche de sensations et, en retour, le corps contraint l'esprit à se plier à la dépendance du manque à combler. »<sup>19</sup> Les addictions relèvent d'un processus complexe physiologique et psychique. Les différents degrés d'usage d'un produit ou d'une pratique sont répartis en trois catégories selon les dommages sanitaires ou sociaux qu'ils provoquent.

Tout d'abord, l'usage simple renvoie à la consommation d'une substance psychoactive ou à une pratique (jeu, sport...) qui n'entraînent pas de complications pour la santé, ni de troubles du comportement.

L'usage nocif (ou abus) fait référence à une consommation ou une pratique répétée qui génère des dommages dans les domaines somatiques, psychoactifs ou sociaux, pour la personne ainsi que pour son environnement.

Le troisième degré est la dépendance. On parle de dépendance quand il n'est plus possible pour la personne de se passer de consommer sans éprouver une souffrance physique et/ou psychique. A ce stade, la vie quotidienne se construit quasi exclusivement autour de l'addiction.

Comment expliquer cette impossibilité répétée de contrôler son besoin ? Une substance psychoactive, telle que l'alcool, le tabac, le cannabis ou l'héroïne, agit sur le cerveau. Autrement dit, elle modifie l'activité mentale, les sensations et le comportement. Ces modifications entraînent des répercussions sur la santé. Les addictions sont reconnues par l'Organisation Mondiale de la Santé comme une maladie du cerveau qui dépasse un problème comportemental.

---

les évitements phobiques privent alors le sujet des indispensables nourritures relationnelles dont a besoin tout être humain. D'où un taux de complications par alcoolisme et dépression très élevé dans cette pathologie. »

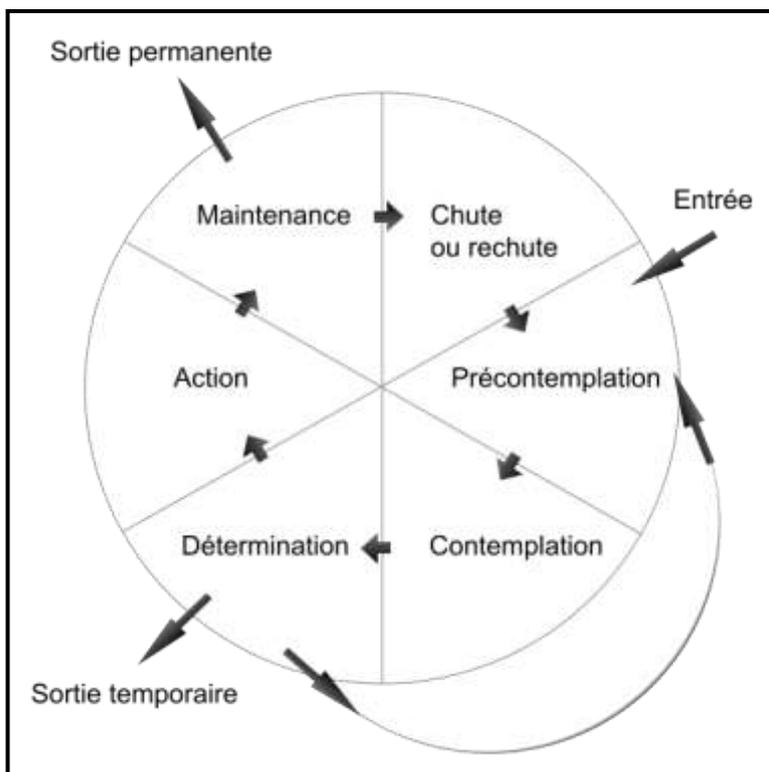
<sup>19</sup> CNRS Le Journal, n°265, mars-avril 2012, Editorial p3, <http://www.cnrs.fr/fr/pdf/jdc/JDC265.pdf>

Les scientifiques ont mis en évidence les effets d'une addiction sur le circuit cérébral de la récompense. Trois parties du cerveau<sup>20</sup> interagissent dans ce circuit. Leur interaction renforce et stimule les comportements gratifiants pour permettre une répétition du plaisir. Les addictions agissent sur ce mécanisme.

### 1.3.2 Le déni et les rechutes constituent des étapes clefs d'un long processus de guérison

Tenir au moins 18 mois. Telle est la durée minimale pour que le corps se réapproprie une autre vie, de nouvelles habitudes, sans dépendance. Mais avant d'atteindre un stade de stabilisation, les conduites addictives se caractérisent par un effet cyclique, schématisé par le Dr Prochaska (voir ci-après).

Au stade de la « Pré-contemplation », la personne est dans une phase de déni. A l'écouter, il n'y a pas de problème. Sa consommation lui convient. Il ne compte pas la changer malgré les dégradations que subit sa vie quotidienne.



Au niveau de la « contemplation », la personne commence à hésiter. Les bénéfices de ses consommations n'ont peut-être pas autant de bénéfices que ce qu'elle croyait. Elle amorce un questionnement sur le changement de son comportement. Elle hésite encore à renoncer aux bénéfices de ses pratiques.

Puis, arrive la phase de

<sup>20</sup> L'aire Tegmentale Ventrale (ATV) reçoit l'information sur le niveau de satisfaction des besoins fondamentaux comme l'alimentation, le repos, le contact social, la sexualité... Le striatum et noyau accumbens traitent les informations reçues et activent de la dopamine quand l'information est jugée intéressante et mérite d'être renouvelée. Enfin, le cortex préfrontal joue un rôle dans la planification des actions, le contrôle des impulsions, les choix ou la prise de décision. Ces fonctions sont altérées dans le cas d'une addiction. (« Quand le cerveau est accro », CNRS Le Journal, n°265, mars-avril 2012, Editorial p3, <http://www.cnrs.fr/fr/pdf/jdc/JDC265.pdf>, p.24)

« détermination ». La personne décide de changer son comportement et envisage des mesures concrètes dans un futur proche.

Au niveau de « l'action », des changements de style de vie sont entrepris. Le maintien est une période qui demande beaucoup de vigilance compte tenu des tentations qui pourraient amener la personne à rechuter.

La « rechute » est considérée comme partie du processus. Elle est parfois nécessaire et donne le temps à la personne de « murir » le changement.

Elle parviendra, au stade de la « sortie permanente », à consolider le stade de « maintien ».

Cet effet cyclique est constaté quotidiennement à l'hôpital. La chronicité de la maladie prend des formes diverses. L'exemple le plus symptomatique serait l'accueil aux urgences jusqu'à plus de 270 fois dans l'année d'une personne sans domicile fixe et chroniquement en état d'ébriété aiguë. Cette chronicité complique la mise en œuvre d'une prise en charge de qualité continue. Les équipes – tous secteurs confondus - peuvent ressentir un sentiment d'impuissance ou présenter des signes d'épuisement face à la répétition. De son côté, l'entourage peut, désemparé, créer une pression auprès des équipes pour sécuriser leur proche, la situation extrême étant l'hospitalisation à la demande d'un tiers.

La solidité du maillage entre les secteurs sanitaires, social et médico-social devient dès lors indispensable.

### **1.3.3 La perception, souvent paradoxale, des addictions par la population complique l'accompagnement et les prises en charge**

Sans parler de dépendance, nous avons tous une petite faiblesse, un petit plaisir pour lequel nous lâchons un peu plus que de raisonnable. Et, nous y tenons. Profondément. Ce petit plaisir est parfois le garant de notre équilibre. Relève-t-il d'un usage simple, d'un usage nocif ou d'une dépendance ? Peu importe. Car parler des conduites addictives fait vibrer ce lien intime que nous entretenons avec nous-mêmes. Ainsi, des personnes peuvent se sentir oppressées ou culpabilisées à l'écoute d'un discours de lutte contre les conduites addictives alors même que le message ne leur est pas destiné. A l'inverse, elles peuvent y rester fermées faute d'être prêtes à l'entendre. Communiquer sur les conduites addictives devient dès lors subtil.

Ce paradoxe nous le retrouvons partout, même chez les professionnels de santé. Prenons le cas du repérage précoce des personnes dépendantes. Dans l'absolu, tous les services hospitaliers et les médecins généralistes y participent. Mais chacun réagira différemment. De la bienveillance au déni en passant par les jugements de valeurs, les écarts peuvent parfois être conséquents.

Dans sa lecture des perceptions et opinions des Français sur les drogues, l'OFDT<sup>21</sup> constate que la population n'identifie pas spontanément l'alcool et le tabac comme des drogues. En revanche, les consommations d'héroïne et de cocaïne sont considérées comme très dangereuses. De même, l'image des addictions diffère selon l'âge ou le niveau social. « A l'inverse des personnes qui ont suivi des études supérieures, celles qui déclarent avoir un diplôme inférieur au baccalauréat adhèrent plus volontiers aux mesures d'interdiction. Ces personnes sont également plus nombreuses à croire à l'affirmation selon laquelle « on peut arriver à ce que personne ne se drogue »<sup>22</sup>.

La complexité des addictions pousse vers une organisation solide et ouverte. Comment se présente cette organisation sur Territoire n°6 ?

---

<sup>21</sup> OFDT. Tendances, octobre 2013, Marie-Line Tovar, Olivier Le Nézet, Tanja Bastianic « Perception et opinions des Français sur les drogues » 6 pages

<sup>22</sup> Op. Cit.

## **2 Le parcours d'addictologie commence à prendre forme sur le Territoire n°6 de Bretagne**

La CHT Rance Emeraude joue un rôle prépondérant dans la construction du parcours (2.1). Sa filière de soin en addictologie présente des atouts majeurs pour asseoir une coordination des acteurs tous secteurs confondus (2.2). Les acteurs territoriaux s'engagent également dans ce sens (2.3).

### **2.1 Les missions de la filière d'addictologie posent des passerelles entre l'Hôpital, la Ville et le secteur social**

La filière de soin en addictologie de la CHT Rance Emeraude se compose de cinq unités : le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), l'Equipe de Liaison de Soins en Addictologie (ELSA), l'Hôpital de jour d'addictologie, les consultations d'addictologie et une unité de sevrage simple et complexe. Conformément aux circulaires du 16 mai 2007, du 28 février 2008 et du 26 septembre 2008<sup>23</sup>, chaque unité a un rôle et des missions propres. La filière est intégrée au système de santé et vient en appui de l'ensemble des services hospitaliers qui sont les premiers compétents pour prendre en charge, notamment, les besoins de sevrage simple<sup>24</sup>.

#### **2.1.1 L'ELSA, pivot d'ouverture sur l'Hôpital**

L'unité pivot d'ouverture sur l'Hôpital est l'ELSA. L'ELSA a pour missions<sup>25</sup> de :

- former, assister et conseiller les soignants des différents services de soins non addictologiques de l'Hôpital sur les questions de dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients ayant une conduite addictive ;

---

<sup>23</sup> Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n° 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

Circulaire DGS/MC2 no 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie

Circulaire DHOS/O2 no 2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

<sup>24</sup> Le sevrage simple se définit comme l'arrêt de la consommation, par exemple de l'alcool. Cet arrêt peut être accidentel ou inscrit dans la perspective d'un traitement. Les syndromes du sevrage traduisent un état de manque psychique, comportemental et physique. (Définition tirée du référentiel des bonnes pratiques cliniques édité sur le site de la Société Française d'Alcoologie : [http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Svg\\_simple.pdf](http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Svg_simple.pdf))

- intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes (aucune prescription médicale n'est établie) ;
- développer des liens avec les différents acteurs intra et extra-hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.

L'ELSA est polyvalente et s'adresse à toutes les personnes accueillies à l'Hôpital quelle que soit la nature de leur addiction. Elle assure une permanence des soins 5 jours sur 7 grâce à une équipe composée de médecins, d'infirmiers et d'une secrétaire. L'ELSA travaille en collaboration avec les urgences (visite systématique le matin) et l'ensemble des services de l'hôpital de médecine et psychiatrie (intervention à la demande). Actuellement, l'ELSA réalise sur le Centre Hospitalier de Saint Malo un nombre croissant d'interventions : 753 en 2011, 1056 en 2012 et 1163 en 2013. Un projet d'ELSA territoriale élargie au Centre Hospitalier de Dinan et au Centre Hospitalier de Saint Jean de Dieu est en cours d'étude.

### **2.1.2 L'Unité d'addictologie compétente pour les sevrages simples et complexes**

L'unité d'hospitalisation en addictologie du Centre Hospitalier de Dinan propose des sevrages simples et des sevrages complexes autrement appelés Programme d'Orientation. L'unité compte 12 lits ouverts en 2009. Elle s'organise autour d'une équipe pluridisciplinaire de médecins, infirmiers, aides soignants, psychologues, diététiciens, assistantes sociales et secrétaires. Le nombre de séjours s'élève à 400 en 2013.

Le sevrage simple consiste à accompagner l'utilisateur dans son entrée en abstinence avec un soutien médical, social et psychologique. Sa durée est de quelques jours. Le programme d'orientation a pour objectif de déterminer les besoins du patient afin de l'orienter au mieux, au regard de sa situation. Durant deux semaines, un contrat est établi avec le patient. Les sevrages complexes diffèrent d'une cure et s'apparentent plus à une forme de stage durant lequel le patient participe à divers ateliers et entretiens. L'atelier du goût, par exemple, ouvre les papilles à de nouvelles sensations hors alcool ou drogues. Ces ateliers sont également l'occasion de rencontrer les associations d'entre-aide.

Le groupe de parole Patients/Entourage propose à chaque patient d'inviter son entourage. Accompagnés ou pas, tous participent aux discussions qui ont pour objectifs de mettre en résonance l'expérience de chacun, mettre en lumière les avancées ou premiers pas vers l'abstinence, et de commencer à se projeter dans l'avenir. La

convivialité du groupe est un outil en tant que tel. Elle contribue à libérer la parole ou tout simplement l'écoute, puis à commencer à accepter la situation de laquelle l'utilisateur part et à envisager avec prudence le long parcours qu'il reste à franchir avant d'atteindre son nouveau projet de vie.

La durée du sevrage complexe a également l'avantage de cerner des problèmes d'ordre psychiatrique qui seront pris en compte dans l'orientation. Ainsi, des prises en charge pouvant atteindre deux mois sont proposées par le Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu.

### **2.1.3 Le CSAPA, pivot d'ouverture sur la Ville**

Le CSAPA est une unité ouverte à tout usager pour toute addiction. Ce lieu d'accueil, d'écoute, de soins et d'orientation dispense des consultations médicales, des entretiens infirmiers, des entretiens avec une assistante sociale, un psychologue et un diététicien. En 2013, la file active continue d'augmenter avec 1193 personnes reçues sur le site malouin et 609 personnes sur le site dinannais.

Le CSAPA propose également des ateliers collectifs. Les entretiens dédiés à l'entourage sont organisés avec un praticien différent de celui qui suit l'utilisateur. Il n'existe pas d'âge limite pour venir au CSAPA. Des Consultations Jeunes Consommateurs sont spécifiquement ouvertes au jeune public. Un partenariat est également actif avec la Maison d'arrêt de Saint Malo où l'équipe y assure un suivi médical et infirmier en addictologie.

Le CSAPA est tourné sur la ville, en lien avec les acteurs libéraux, les associations, les réseaux et le secteur social. Il coordonne avec les acteurs de prévention primaire, notamment l'agent territorial de santé, un ensemble d'actions. Le CSAPA organise des formations à destination des acteurs de la ville. Il n'est pas un centre de distribution et travaille en direct avec les pharmacies et les médecins généralistes pour tout ce qui concerne la délivrance des produits de substitution.

### **2.1.4 L'hôpital de jour en addictologie, un accent sur la réinsertion sociale**

L'hôpital de jour d'addictologie du Centre Hospitalier de Saint Malo propose dix places pour l'ensemble du territoire. En 2013, il compte plus de 1300 journées de prise en charge. L'accompagnement est garanti par une équipe pluridisciplinaire qui veille à

l'accueil, à l'organisation des soins et des bilans, à l'animation d'activités thérapeutiques ainsi qu'au soutien des familles.

L'hôpital de jour a vocation à être un lieu de réhabilitation sociale et permet le maintien ou le retour à domicile. L'atout de cette structure réside dans la possibilité pour l'utilisateur d'expérimenter son traitement dans son environnement quotidien. Le traitement peut être adapté et réajusté selon les situations de chacun. La prise en charge prend la forme d'un contrat transitoire passé avec le patient pour une durée de 1 à 3 jours par semaine durant un à trois mois maximum. Elle permet éventuellement d'affiner un diagnostic de comorbidité psychiatrique.

Les missions de l'hôpital de jour d'addictologie sont souvent mal connues ou confondues avec celles d'un hôpital de jour en psychiatrie. En psychiatrie, l'hôpital de jour intervient au décours d'une hospitalisation pour une prise en charge lourde (souvent des psychoses). Il s'agit d'un soutien de longue durée, et constitue généralement la condition nécessaire au maintien d'une vie à l'extérieur. L'hôpital de jour d'addictologie se rapproche plus du fonctionnement des Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) qui s'adressent à des patients plus stabilisés avec des accueils d'une durée de deux à quatre heures par semaine.

### **2.1.5 Les consultations d'addictologie**

Selon la circulaire du 26 septembre 2008, les consultations hospitalières d'addictologie font l'interface entre le dispositif addictologique hospitalier, le dispositif spécialisé ambulatoire et la médecine de ville. Elle est une porte d'entrée d'accès aux soins pour les personnes ayant une conduite addictive quel que soit le type d'addiction.

Sur le Centre Hospitalier de Saint Malo, les consultations commencent à s'ouvrir à la polyvalence des addictions mais restent principalement orientées sur la tabacologie. Un projet médical complet propose des suivis ambulatoires gratuits, des actions de prévention en ville, notamment en milieu scolaire<sup>26</sup> et au Planning Familial, et la mise en œuvre d'une politique de lutte contre le tabagisme par le biais du Comité de Prévention du Tabagisme. L'équipe composée d'infirmières (ou d'une infirmière), d'une psychologue

---

<sup>26</sup> En 2013, les interventions en milieu scolaire, en partenariat avec la mairie de Saint Malo ont permis de rencontrer plus de 1000 élèves de CM2, de collège et de lycée. L'équipe de tabacologie a participé au « Parcours du cœur » en mars 2013, en partenariat avec la société Française de Cardiologie. Cette manifestation a permis de rencontrer environ 320 élèves de CM1 et CM2 du pays malouin.

et d'un médecin, voit son activité en forte augmentation en 2013 avec 1585 consultations individuelles pour une file active de 867 patients.

## **2.2 La filière d'addictologie de la CHT a des atouts pour construire le parcours du territoire n°6**

### **2.2.1 Le référentiel de la filière CHT donne une base à la dynamique partenariale territoriale**

Partager des valeurs communes... Ces quelques mots dévoilent un peu plus de leur profondeur à chaque pas fait vers eux. Le cheminement demande du temps. Loin d'être perdu en discussion, ce temps fait gagner en cohérence. Les équipes s'accordent sur le sens globalement donné aux missions qu'elles mettent en œuvre ensemble. Cette étape représente un préalable fondamental à la dynamique partenariale. Sur le Territoire n°6, l'équipe médicale de la filière a initié la démarche. Au-delà du renforcement du sentiment d'appartenance, le fruit de ces échanges a permis de consolider le positionnement de la filière au sein de la CHT Rance Emeraude et plus globalement sur le territoire.

Première caractéristique identitaire, la filière de soin en addictologie s'engage à améliorer la vie globale des personnes ayant des conduites addictives. Cet axe général ouvre la filière à une conception large de la santé<sup>27</sup> qui doit pouvoir faciliter la construction de passerelles avec le secteur social et les acteurs territoriaux.

Autre orientation forte, l'accueil de toute personne ayant des conduites addictives se veut emprunt d'éthique et respectueux des droits du patient. La bienveillance et l'absence de jugement ou de comportement moralisateur quel que soit le parcours de vie, sont des éléments structurants de la prise en charge. Les professionnels de la filière s'évertuent à élargir la connaissance de l'environnement de l'utilisateur. La prise en compte des autres acteurs participant au parcours de vie du patient peut renforcer les liens d'accompagnement et de soutien si importants pour la pérennité des bienfaits du traitement.

Les prises en charge sont pluridisciplinaires et développent un versant médical, social et psychologique. Cette démarche partagée vise à accompagner l'utilisateur dans l'acceptation

---

<sup>27</sup> Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

de sa dépendance avant de s'ouvrir à un nouveau mode de vie. Ce cadre favorise une relation de confiance. Le patient peut, dès lors, co-construire son projet de soin personnalisé et en être l'acteur.

L'équipe de la filière CHT attache également une grande importance à l'articulation entre la prévention, la réduction des risques<sup>28</sup> et le traitement des conduites addictives. Chaque unité de la filière trouve un équilibre entre ces trois domaines. La prise en charge s'adapte en fonction de « là où en est » le patient, quelle que soit son addiction. L'objectif « 100% abstinence » laisse place à un accompagnement gradué amenant la personne à réduire les risques qu'elle court avant d'atteindre, peut-être un jour, l'abstinence.

Cet axe est également déterminant dans la constitution du parcours d'addictologie. Il donne, à la fois, un cadre à la prise en charge mais établit également des points de connexion entre les acteurs des autres secteurs, en charge notamment d'actions de prévention et de réduction des risques. D'ailleurs, la réponse aux besoins de santé en addictologie suppose que les différents acteurs interviennent de façon complémentaire et coordonnée.

### **2.2.2 L'ouverture sur les secteurs sanitaire, social et médico-social prend appui sur une gestion des ressources humaines décloisonnée au sein de la filière**

La filière d'addictologie a la particularité de s'être construite dans une forte autonomie soutenue par une solide motivation des équipes. Comparativement aux autres services de l'Hôpital, le taux d'absentéisme y est quasi nul. Les ressources humaines des cinq unités de la filière CHT s'organise sur les deux Centres Hospitaliers de Saint Malo et de Dinan. L'absence de gestion communautaire complique sa mise en œuvre mais l'organisation élaborée sur le terrain par l'équipe médicale présente de nombreux atouts pour la qualité des prises en charge et la fluidité du parcours. Le tableau ci-dessous décrit la répartition des effectifs.

---

<sup>28</sup> Selon l'OFDT, la réduction des risques s'entend comme toute activité dont le but principal est de réduire les risques de dommages liés à la consommation de drogues. Ces actions, individuelles et collectives, médicales ou sociales, ont pour but l'amélioration des conditions médico-sociales des personnes et offrent des prestations dont l'objectif immédiat n'est pas la désaccoutumance. La réduction des risques est une stratégie qui se positionne comme une alternative à celle qui donne une priorité à la réduction de l'offre (prohibition) et de la demande (abstinence) de drogues.

		Pôle ANP CH Saint Malo							Pôle Médecine CH Dinan
		Service Addictologie							Service Gastro- addicto
		CSAPA territorial		ELSA territoriale		HDJ territorial	CS addicto	Unité territoriale d'addictologie.	
<i>grade</i>	<i>Effectif CHT</i>	<i>ETP CHT</i>	<i>secteur St Malo</i>	<i>secteur Dinan</i>	<i>secteur St Malo</i>	<i>secteur Dinan</i>	<i>HDJ St Malo</i>	<i>CH St Malo</i>	<i>CH Dinan</i>
MEDECIN	7	<b>5,30</b>	1,40	0,80	0,50	0,10	0,30	0,50	1,70
CADRE	1	<b>0,40</b>							0,40
IDE	21	<b>12,20</b>	2,40	1,70	1,00	0,20	1,90	0,80	4,20
PSYCHOLOGUE	5	<b>2,00</b>	0,80	0,50			0,20	0,10	0,40
DIETETICIEN	2	<b>0,55</b>	0,10	0,10			0,10		0,35
ASS SOC	3	<b>1,60</b>	0,60	0,40			0,20		0,40
AS/ASH	14	<b>5,61</b>	0,55				0,70		4,36
ANIMATEUR	1	<b>0,10</b>					0,10		
SECRETAIRE	5	<b>3,30</b>	1	1	0,3		0,2	0,20	0,6
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>31,06</b>	<b>6,85</b>	<b>4,50</b>	<b>1,80</b>	<b>0,30</b>	<b>3,50</b>	<b>1,80</b>	<b>12,31</b>

La filière compte 59 personnels médical et non médical, soit 31 Equivalents Temps Plein (ETP). 70% du personnel de l'ELSA, du CSAPA, de l'Hôpital de Jour et des Consultations d'addictologie de Saint Malo exercent leur activité au minimum dans deux unités et parfois trois. Ainsi ces 19.35 ETP sont répartis en 59 temps de travail différents sur cinq sites géographiques. La force de cette organisation se traduit par :

- une polyvalence du personnel,
- une connaissance transversale des fonctionnements de chaque unité,
- un réseau relationnel plus large ouvert sur le sanitaire comme le médico-social et le secteur social,
- une meilleure compréhension des enjeux et surtout des problématiques concernant les usagers.

### **2.2.3 La pluridisciplinarité des équipes hospitalières prend la forme d'une organisation en micro plateforme sanitaire et sociale**

Les équipes de la filière d'addictologie se positionnent en appui et en complémentarité du système général de santé de l'hôpital. Chaque unité compte, en principe, des médecins, des soignants, des psychologues et des assistantes sociales. Les services d'addictologie proposent ainsi un ensemble d'entretiens individuels et collectifs pluridisciplinaires. Chaque usager fait l'objet d'une analyse partagée mettant en relief ses avancées, ses difficultés, les points de vigilance afférant au suivi et aux choix d'orientation.

Cette pluridisciplinarité permet une représentativité des différents corps de métiers. Son organisation assure à l'hôpital une forme d'autonomie. Les assistantes sociales établissent ainsi des passerelles entre les services hospitaliers et les services sociaux des structures d'accueil ou des collectivités territoriales. Le suivi social est de courte durée quand la personne est ponctuellement hospitalisée. Il peut également se faire au long cours, quand la personne est suivie au CSAPA par exemple, et doit faire face à une dette de loyer ou une recherche d'emploi.

Les assistantes sociales échangent durant les temps de transmission ou les staffs, avec les équipes notamment soignantes et médicales, sur leur perception de la situation et éventuellement celle de l'entourage qu'elles peuvent également avoir rencontré. En cas d'hospitalisation aux urgences demandée par les structures sociales de la ville, elles travaillent, comme l'infirmière coordonnatrice, à une meilleure coordination.

## **2.3 En complément de la filière de soin, les acteurs territoriaux préparent les autres « tronçons » du parcours d'addictologie**

### **2.3.1 Le maillage de l'animation territoriale**

L'animatrice santé du Pays de Saint Malo a une mission de promotion de la santé sur le Pays de Saint Malo. Son poste est financé conjointement par la Région Bretagne, l'ARS et le Pays. Elle développe un ensemble d'actions et d'instances qui favorisent une meilleure interconnaissance des acteurs concernés par les questions de santé sur le Pays malouin. Les addictions sont aujourd'hui représentées dans le cadre des Conseils Locaux de Sécurité et de la Prévention de la Délinquance. Un comité de pilotage travaille spécifiquement à la prévention de l'alcool.

Ce comité s'investit dans trois axes :

- réduire l'offre et l'usage en lien avec les débiteurs de boissons,
- créer les conditions d'une prévention effective et adaptée auprès des différents publics prioritaires de la Ville,
- intégrer la promotion de la santé et la gestion des conduites à risques dans les pratiques festives à Saint Malo.

Ce comité se réunit au moins deux fois dans l'année. Il rassemble, notamment, la Sous-Préfecture, la Protection Judiciaire de la Jeunesse, le Centre Départemental d'Action Sociale, le CCAS, la CPAM, l'Inspection Académique, la Mission Locale, l'AMIDS et le CSAPA. L'ARS y est invitée mais n'y assiste pas. Cette instance joue son rôle de coordination et d'information. La qualité des relations avec la filière d'addictologie, via le CSAPA, a largement été améliorée. Des actions de prévention et de formation y sont décidées.

### **2.3.2 Le rôle moteur de la Conférence de Territoire**

L'ARS Bretagne a choisi de porter « la prévention et la prise en charge des conduites addictives » comme une thématique commune à l'ensemble des Programmes Territoriaux de Santé (PTS). Le Territoire n°6 ne fait pas exception. La mise en œuvre du PTS se décide au sein de la Conférence de Territoire. Composée de 50 membres au plus, répartis en 11 collèges<sup>29</sup>, la Conférence de Territoire a pour mission de mettre en cohérence le projet territorial sanitaire avec le Projet Régional de Santé et les programmes nationaux de santé publique.

Soucieuse de développer une politique de démocratie sanitaire effective, la Bretagne est la seule région où les programmes territoriaux de santé ont fait l'objet d'une co-construction et d'une co-signature entre l'ARS et les conférences de territoire.

---

<sup>29</sup> 1. Les établissements de santé ; 2. Les personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux ; 3. Les organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention, ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité ; 4. Les professionnels de santé libéraux et les internes en médecine ; 5. Les centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé ; 6. Les établissements assurant des activités de soins à domicile ; 7. Les services de santé au travail ; 8. Les usagers ; 9. Les collectivités territoriales ; 10. L'Ordre des médecins ; 11. Des personnalités qualifiées.

Chacune des douze thématiques du PTS n°6 est travaillée en groupe de travail. L'ensemble de ces groupes de travail est coordonné par une chargée de mission qui travaille en étroite relation avec le Bureau de la Conférence et les représentants de la Délégation Territoriale de l'ARS. Le groupe « addiction » s'est réuni à trois reprises durant le stage. Après, un temps méthodologique, des questions de fond sont abordées comme la présentation de la filière de soin et sa schématisation. Sont, notamment, présents des soignants, des médecins, la direction du la CHT Rance Emeraude et du Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu, ainsi que les deux animatrices de santé des Pays de Saint Malo et de Dinan. Ces réunions sont structurantes et ouvertes aux échanges entre les différents secteurs représentés.

### **2.3.3 La dynamique régionale de l'ARS**

L'ARS intervient à un niveau de proximité avec les Délégations Territoriales et les Conférences de Territoire. En complémentarité de ce maillage local, une équipe régionale de l'ARS est encadrée par un médecin coordonateur qui est l'interlocuteur référent addictions en interne à l'ARS et en externe en appui des professionnels de terrain. L'équipe intervient sur tous les champs qu'il s'agisse de la prévention, de la réduction des risques, ou de la prise en charge et de l'accompagnement. Elle se compose de personnes aux compétences transversales à toutes les missions de l'ARS : observation et statistiques, promotion de la santé, secteurs médico-social, sanitaire et ambulatoire. Le cadre de travail est défini par le Projet Régional de Santé qui traite à trois reprises des addictions (dans le schéma régional de prévention, une approche globale et thématiques, dans les prises en charges transversales, l'accompagnement médico-social et le sanitaire)-. Le rôle de l'équipe est d'assurer la réalisation du PRS.

Cette équipe co-construit avec les professionnels de terrain la déclinaison territoriale du PRS. Le groupe thématique régional (GTR) constitue l'instance stratégique qui veille au respect du PRS, fixe les priorités des réalisations et donne des avis sur les projets et études en cours. Le GTR se réunit deux fois par an. Il est composé :

- des différents représentants des territoires de santé,
- des différents métiers -médecins, infirmiers, travailleurs, sociaux, des administratifs – ,
- de représentants des différents champs d'intervention – prévention, réduction des risques, observation, médico-social, sanitaire, public-privé, santé mental, MCO,SSR – , et

- des différentes institutions – MILDECA, Conseil Régional, Conseil Général, Collectivités Locales, Conseil de l'Ordre.

D'autres groupes de travail se réunissent sur des sujets plus spécifiques pour approfondir des thématiques et travailler en concertation régionale à une mise en œuvre cohérente des projets « addictions » sur l'ensemble des territoires de santé de Bretagne.

Le volet santé justice est activé via des projets inter-administration. Dans le cadre des injonctions thérapeutiques, des médecins relais ont par exemple été financés par l'ARS. La MILDECA a également contribué à la mise en œuvre de ce projet.

Le parcours d'addictologie prend forme dans le paysage institutionnel. Pour autant, l'observation de son fonctionnement met en évidence des faiblesses qui contrarient les objectifs de fluidité et de continuité.

### **3 Malgré sa pertinence territoriale, un parcours décloisonné semble, à ce jour, prématuré**

Le parcours d'addictologie du Territoire n°6 présente des faiblesses (3.1). Les équipes ont besoin de consolider en interne leur fonctionnement avant de s'ouvrir aux autres partenaires ou secteurs (3.2). L'environnement global n'est pas encore prêt pour activer un décloisonnement des organisations (3.3).

#### **3.1 Les faiblesses du parcours appellent plus de coordination**

##### **3.1.1 Les situations complexes mettent en évidence les limites du cloisonnement**

Certaines personnes vivent leurs addictions dans un contexte de vie parfois très complexe. Les problèmes s'accumulent et s'imbriquent sans qu'il ne soit plus possible d'identifier l'origine. Une expulsion, des droits non activés, des soucis de santé somatiques et/ou psychiatriques graves, des pertes d'emploi répétitives, un retrait de garde des enfants, ou encore une peine de prison...

Chacune de ces histoires de vie est différente mais toutes se soldent par l'incapacité de la personne à se stabiliser malgré les multiples dispositifs mis en mouvement par les travailleurs sociaux, les professionnels de santé ou l'administration pénitentiaire. Certaines personnes peuvent avoir jusqu'à cinq ou six référents : tutelle, référent RSA, référent du Conseil Général, référent chantier insertion, référent placement éducatif pour leurs enfants, référent pour le suivi des enfants au domicile. Tous ces professionnels relèvent de différentes institutions auxquelles s'ajoutent les référents médicaux, médecins du travail, médecin généraliste, médecin du CSAPA etc...

Ces situations de vie inextricables ne sont pas nombreuses. En revanche, les professionnels constatent une intensification des difficultés rencontrées. La circulaire du 22 novembre 2013<sup>30</sup> définit ces situations comme suit :

---

<sup>30</sup>Circulaire n°DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes

- la complexité de la prise en charge génère pour les personnes concernées des ruptures de parcours : retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement, des refus d'admission en établissement,
- il s'agit de situations dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause.

La circulaire s'applique aux personnes en situation de handicap. Mais, cette définition correspond également aux personnes à la croisée de difficultés mêlant addictologie, psychiatrie et précarité. Les critères retenus de « complexité de la prise en charge », de « rupture de parcours », de « sécurité/intégrité » et « d'urgence de la situation » font tous résonance pour les acteurs des secteurs sanitaire et social concernés.

Que faire pour améliorer la vie de ces personnes ? A ce jour, il n'existe pas à Saint Malo d'espace institutionnalisé pour travailler ensemble sur ces situations. Très chronophages et ne rentrant dans « aucune case », les situations complexes déstabilisent le système et les acteurs. Elles testent la solidité des liens – la personne pouvant adopter des attitudes complètement différentes selon le professionnel qu'elle a en face et avoir un double discours. Ces situations obligent à accepter qu'un individu ou une structure, seul, ne peut accompagner la personne efficacement. Au fond, répondre avec efficacité à ces problématiques de vie exige le *nec plus ultra* de la coordination et de la coopération. Ce degré de partenariat implique une maturité des relations et des outils communs dont les acteurs du territoire ne sont pas encore dotés.

### **3.1.2 Le repérage précoce est une responsabilité de tous les acteurs**

Le repérage précoce est une étape clef du parcours d'addictologie. Il garantit aux personnes dépendantes de meilleures chances de vie en bonne santé. Il réduit les probabilités de mort prématurée. A la différence des situations complexes, le repérage précoce s'attèle à débusquer un problème de santé alors qu'il est encore très silencieux voire invisible. La coordination des acteurs est donc déterminante.

Qu'est-ce que le repérage précoce ? Le repérage précoce renvoie au concept de prévention<sup>31</sup> et plus précisément, pour le Centre Hospitalier, à la prévention secondaire ; autrement dit, à toutes les « actions visant la détection et le traitement précoce d'une maladie ou d'un problème de santé ». La prévention secondaire consiste à identifier la

---

<sup>31</sup> Le Glossaire de la Banque de Données en Santé Publique de l'EHESP définit le concept de prévention comme suit : Actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences.

maladie ou le problème de santé à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes »<sup>32</sup>. L'unité d'addictologie en première ligne sur cette mission est l'ELSA.

Il ressort des échanges que les services de la filière d'addictologie sont efficacement activés quand la personne vient volontairement à l'Hôpital pour un problème d'addiction identifié. En revanche, des difficultés se posent pour les personnes qui viennent à l'hôpital pour un motif autre qu'une addiction mais certainement causé par une conduite addictive. Un problème d'entorse, par exemple. Un coup à la tête suite à une chute.

Par son travail quotidien en appui aux services de médecine et de psychiatrie, l'ELSA tisse progressivement des liens qui s'ancrent progressivement dans les habitudes. Ce travail de fond est un travail de fourmi. Car, chaque professionnel, non spécialiste de l'addiction, a son histoire de vie et un rapport propre aux addictions. Le seuil de tolérance pour l'un ne sera pas celui de son collègue. Certains seront gênés de s'immiscer dans la vie intime des gens, d'autres pourront considérer que le patient n'a pas « plus bu que d'habitude ».

L'enjeu est bien de parvenir à former et à sensibiliser les professionnels aux spécificités de l'addictologie et de travailler ensemble à des protocoles pour entretenir une vigilance collective et bienveillante. Avec le temps, l'ELSA est de plus en plus sollicitée<sup>33</sup>. Son travail porte ses fruits. Un projet d'ouverture des missions de l'ELSA au Centre Hospitalier de Dinan et au Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu est en cours d'élaboration. Il développera une meilleure prise en compte des addictions sur l'ensemble des structures de soin du territoire.

Au-delà de l'Hôpital, le repérage précoce concerne également les professionnels de tous les autres secteurs. Les professionnels de santé de ville – médecins, infirmiers, pharmaciens...-, les travailleurs sociaux, les professeurs et infirmières scolaires... tous peuvent agir et contribuer à l'efficacité du repérage précoce d'une conduite addictive. Un échange au bon moment avec la personne, la communication des bons contacts, notamment du CSAPA, sont autant de gestes qui peuvent être décisifs. Le repérage précoce constitue une responsabilité collective. La construction d'un parcours en addictologie a donc toute sa pertinence pour fédérer les acteurs autour de cet enjeu qui peut s'ouvrir plus largement à la prévention primaire. Cela permettrait de partager une vision d'ensemble des actions entreprises et de renforcer l'appui des professionnels.

---

<sup>32</sup> Définition tirée du Glossaire de la Banque de Données en Santé Publique de l'EHESP

<sup>33</sup> L'ELSA réalise un nombre croissant d'interventions au Centre Hospitalier de Saint Malo : 753 en 2011, 1056 en 2012, 1163 en 2013

### 3.1.3 Les fragilités de la filière de soin ralentissent la fluidité du parcours

L'efficacité de la filière de soin en addictologie compense difficilement certaines fragilités nécessitant un plus grand appui des autorités.

#### Le CSAPA

La fragilité la plus décriée par l'ensemble des acteurs – tous secteurs confondus – est l'engorgement du CSAPA. Le délai d'attente jusqu'à cinq semaines enraye la fluidité des prises en charge. Les partenaires du secteur social, de la médecine de ville ou de la psychiatrie peinent à palier ce dysfonctionnement. Le CSAPA lui-même rencontre des difficultés pour stabiliser la situation alors même que le projet de développement de l'ELSA territoriale entrainera très certainement dans les mois à venir, une demande plus importante de consultations. Cet engorgement s'explique principalement par le fait que le CSAPA accueille de nouveaux patients toujours plus nombreux chaque année<sup>34</sup> ; notamment pour un suivi Baclofène<sup>35</sup> contraignant. Le CSAPA étant le pivot de la filière addictologie sur la Ville pour ses suivis ambulatoires gratuits, des solutions devront être trouvées pour assurer une fluidité des prises en charge et éviter des ruptures de parcours.

Le CSAPA a également identifié deux leviers qui permettraient d'améliorer la continuité du parcours d'addictologie. Le premier consiste à consolider sa permanence téléphonique auprès des professionnels de santé et sociaux de la Ville. Le second porte sur une permanence d'accueil qui permettrait aux personnes suivies au CSAPA d'y être accueillies quand elles traversent une situation de crise. Ce cheminement éviterait des passages systématiques aux urgences.

#### L'ELSA

Le nouveau projet d'ELSA Territoriale – CH de Saint Malo, CH de Dinan, CH St Jean de Dieu – est conçu sur une analyse des besoins de chaque bassin de population et a pour objectif la garantie d'une continuité des soins en addictologie. L'analyse a mis en évidence des besoins spécifiques de publics cibles comme les jeunes et les femmes en

---

<sup>34</sup> La file active du site malouin du CSAPA est de 1113 en 2012 dont 300 nouveaux patients et de 1193 en 2013 dont 397 nouveaux patients.

<sup>35</sup> L'ANSM a autorisé une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) baclofène dans l'alcool-dépendance ; Ce médicament aide au maintien de l'abstinence après un sevrage et réduit la consommation d'alcool. Les consultations (classiques ou téléphoniques) auront lieu une fois tous les 15 jours lors de la phase de progression posologique afin d'adapter la posologie en fonction de l'efficacité et de la tolérance. Si nécessaire, des consultations supplémentaires pourront être programmées. Lorsque la posologie est stable, des consultations de suivi du patient seront effectuées au moins mensuellement jusqu'à l'arrêt du traitement. ([http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/2976e3c2bb5c0e5265a35955df5e8de0.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/2976e3c2bb5c0e5265a35955df5e8de0.pdf))

périnatalité. Le projet y répond par des consultations post-hospitalières. Concrètement, il s'agirait, par exemple, de revoir les jeunes admis aux urgences pour ivresse aigue avec leurs parents pour faire un point. De la même manière, un rendez-vous serait proposé aux femmes enceintes ayant une conduite addictive (notamment tabac ou alcool) dans l'attente éventuellement d'une place en CSAPA. Ce point du projet est particulièrement important pour le parcours d'addictologie. Son effet « relais » contribuera à rééquilibrer les prises en charge entre l'hôpital et les autres services sanitaires, sociaux et médico-sociaux (CSAPA, CMP, etc...).

### **L'Hôpital de Jour d'addictologie et les consultations d'addictologie**

L'hôpital de Jour est ouvert uniquement sur 3 jours. Une ouverture sur les cinq jours de la semaine permettrait de consolider les phases d'insertion sociale des patients tout en adaptant le traitement à l'environnement de la personne. Concernant les consultations, la filière est dans l'attente d'une redéfinition des missions des consultations qui feront prochainement l'objet d'une étude régionale.

Ces carences ne sont pas toujours bien vécues par les acteurs du parcours. Mais pour être mieux comprises et surmontées, la coordination des acteurs apparaît comme une solution à fort potentiel. Partager les difficultés respectives permet d'ouvrir la voie à de nouvelles solutions encore non explorées.

## **3.2 Les acteurs ont besoin de consolider leur organisation interne avant de s'engager dans une dynamique partenariale institutionnalisée**

### **3.2.1 Les rapports entre acteurs dépassent rarement des échanges collaboratifs sporadiques**

Dans le secteur social comme dans le secteur sanitaire, les professionnels vont majoritairement vers d'autres collègues ou partenaires quand surgit le besoin de régler la situation individuelle d'un usager ou d'un patient. Tous travaillent dans un flux continu d'activités. Les collaborations sont occasionnelles et se construisent au cas par cas. Elles s'organisent autour de la personne, avec son consentement. Ces relations se traduisent par une coopération territoriale locale quasi exclusivement activée en situation de crise ou d'urgence.

Ce mode de relation présente une fragilité. Il repose sur des personnes sans qu'aucun cadre ne vienne structurer ni pérenniser ces partenariats. Le jour où ces personnes partent, la continuité des liens établis entre ces différents établissements ou services peut s'étioler jusqu'à disparaître.

Pour pallier cette faiblesse, il convient de viser la construction d'un partenariat institutionnalisé a minima. Un partenariat fait référence à un projet commun. Il s'inscrit dans le temps. Un conventionnement garantit et précise le cadre de ses actions, les méthodes choisies, les finalités, les moyens, les responsabilités et les résultats attendus. Plus qu'un simple échange de bon procédé, le partenariat transcende le cadre de chacun des acteurs pour construire un nouveau cadre d'action adapté à la spécificité du projet.

Comment préparer le terrain d'un partenariat réussi ? Premier postulat, le partenariat rassemble les partenaires autour d'un objet commun. Les acteurs doivent, avant toute chose, avoir identifié une problématique qui les rassemble. Une fois que ce sujet de ralliement est partagé, il revient à chaque partie d'être au clair sur sa propre vision de l'enjeu et sa stratégie interne de coopération. Autrement dit, s'il existe dans un service ou une structure autant de modèles d'organisation que de personnes, l'« équipe » en question a d'abord besoin d'harmoniser ses pratiques. Cette étape est décisive. Ne pas la respecter mettra les acteurs en porte-à-faux. Ces difficultés engendreront fort probablement un blocage du partenariat à un moment ou un autre.

Une fois que chaque partenaire a sa propre stratégie, le partenariat vient dans un second temps les mettre en lien. Autre étape déterminante, chaque partenaire doit connaître, comprendre et accepter les stratégies et fonctionnements respectifs. Ceci implique un cadre méthodique partagé par tous les protagonistes. Ce cadre permet aux acteurs d'interagir et d'exprimer leurs engagements réciproques. En troisième temps, une démarche de diagnostic menée en commun viendra alimenter la réflexion sur l'objet du partenariat et renforcer les liens.

Les observations de terrain mettent en évidence que les réunions rassemblant plusieurs acteurs ne prennent pas le temps de ces questionnements de fond qui donneraient du sens à leurs échanges. Une réflexion sur les valeurs, les besoins et les réponses proposées par chaque partenaire s'avère incontournable pour que naisse une volonté commune de co-construire des projets pour les personnes souffrant d'une addiction.

### **3.2.2 Chaque acteur a sa propre conception du temps, ce qui génère peu d'espace commun de travail**

Une caractéristique majeure de la différence entre le secteur sanitaire, le secteur social et le secteur médico-social, est le rapport au temps. Or, pour optimiser des relations partenariales, il est nécessaire de leur consacrer du temps. Là réside un des plus grands défis du parcours décloisonné. Existe-t-il une pendule commune à ces trois secteurs ?

A l'Hôpital, c'est tout de suite ! Tout se traite dans l'instant. L'accompagnement social, quant à lui, combine quotidien et durée. En revanche, les deux secteurs s'accordent sur le profond décalage avec certaines institutions comme, par exemple, les Centres Départementaux d'Action Sociale (CDAS). Sans rentrer dans la caricature, les retours observés pointent à charge des rendez-vous tardifs de plusieurs semaines d'attente, un manque de réactivité (en dehors des signalements dans le secteur de l'enfance), des horaires de « bureaux », pas de permanence durant les ponts etc... Les réunions des CDAS conditionnent, pourtant, le rythme du parcours.

L'analyse de la temporalité de chacun serait erronée si elle ne prenait pas en considération la personne malade. Acteur central du parcours, l'usager a son propre tempo et ses priorités de vie. Le rapport au temps de la personne va structurer le parcours. Et ce temps-là peut sembler interminable pour l'entourage et certains professionnels qui souhaiteraient que les choses avancent beaucoup plus vite.

N'oublions pas que le temps en addictologie n'est pas linéaire. Il a été intéressant d'étudier l'effet cyclique des conduites addictives aux urgences et à l'UPA du Centre Hospitalier de Saint Malo. A première vue, la personne ne reste que le temps nécessaire pour soigner la crise qu'elle traverse. Parfois, certaines partiront avant la fin de la prise en charge. Mais la maladie les fait revenir. Au fil des ré-hospitalisations, une forme de durée se crée. Grâce à cette répétition, un lien se noue entre les équipes et le patient. La prise en charge finit par prendre racine dans le temps.

Ce rapport au temps n'est pas le plus communément évoqué à l'Hôpital. Un critère déterminant du temps de l'hôpital est la Durée Moyenne de Séjour (DMS). L'optimisation des DMS est une préoccupation partagée par tous les services de médecine et psychiatrie. Elle répond aux exigences de performance qui conditionnent une bonne gestion. Cette caractéristique du fonctionnement quotidien de l'Hôpital constitue un point d'achoppement avec les autres acteurs du parcours. Pour les professionnels du sanitaire, un patient qui reste trop longtemps embolise les services, ce qui ne permet pas à d'autres

patients d'être accueillis. L'entourage et les acteurs territoriaux ou sociaux sont souvent démunis pour surmonter au quotidien des circonstances médicales qui leur échappent. Ils comprennent difficilement ce fonctionnement et l'acceptent encore moins.

Ainsi, construire un parcours d'addictologie passe par cette prise de conscience des rapports au temps de chacun. Les relations partenariales gagneront en efficacité. Restera à travailler la réactivité. Un partenariat réactif est certainement l'idéal non avoué de tous les acteurs. Or, la réactivité des acteurs découlent naturellement des choix de fonctionnements que se seront donnés les partenaires. Nous en revenons au point précédent (3.2.1). Mais pour cela, il est indispensable que les acteurs se donnent du temps. Autrement dit qu'ils arrêtent de travailler à flux tendu et délaissent occasionnellement les multiples sujets du quotidien pour prendre le recul nécessaire à une réflexion de fond sur leur fonctionnement<sup>36</sup>.

### **3.2.3 L'efficacité des réunions dépend de la capacité à décider des acteurs présents**

Rien de plus exaspérant que de passer une heure ou plus en réunion sans avancée effective parce qu'aucun acteur décisionnaire n'y est présent. Tous les corps de métier en font l'expérience. Le secteur social en pâtit peut-être plus que les autres car les travailleurs sociaux de terrain ne décident pas des mesures prises pour l'utilisateur. Les juges décident, les services sociaux départementaux décident également des mesures de placement. Mais ni les éducateurs ni les assistantes sociales ne décident des prises en charge. Ces derniers consacrent un temps conséquent à transmettre des situations, parfois en vain puisqu'il faudra à nouveau tout réexpliquer devant les « bons » interlocuteurs.

Dans le secteur sanitaire, les soignants et les assistantes sociales doivent également s'assurer de l'accord des médecins et, en principe, de la Direction de l'Hôpital. Ainsi une réunion partenariale entre les secteurs social et sanitaire devrait, pour être complète et efficace, associer la participation de l'assistance sociale, à celle d'un cadre soignant, d'un médecin référent et de la direction. C'est loin d'être toujours le cas. Ces réunions ne sont pas les plus nombreuses (la majeure partie des réunions sont d'ordre opérationnel entre professionnels de terrain) mais elles sont décisives. Elles symbolisent l'intérêt porté au sujet et valorise le travail collégialement effectué. Elles donnent un cadre institutionnel et marquent le soutien à la dynamique impulsée par les professionnels de terrain. Pour se

---

<sup>36</sup> En cela, l'évaluation interne dans le médico-social est une démarche de fond pleine de belles perspectives d'évolution pour les équipes.

faire, les acteurs doivent en interne travailler ensemble et partager le sens de leur action. Nous en revenons une nouvelle fois aux étapes préalables du partenariat.

Un autre point de questionnement porte sur les nouveaux métiers de la coordination. Il s'agit, par exemple, de l'animateur de santé du territoire, ou du chargé de mission pour la Conférence de Territoire. Leur rôle sur le terrain est très structurant. Ces deux professionnelles sont garantes des liens tissés entre les acteurs. Des dysfonctionnements observés dans un autre secteur que celui des addictions soulignent l'importance du sujet. Les coordonnatrices travaillent en binôme avec un responsable, un élu local ou la délégation territoriale de l'ARS. Une vigilance doit être portée à cet équilibre. A défaut, la légitimité de leurs actions perd de son sens et de son efficacité.

### **3.3 La complexité du système renforce les cloisonnements**

#### **3.3.1 Les réunions « addictions » sont éparpillées dans un millefeuille local de priorités et dispositifs identifiés par publics**

Nous avons vu précédemment qu'il existe sur le territoire des instances spécifiques pour traiter des problèmes d'addictions. Mais, le sujet des addictions peut potentiellement être soulevé dans de nombreux autres lieux comme, par exemple, la psychiatrie, le secteur du handicap, le secteur des personnes âgées, les réseaux des violences faites aux femmes etc...

Or, si ces champs d'intervention sont aujourd'hui bien identifiés, les addictions ne le sont pas. Certains s'interrogent sur l'intérêt de les isoler et envisageraient un « référent addiction » dans chacune de ces instances pour ne pas démultiplier les réunions. La position institutionnelle, quant à elle, privilégie de travailler des coordinations spécifiques, notamment pour renforcer la lisibilité du parcours et l'identification des besoins. Ce processus s'envisage dans la durée et avec la mobilisation des acteurs locaux. Les observations faites sur le terrain soulignent plusieurs points de difficultés de mise en œuvre.

Au niveau de la CHT, les addictions ne bénéficient pas d'une organisation structurée qui donne à la discipline d'addictologie cette lisibilité souhaitée. Pour rappel, la filière d'addictologie a ses unités de soins, à cheval entre le Centre Hospitalier de Saint Malo et le Centre Hospitalier de Dinan. Chaque unité est respectivement rattachée à un pôle d'activité : Pôle Médecine pour Dinan, Pôle Activités Non Programmées pour Saint Malo

(rattachement effectué en octobre 2013). Les deux hôpitaux sont autonomes. Une organisation communautaire de la filière n'a pas été retenue du fait de sa trop petite taille.

Il résulte de ce contexte que l'activité de la filière est scindée en deux (Dinan, Saint Malo), puis par unité. Chaque unité travaille avec ses outils, ses statistiques et ses logiciels. Les deux équipes de directions de Saint Malo ou de Dinan assurent des directions fonctionnelles et n'ont pas spécifiquement en charge le suivi de cette coordination. Un directeur de la CHT Rance Emeraude est chargé, entre autres missions, de la mise en œuvre d'une vingtaine de filières de soin, dont les addictions. L'ampleur de la tâche ne permet pas un suivi opérationnel de chacune d'elles. L'approche est avant tout stratégique. D'où le risque d'un second effet de fragmentation de la filière avec d'un côté la charpente stratégique de la filière et de l'autre son management opérationnel.

Au niveau du médecin généraliste, les addictions sont également un sujet parmi d'autres priorités. Considéré comme le pilier de l'offre de soin, le rôle du médecin traitant ne cesse d'être renforcé : Plan « Alzheimer 2008-2012 » (mesure 9), Plan « Cancer 2009-2013 » (mesures 16 et 18), Plan « Santé Mentale 2011-2015 », Plan « Maladies rares 2011-2014 », Plan « AVC 2010-2014 »<sup>37</sup>. De la même manière, le médecin généraliste est quasiment au cœur des douze thématiques prioritaires du Programme Territorial de Santé. L'attention particulière donnée aux addictions dépendra pour partie de l'intérêt que le médecin portera au sujet.

Au niveau du département, il est question d' « enfance », de « personnes âgées » ou de « personnes handicapées ». Nous l'avons vu précédemment, tous ces publics sont impactés par les addictions. Mais ce ne sera pas une compétence spécifique du département. La porte d'entrée n'est pas identifiée<sup>38</sup>.

### **3.3.2 Des financements en mosaïque freinent la reconnaissance de l'activité d'addictologie et sa cohérence d'ensemble**

Poser une priorité de manière transversale à l'ensemble des secteurs permet d'amorcer une lente sensibilisation de tous les acteurs. Pour autant, la reconnaissance de l'enjeu passe par sa structuration. Car, de cette structuration émanera une lisibilité de l'action et des moyens qui lui seront alloués. Il est fort probable que l'attention des acteurs, éloignés

---

<sup>37</sup> BLOCH M-A et HENAUT L. (2014), *Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris : Dunod, p.98.

<sup>38</sup> Une recherche sur le Site Internet du Conseil Général d'Ille et Vilaine avec le terme « addiction », ne donne aucun résultat.

de la problématique et pour autant directement concernés, variera selon l'importance des financements générés par cette activité.

Or, les financements sont éclatés. Au niveau de la CHT, la filière d'addictologie est financée par quatre modes de financements distincts :

- une dotation reconduite annuellement en budget annexe pour le CSAPA,
- un financement par Dotation Annuelle de Fonctionnement (DAF) pour l'Hôpital de jour,
- un financement Mission d'Intérêt Général (MIG) pour les ELSA et les Consultations d'addictologie et
- un financement en T2A pour l'Unité hospitalière de sevrage de Dinan.

Il résulte de cet éclatement une filière budgétairement divisée. La multiplication de ces petits budgets (hors T2A) est coûteuse en temps. Mais, surtout, elle noie l'activité d'addictologie au milieu d'autres budgets qui pèsent bien plus lourd dans le budget du Centre Hospitalier.

Autre conséquence dommageable pour la filière, chaque budget se calcule selon des modalités propres. Ainsi, nous parlerons en :

- File active patients au CSAPA
- Nombre de journées à l'Hôpital de Jour
- Nombre de consultations pour les Consultations d'addictologie et l'ELSA
- Nombre de séjours dans l'Unité hospitalière de sevrage de Dinan

Une lecture globale de l'activité d'addictologie harmonisée sur toute la filière aiderait à mieux communiquer en interne comme à l'extérieur de l'Hôpital.

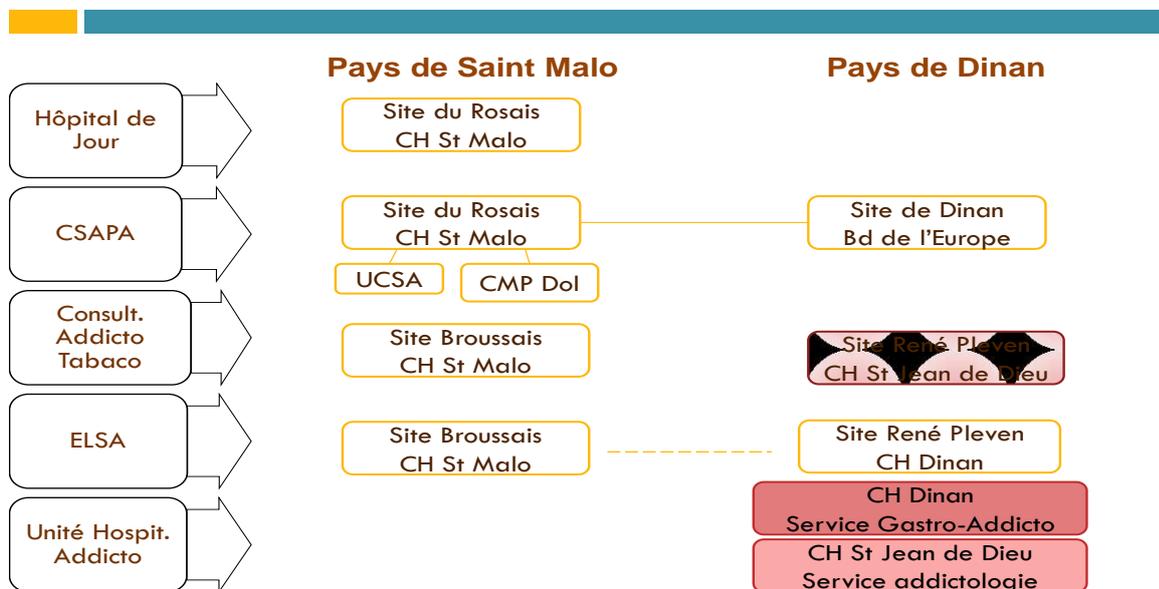
Du point de vue de la prévention, la dispersion des acteurs missionnés sur la prévention (Education Nationale, Police et gendarmerie, Services pénitentiaires, animation territoriale de santé...) engendre également un éclatement des financements et des actions entreprises. Leur lisibilité est difficile.

### **3.3.3 La complexité des territoires est source de dysfonctionnements et de coûts cachés**

La Bretagne est découpée en 4 départements, 21 Pays et 8 Territoires de Santé. Le Territoire n°6 se compose du Pays de Saint Malo et du Pays de Dinan respectivement implantés sur les départements d'Ille et Vilaine et des Côtes d'Amor. La filière de soin en

addictologie travaille sur l'ensemble du Territoire n°6 de Bretagne. A l'exception des consultations d'addictologie, toutes les autres unités ont une dimension territoriale et accueillent des personnes de tout le territoire. L'implantation géographique des unités s'organise comme suit :

## Organisation géographique de la filière



Pour nombre de personnes travaillant à l'Hôpital, la filière n'est pas identifiée. Elle manque de repérage géographique. Toutes les unités sont éclatées sur des sites différents et majoritairement à l'extérieur du Centre Hospitalier de Saint Malo.

Au-delà de ce manque de lisibilité, le territoire présente d'autres difficultés pour la filière. Les deux Pays de Saint Malo et Dinan correspondent à deux bassins de population bien distincts qui ne travaillent pas ensemble. Le Territoire de Santé oblige les rapprochements mais chaque Pays a sa propre politique, ses acteurs sociaux, éducatifs, judiciaires etc... A cette multiscalarité, il convient d'ajouter la carte des secteurs de psychiatrie<sup>39</sup> dont le découpage par département ne se cale pas avec le Territoire de Santé. Viennent ensuite les départements qui développent chacun une politique territoriale, elle-même découpée en territoire de proximité sur la base des Pays.

Cette complexité exaspère un grand nombre d'acteurs et rend difficile leur cohésion. Elle est également source d'un ensemble de surcoûts et de surcharges : frais liés aux transports, valorisation du temps passé sur la route, absence de professionnels à

<sup>39</sup> Tous les départements français sont divisés en zones géographiques appelées « secteurs ». ( service public de psychiatrie.) dans lesquels une équipe assure tous les soins psychiatriques, la prévention et la réinsertion sociale, pour la population habitant dans cette zone.

certaines réunions du fait de la distance, doublement des contacts à prendre et à entretenir pour assurer la mission de soin sur l'ensemble des deux Pays.

Un degré de difficulté se surajoute quand les compétences se juxtaposent, voire même, entrent en concurrence. L'exemple observé le plus révélateur n'entre pas dans le champ des addictions. Il relève du secteur des Personnes Agées et concerne les MAIAs et les CLICs.

Comme on a pu le voir, les faiblesses du parcours d'addictologie altèrent la pertinence d'un décloisonnement du parcours. Les frontières entre chaque secteur sont à valoriser, plus qu'à effacer. Il est proposé dans la dernière partie d'orienter les axes d'améliorations sur une structuration de la coopération des acteurs dans le temps.

## **4 Sans atteindre le décroisement, des pistes d'amélioration permettent d'optimiser les articulations transversales du parcours d'addictologie**

Les professionnels de terrain, tout métier confondu, sont investis. Aucun déficit de motivation n'a été constaté, bien au contraire. Le point prioritaire à renforcer reste donc l'organisation de la filière d'addictologie. Structurer c'est donner un cadre aux relations partenariales et ainsi favoriser les passerelles entre les différents acteurs selon les besoins des personnes. L'Hôpital joue un rôle central dans le parcours d'addictologie avec la filière de soins. Ce rôle est renforcé par l'organisation atomisée de la médecine de ville. Dans ce contexte, l'Hôpital se doit d'endosser la responsabilité d'une cohésion des acteurs au niveau de la filière d'addictologie CHT (4.1), puis celle des acteurs des secteurs de psychiatrie, des urgences et du social (4.2). Plus globalement, la création d'une culture sanitaire et sociale locale ouvrira les portes d'un parcours plus fluide et réactif (4.3).

### **4.1 Bâtir la gouvernance de la filière d'addictologie pour affirmer la volonté institutionnelle d'impulser une dynamique de parcours**

#### **4.1.1 La structuration de la filière CHT d'addictologie devra consolider une démarche coopérative entre les services d'addictologie pour créer un effet « locomotive » dans le développement des partenariats**

Pour impulser une dynamique de cohésion des acteurs, la filière doit avant tout, commencer par se structurer. Sans cette structuration, l'hôpital ne se sentira pas prêt à s'ouvrir sur son environnement et à prendre la dimension de son rôle. L'organisation choisie devra permettre de poser les bases d'un fonctionnement solide et pérenne. Elle fera office de « liant » entre les acteurs et aura l'ambition de créer un espace partagé où chacun apprend à connaître l'autre, et où tous participent à la construction d'un projet commun au service de la population concernée. Dans la durée, le sentiment d'appartenance à une unité ou un service s'élargira progressivement à la notion de filière, puis à celle de parcours d'addictologie.

Le directeur a la responsabilité d'orchestrer cette structuration avec l'ensemble des acteurs. La mise en œuvre de cette orientation nécessite du temps et peut se décliner en plusieurs étapes : rassembler les acteurs hospitaliers de la CHT, puis, les autres acteurs

sanitaires comme le Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu et la médecine ambulatoire et enfin organiser le partenariat avec les acteurs du secteur social. La première étape de la structuration se cantonne donc à la filière CHT d'addictologie. Il est proposé une gouvernance avec un Comité de pilotage, un Bureau, et une Assemblée de filière.

Le Comité de Pilotage aura pour missions de :

- définir les orientations stratégiques à assignées à la filière,
- réaliser une analyse et un bilan de l'activité de la filière,
- assurer une mission d'évaluation, de recommandation et d'élaboration de bonnes pratiques.

Le Comité de Pilotage se compose d'un représentant de la direction de la CHT, du directeur référent de la filière, des chefs de pôle concernés, des médecins référents de chaque unité et des cadres coordonnateurs. Le comité se réunit au moins deux fois par an.

Le Bureau constitue une instance de suivi de la filière. Il décline la mise en œuvre opérationnelle des orientations fixées par le Comité de Pilotage en termes d'activités, de gestion financière, de ressources humaines, d'organisation et d'évaluation continue de la qualité de la filière. Le Bureau se compose du directeur référent, des médecins référents et des cadres coordonnateurs de chaque établissement. Il peut être élargi aux cadres et infirmières coordonnatrices. Il se réunit une fois par mois en alternance sur les sites de Saint Malo et de Dinan.

L'Assemblée plénière rassemble le directeur référent et l'ensemble des praticiens et personnels de la filière. Elle a vocation, une fois par an, à présenter le bilan d'activité et les objectifs de la période suivante. Elle constitue un temps privilégié pour partager une vision globale de la filière et peut être l'occasion de former ensemble les professionnels à une thématique fédératrice contribuant à l'harmonisation des pratiques.

Le directeur se doit de tenir un rôle structurant dans la coordination des acteurs au sein du Centre Hospitalier et entre le Centre Hospitalier et les acteurs du secteur sanitaires, sociaux et médico-sociaux sur la Ville. L'enjeu est majeur dans la mesure où cette coordination n'est pas active aujourd'hui. Elle fait particulièrement défaut pour les personnes dont la situation de vie mêle conduites addictives, troubles psychiatriques, précarité et chronicité de crises aiguës. Il s'agit là de donner corps à une forme de responsabilité collective où les acteurs adoptent conjointement une décision. Dans l'hypothèse où il n'existe pas de place ou de solution pour l'utilisateur, il semble déterminant

d'assumer ensemble les limites des missions respectives de chacun et de faire appel conjointement aux instances supérieures de l'Etat.

#### **4.1.2 La filière CHT doit, d'ores et déjà, préparer l'ouverture de sa gouvernance aux acteurs du territoire en formalisant un partenariat souple avec le CH Saint Jean de Dieu**

Nous avons principalement évoqué la filière d'addictologie de la CHT Rance Emeraude au fil du mémoire. Il est toutefois important de souligner que, pour être complète, la filière territoriale d'addictologie s'étend au service d'addictologie du Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu. Ce partenariat est porteur d'un fort potentiel.

La direction du Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu est ouverte au dialogue et favorable à la construction d'un rapprochement progressif des activités d'addictologie entre les trois Centres Hospitaliers<sup>40</sup>. Un partenariat entre ces trois établissements peut créer un nouvel équilibre qui sortira l'addictologie d'un rang « mineur » au sein de la CHT pour mieux être valorisée au niveau territorial. Cet intérêt pour la filière CHT trouve sa réciproque au niveau du Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu qui n'a pas en interne toutes les clés pour développer son service d'addictologie.

L'ouverture de la CHT à un partenariat de filière avec le Centre Hospitalier de Saint Jean de Dieu passe, au préalable, par un ancrage dans le temps de la gouvernance CHT d'addictologie. Pendant une ou deux années, dans l'attente de cette consolidation, il est proposé de s'appuyer sur les deux projets actuellement partagés par les trois Centres Hospitaliers : le projet d'Elsa Territoriale et les Consultations de Tabacologie au Centre Hospitalier de Dinan.

Il est recommandé de rendre effective la clause afférente au « comité de coordination », mentionnée dans chacune des deux conventions. Juridiquement, cette clause donne une base formelle souple aux relations existantes. Il a été constaté durant le stage un souhait marqué et réciproque d'instituer des échanges constructifs entre la filière CHT et le Centre hospitalier Saint Jean de dieu. Ce niveau de formalisme est ainsi adapté à la situation. Il pose également un cadre ouvert pour construire, au rythme des acteurs, des relations professionnelles plus étroites.

---

<sup>40</sup> Le Centre Hospitalier de Saint Malo, le Centre Hospitalier René Pleven de Dinan et le Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu

Si ce niveau de formalisme sécurise le cadre en début de partenariat, il doit également le rendre actif. Il est essentiel que les acteurs, et particulièrement le directeur référent de la filière, se saisissent de cet espace de coopération pour affiner les modalités d'un travail commun entre les trois établissements autour de chaque projet. Il s'agira notamment d'assurer le suivi et l'évaluation des activités d'addictologie partagées. Un temps dédié à une réflexion de fond sur les perspectives de la filière territoriale d'addictologie viendra également renforcer la pertinence de ce comité. Selon la dynamique de ce comité, un projet intégré de filière territoriale d'addictologie entre la CHT et le Centre Hospitalier St Jean de Dieu pourra être étudié d'ici une à deux années.

## **4.2 La filière d'addictologie peut optimiser son efficacité en s'intégrant à une coopération inter-pôles hospitalière « santé mentale, addictologie, précarité, urgences »**

### **4.2.1 Le projet d'Unité Post Accueil de Saint Malo, véritable plateforme pluridisciplinaire, peut constituer un tremplin à une coopération inter-pôles**

L'addictologie est une activité en lien direct avec les activités non programmées – en particulier les urgences - la psychiatrie et le secteur social territorial. L'organisation de l'Hôpital en pôle d'activités tend à reconditionner un fonctionnement en « tuyaux d'orgue » et à rétablir des cloisonnements. Pour adapter les pôles à la flexibilité requise du parcours d'addictologie, il est proposé de viser à moyen-long terme une instance transversale à la santé mentale, l'addictologie, la précarité (avec la Permanence d'Accès aux Soins de Santé - PASS) et les activités non programmées. Cet espace coopératif, au même titre qu'une filière gériatrique, s'attèlerait à l'optimisation de la qualité des soins et à la continuité des parcours. Elle rassemblerait les acteurs hospitaliers concernés et s'ouvrirait selon les besoins aux acteurs de santé ambulatoires et du secteur social.

L'organisation pourrait s'envisager sous la forme d'une coopération inter-pôles. L'encadrement d'un directeur suffirait à valoriser les forces déjà en présence. Il favoriserait l'émergence d'un consensus commun et d'une dynamique participative propice à l'ouverture de l'hôpital sur le territoire. Il anticiperait, activerait et/ou consoliderait les partenariats d'ores et déjà initiés par les acteurs de terrain. Le directeur serait également garant d'une optimisation des articulations entre les filières de soin et les parcours sur le territoire. A l'image de la transversalité d'un directeur d'établissement

sanitaire, social et médico-social, il interviendrait à la fois sur un plan stratégique et sur un plan opérationnel en trouvant le juste niveau de proximité de management pour une cohésion des acteurs.

Le Pôle d'Activités Non Programmées du Centre Hospitalier de Saint Malo travaille au développement d'un projet d'Unité Post Accueil (UPA). Le projet est né d'une analyse des besoins qui met en évidence un manque de places adaptées aux situations des personnes nécessitant un diagnostic approfondi et élargi aux champs somatique psychiatrique, addictologique et social. Il peut, par exemple, concerner le public jeune de 16 -20 ans pour qui peu de structures sont adaptées malgré le fort besoin local, mais également le public adulte et âgé dont les chutes sont souvent liées à un taux d'alcoolémie élevé.

Ce service prendrait la forme d'une plateforme pluridisciplinaire où les professionnels pourraient avoir le temps et le recul nécessaire pour diagnostiquer la nature du problème et aider la personne avec plus de pertinence. L'orientation en serait grandement améliorée. Les relations entre les secteurs de la psychiatrie, la médecine et l'addictologie devraient pouvoir s'améliorer également. Le montage de ce projet peut conduire à un rapprochement des pôles concernés qui trouveront un intérêt commun à construire cette plateforme et la rendre, au fil du temps, efficiente.

#### **4.2.2 La création d'un comité « situations complexes » à l'hôpital peut préfigurer un partenariat intégré de type MAIA en addictologie**

Autre projet de rapprochement coopératif entre le Pôle Activités Non Programmées – comprenant l'addictologie – et le Pôle psychiatrie, il est proposé à court terme de créer un comité « situations complexes ». Les médecins référents de l'addictologie, du Pôle psychiatrie et de l'UAMP s'accordent tous sur l'intérêt que présente la création de ce comité. Ils considèrent que les secteurs médecine, psychiatrie, social et addictologie sont tous quatre intégrés. Le comité prévoit de s'ouvrir dans un premier temps aux services du Centre Hospitalier de Saint Malo. Une fois les liens consolidés, les acteurs sociaux du territoire et les professionnels de santé de ville y seront également conviés.

L'objet du comité « situations complexes » sera double et portera sur :

- des situations cliniques,
- un temps d'échange qui permettra aux participants de mieux comprendre le fonctionnement, les motivations et les contraintes de chacun.

Il s'agira de confronter les grilles de lectures de chacun pour une meilleure compréhension des dispositifs proposés. Cette interconnaissance clarifiera et renforcera la cohérence de la position de l'Hôpital auprès des acteurs extérieurs.

Au niveau de l'Hôpital, le Comité se composera d'un médecin des urgences, d'un médecin de l'ELSA territoriale, d'un médecin et/ou d'un cadre de santé de l'Unité d'Hospitalisation d'addictologie de Dinan, d'un psychiatre, d'un cadre de santé de Psychiatrie, d'une infirmière de l'équipe mobile de précarité, d'une infirmière psychiatrie des Urgences et d'une assistante sociale.

Le comité expérimentera une fréquence de réunion d'une fois par mois. Il examinera les situations cliniques proposées. Dans l'hypothèse où la complexité de la situation serait telle qu'elle ne permettrait pas de parvenir à une solution collégiale, le comité saisirait la direction pour une étude élargie à d'autres acteurs. Le comité aura également pour mission de pointer les dysfonctionnements entre la filière d'addictologie, les urgences et la psychiatrie. Il sera force de proposition et présentera des pistes d'amélioration à la direction en charge de l'organisation du comité et de son suivi, en lien avec un médecin référent.

Une fois le fonctionnement intra-hospitalier arrivé à maturité, il conviendra progressivement d'y inviter les acteurs territoriaux, notamment du secteur social. Contrairement à d'autres territoires, le Territoire n°6 ne bénéficie pas d'un réseau propre aux addictions. Le réseau Alcool 35 n'intervient pas sur Saint Malo. Et à l'image du RESAAD 49 à Angers<sup>41</sup>, le territoire aurait tout à gagner à impulser une dynamique partenariale rassemblant les Centres Hospitaliers, les associations d'entre-aide, le Conseil Général, la CPAM, et la MSA. De la même manière, les suites possibles à donner à ce comité « situations complexes » pourrait prendre la forme d'une structure intégrée rassemblant les différents acteurs autour des problématiques d'addictions sur le modèle des MAIA.

Les MAIA font référence à un processus d'intégration continu des partenaires dans la perspective que ces derniers adoptent des outils communs qui facilitent les orientations des personnes. La gestion de cas constitue une partie de son activité. Ce dispositif a d'abord été ouvert aux personnes âgées, il commence à s'étendre aux personnes handicapées. Il est proposé d'étudier sa déclinaison en addictologie.

---

<sup>41</sup> <http://resaad49.eklablog.fr/>

Dans cette perspective, il est également recommandé d'ouvrir le groupe de travail « addiction » de la Conférence de Territoire aux acteurs sociaux, tels que le Goéland et l'AMIDS, et aux associations d'entre-aide, notamment La Santé de la Famille. La participation de ces acteurs aux réflexions de fond sur la filière de soin renforcera la qualité du partenariat et facilitera le passage de la notion de filière à celle de parcours. A défaut, l'articulation entre les deux mettra plus de temps à atteindre un niveau d'efficience satisfaisant.

### **4.3 Pour construire une meilleure articulation entre les secteurs social et sanitaire, il faut dès aujourd'hui créer une culture commune sur le terrain**

#### **4.3.1 La formation inter-sectorielle et pluridisciplinaire doit être développée et soutenue**

La formation est certainement le levier le plus structurant pour construire une culture commune aux trois secteurs et répondre à la complexité des besoins des personnes ayant des conduites addictives. Nous distinguerons la formation continue de la formation initiale. Tous les professionnels sont concernés qu'il s'agisse des médecins, des soignants, des travailleurs sociaux, des agents des forces de l'ordre ou encore de l'administration pénitentiaire.

Du point de vue sanitaire, la première priorité dans ce domaine serait de reconnaître l'addictologie comme une spécialité médicale. L'addictologie est une discipline jeune de quelques décennies. Elle n'a pas de chaire médicale au même titre que les autres spécialités telles que la chirurgie, la cardiologie ou la cancérologie. Cette reconnaissance contribuerait donc à gagner en lisibilité et à renforcer la place de l'addictologie au sein de l'Hôpital. Elle créerait à moyen et long termes une sensibilisation des futurs professionnels et modifierait dans le temps leur rapport aux addictions. Mais cette reconnaissance relève d'un niveau qui dépasse largement la portée de mes recommandations.

La formation initiale des travailleurs sociaux constitue également un levier déterminant pour prévenir les conduites addictives. De manière générale, les travailleurs sociaux sont de plus en plus directement concernés par les problématiques de santé des personnes qu'ils accompagnent. De la personne vivant dans la rue emprise à un opiacé au nourrisson présentant un syndrome de sevrage, les addictions font partie de leur quotidien. Il semble donc important de former les travailleurs sociaux à l'addictologie, de

leur donner des repères cliniques et de les sensibiliser aux conséquences sociales et comportementales des addictions sur les personnes et leur entourage.

La formation continue, quant à elle, constitue le ciment des relations partenariales. Elle favorise une interconnaissance des acteurs et une meilleure compréhension des problématiques auxquelles ces derniers sont confrontés. Au-delà d'une amélioration de la qualité, la formation joue un rôle prépondérant au service de la continuité des prises en charge et des accompagnements. A Saint Malo, la cohésion des équipes est renforcée par un programme de formation. L'ELSA Territoriale se charge de la formation du personnel hospitalier de la CHT Rance Emeraude et prochainement du Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu. Le CSAPA développe des formations à destination des professionnels et bénévoles du territoire, principalement dans la Ville de Saint Malo.

Ces programmes sont à renforcer et à diversifier : journées ou demi-journée, soirée ouverte, réunion dédiée à la construction de protocole commun etc... Ils sont également à valoriser comme le programme décliné par l'ARS, notamment la formation des médecins généralistes au Repérage Précoce Intervention Brève (RPIB). L'impact de ces formations est majeur. La compréhension des professionnels change leur posture de manière significative. Ils prennent en compte par eux-mêmes plus de situations et font de plus en plus appel aux équipes d'addictologie.

Les effets de la formation sont décuplés quand elle est organisée dans la durée. La présence à temps partiel d'un infirmier spécialisé en addictologie de l'EPSM Guillaume Régnier au sein de l'Association Le Goéland, avait unanimement été appréciée de tous les travailleurs sociaux. Ce partenariat n'a pas été renouvelé. Dans le même esprit, les formations dispensées par les équipes soignantes et médicales du territoire aux professionnels et bénévoles du même territoire, créent et renforcent les liens. Cette configuration optimise l'efficacité des parcours usagers/patients. Elle contribue à construire un maillage local et une culture commune.

#### **4.3.2 Le partage des données constitue un enjeu majeur qui implique la confiance de tous**

La confidentialité en addictologie prend une dimension singulière dans la mesure où certaines addictions impliquent l'usage de produits illicites. La frontière entre le respect de la loi et le droit de la personne à bénéficier de soins s'avère sensible. En outre, la société fait pression sur les individus qui doivent être capables de prendre leur vie en main. Cette

image sociale pèse lourd et renforce le besoin d'un espace tenu au secret où chacun se sent libre d'exprimer ses forces et ses faiblesses sans jugement, ni pression morale.

Ces éléments sont déterminants. Les professionnels de santé et les travailleurs sociaux partagent à leur manière, mais avec la même intensité, le respect de la personne. Condition de la confiance partagée avec le patient ou l'utilisateur, tout est mis en œuvre pour lui permettre d'être acteur de son parcours. Le partage de données le concernant doit garantir ce positionnement. Ainsi, la confidentialité prend sa source dans la loi qui pose le cadre d'une protection juridique et dans la conscience éthique des professionnels.

Or, la détention d'informations peut relever d'une stratégie professionnelle individuelle. La gestion des données cristallise la manière de travailler ensemble. Mieux les professionnels se connaîtront, partageront des objectifs clairs et des outils communs, plus le partage des données constituera un levier d'amélioration du parcours de la personne.

Par ailleurs, il peut être dangereux de systématiser un recueil de données. L'individualisation de l'accompagnement implique une souplesse dans la nature et la fréquence des informations recueillies et transmises. Ce cadre est à construire ensemble. Il est important que chaque acteur prenne conscience de leur complémentarité dans le parcours de la personne. Anticiper la communication des données aux divers partenaires représente aujourd'hui un élément stratégique. Un partenariat peut difficilement s'instaurer sans que cette réflexion soit solidement menée en interne, puis avec l'ensemble des acteurs.

De même, le choix du support renvoie à un questionnement territorial sur l'interopérabilité entre les structures d'un même bassin de vie ou d'activités. Il n'est donc pas qu'un choix interne. L'usage d'un logiciel commun ou d'un espace numérique partagé facilitera l'efficacité du parcours dans le meilleur intérêt de la personne sujette à une addiction.

## 5 Conclusion

« Le temps de finir la bouteille  
J'aurai rallumé un soleil  
J'aurai réchauffé une étoile  
J'aurai reprisé une voile...<sup>42</sup> »

Les addictions répondent avant tout, à un besoin de plaisir, d'audace pour la personne timide, de prise de risque pour la personne timorée, ou encore de joie pour la personne triste. Au début, tout le monde y trouve son compte, jusqu'au moment où les effets néfastes du produit ou du comportement apparaissent. Les addictions touchent la personne et son entourage dans son entièreté – physique, psychique et sociale - .Cette complexité remet en cause une approche organisée en spécialités.

Les politiques publiques orientent le système vers une organisation décloisonnée - sanitaire, sociale et médico-sociale - autour du parcours de la personne. La problématique de ce mémoire visait à savoir si cette orientation était possible. Les forces et les faiblesses du parcours d'addictologie en cours de construction sur le Territoire n°6 de Bretagne révèlent que le cloisonnement trouve ses racines dans une diversité de cultures professionnelles propres à chaque secteur et à chaque métier. Dans un monde où tout change, un environnement professionnel sans aucune cloison peut devenir insécurisant.

Il est en conséquence proposé d'éviter l'usage du terme « décloisonnement » et de préférer celui de coopération. Un travail de fond est à entreprendre dans la structuration de cette coopération intersectorielle. Piloté par un directeur, ce projet d'envergure territoriale positionne l'Hôpital comme l'acteur clé d'une dynamique d'ouverture. Sa place dans le système lui donne l'envergure adaptée pour favoriser la cohésion des acteurs au sein du secteur sanitaire et entre les trois secteurs. Il lui appartient de travailler, en premier lieu, une organisation solide et pérenne en interne et d'équilibrer les partenariats de sorte à ce que tous atteignent un fonctionnement optimum, dans un respect mutuel.

---

<sup>42</sup>Extrait de la chanson intitulée « Le temps de finir la bouteille » tirée de l'Album (Re)donne moi de mes nouvelles, 2007 Interprété par Allain Leprest, composition Romain Didier

---

## 6 Bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires

Plan cancer 2009-2013

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives, MILDECA

Plan d'action 2013-2015

Stratégie Nationale de santé, Feuille de route, 23 septembre 2013

Programme Territorial de Santé n°6 Saint Malo/Dinan, Années 2013-2016

Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n° 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie

Circulaire DGS/MC2 no 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie

Circulaire DHOS/O2 no 2008-299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

Circulaire n°DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes

### Etudes

MARIC M., GREGOIRE E., LEPORCHER L. (2008), *La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins* (Novembre 2008),. Série Etudes et Recherches N°81. DREES

Focus *Consommations et conséquences*. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)

*Nouveaux modes de socialisation des jeunes publics adultes en espaces ouverts autour de consommations d'alcool* (mars 2014). Tendances récentes et nouvelles drogues. OFDT

Pôle Expertise Collective (2014). *Conduites addictives chez les adolescents, usages, prévention et accompagnement*. Inserm

## **Rapports**

Rapport *d'évaluation de la gouvernance territoriale des politiques d'insertion et de lutte contre l'exclusion* (2013), Secrétariat Général pour la modernisation de l'Action Publique  
Rapport du Conseil Supérieur du Travail Social (2013), *Le partage d'informations dans l'action sociale et le travail social*, Presse de l'EHESP

COHEN L. (2013), Avis présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2014. Sénat n°159

FOUREL C. et MALOCHET G. (2013), *Les politiques de cohésion sociale, Acteurs et instruments*. Rapport et documents du Centre d'Analyse Stratégique, n°55. La documentation Française

REYNAUD M. (2013), *Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages*, Disponible sur [cms.centredesaddictions.org](http://cms.centredesaddictions.org)

ROBILLAR D. (2013), *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, Rapport d'information de l'Assemblée Nationale, n°1662

## **Ouvrages**

BLOCH M-A et HENAUT L. (2014), *Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris : Dunod 309p.

COPEL A., DOUBRE O. (2012), *Drogues, sorti de l'impasse. Expérimenter des alternatives à la prohibition*, Paris : La Découverte 160p

SENNETT R. (2014), *Ensemble : Pour une éthique de la coopération*, Paris : Albin Michel, 363p.

VALEUR M. et MATYSIAK, J-C (2004) « Les nouvelles formes d'addiction, L'amour, Le Sexe, Les jeux vidéo », Edition Revue, Manchecourt : Flammarion, 283p.

## **Articles**

ANDRE C., « Dossier : la peur de l'angoisse individuelle aux fantasmes », n°162 juillet 2005, *Revue Sciences Humaines*, p41-47

CASTIEL D., BRECHAT P-H, SEGOUIN C., « Hôpitaux publics, T2A et handicap social, Pour interroger nos évidences » *Gestions Hospitalières*, Juin/Juillet 2006, pp. 403-407

« Richard BELIVEAU, 75% de cancers en moins », « *Cette cuisine qui nous protège* », 26 juin 2014, *Le point*, p.70 (propos recueillis par Olivia RECASENS)

« Quand le cerveau est accro », CNRS Le Journal, n°265, mars-avril 2012, disponible sur Internet : <http://www.cnrs.fr/fr/pdf/jdc/JDC265.pdf>

### **Sites Internet**

ADDITRA, Addictologie et Travail : <http://www.additra.fr>

COPA AH (Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière)  
<http://copaah.e-monsite.com/>

Fédération Addiction : <http://www.federationaddiction.fr/>

MILDECA : <http://www.drogues.gouv.fr/>

Sites Internet utiles : la MILDT répertorie les sites institutionnels, associatifs, sur le jeu, sur le dopage, relatif au milieu pénitentiaire et les sites institutionnels européens :  
<http://www.drogues.gouv.fr/etre-aide/sites-internet-utiles/sites-ministeriels/index.html>

Société Française d'Alcoologie : <http://www.sfalcoologie.asso.fr>

Sécurité Routière Tous responsables : <http://www.securite-routiere.gouv.fr/les-dangers-de-la-route/alcool-et-conduite>

### **Autres**

Charte pour une autre politique des addictions. Disponible sur [www.pouruneautrepolitiquedesaddictions.fr](http://www.pouruneautrepolitiquedesaddictions.fr)

RAYNAUD M., MOREL A., 2011, Livre Blanc de l'addictologie française, 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France, Fédération Française d'Addictologie

---

## **7 Liste des annexes**

---

ANNEXE 1 : Liste des personnes interviewées

ANNEXE 2 : Guide d'entretien de Mémoire

ANNEXE 3 : Liste des ministères participant à la MILDECA

## **7.1 ANNEXE 1 : Liste des personnes interviewées**

Dr AVIGNON, Praticien Hospitalier généraliste de Psychiatrie 1, CH de Saint Malo

M. BOUETEL et M. SOUQUET, Association La Santé de la Famille

Dr BUFTEA, Praticien Hospitalier de Psychiatrie 1, CH de Saint Malo

M. DREANO, Directeur de l'Association Le Goéland

M. ESNAULT, Cadre de santé de l'UAMP-UPA, CH de Saint Malo

M. GAUTHIER, Cadre de santé de Psychiatrie 2, CH de Saint Malo

M. HERVOIR, Cadre de santé des Urgences, CH de Saint Malo

M. PICHON, Directeur de l'Association AMIDS

Dr PONE, Chef de structure UPA, CH de Saint Malo

Mme MERCIER, Animatrice territoriale de Santé du Pays de Saint Malo

Mme RENAUD-VIEIRA, Cadre Socio-Educatif du Service social du CH de Saint Malo

Mme TUAL, Coordonnateur régional addictions, ARS Bretagne

## **7.2 GUIDE d'ENTRETIEN de MEMOIRE**

### **PRESENTATION DU PROJET DE MEMOIRE**

Les conduites addictives constituent un enjeu de santé publique acté à l'échelle nationale. La Bretagne choisit de porter cette thématique au rang de priorité transversale dans son Programme Régional de Santé et l'affiche comme action n°1 dans le Programme Territorial de Santé n°6.

Une pré-étude sur le territoire pointe deux axes d'amélioration en addictologie. L'un concerne le repérage précoce des conduites addictives, tant au niveau du soin que de la prévention. L'autre porte sur la gestion de situations complexes d'usagers impliquant les secteurs des urgences, de la psychiatrie, de l'addictologie et de la précarité.

Afin de répondre au mieux à ces enjeux, il est préconisé, au plan national, d'organiser des parcours de soin décloisonnés. Les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social sont invités à travailler ensemble. Le mémoire s'interrogera sur les freins et les leviers aux liens partenariaux qui permettront de répondre aux besoins de repérage précoce et de gestions de cas complexes.

### **INFORMATIONS PREALABLE A L'ENTRETIEN**

Acceptez-vous d'être enregistré ?

Acceptez-vous d'être cité ?

### **PRESENTATION**

Quelles sont vos missions et celles de votre service ?

Connaissez-vous les 5 unités de la filière CHT d'addictologie ? Considérez-vous qu'une communication soit nécessaire pour mieux la porter à la connaissance des professionnels (secteurs sanitaire, social et médico-social), des patients/usagers ?

Quel lien entretenez-vous avec la filière CHT addictologie ? Quel est votre périmètre d'intervention dans le parcours d'addictologie du Territoire n°6 ?

Existe-t-il, selon vous, des superpositions d'interventions dans le parcours? ou à l'inverse, des prises en charge de certains publics ou des besoins non assurés ?

Quelle est votre perception des conduites addictives aujourd'hui ? (sous ou surévaluée, accessoire ou prioritaire, connaissance ou méconnaissance des objectifs institutionnels?)

### 7.3 ANNEXE 3 : Liste des ministères participant à la MILDECA

Source : Site Internet de la MILDECA, « Lutter, Qui fait Quoi ? » : <http://www.drogues.gouv.fr/les-acteurs/qui-fait-quoi/index.html>

La participation du **Ministère de l'intérieur** dans la lutte contre l'usage et le trafic de stupéfiants s'étend de la recherche et prévention du trafic à la lutte contre le blanchiment et la répression de la grande délinquance, en passant par la sécurité routière et de nombreuses actions de prévention en direction de la jeunesse.

Le **Ministère de la marine** apporte, quant à lui, un soutien conséquent par le biais d'opérations maritimes aux fins de renseignements et d'appui aux services répressifs.

Le **Ministère des Finances et des Comptes Publics** intervient via les Douanes et le Traitement du Renseignement et Action contre les Circuits Financiers clandestins (TRACFIN) dont la portée est autant nationale qu'internationale. Le TRACFIN transmet, notamment, à la justice les informations collectées.

Le **Ministère de l'Economie, du Redressement productif et du Numérique** est également partie prenante à travers la MNCP, Mission Nationale de Contrôle des Précurseurs Chimiques de Drogues qui veille à ce que les produits chimiques nécessaires à la fabrication des drogues ne soient pas détournés du commerce légal.

Le **Ministère de la Justice** déploie d'importants moyens pour lutter contre l'usage et le trafic de stupéfiants, auprès de la Direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) et la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ). La DACG comprend le Bureau de la santé publique, du droit social et de l'environnement qui veille au traitement judiciaire des addictions et le Bureau de lutte contre la criminalité organisée, le terrorisme et le blanchiment. Plusieurs politiques de prévention sont développées par la PJJ et l'administration pénitentiaire, notamment contre la récidive.

Le **Ministère des Affaires Etrangères** a également un rôle de coordination des positions française au sein des instances internationales en charges des questions de lutte contre les drogues et la toxicomanie.

Le **Ministère des Affaires Sociales et de la Santé** et son Bureau des pratiques addictives de la Direction Générale de la Santé et de la sous-direction de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, élabore, programme et met en œuvre la politique de santé en matière de lutte contre les pratiques addictives. Le Bureau intervient tant au niveau de la prévention que du soin ou de l'accompagnement social.

En milieu scolaire, le **Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche** définit la politique de prévention des conduites addictives. Sa mise en œuvre est discutée au sein des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté. De même, les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé contribuent aux actions de prévention des conduites addictives. Le réseau des IUFM en Education à la Santé et Prévention des conduites addictives forme, pour sa part, les enseignants.

Le **Ministère des Droits des femmes, de la Ville, de la Jeunesse** et la Direction de la Jeunesse de l'éducation populaire et de la vie associative (DJEPVA) contribue à la politique de prévention de la consommation de produits psychoactifs. Les Préfets en sont les relais au niveau local.

Enfin, le **Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt** promeut également un réseau d'éducation pour la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent (RESEDA) qui agit, notamment sur la prévention des conduites addictives.



CORNU	Sophie	2014
<b>DESSMS</b> Promotion 2014		
<b>Addictions : un parcours décloisonné est-il possible ?</b>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Equivalent à de plus de quarante « World Trade Center » par an, les addictions constituent un enjeu de santé publique majeur qui s'affranchit de l'âge, du milieu social ou d'un environnement spécifique. De l'usage simple à la dépendance en passant par les abus, les addictions répondent aux plaisirs et aux besoins produits notamment par une société addictogène. Les effets néfastes se déclarent et entraînent la personne, avec son entourage, dans un effet cyclique. Santé, insertion sociale, éducation, justice... tous les secteurs sont concernés. Les addictions questionnent nos organisations cloisonnées et encouragent une approche globale de l'accompagnement social, médical et psychologique.</p> <p>Le parcours d'addictologie prend forme de manière segmentée sur le Territoire n°6 de Bretagne. La filière de soins de la CHT Rance Emeraude offre un panel de prises en charge graduées et établit des passerelles entre l'Hôpital, la Ville et le secteur social. Son référentiel, sa gestion des ressources humaines et la force de la pluridisciplinarité constituent des atouts pour impulser une dynamique partenariale intersectorielle. Les acteurs territoriaux, les associations d'entre-aide et l'ARS travaillent aussi à un maillage adapté aux besoins quotidiens des personnes sur le territoire. Mais les faiblesses pointées dans la gestion des situations complexes et le repérage précoce appellent plus de coordination. Les acteurs ont besoin de consolider leur organisation interne avant de s'engager dans une dynamique d'ouverture partenariale. La multiplicité des priorités transversales, des financements, et des territoires appellent une simplification du système. Pour autant, le cloisonnement rassure et conforte les diverses cultures professionnelles. Plutôt que de décloisonner, il est proposé de structurer une coopération des acteurs à l'échelle de la filière, puis une coopération inter-pôles, et de créer un comité de situations complexes ouvert aux acteurs territoriaux. La promotion de la formation et du partage des données contribueront également à construire une culture fédératrice. L'hôpital doit, pour ce faire, endosser la responsabilité de l'acteur moteur en favorisant une cohésion des acteurs tout en respectant leurs spécificités respectives. La force de sa structuration interne et l'ampleur de son ouverture sur le territoire garantiront l'efficacité du parcours.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Addictologie - parcours décloisonné – filière – coordination – coopération -</p>		
<p><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>		