



**CONDUIRE L'IMPLANTATION D'UN CENTRE DE SOINS,
D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN
ADDICTOLOGIE POUR AMELIORER LE RECOURS DES
PUBLICS AU DISPOSITIF**

**LE DOUBLE ENJEU D'UNE INSCRIPTION TERRITORIALE ET D'UNE
EVOLUTION CLINIQUE**

Catherine DELORME

2014

cafdes



Remerciements

A Anne-Cécile, Catherine, Manu et Valérie, mon comité de relecture pour son aide opérationnelle et morale indéfectible et bienveillante,

A mon entourage pour ses encouragements et son soutien,

A mes collègues de la Fédération Addiction avec lesquels il est précieux de partager une vision humaniste, clinique et politique de comportements universels et atemporels, une vision qui participe aux évolutions des politiques publiques et à l'amélioration de la prise en charge des bénéficiaires de l'action.

A mon directeur de mémoire pour ses apports méthodologiques et ses conseils,

Aux formateurs de l'IRTESS et de l'IRTS pour leur accompagnement.

Sommaire

Introduction	1
1. Un secteur jeune, récemment inscrit dans le champ médico-social.....	5
1.1 De la construction historique de pratiques d'intervention à la formalisation légale et administrative de dispositifs.....	5
1.1.1 La construction de deux dispositifs spécifiques pour prendre en charge les toxicomanies et les phénomènes d'alcoolisation.	5
1.1.2 Une refonte du champ de l'addictologie avec deux origines : politique et clinique.....	7
1.2 La refonte du secteur social et médico-social, un choc culturel et professionnel.....	13
1.2.1 Une politique de l'efficience et de la rationalisation.....	14
1.2.2 Les réactions à cette nouvelle politique publique.....	16
1.3 Une première reconfiguration du dispositif.....	19
1.3.1 Les missions obligatoires :	20
1.3.2 Les missions facultatives.....	20
1.3.3 Le territoire et sa couverture :	21
1.3.4 La conduite des missions et le service aux usagers	21
1.3.5 Le potentiel du service.....	22
1.3.6 Le risque à rester spécialiste.....	22
2 Identifier les enjeux cliniques, professionnels et territoriaux pour adapter la conduite de changement.....	27
2.1 Aspects spécifiques et aspects communs aux addictions	27
2.1.1 L'alcoologie et son objet.....	28
2.1.2 La prise en charge des toxicomanies.	30
2.1.3 Les caractéristiques communes et spécifiques à l'alcool, aux produits stupéfiants et aux autres substances.	32
2.2 Déspécialisation et évolution identitaire des professionnalités.	35
2.2.1 L'institution et ses acteurs : un système traduit par la sociologie des organisations.....	36
2.2.2 La subjectivité, le construit identitaire et son poids au sein de l'organisation	41
2.3 Le territoire, une dimension plurielle.....	45

2.3.1	La zone est statique, le territoire est dynamique.	45
2.3.2	L'identification des composantes de la territorialité	47
3	Impulser et conduire la double évolution clinique et territoriale	51
3.1	La définition du plan d'action pour réorganiser l'intervention clinique et territoriale.....	51
3.1.1	Le plan de communication	51
3.1.2	Le plan de prévention des risques psycho sociaux	57
3.1.3	Le plan de développement stratégique	59
3.2	La mise en œuvre du plan d'action et la restructuration clinique et territoriale.....	61
3.2.1	Les moyens budgétaires.....	61
3.2.2	La conduite du projet au plan managérial et des ressources humaines.	64
3.2.3	L'implantation territoriale de l'activité généraliste	67
3.3	Les éléments d'évaluation du projet d'implantation et de l'évolution clinique.....	70
3.3.1	Les critères d'évaluation du projet.....	71
3.3.2	Une évaluation au long cours.....	74
	Conclusion.....	77
	Bibliographie.....	79
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAP :	Agence N ationale d' A ppui à la P erformance
APP :	A nalyse de la P ratique P rofessionnelle
ARH :	Agence R égionale d' H ospitalisation
ARS :	Agence R égionale de S anté
BP :	B udget P révisionnel
CASF :	C ode l' A ction S ociale et de la F amille
CCAA :	C entre de C ure A mbulatoire en A lcoologie
CHA :	C entre d' H ygiène A limentaire
CHSCT :	C omité H ygiène S écurité et C onditions de T ravail
CMPP :	C onseil de M odernisation des P olitiques P ubliques
CNRS :	C entre N ationale de R echerche S cientifique
CPOM :	C ontrat P luri-annuel d' O bjectifs et de M oyens
CSAPA :	C entre de S oin, d' A ccompagnement et de P révention en A ddictologie
CSP :	C ode de S anté P ublique
CSST :	C entre S pécialisé de S oins aux T oxicomanes
DDASS :	D irection D épartementale de l' A ction S anitaire et S ociale
DGS :	D irection G énérale de la S anté
DIPEC :	D ocument I ndividuel de P rise en C harge
DRASS :	D irection R égionale de l' A ction S anitaire et S ociale
DTARS :	D irection T erritoriale de l' A gence R égionale de S anté
ESMS :	E tablissements S ociaux et M édico- S ociaux
ETP :	E quivalent T emps P lein
GCSMS :	G roupement de C oopération S ocial et M édico- S ocial
GHB :	G amma H ydroxy B utyrique
GPEC :	G estion P révisionnelle des E mplois et C ompétences
HPST :	H ôpital P atient S anté T erritoire
IRTS :	I nstitut R égional du T ravail S ocial
LFSS :	L oi de F inancement de la S écurité S ociale
LGBT :	L esbiennes, G ays, B i et T ranssexuels
LOLF :	L oi O rganique relative aux L ois des F inances
LSD :	A cide L ysergique D iéthylamide
MAP :	M odernisation de l' A ction P ublique
MILDCA :	M ission I nterministérielle de L utte contre les D rogues et les C onduites Addictives

MILDT :	M ission I nterministérielle de L utte contre les D rogues et T oxicomanes
OFDT :	O bservatoire F rançais des D rogues et T oxicomanies
OST :	O rganisation S cientifique du T ravail
PAP :	P rojet A nnuel de P erformance
PES :	P rogramme d' E change de S eringues
PRS :	P lan R égional de S anté
PSRS :	P lan S tratégique R égional de S anté
RAP :	R apport A nnuel de P erformance
RASCAS :	R éflexions sur les A spects C ommuns et les A spects S pécifiques aux différentes addictions
RDR :	R éduction d es R isques
RGPP :	R éforme G énérale des P olitiques P ubliques
RPIB :	R epérage P récoce et I ntervention B rève
SDIT :	S ervice D épartemental d' I ntervenants en T oxicomanies
SIDA :	S yndrome d' I mmuno D éficiencia A cquise
VIH :	V irus de l' I mmunodéficiencia H umaine

Introduction

Directrice du pôle « prévention et soins des addictions » d'une association en Bourgogne du Sud, il m'est confié par le conseil d'administration et la direction générale la mission de conduire une réforme majeure pour le secteur de l'addictologie.

Travaillant depuis 14 ans dans le champ de la toxicomanie, de manière très impliquée, j'ai participé à l'accompagnement et à la mise en place de nombreux suivis dans un contexte de grande détresse sociale. Cette implication m'a conduite à adapter en permanence l'organisation du service aux situations changeantes du terrain et donc à transformer sans cesse les pratiques en fonction des besoins des usagers dont les choix et modes de vie sont à la fois la conséquence et la cause des conduites addictives.

J'ai été recrutée par l'association départementale « Sauvegarde 71 » en juin 2000, en qualité d'éducatrice spécialisée au Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes le Service Départemental d'Intervention en Toxicomanies (SDIT). Passionnée par mon travail, je me suis inscrite dans une dynamique de formation interne et externe. Gagnant en expertise je suis devenue chef de projet de la mission prévention des addictions dont j'ai activement participé à la création en 2005. Plus tard, il m'a été confié la direction du service en mai 2008.

L'association Sauvegarde 71 est implantée sur le territoire de Saône-et-Loire depuis 1935. Le mouvement des Sauvegarde de l'enfance, né à l'époque du Front populaire, porte des valeurs humanistes tournées vers la protection et l'éducation de l'enfance en danger. La Sauvegarde 71 a progressivement diversifié ses activités pour répondre aux besoins d'aide des adolescents et adultes. Elle déploie majoritairement des activités sociales dans le champ de la protection de l'enfance, de la guidance familiale, de la prise en charge des mineurs délinquants, des majeurs protégés. Le seul pôle médico-social est spécialisé en addictologie.

La clinique de l'addictologie est empreinte de la rencontre avec celui que l'on nomme « usager » ; elle s'est construite sur des pratiques à partir desquelles s'est forgée sa pensée. Ainsi les théories, les références et les notions appliquées se sont formalisées dans un mouvement ascendant plus que descendant, dans un ensemble conceptuel issu du pragmatisme qui a fait progressivement consensus puis culture professionnelle. Si la science apporte aujourd'hui sa contribution, cette discipline n'est pas une création scientifique ; cette caractéristique identitaire se traduit par la constitution d'équipes pluridisciplinaires déployant une démarche holistique.

Mais que recouvre la discipline addictologie et quelles réalités désigne-t-elle ?

Sur quelle histoire se sont construites les pratiques médico-sociales actuelles du secteur de l'addictologie ? Quelle en est l'origine ?

Les utilisateurs de produits psychoactifs étaient considérés comme des jouisseurs, immoraux, marginaux et provocateurs, sujets largement exploités par la littérature et le cinéma. Sortie du vice, l'image de l'ivrogne a progressivement évolué vers celle de malade ; ce fut moins franc et moins évident pour le toxicomane, eu égard au statut illégal des substances qu'il utilise, qui lui conférait le rôle de délinquant.

Le clivage s'est organisé pendant des années autant au plan thérapeutique que sur celui des représentations sociales, avec d'un côté les toxicomanes, de l'autre les malades alcooliques.

Mais, pour les deux catégories, une question, sous forme de suspicion : ne serait-ce pas qu'une histoire de volonté ?

Quelles sont les origines de ces maladies de la dépendance : psychologique ou biologique, neurobiologique ?

Dès la fin des années 1990, on parle de « toxicomanies sans produit » pour désigner des comportements qui s'apparentent à ceux que nous observons avec les produits psychoactifs mais sans la présence de drogues. Ce sont les achats compulsifs, cyberaddictions, jeux pathologiques... Ce phénomène marque une évolution, celle d'une société devenue « addictogène » qui nous pousse à nous interroger sur les comportements au-delà des produits et des objets.

L'addictologie n'est pas une construction épistémologique mais elle permet de désigner une pluralité de réalités sociales et comportementales.

Quels sont les impacts de ces évolutions sociales sur les dispositifs ?

L'alcoologie et l'intervention en toxicomanies sont rassemblées en un seul champ d'intervention, uni pluridisciplinaire et les dispositifs dédiés à la prise en charge des toxicomanes d'une part et des alcooliques d'autre part sont fusionnés, au moins au plan juridique. C'est la création des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Appliquée à l'institution qui m'emploie, deux enjeux se présentent : d'abord la réforme qui consiste à transformer le SDIT en CSAPA, puis l'implantation d'une structure au sein d'un territoire sur lequel intervenait une autre institution.

Comment accompagner les salariés dans l'affirmation d'une pratique de prise en charge des addictions au-delà des toxicomanies ?

Comment les soutenir dans l'évolution de leur identité professionnelle, facteur que l'on sait déterminant dans l'appropriation des missions ?

Comment modifier l'image du service vis-à-vis de l'extérieur pour le rendre légitime dans la clinique de toutes les addictions ? Comment s'inscrire dans une réalité territoriale inconnue ?

La problématique que je souhaite travailler est la suivante : comment accompagner les équipes confrontées à une réorganisation du service qui va transformer les pratiques, afin que les professionnels s'approprient le changement, en comprennent les enjeux et adoptent une attitude participative qui enrichisse le projet sur deux territoires dont l'un nous est inconnu ?

Deux hypothèses soutiennent cette problématique :

Sachant que mes collaborateurs sont majoritairement spécialisés dans l'intervention en toxicomanies et qu'ils prennent en charge d'autres conduites addictives, je formule une première hypothèse selon laquelle la confirmation et l'acquisition de nouvelles compétences leur permettra de faire évoluer leurs pratiques et leur identité professionnelle, pour proposer une offre de soins généraliste opérationnelle.

Je formule une deuxième hypothèse, selon laquelle l'expérimentation et la formalisation de pratiques de prises en charge communes avec d'autres professionnels de santé et du social d'une part, et une communication adaptée d'autre part, nous rendront légitimes en tant que généraliste dans un territoire sur lequel nous n'avons aucune antériorité d'intervention ni aucun partenariat.

La première partie de mon travail retrace l'histoire des dispositifs spécialisés en toxicomanies et en alcoologie, leur inscription dans le secteur social et médico-social et la construction des CSAPA.

La deuxième partie est consacrée à l'étude des éléments à prendre en compte pour évoluer vers nos objectifs : les aspects spécifiques et communs aux addictions, l'identité professionnelle et son poids au sein de l'institution, l'investissement d'un territoire et d'un partenariat nouveau.

La troisième partie est dédiée à la définition du plan d'action lié au changement, à sa mise en œuvre et donne des éléments destinés à évaluer la réorganisation du dispositif.

L'ensemble de ce travail expose donc les origines, les modalités et les perspectives d'une réorganisation d'un service, pour se mettre en conformité avec l'évolution d'une politique publique au service du parcours de soin des personnes présentant des problématiques addictives.

1. Un secteur jeune, récemment inscrit dans le champ médico-social

L'addictologie médicosociale est un secteur jeune, en pleine mutation, inscrit dans des logiques de programmations évolutives, issues des orientations planifiées des politiques publiques qui se succèdent. Cette évolution apporte des changements structurels qui impactent les dispositifs, mais aussi les cliniques et pratiques professionnelles à propos desquelles les acteurs de terrains sont souvent en recherche de sens.

Voici l'histoire de dispositifs sortis du domaine d'exception....

1.1 De la construction historique de pratiques d'intervention à la formalisation légale et administrative de dispositifs.

1.1.1 La construction de deux dispositifs spécifiques pour prendre en charge les toxicomanies et les phénomènes d'alcoolisation.

L'affirmation selon laquelle la réglementation est un acte a posteriori qui vient confirmer et encadrer des pratiques existantes est particulièrement vraie pour les dispositifs de prise en charge des problèmes de toxicomanies et d'alcoolisation.

Les premiers sont cités dans l'un des articles de la loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses, qui est la première (et à ce jour la dernière) loi de lutte contre les drogues, autrement appelés produits stupéfiants.

Cette loi pose un interdit absolu étayé par des dispositions de droit pénal et de procédures pénales dérogatoires du droit commun ; elle instaure un régime d'exception à l'encontre des consommateurs de stupéfiants.

Elle institue en effet une logique d'abstinence par l'interdiction de l'usage de substances, y compris dans la sphère privée, lesquelles deviennent, de fait, illicites. Conformément à cette logique, elle prône la prise en charge des toxicomanes avec un objectif unique de sevrage, qui définit de façon exclusive, le soin.

Elle est composée de trois axes : la répression de la production, de la vente et du trafic, l'interdiction de l'usage, et l'alternative thérapeutique à la peine d'emprisonnement pour les consommateurs non récidivistes.

Le toxicomane est donc un délinquant qu'il faut sevrer. Elle inscrit, dans son article 3, la création d'un dispositif en charge de conduire cet objectif, le Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST).

Si cette entité est créée par la loi, le décret d'application paraît vingt-deux ans plus tard, en 1992. Le décret n°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux CSST définit leurs missions à travers deux catégories, l'une obligatoire et l'autre facultative.

Les missions obligatoires sont inscrites à l'article 2 :

- « 1- La prise en charge médico-psychologique du toxicomane;
- 2- La prise en charge sociale et éducative du toxicomane, qui comprend l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

Toutefois, s'ils n'assurent que l'une des deux missions définies ci-dessus, ils doivent effectuer en outre au moins l'une des missions suivantes:

- 1- L'accueil, l'orientation et l'information des toxicomanes et de leurs familles;
- 2- Le sevrage, ainsi que l'accompagnement du sevrage lorsqu'il est réalisé en milieu hospitalier;
- 3- Le soutien à l'environnement familial. »

Les missions facultatives sont définies par l'article 5 :

« Les centres de soins peuvent participer à toutes actions de prévention, de formation et de recherche en matière de toxicomanie organisées par des personnes morales de droit public ou privé »

Les problématiques d'alcool ont fait l'objet d'un traitement différent puisque le produit n'était pas stigmatisé de la même manière et totalement assimilé à la culture et l'éducation française. Les structures spécialisées sont créées sous l'intitulé Centre d'Hygiène Alimentaire (CHA) par une circulaire du 30 novembre 1970.

Dans cette période, entre les années 1960 et 1980, se fonde un secteur intermédiaire, le médico-social, qui n'est pas un « ersatz » du secteur hospitalier ou de celui de la ville mais bien un champ spécifique en ce qu'il permet de dérouler un continuum de réponses intégrant la médicalisation ou l'offre de prestations médicales.

La loi 75- 535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales crée le secteur en lui donnant un cadre spécifique. Nous pouvons considérer qu'il s'agit là du premier acte de sa structuration, d'une **reconnaissance**, d'une légitimation. Il sort les associations des mouvements de charité qui avaient rendu possible la prise en charge des personnes handicapées, inadaptées, vulnérables. Dans le même temps il en construit les missions, les obligations, les droits et les devoirs. Il détermine également les modalités de financement dans un contexte sociétal et politique d'état providence.

Les CHA sont cités dans l'article 1 point 6 de la loi 75- 535, ils sont donc intégrés au secteur. Les CSST, eux, ne sont pas intégrés au Code de l'Action Sociale et de la Famille (CASF), mais figurent au Code de Santé Publique (CSP), à l'article 355-14.

En 1983, les CHA évoluent. La circulaire DGS n°137-2 du 15 mars 1983, intègre l'article 72 de la loi Aubry relative à la lutte contre l'exclusion, et institue les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) en lieu et place des CHA. Ils conservent les mêmes missions.

Historiquement, les dispositifs spécialisés d'une part en alcoologie et d'autre part en toxicomanie se sont donc construits parallèlement. L'intervention des CSST se caractérise alors par deux aspects : elle est légalement dérogatoire au droit commun, et elle ne s'inscrit pas dans le champ social et médico-social. De par cette position particulière, ils sont réputés relever du domaine d'exception.

La loi 2002- 2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale crée les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), désormais inscrits au 9^{ème} point de l'article L.312.1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Les CSST et CCAA font donc l'objet d'une fusion juridique au profit de la nouvelle entité CSAPA. Dans le même mouvement les CSST sortent du secteur d'exception pour intégrer le secteur social et médico-social.

Le décret d'application relatif à la mise en place des CSAPA paraît le 14 mai 2007, entérinant les orientations de la loi.

Il s'agit d'une évolution majeure au plan structurel pour les établissements concernés, au plan des pratiques et des positionnements professionnels, comme au plan sociétal.

La loi, qui, jusqu'ici intervenait pour encadrer et formaliser l'existant, engage des transformations organisationnelles impactant les offreurs de services et les publics auxquels ils s'adressent dans un mouvement volontariste.

1.1.2 Une refonte du champ de l'addictologie avec deux origines : politique et clinique

L'impulsion politique consiste en une rationalisation des dépenses budgétaires sous l'effet des politiques européennes et d'une réflexion qui produira la Réforme Générale des Politiques Publiques (RGPP) en 2007.

Le tissu associatif français est important, il comportait, avant la mise en œuvre de cette réforme, plus de 30 000 associations. L'un des objectifs était d'en diminuer le nombre

pour gagner en visibilité et en efficacité. Le rapprochement des associations, regroupées ou fusionnées, procède de cette logique. Je développerai cet aspect dans un prochain chapitre.

L'évolution clinique en matière de prise en charge des publics présentant des problématiques addictives s'est construite de façon parallèle, comme évoqué précédemment. Deux grands domaines cliniques (au sens large du terme) spécifiques à chacune de ces problématiques se sont forgés. L'aspect commun consistait à proposer une alternative à la prise en charge en hôpital psychiatrique.

Celle-ci s'est effectivement révélée, dans les années 1960, inadaptée à la prise en compte des besoins de cette population. En effet, une partie d'entre elle ne nécessitait pas de soins psychiatriques, ses problèmes ne relevant pas de troubles de cette nature. Une autre partie ne parvenait pas à s'inscrire dans le dispositif hospitalier au regard d'une problématique complexe, plurifactorielle, peu compatible avec ce que nous nommons aujourd'hui compliance, et qui désigne la faculté de respecter les indications des soignants.

Les CSST (non encore labélisés ainsi) et les CHA représentaient, pour ces personnes, les dispositifs de recours et une alternative aux institutions parfois rejetantes.

Ainsi l'alcoologie a construit son référentiel en abordant la question de l'usage d'alcool sous l'angle médical et culturel. La consommation de vin étant liée à la culture de notre pays, elle a positionné le traitement des problèmes d'alcool sur un registre nutritionnel et diététique, évitant la stigmatisation du produit. L'alcoologie s'est construite sur le concept de maladie ; les pères fondateurs étaient médecins, la figure phare celle du Docteur Pierre FOUQUET. L'alcoolisme était une maladie et le seul moyen de s'en guérir était l'abstinence. Les associations néphalistes (de buveurs, anciens buveurs et personnes de l'entourage) ont d'emblée constitué un fort soutien à l'action des professionnels et à sa légitimation.

Le secteur de l'alcoologie a donc commencé à prendre en charge les alcoolo-dépendants dans le cadre des CHA tandis que les toxicomanes étaient pris en charge dans des structures au sein desquelles ils bénéficiaient de la gratuité des soins, de l'anonymat, de la confidentialité (pour les protéger de toute action répressive) et d'un suivi médico-psycho-socio-éducatif.

Si la clinique de l'alcoologie s'est construite sur la notion d'abstinence, la clinique de la toxicomanie a progressivement diversifiée ses approches pour rester en prise avec les besoins des publics.

En 1980 apparaît une maladie dite « des quatre H » (héroïnomanes, homosexuels,

hémophiles, haïtiens) pour désigner les catégories de personnes atteintes ; il s'agit du Syndrome d'Immuno Déficience Acquise (SIDA). Cette affection est transmise par le sang, les héroïnomanes se contaminent en échangeant leurs seringues.

Avec l'épidémie de SIDA apparaît une nécessité de santé publique : réduire les risques auprès des usagers de drogues ne pouvant pas ou ne souhaitant pas mettre un terme à leur consommation.

Avant que les pouvoirs publics ne prennent des dispositions, les associations communautaires intervenant auprès des populations les plus touchées par l'épidémie à l'époque, notamment Lesbiennes, Gays, Bi et Transsexuels (LGBT), les usagers de drogues et les travailleurs sociaux intervenants auprès de toxicomanes ont collaboré. Leur action a consisté, sur le terrain, à diffuser le message de réduction des risques auprès des publics cibles.

En 1987, Michèle Barzach, ministre de la santé, rend un décret autorisant la vente de seringues en pharmacie sans ordonnance. Il était possible de s'en procurer avant cette date, mais uniquement sur ordonnance, ce qui en rendait l'accès impossible aux toxicomanes.

En 1989, Médecins du Monde ouvre à Paris, et dans l'illégalité, un Programme d'Echanges de Seringues (PES), constatant que la vente de seringues ne suffit pas à enrayer l'épidémie VIH chez les injecteurs de produits.

En 1993, se constitue un collectif « Limiter la Casse » qui se donne pour objectifs de proposer des alternatives pour pallier l'insuffisance du dispositif socio-sanitaire en matière d'usage de drogue. Ce collectif, d'usagers, professionnels et bénévoles pose les bases de la réduction des risques pour les usagers de drogue en France : accès au matériel spécifique de Réduction Des Risques (RDR), à l'information, aux soins, aux traitements de substitution à l'héroïne et aux autres opiacés, et à la citoyenneté.

Les PES se développent dans les grandes villes, dans la semi-illégalité en 1994.

Simone Weil, ministre de la santé, les officialise et les légalise par décret la même année.

En 1995, des places d'accès au traitement de substitution aux opiacés par le Chlorhydrate de Méthadone sont créées dans les CSST sans que le décret de 1992 soit modifié pour intégrer cette nouvelle mission.

Cet outil thérapeutique offre une alternative à l'abstinence, sans pour autant supprimer la dépendance. Il permet :

- de rompre avec le produit illicite à l'origine de la dépendance
- de ne pas éprouver le manque
- de ne plus être hors la loi

Le dispositif socio-sanitaire de prise en charge des toxicomanes a ainsi développé une intervention autrement plus diversifiée que la seule recherche de l'abstinence.

En parallèle à ces pratiques de soins des toxicomanies et des alcoolisations différentes voire opposées, certains rapports ministériels et scientifiques mettent en évidence l'intérêt d'une prise en charge globale des usagers plutôt qu'une approche par produit.

En 1978, Monique PELLETIER, secrétaire d'état auprès du garde des sceaux, propose une approche globale sur la prévention dans les quartiers dits « sensibles », et sur la question particulière des substances psycho actives.

Près de vingt ans plus tard, le professeur Philippe-Jean PARQUET, psychiatre et ancien président du conseil d'administration de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), remet un rapport commandé par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) s'intitulant « Pour la prévention de l'usage des substances psycho actives »¹. Il y écrit dans la préface : « D'abord, et c'est fondamental, ce rapport retient une nouvelle approche centrée sur l'homme et non sur les produits, ce qui conduit à imaginer une démarche [...] qui concerne tous les comportements face aux substances psycho actives quel que soit leur statut juridique ». On peut lire un peu plus loin : « [...] cette démarche qui fait aujourd'hui l'objet d'un large consensus, permettra de mieux appréhender les nouveaux comportements de poly consommation qui associent plusieurs substances licites et illicites dans des conditions très préoccupantes pour la santé publique ».

Cette approche est confirmée un an plus tard par le Professeur Bernard ROQUES dans un rapport publié également par la MILDT, en juin 1998. Bernard ROQUES, professeur émérite à l'université René DESCARTES à PARIS en section biologie moléculaire et cellulaire génomique, travaille selon sa propre expression, sur les facteurs de dangerosité des drogues. Il met en évidence que la distinction selon la catégorisation licite ou illicite des produits n'a pas lieu d'être en terme neurologique, biologique, génétique et psychiatrique.

Il apparaît ainsi de plus en plus évident que la distinction entre le licite et l'illicite n'a pas de raison d'être dans la prise en charge thérapeutique des usagers de produits psycho

¹ PARQUET, J.P., Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives, usage, usage nocif, dépendance, Education pour la santé pour mieux vivre, Dossiers techniques, CFES, 1998, préface.

actifs.

On ne peut donc construire l'intervention thérapeutique exclusivement sur des critères judiciaires. Il nous faut considérer l'individu non pas en fonction du produit qu'il consomme mais dans une approche dite « globale », c'est-à-dire basée sur le comportement de consommation, son origine et sa fonction.

Parmi les éléments qui viennent légitimer cette approche globale on peut en retenir au moins deux. Le premier, identifié notamment par les Professeurs PARQUET et ROQUES, est le constat de pratiques de poly consommations ou de poly toxicomanies. Il porte sur la réalité des consommations et des consommateurs, à savoir l'utilisation de plusieurs produits licites ou illicites, simultanément, successivement ou en alternance. Ce dernier cas s'observant notamment à l'arrêt d'un produit stupéfiant avec l'apparition ou l'intensification d'une consommation d'alcool. On le nomme parfois « déplacement de dépendance » mais il s'agit plus du déplacement d'un produit à un autre qui s'origine dans une problématique de dépendance.

Il est d'ailleurs étonnant de constater la manière avec laquelle les hommes contemporains redécouvrent parfois des phénomènes déjà décrits antérieurement pour en faire une réalité nouvelle. La poly-consommation a toujours été, pour s'en convaincre, il suffit de relire « Les fleurs du mal » de Baudelaire.

Le deuxième élément en faveur de l'approche globale est le constat de conduites similaires à celles caractérisant la toxicomanie mais en l'absence de toute « drogue ».

A l'apparition de ce phénomène, à la fin des années 1990, on l'a nommé « toxicomanie sans produit ». Ce terme désignait les comportements compulsifs dont les objets étaient le jeu, les achats, le sport, le travail, le web et le sexe.

C'est ainsi qu'une approche globale plutôt qu'une approche par produit a été validée et consacrée par le concept d'addiction.

Un des premiers professionnels à avoir donné une définition de l'addiction est GOODMAN, psychiatre anglais, qui en 1990 la décrit comme « un processus qui se traduit par un comportement répété de recherche de plaisir et de soulagement d'un malaise intérieur à travers la consommation d'un ou de plusieurs produits. Consommation dont le sujet perd le contrôle et qui persiste en dépit de ses conséquences négatives »².

² GOODMAN, A., Addiction: definition and implication, British Journal of Addiction, n°85, 1990, p 1403-1408.

Le « produit » évoqué pouvant être psycho actif ou un produit issu d'un jeu, d'un achat...etc. Le produit est donc à entendre comme étant un objet.

Ces éléments ont favorisé l'évolution du vocabulaire et les notions d'alcoolisme et de toxicomanie ont été englobées dans celle, plus large, d'addiction.

Ainsi après trente à quarante ans de clivage entre alcoologie et toxicomanie, les évolutions respectives et communes ont amené les deux champs à se retrouver sur une approche pluridimensionnelle bio psycho sociale.

Ces évolutions du « terrain » ont été entérinées dans différents plans d'orientation et textes de lois à partir de 1999, s'entrecroisant et se complétant pour mieux définir la prise en charge en addictologie.

Le premier texte inscrit dans cette chronologie est le plan triennal 1999-2001 de la MILDT. Il s'agit du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. Il annonce : « Les dispositifs se sont développés pour des raisons historiques de manière cloisonnée alors que les données épidémiologiques, biologiques et cliniques plaident en faveur d'une approche commune des pratiques addictives. Le rapprochement des structures exigera une réflexion méthodologique sur les aspects communs et spécifiques aux divers usages des différentes substances psychoactives. Cette réflexion devra prendre en compte aussi bien les données scientifiques que les pratiques de prise en charge. »³

Ce texte assimile les drogues licites et illicites au plan des soins et de la prévention.

Au cours du déroulement de ce plan, le 31 janvier 2001, la Direction Générale de la Santé (DGS), adresse à toutes les Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) une circulaire relative à la prise en charge globale et au rapprochement des structures de prise en charge spécialisée dans les conduites addictives que sont les CSST et les CCAA. S'appuyant sur le constat du polymorphisme étiologique, thérapeutique et évolutif des conduites addictives, elle invite les deux types d'opérateurs à se rapprocher autour de leurs pratiques communes mais aussi spécifiques.

Une carence de trois ans fait suite à ce rapport triennal. A cette période paraît la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

³ Plan gouvernemental MILDT 1999-2001, www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/la-mildecaplan-gouvernemental, p 77.

Puis c'est la publication et la diffusion du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. Ce plan, dans la lignée du précédent, confirme une approche des addictions plutôt qu'une approche par produit.

Au cours de ce plan en paraît un autre, le plan de prise en charge et de prévention des addictions dit « plan addictions » adopté le 15 novembre 2006 par le conseil des ministres français. Lors de l'inauguration de la Commission addictions ce même jour, le Ministre de la Santé en présente les grandes mesures : « Il s'agit de décloisonner les structures d'accueil médico-sociales et de les ouvrir à toutes les addictions, pour que le patient puisse y avoir recours facilement, à proximité, sans avoir à déterminer par lui-même de quels types de soins il relève et de quel type d'accompagnement il a besoin»⁴.

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) publiée le 23 décembre 2006 énonce que les gestionnaires des CSST et CCAA disposent d'un délai de trois ans pour solliciter l'autorisation en vue de la transformation de ces établissements en CSAPA.

Le décret d'application relatif à la mise en place des CSAPA paraît enfin le 14 mai 2007 ; les CSAPA se substituent désormais aux CSST et CCAA. La circulaire du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA vient préciser ce décret en développant les obligations et missions.

Le plan gouvernemental de la MILDT 2008-2011, intitulé « plan pour la prise en charge et la prévention des addictions » cite le CSAPA dans sa mesure 6 : « Rapprocher les dispositifs spécialisés en créant des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.»⁵, comme disposition en cours de mise en œuvre.

Le clivage entre les CSST et les CCAA est donc révolu, leurs deux entités n'ont plus lieu d'être, elles sont amenées à être refondues dans celle du CSAPA.

1.2 La refonte du secteur social et médico-social, un choc culturel et professionnel.

Le changement de paradigme que représente la formation de la discipline addictologie à partir et en lieu et place de l'alcoologie et la prise en charge des toxicomanies s'est déroulé, comme nous venons de le voir, de façon évolutive au plan clinique.

⁴ BERTRAND, X., Discours inaugural de la Commission addictions, 15 novembre 2006, p 4.

⁵ MILDT, Plan gouvernemental contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, Collection des rapports officiels, La documentation française, février 2008, p 58.

L'évolution de cadre réglementaire, celui des politiques publiques et donc de la santé publique s'est quant à lui, imposé dans le cadre de la RGPP qui se prolonge aujourd'hui par la Modernisation de l'Action Publique (MAP), depuis 2012.

1.2.1 Une politique de l'efficience et de la rationalisation

Cette démarche, réfléchi au plan européen s'est initiée en France dès le 1^{er} août 2001 par le vote de la LOLF (Loi Organique sur les Lois de Finance) qui s'appliquera le 1^{er} août 2006. Elle introduit la notion de performance et de résultat dans la mise en œuvre des politiques publiques. Elle réforme la construction et la gestion du budget de l'Etat.

Jusqu'alors celui-ci était élaboré par chaque ministère sur la base de la nature des dépenses : fonctionnement, investissement, personnel...etc. La LOLF crée des missions, constituées par les différentes politiques publiques : santé, sécurité, économie justice...etc. Chaque mission est composée de programmes et dotée d'une enveloppe globale et limitative de crédits pour développer des actions.

Les administrations concernées sont les responsables de programmes. Chaque programme comporte une stratégie définie, des objectifs et indicateurs de performance afin de mesurer les résultats. Un Projet Annuel de Performance (PAP) est élaboré par les administrations ; il a pour objet de décliner la façon dont les budgets vont être utilisés et le personnel concerné selon la logique de « la justification au premier euro ». Un Rapport Annuel de Performance (RAP) justifie des dépenses engagées à partir d'indicateurs physiques (nombre d'utilisateurs concernés, volume d'activité, type de prestation) et financiers (masse salariale, coût unitaire), au regard des résultats attendus.

Le budget de l'Etat est donc, dans un premier temps, voté puis contrôlé par les parlementaires, représentants de la société civile. C'est l'un des objets de la réforme, la transparence en matière d'engagement et d'utilisation de l'argent public. Les parlementaires sont accompagnés par la cour des Comptes afin de contrôler la pertinence des missions exposées par les administrateurs.

Le tournant dans la conduite des politiques publiques engagé par la LOLF est confirmé par le président de la république qui annonce, en pleine campagne pour la présidence de la république, en juin 2007, la RGPP. Son objectif, tel qu'énoncé sur le site internet du gouvernement dédié à l'explication de la réforme : « faire mieux avec moins » et « concilier l'amélioration du service public lorsqu'elle est nécessaire avec l'économie de moyens dès lors qu'elle est possible. »⁶

⁶ www.rgpp.modernisation.gouv.fr

Quatre axes permettront de simplifier l'organisation de l'état :

- « 1. Un État recentré sur les besoins, dans un souci d'équité
2. Un État plus lisible, notamment dans ses structures
3. Un État plus moderne
4. Un État davantage tourné vers les usagers »⁷

Un Conseil de Modernisation des Politiques Publiques (CMPP) présidé par le président de la république et composé des membres du gouvernement, fixe les orientations et les étapes du processus. Il en ressort un programme comportant 263 réformes visant à « s'inscrire résolument dans une logique de résultats ».⁸

Les services régionaux déconcentrés, au nombre de 35 vont se rassembler pour n'en constituer que 8.

Une telle réforme modifie profondément les institutions, leur structure, elle redéfinit les objectifs, redistribue les rôles, les hiérarchies et change parfois les interlocuteurs.

L'impact sur les territoires fut d'autant plus perceptible que le changement s'est opéré en quelques années, le contenu de cette réforme devant être mis en œuvre à l'horizon 2012.

La loi du 2 janvier 2002, votée 4 mois après la LOLF, est l'une des composantes de ces 263 réformes. Deuxième acte de la structuration du secteur médico-social, elle en pose les exigences de **performance**. Elle modifie la loi du 30 juin 1975 pour adapter le secteur aux nouvelles exigences de planification et de maîtrise des coûts. Elle comporte plusieurs volets dont l'un vise à positionner le projet de l'utilisateur au centre du dispositif, en créant des outils et des obligations garantissant l'exercice de ses droits et devoirs.

Un autre volet consiste à mettre en place des outils de pilotage des orientations et des moyens. Elle introduit deux notions nouvelles pour le secteur : la temporalité et la coopération.

L'outil emblématique de la temporalité est le Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) qui établit des objectifs pour une durée maximale de 5 ans. Il les hiérarchise afin de maîtriser les moyens pour répondre à l'obligation de résultats attendus tant par l'autorité de contrôle et de tarification que par le gestionnaire qui s'y est engagé.

⁷ www.rgpp.modernisation.gouv.fr

⁸ Idem.

La coopération entre institutions, dont l'outil privilégié à cette époque est le Groupement de Coopération Social et Médico- Social (GCSMS), est encouragée car elle permet de mutualiser des moyens, d'optimiser les équipements et les ressources humaines, et de réduire les coûts par des économies d'échelle.

La loi de rénovation du secteur social et médico-social renforce le contrôle de l'état et crée la contractualisation, s'inspirant des méthodes mises en place dans le secteur sanitaire.

La dernière loi, qui réforme l'organisation territoriale des politiques de santé et du médico-social, est la loi Hôpital, Patients, Santé Territoire (HPST), publiée le 21 juillet 2009. Elle crée les Agences Régionales de Santé (ARS) et confirme le rapprochement entre les secteurs de la santé et du médico-social.

Les Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) sont transformées en Directions Territoriales de l'Agence Régionale de Santé (DT ARS) chargées de l'animation des territoires de santé dans leurs départements d'implantation. La DDASS était la représentation étatique de proximité, dotée des pouvoirs décisionnaires vis-à-vis des opérateurs ; la DT ne dispose plus de ces prérogatives de décisions.

La Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale (DRASS), institution de pilotage des politiques au plan régional, sans pouvoir hiérarchique sur la DDASS, fusionne avec l'Agence Régionale Hospitalière (ARH) chargée de l'application de la politique hospitalière pour fonder, avec d'autres organismes, l'ARS.

1.2.2 Les réactions à cette nouvelle politique publique

Cette néo-organisation a ses partisans et ses détracteurs.

Les premiers mettent en avant que l'ARS offre la garantie, conformément aux objectifs que lui confère la loi, de disposer d'un pilotage global de la politique de santé, donc de cohérence et d'efficacité. La réunion de l'ensemble des compétences et la détermination de territoires de santé lui permettent de mieux identifier et répondre aux besoins des publics, et d'accroître l'efficacité du système.

La logique d'appel à projet devient l'outil de mise en œuvre des Plans Régionaux de Santé (PRS) composés de 6 documents :

- 3 schémas régionaux d'organisation : de prévention, médico-social, des soins,
- 2 programmes régionaux : d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, et d'accès à la prévention et aux soins des populations précaires,

- 1 Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)

Ils contiennent des projets d'implantation, d'extension, de modifications d'activités.

Avant la configuration de l'ARS, les projets pouvaient être présentés de façon spontanée par les opérateurs qui pouvaient se voir attribuer les moyens nécessaires à leur mise en œuvre. Ce procédé pouvait relever d'une logique du « premier arrivé, premier servi ». L'appel à projet est présenté comme une garantie de lutte contre une forme de clientélisme.

Les critiques relatives à cette nouvelle organisation, quant à elles, portent précisément sur son origine, la mise en œuvre de la RGPP, et sur la prééminence d'une logique de performance et d'efficience.

Dans un article du « Monde Diplomatique » publié en décembre 2009, écrit par Laurent BONELLI et Willy PELLETIER, les auteurs évoquent une « caporalisation de l'action publique : renforcement des hiérarchies et du contrôle pesant sur les agents du service public, et resserrement des chaînes de commandement (...). A la tête des nouvelles ARS se trouve maintenant un véritable préfet sanitaire »⁹.

Selon ces auteurs, l'évolution se caractérise par le passage de l'Etat providence à l'Etat manager.

Si des observateurs extérieurs, certes très avertis, ont analysé les transformations de cette manière, il est aisé de se représenter de quelle manière les acteurs de premier plan ont réagi.

Le mouvement associatif, issu de la charité, s'est forgé sur la base de valeurs humanistes, prônant l'entraide, la solidarité vis-à-vis des personnes les plus vulnérables, loin des logiques rationnelles imposées par ce nouveau modèle qualifié par certains de libéral.

La naissance du secteur social et médico-social en 1975 a favorisé l'affirmation d'un champ et d'une culture professionnelle. Les acteurs se sont professionnalisés, ont affirmé et confirmé certains codes, certaines valeurs, forgeant ce que MINTZBERG appelle de « fortes identités métiers ». Les organisations étaient dirigées par des figures charismatiques, qui proposaient une vision souvent incontestée s'enracinant dans une pratique qui leur conférait légitimité et respect et créait des émules. On ne cherchait pas

⁹ BONELLI, L., PELLETIER, W., Comment vendre à la découpe le service public, De l'Etat-providence à l'Etat manager, Le Monde diplomatique, Décembre 2009, p. 19-21.

seulement à travailler aux côtés de telle population, on s'engageait dans cette association aux côtés de ces professionnels qui portaient telles valeurs.

La création de l'ARS a d'autant plus inquiété le secteur que la référence au social a disparu du sigle, faisant craindre l'application d'un modèle de gestion sanitaire. Les intervenants en addictologie, portion congrue d'un secteur médico-social composé de deux grandes populations que sont les personnes handicapées et les personnes âgées, ont produit des communiqués dans ce sens. Quid de la spécificité addictologique dans ce cadre ?

Les métiers canoniques du travail social se sont trouvés impactés par des préoccupations, devenues des orientations, qu'ils pensaient appartenir au monde (un autre monde) de l'entreprise. Des protestations ont émergé contre ce qui était perçu comme une marchandisation du social, désignant les productions de directives émanant de l'union européenne. Celles-ci prônent le principe de libre concurrence sur fonds de pacte de stabilité réduisant le déficit public de la France, ayant une incidence sur les budgets publics.

Un nouveau vocable est apparu : évaluation de la qualité, de la performance, enveloppes limitatives de crédits, indicateurs de gestion, convergence tarifaire, procédure d'appel à projets. Une Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) s'est créée avec pour mission la production d'outils de gestion et de pilotage à destination des Etablissements Sociaux et Médico- Sociaux (ESMS) pour les aider à améliorer leur performance.

Les auteurs de l'article sus cité écrivent « Imposer politiquement de nouvelles priorités aux institutions n'a rien de facile »¹⁰, c'est un euphémisme au regard du choc culturel que cette situation a engendré.

Face au vocable lié aux notions de performance apparaît celui qui se rapporte à la souffrance des acteurs du secteur et qui se décline par stress professionnel, surmenage, pression jusqu'au Burn out, comme l'évoque un article extrait des Cahiers de l'Actif et intitulé « Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité »¹¹. La crise du travail social précède sa mutation puisque la crise se définit comme le passage d'un état à un autre.

¹⁰ BONELLI, L., PELLETIER, W., Comment vendre à la découpe le service public, De l'Etat-providence à l'Etat manager, Le Monde diplomatique, Décembre 2009, p. 19-21.

¹¹ RAVON, B., DECROP, G., ION, J., LAVAL, C., VIDAL-NAQUET, P., Usure des travailleurs sociaux et épreuves de la professionnalité, Les Cahiers de l'Actif, n°388-389, septembre-octobre 2008, p.211-242.

Si la transformation des politiques publiques a provoqué un changement considérable pour les institutions du champ médico-social, il le fut d'autant plus pour les dispositifs issus du domaine d'exception comme notre CSST.

Les ESMS de la première génération (celle de 1975) ont été familiarisés avec la logique de programmation, de planification via les schémas départementaux. Les CSST et CCAA, eux, ne connaissaient pas cette dimension. Ils étaient seuls en position d'identifier les besoins des populations et des territoires et de formuler les propositions d'amélioration en terme d'équipements, de compétences requises et de cliniques à développer. Cette situation a favorisée le développement d'une expertise sur la base de laquelle s'est constituée une identité professionnelle forte. D'autant plus pour les intervenants en toxicomanies côtoyant un public considéré par le plus grand nombre comme délinquant, relevant de l'action de la police et de la justice, plutôt que de celle de l'aide sociale et du soin.

Cette sortie du secteur d'exception et l'entrée des CSST dans le secteur ordinaire a constitué à la fois une reconnaissance et une institutionnalisation de ces établissements, à l'épreuve de la réalité d'une maîtrise de l'offre de soins qui leur était jusqu'ici inconnue.

La sortie du domaine d'exception s'est accompagnée d'une réduction de la précarité budgétaire de nos dispositifs tout en introduisant une logique de performance encore plus étrangère à ces professionnels fortement imprégnés de militantisme qu'à leurs collègues historiquement inscrits dans le champ.

L'autorité publique s'est matérialisée par une planification d'objectifs, de moyens et de résultats attendus.

Le mouvement ascendant d'identification des besoins (du terrain vers les financeurs) s'est soudainement inversé ; l'objectivation de la programmation des réponses est descendante (de l'ARS vers les « offreurs de soins »). Les professionnels ont fait l'expérience de ne plus être seuls à détenir une expertise, mais de la partager avec les technocrates ; certains s'en sont sentis dépossédés, d'autres ont exprimé leur sentiment de se l'être fait confisquer.

Ce double mouvement caractérisé par une institutionnalisation du CSST et une structuration en CSAPA a marqué le début de l'évolution de notre CSST.

1.3 Une première reconfiguration du dispositif

Le CSST SDIT et l'association qui le gère, Sauvegarde 71, ont donc travaillé à cette transformation du service en CSAPA dès 2008.

Ayant pris mon poste de direction en mai de cette année, j'ai immédiatement travaillé à un avant-projet de réforme de notre dispositif conformément au calendrier donné par les autorités de contrôle et de tarification.

La circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie, vient préciser les missions obligatoires et facultatives d'un CSAPA énoncées par le décret du 14 mai 2007.

1.3.1 Les missions obligatoires :

➤ L'accueil :

Selon les termes de la circulaire du 28 février 2008, le CSAPA doit « accueillir toute personne se présentant [...] ou le contactant » pour établir un lien, apporter les premiers éléments de réponse aux demandes et besoins.

➤ L'information :

Elle doit être délivrée et proposée aux usagers et à leur entourage. Elle comporte la dimension d'accueil physique et intègre la présentation des droits et des modalités de prise en charge.

➤ L'évaluation médicale, psychologique et sociale :

Ce sont les critères de pluridisciplinarité des CSAPA qui comportent,

- l'évaluation de la demande et des besoins des usagers ;
- la proposition d'un projet de prise en charge, d'accompagnement et de soutien ;
- l'élaboration du Document Individuel de Prise En Charge (DIPEC), outil né des dispositions de la loi 2002-2.

➤ L'orientation :

Il s'agit de celle des usagers et de l'entourage.

1.3.2 Les missions facultatives

➤ Consultations de proximité et repérage précoce des usages nocifs :

Il s'agit d'une stratégie d'intervention située entre la prévention et l'accès aux soins appelée Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB).

Le repérage précoce consiste à repérer les difficultés attribuables aux consommations de substances psycho actives au plus tôt et au plus proche des usagers, de leur entourage et des partenaires.

L'intervention brève se réalise autour des rencontres avec les consommateurs lors de consultation en « face à face » permettant de susciter une modification des comportements problématiques, d'accompagner quelques temps l'utilisateur dans ces changements ou de faciliter l'accès aux soins si nécessaire.

➤ Activité de prévention, formation et recherche :

La prévention des addictions doit être organisée dans divers milieux que sont les établissements scolaires, l'entreprise, les lieux culturels, sportifs et de loisirs.

Les CSAPA peuvent se donner pour mission de participer à la formation initiale et continue des professionnels de l'action sanitaire, sociale et éducative, ou des professionnels issus du secteur de l'entreprise.

➤ Prise en charge des addictions comportementales ou sans produit.

➤ Intervention auprès des personnes détenues ou sortant de prison :

Elle a pour but de repérer les usages nocifs et les dépendances ; diversifier les prises en charge ; développer la prévention ; préparer la sortie et poursuivre la dynamique de soins amorcée en prison.

Le CSAPA peut conserver une spécialisation en alcoologie ou toxicomanie, ou devenir généraliste c'est-à-dire prendre en compte les comportements de consommation portant sur les substances psycho actives licites et illicites.

Le projet de l'association, éclairé par un diagnostic stratégique, s'est orienté vers la mise en place d'un centre généraliste.

Ce diagnostic s'appuie sur : le territoire et sa couverture, la capacité à conduire des missions obligatoires et facultatives et le service aux usagers, le potentiel du service et l'évaluation des risques à rester spécialiste.

1.3.3 Le territoire et sa couverture :

Le SDIT, basé en Saône et Loire, intervient sur les pôles urbains principaux du département : Chalon-sur-Saône, Mâcon, Le Creusot, Montceau-les- Mines et Autun. Certaines zones ne sont donc pas couvertes par son intervention.

1.3.4 La conduite des missions et le service aux usagers

Le CSST n'est pas resté figé sur une prise en charge exclusive des problématiques liées à la consommation de produits stupéfiants. Il a progressivement évolué d'une clinique de prise en charge des toxicomanies vers une clinique des addictions, avec « son » public.

Nous avons développé une démarche holistique proposant une prise en charge globale de l'individu, biologique, somatique, psychologique et sociale.

Loin de réduire l'individu à son produit, à son symptôme, l'adoption d'une vision systémique nous a engagés vers le développement d'autres compétences, d'autres méthodes et d'autres approches.

En tant que CSST, spécialisé sur la prévention et le traitement des toxicomanies, nos projets, y compris thérapeutiques ont intégré la prise en compte d'autres usages, comme l'alcool ou les troubles alimentaires pour répondre aux besoins des publics.

1.3.5 Le potentiel du service

Dans le prolongement du point précédent, les équipes sont en capacité de confirmer une compétence plus large, visant d'autres populations, d'autres partenaires.

L'histoire de ce service créé ex nihilo par trois éducateurs de prévention spécialisée (que l'on appelait couramment à l'époque éducateurs de rue) en 1991, se diffuse, dans une forme d'inconscient collectif, s'incarnant dans les nombreux projets et dispositifs. Relever des enjeux fait partie de la culture du service.

1.3.6 Le risque à rester spécialiste

Il s'évalue à l'aune des orientations des politiques publiques et des forces en présence sur le territoire.

Afin d'affiner notre diagnostic, nous avons utilisé l'outil MOFF (Menaces, Opportunités, Forces, Faiblesses), traduction du SWOTT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) anglo saxon.

Pour réaliser une analyse des divers éléments en jeu dans le processus de changement, nous avons privilégié cet outil afin de permettre, dans un deuxième temps, la formulation d'objectifs explicites.

Quatre items sont employés :

FAIBLESSES : ce sont les points de fragilités du service eu égard au projet et à la commande de l'ARS, mais également les faiblesses du projet lui-même,

FORCES : elles correspondent aux points de réussites, aux potentialités et compétences des équipes,

OPPORTUNITES : elles incarnent l'intérêt pour l'institution et le public concerné à s'engager dans cette évolution

MENACES : c'est l'identification des risques à rester spécialiste.

Schéma d'aide à la décision MOFF

FAIBLESSES :

- ➔ Une image construite sur la compétence en matière de toxicomanie ; une légitimité à acquérir sur d'autres types d'addiction
- ➔ Une implantation départementale pour une politique régionale qui vise à harmoniser, voire à modéliser les réponses de soins.

FORCES :

- ➔ Une implantation départementale satisfaisante à partir de laquelle peut se travailler une couverture des « zones blanches »,
- ➔ Une bonne identification du service, une reconnaissance, par les partenaires, de son expertise et de ses capacités à développer des actions,
- ➔ L'existence d'un partenariat pour les trois domaines d'intervention que sont : le soin – la prévention – la RDR,
- ➔ Les capacités et compétences des professionnels,
- ➔ L'évolution des pratiques et cliniques vers une prise en charge de toutes les addictions.

OPPORTUNITES :

- ➔ Développer et confirmer une offre de prise en charge de toutes les addictions,
- ➔ Mobiliser les ressources internes dans la diversification des modes de prise en charge des publics,
- ➔ Intégrer d'autres approches thérapeutiques, d'autres techniques et stratégies,
- ➔ Améliorer le recours au dispositif et la prise en charge des personnes,
- ➔ Confirmer la capacité du service à accompagner et mettre en œuvre les orientations des politiques publiques et à accompagner le changement.

MENACES :

- ➔ Un positionnement concurrent d'une association spécialisée en alcoologie qui postule à devenir généraliste,
- ➔ Cette association nationale dispose d'une structuration régionale et départementale ; une configuration idéale pour une autorité de contrôle et de tarification régionale disposant d'antennes locales,
- ➔ Le CSAPA est porté par une association pluri activités dans le champ de la protection de l'enfance. Si la volonté des autorités de contrôle et de tarification est de confier le dispositif à un opérateur médico-social offrant la possibilité de mutualiser des activités logistiques et supports aux missions, le CSAPA peut se retrouver mis en cause.

Il apparaît que les points plaidants en la faveur d'une dimension généraliste sont plus nombreux.

La décision de demander une autorisation de fonctionnement en tant que CSAPA généraliste a donc été entérinée par le conseil d'administration de l'association.

La formalisation du projet CSAPA généraliste s'est faite sur une hypothèse : conduire la réforme et ne pas se contenter de l'appliquer.

Si l'évolution de la prise en charge des addictions était évidente, la confusion des deux dispositifs CSST et CCAA dans une fusion juridique créant le CSAPA l'est-elle autant ? En d'autres termes, faut-il confondre l'approche scientifique et la réponse organisationnelle ?

La construction historique et parallèle des dispositifs a contribué à ce que chacun développe des approches, pour les uns plus médicalisées, pour les autres plus psychosociales ; des stratégies de prise en charge pour les uns basées sur l'abstinence, pour les autres sur la réduction des risques. A cette construction interne s'ajoute l'image des CCAA et des CSST, historiquement constituée à partir d'une distinction, celle qui existe entre les usagers consommant un produit admis par notre société, banalisé par notre éducation et les usagers consommant un produit illicite, stupéfiant, marqué par des représentations très fortes dans l'imaginaire des non consommateurs.

Ces deux éléments, internes et externes sont constitutifs de deux cultures professionnelles qui ne m'apparaissaient pas spontanément solubles dans le grand bain de l'addictologie.

Pour (ré)concilier l'approche scientifique et organisationnelle il m'est apparu important d'envisager la réforme comme un processus dynamique qui nous éviterait de figer les pratiques dans un dispositif unique en définissant un projet permettant aux professionnels d'évoluer au même rythme que les besoins et demandes des usagers.

L'introduction du projet d'établissement du SDIT énonce : « Ce passage d'un champ théorico-pratique d'intervention à un autre (de la toxicomanie aux addictions-NDR) ne s'est pas effectué à partir d'une simple transposition de modèle, au gré des idéologies du moment, mais plutôt en s'étayant sur l'exigence, aussi bien éthique que clinique, de prendre l'entière mesure de son expertise héritée du champ de l'intervention en toxicomanie ; l'objectif général du SDIT reste en effet de pouvoir aborder et traiter toujours plus finement la complexité des différentes problématiques rencontrées, individuelles comme sociétales. »¹²

J'ai donc proposé à l'entité qui portait les CCAA implantés sur les mêmes villes du département que nous, et au-delà, d'associer nos compétences pour proposer ensemble une prise en charge généraliste aux pouvoirs publics et à la population.

¹² Projet d'établissement CSAPA SDIT, 2009, p 5.

Cette coopération s'est formalisée par une convention de partenariat signée par les deux présidents, outil juridique simple, peu contraignant pour les acteurs et facilement révocable. (cf annexe 1).

Elle avait deux objectifs principaux :

- Planter un CSAPA généraliste ensemble sur deux villes rurales du département correspondant à deux zones « blanches »,
- Créer des dispositifs et des outils de prise en charge transversaux entre les CSAPA des associations installés sur les mêmes villes de façon à proposer une intervention généraliste aux usagers de nos dispositifs.

Cette coopération initiée en 2009 s'est avérée difficile et impropre à atteindre les résultats visés.

L'objet de mon travail n'est pas d'analyser les causes de l'échec mais il m'appartient tout de même de livrer des éléments de compréhension.

Au fil des deux années et demie de collaboration, il m'est apparu que l'intention de départ, coopérer, n'était pas motivée par les mêmes éléments et que la vision stratégique n'était pas partagée.

Valérie LEYS, responsable du service « Formations supérieures » à l'IRTS de Basse Normandie, a travaillé sur le développement des relations de coopération entre les organisations sanitaires et sociales. Elle a créé le concept de « coopétition » qu'elle définit comme un processus qui met en tension concurrence et coopération.

Si la coopération est une stratégie alors elle sert à déplacer les enjeux concurrentiels.

Nous avons de notre côté, envisagé la collaboration de nos deux associations comme un processus qui nous permettrait d'optimiser nos organisations et nos expertises en les enrichissant l'une l'autre plutôt que de risquer de les mettre en péril.

Notre partenaire partageait-il cette vision ? A-t-il conduit sa propre stratégie ?

Toujours est-il que nous avons fait l'expérience de nos différences et, au-delà, de nos divergences au plan des stratégies thérapeutiques, cliniques, des pratiques et au plan managérial. La part inconnue que devait produire notre association n'a pas pu se construire.

Face à cette situation, l'ARS, qui, au cours de cette période, s'était configurée, a pris la décision, en septembre 2012 et par arrêté, de sectoriser l'intervention de chaque association et chaque CSAPA.

La convention fut dénoncée et chaque CSAPA, ayant obtenu une autorisation de fonctionnement en tant que généraliste, a eu pour mission de développer cette intervention sur le territoire qui lui était confié.

Le secteur qui revient à notre CSAPA est composé de Chalon-sur-Saône, la ville principale du département au plan de la densité de population, d'une zone rurale qui est la Bresse Bourguignonne et du centre pénitentiaire. Nous étions déjà présents à Chalon-sur-Saône mais pas en Bresse Bourguignonne ; l'autre association disposait sur ce site d'un CCAA qui n'assurait pas une prise en charge des toxicomanies.

Notre mission et notre objectif deviennent donc de conduire une implantation territoriale et une évolution clinique. Celle-ci porte sur l'interne, les équipes du SDIT étant désormais seules compétentes à proposer une prise en charge généraliste, mais aussi externe puisque les acteurs de ce territoire, s'ils ont l'expérience de l'alcoologie n'ont pas celle de l'addictologie.

Une autre décision est intervenue après l'arrêté de sectorisation. Elle concerne la prise en charge des addictions sans substances par nos dispositifs et donc par le SDIT.

De façon générale, la prise en compte des addictions sans produit est plus à la marge que les autres. Le niveau de sollicitation de nos dispositifs sur cette question est plus faible (à l'exception de consultations bien identifiées dans de grosses métropoles comme Paris) ; la conséquence est que les pratiques de prise en charge sont moins éprouvées, moins « rôdées ». En outre, la demande de soins concernant les produits est importante, elle accapare l'ensemble des professionnels et laisse peu de place au repérage d'autres problématiques, à celles qui nécessiteraient de développer des outils d'observation et de « recrutement d'usagers » adaptés, en partie différents de ceux déjà utilisés. Nous savons, par expérience, que nous participons à révéler une problématique, au sens de la mettre en évidence et non pas de la créer, en configurant un dispositif prompt à la prendre en charge. Si nos organisations ne se préparent pas à accueillir ce type d'addictions, il est tout à fait probable qu'elles ne reçoivent jamais de sollicitation à cet endroit. L'histoire de la santé publique est parsemée d'exemples de phénomènes identifiés à partir du moment où on s'y est intéressé.

Cette analyse, partagée par plusieurs directeurs de CSAPA, nous a amené, dans le cadre de la Fédération Addiction et de ses adhérents, à travailler sur un projet d'envergure nationale en lien avec la Direction Générale de la Santé (DGS), lequel comportait le financement d'un binôme composé d'un mi-temps travailleur social et un mi-temps psychologue, attribué à un ou quelques CSAPA par région. Le SDIT, partie prenante de cette réflexion, a été doté des moyens budgétaires permettant de recruter ce binôme.

Dans cette configuration, ma problématique porte sur un double enjeu : l'inscription territoriale et l'évolution clinique vers la prise en charge de toutes les addictions.

Mes hypothèses de travail, dans la conduite de ce projet, m'amènent à m'appuyer sur des concepts ayant trait aux notions des pratiques en addictologie, d'identité professionnelle, de territoires pluriels et de partenariats.

2 Identifier les enjeux cliniques, professionnels et territoriaux pour adapter la conduite de changement

Si l'évolution du service vers une compétence généraliste en addictologie est de la responsabilité collective, il m'appartient plus particulièrement, en tant que directrice, d'en identifier les objets et axes de travail. Le diagnostic stratégique m'enjoint à convoquer plusieurs dimensions, plusieurs notions, afin de conduire cette évolution en tenant compte de la complexité qui la caractérise.

J'explorerai tout d'abord le champ de la clinique des addictions pour comprendre ce qu'il y a de commun et de spécifique à ces comportements afin d'identifier les points d'amélioration théoriques et pratiques nécessaires à la conduite d'une activité généraliste. L'un des aspects majeurs de cette transformation, comme toute transformation, est la question identitaire. Le changement qui nous est proposé n'est pas un changement périphérique, à la marge, il s'agit d'endosser une autre identité. Pour qu'un dispositif vive, il faut qu'il ait une identité, je m'intéresserai donc aux théories afférentes à cette dimension.

Je m'intéresserai enfin aux questions de territoire, à ses fonctions géographiques et stratégiques et aux partenariats.

2.1 Aspects spécifiques et aspects communs aux addictions

« La clinique des conduites d'alcoolisation et des toxicomanies (...) peuvent elles se fondre dans une même « clinique des addictions »¹³ ? C'est la question posée dans l'introduction du rapport Réflexions sur les Aspects Communs et les Aspects Spécifiques aux différentes addictions (RASCAS), commandé par la présidente de la MILDT en 2001, Nicole MAESTRACCI. L'introduction se poursuit : « Cette évolution serait susceptible de les dénaturer ? Est-il suffisant de créer des passerelles permanentes (...) ou est-il nécessaire d'aller plus loin dans les rapprochements en identifiant le tronc commun aux différentes addictions ? »¹⁴. Les termes du débat sont posés.

J'ai évoqué, dans la première partie de ce travail, la manière dont se sont constitués les dispositifs de prise en charge en alcoologie et toxicomanies à travers les éléments historiques qui ont procédé à cette structuration. Je vais traiter, dans ce chapitre, des notions et théories qui fondent ces disciplines, pour chacune puis en en relevant les caractéristiques communes.

¹³ MILDT, Rapport RASCAS, Septembre 2001, p 4.

¹⁴ Idem, p 4.

2.1.1 L'alcoolologie et son objet.

L'alcool est le produit le mieux connu, le plus familier, le plus banal.

Cette position sociale et culturelle, nous l'avons vu, a amené les instances chargées de la santé publique à adopter une stratégie visant non pas le produit mais les habitudes alimentaires et la place de l'alcool dans celles-ci.

L'alcool bénéficie toujours d'une image plutôt positive auprès des français qui ne le trouvent dangereux qu'en usage quotidien. Un quart de la population hexagonale le considère comme très addictif, c'est-à-dire comme pouvant « accrocher », rendre dépendant¹⁵. Pierre FOUQUET définissait le dépendant comme « celui qui a perdu la liberté de s'abstenir de boire »¹⁶.

L'alcool est classé, selon des critères pharmaco-cliniques, dans la catégorie des déprimeurs du système nerveux central entraînant un effet sédatif sur le cerveau. Cependant son action est dite séquentielle, c'est-à-dire qu'elle provoque un effet désinhibiteur, voire excitant, qui peut paraître paradoxal.

Il est aussi consommé pour cet effet à différentes occasions : pour se donner du courage, se mettre dans l'ambiance, entrer en relation...

Il est associé à la convivialité, à l'art de recevoir, la fête, le savoir-vivre. Le non consommateur d'alcool est soit enceinte, soit « ancien buveur » selon le terme consacré, soit un triste compagnon. Si les mentalités évoluent, si les apéritifs ou autres « pots » peuvent être sans alcool, la culture française reste imprégnée de ces rituels de consommation.

L'alcool présente une caractéristique unique, tout le monde en consomme ou en a consommé, plus ou moins, plus ou moins régulièrement mais on le connaît tous, il nous est familier. Autre caractéristique unique, c'est le seul produit dont l'expérimentation est organisée par les membres de la famille, en son sein, dans une forme de rite initiatique qui vise à introniser le jeune, souvent encore mineur, dans le monde « des grands ». Les moments propices à cette primo consommation sont des événements ritualisés et symboliques tels que des baptêmes, mariages...

L'alcool est omni présent dans notre environnement, outre les publicités, les grandes marques développent des gadgets et produits dérivés (Tee-shirts, casquettes, le célèbre

¹⁵ Données quantitatives extraites de Perceptions et opinions des français sur les drogues, ODFT, Tendances, octobre 2013, p 3.

¹⁶ FOUQUET, P., Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme, Évolution Psychiatrique, novembre 1951, p 51.

bob d'une marque d'apéritif anisé de couleur jaune...). Le lobby des fabricants d'alcool s'est considérablement renforcé et structuré au moment de la discussion de la loi portant le nom du ministre de la santé de l'époque Evin (loi n°91-32 du 10 janvier 1991) relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Cette loi a restreint la publicité, mais, au fil des années, certaines dispositions contenues dans la loi ont disparu sous l'effet des actions de ce lobby. Dernièrement, l'interdiction de diffuser de la publicité pour l'alcool sur internet a été levée. Un dernier élément d'appréciation du poids économique et donc de la visibilité du produit dans notre quotidien, le budget alloué à la publicité pour l'alcool représente vingt fois celui de la prévention sur ce thème.

Cet ancrage de l'alcool dans la banalité de notre quotidien participe de la construction de deux types de figures du consommateur d'alcool : « l'alcoolique et le bon vivant »¹⁷, et pour affiner la première, on a construit la notion « d'alcoolisme mondain » pour distinguer ce type de consommateur sociable de l'ivrogne.

Cette distinction est intéressante par ce qu'elle révèle des perceptions des modes d'usages ; elle pourrait laisser croire qu'il n'y en a que deux, le « bon » et le « mauvais » usage, ce dernier, objet de stigmatisation, mettant en évidence la faiblesse ou la maladie de celui qui le vit.

Cette présentation de la place du produit dans notre société étant effectuée, venons-en à la clinique alcoologique.

Elle s'est construite sur une approche médicale destinée à supprimer la dépendance, et notamment physique. Celle-ci se caractérise par une modification tissulaire du foie et du cerveau qui vise à rétablir des mécanismes vitaux pour neutraliser l'effet du produit sur l'organisme. Sa manifestation est l'augmentation des doses par le consommateur pour tenter de retrouver l'effet psycho actif que l'organisme essaie de contrer, c'est le phénomène de tolérance.

L'alcoologie s'est forgée sur le concept d'abstinence ; « cette dimension médicale prévalente attribuée à un comportement à caractère social a organisé la clinique de l'addictologie, et elle est à l'origine de nombreux malentendus »¹⁸. Amon SUISSA complète : « la question de l'abstinence, malgré son importance, ne doit pas être (im)posée comme la solution »¹⁹.

¹⁷ FOUILLAND, P., l'aide-mémoire d'addictologie en 46 notions, Dunod, Paris, 2010, p 88.

¹⁸ FOUILLAND, P., l'aide-mémoire d'addictologie en 46 notions, Dunod, Paris, 2010, p 95.

¹⁹ Idem, p 93.

Ce modèle a évolué, s'enrichissant de la clinique des toxicomanies et de la RDR, pour prendre en compte la complexité de l'individu et de ses comportements pluriels. Quittant le dogme de l'abstinence et du facteur de causalité constitué par une prédisposition génétique à l'alcoolisme, cette clinique a diversifié ses approches et ses réponses.

2.1.2 La prise en charge des toxicomanies.

Son objet n'est pas unique puisqu'il recouvre l'ensemble des produits frappés d'illégalité. Si l'on reprend la classification pharmaco-clinique des produits, on en répertorie trois types :

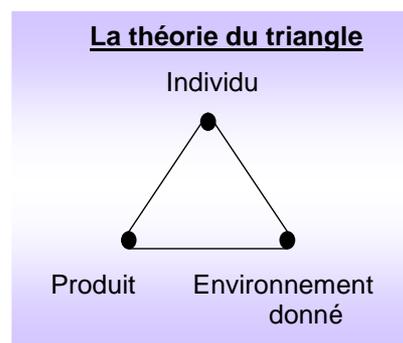
- Les dépresseurs (à l'instar de l'alcool) : opiacés (morphine, héroïne), médicaments tranquillisants, solvants et anesthésiants (comme le GammaHydroxyButyrique ou GHB),
- Les stimulants, qui accroissent l'activité du système nerveux central, augmentent la sensation d'énergie en diminuant la perception de fatigue et de faim : cocaïne et crack, nicotine, caféine, théine, amphétamines,
- Les perturbateurs, qui parasitent les perceptions du cerveau provoquant hallucinations et délires pouvant entraîner des troubles mentaux transitoires ou installés : cannabis, LSD...

Certains entraînent un phénomène de dépendance physique, comme les opiacés, et tous provoquent une forte dépendance psychologique qui se manifeste par une pensée obsédante pour le produit.

Ces produits ne sont pas tous porteurs de la même image, négative pour les uns comme l'héroïne pour laquelle la figure du toxicomane qui se fait un « shoot » (une injection en intraveineuse) reste majeure ; positive pour les autres, comme la cocaïne qui rend invulnérable et performant, ou controversée, comme le cannabis.

La renommée du produit est également fonction du statut socio-professionnel, de l'âge et de l'expérience personnelle avec ces substances.

Le modèle clinique d'appréhension des toxicomanies a été proposé par Claude Olivenstein, psychiatre reconnu comme le fondateur de la clinique des toxicomanies.



La fonction de ce schéma est de rendre compte des déterminants de l'usage et surtout de donner à voir que le phénomène ne peut se résumer à une dualité produit-individu mais qu'il s'inscrit dans un contexte ; le symbole du triangle étant propice à une représentation systémique.

La légende est la suivante : la toxicomanie est le résultat de la rencontre entre un individu et un produit dans un contexte psycho-social.

Cette théorie constitue une alternative aux deux modèles de la maladie construits dès la fin du 18^{ème} siècle jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle :

- Le modèle mono-varié : « c'est la drogue qui fait le toxicomane », conférant un pouvoir fort et exclusif au produit, quasi personnifié. C'est à ce moment que naît le terme toxicomanie, littéralement, manie des toxiques, assimilée à un fléau. C'est aussi à ce moment que sont nommées ces passions : morphinomanie, opiomanie...
- Le modèle bi-varié : « c'est le toxicomane qui fait la drogue », c'est la thèse de la vulnérabilité personnelle, de la fragilité de certains individus qui les conduit à faire usage de toxiques.

Le modèle multi-varié : c'est celui qui va sortir la problématique d'usage du champ de la maladie, pour y introduire la fonction sociale des produits psychoactifs, donc le contexte socio-culturel. C'est la théorie du triangle de Claude Olivenstein.

La notion d'expérience psychotrope est venue enrichir la théorie dite « du triangle ».

Une formule permet de la définir : **E = SIC** ; **E** pour expérience psychotrope, **S** pour la substance pouvant être remplacé par **D** pour déclencheur en cas d'addiction sans substance, **I** pour l'individu consommateur et **C** pour le contexte au moment de l'usage.

Nous pouvons lire dans le rapport RASCAS « (...) plusieurs indications cliniques selon lesquelles le potentiel de dépendance n'appartenait pas qu'aux produits mais pouvait aussi dépendre des consommateurs, certains d'entre eux, parmi les plus vulnérables, passant sans difficulté d'un produit à un autre. (...) les facteurs génétiques et environnementaux étant sans doute impliqués à des niveaux identiques »²⁰.

²⁰ MILDT, Rapport RASCAS, Septembre 2001, p.6.

2.1.3 Les caractéristiques communes et spécifiques à l'alcool, aux produits stupéfiants et aux autres substances.

Le commun est contenu dans les motivations de consommation d'une part et les fonctions des substances psychoactives d'autre part.

Les motivations de consommation sont le pourquoi et le pour quoi nous utilisons des substances. Les fonctions d'usages désignent le rôle et les bénéfices tirés des usages.

Ces deux aspects sont regroupés en un seul terme, le potentiel.

Nous répertorions trois types de potentiels attachés à chaque substance psycho active.

- Le potentiel hédonique : il résulte de l'action neurobiochimique des produits psycho actifs sur le « système de récompense » du cerveau, procurant des sensations de plaisir. Cet effet corporel positif transforme la perception que la personne a d'elle-même et de son entourage, la rendant plus empathique, plus réceptive, attentive, d'humeur à faire la fête et prendre du plaisir.
- Le potentiel thérapeutique : « C'est la solution qui fait problème » disait Freud ; le recours aux produits pour soulager, apaiser des tensions internes. Les substances psycho actives sont (re) connues pour leurs capacités à apaiser les douleurs physiques, les angoisses, faciliter l'endormissement, la distanciation avec les problèmes, l'évasion psychique. Elles peuvent réguler l'humeur et masquer les problèmes. Les grecs anciens parlaient de pharmakon pour désigner sa double fonction de poison et médicament dont la frontière est ténue et parfois inexistante.
- Le potentiel social : les substances psycho actives ont un rôle social qui n'est pas uniformisé, pas universel puisque nous avons vu plus haut que la perception que les individus en ont dépend de plusieurs facteurs. Selon la culture, la communauté, les rites, les pratiques et habitudes, elles sont associées à divers moments de l'existence ; comme nous l'avons vu précédemment avec l'alcool.

Intéressons-nous à présent aux types d'usages. En épidémiologie nous en recensons trois grands types : usage simple, usage nocif ou abus, et dépendance. D'autres catégories ont été établies à partir de celles-ci, comme les usages occasionnels, à risques...mais il s'agit des principales.

Cette classification, de santé publique hors considération légale, trouve son origine dans le rapport PARQUET. Il précède le rapport ROQUES qui confirme que la dangerosité des produits n'est pas liée à leur statut licite ou non.

L'usage simple se définit par le fait de pouvoir consommer un produit sans avoir un effet négatif ou délétère, quelle que soit sa classification légale.

L'usage nocif ou abusif est caractérisé par un comportement régulier causant des dommages d'ordre physique, psychologique, social pour l'individu et/ou son entourage. L'utilisateur n'est pas en situation de perte de contrôle totale mais pourrait entrer en dépendance.

La dépendance est le stade ultime, mais non systématique, de l'addiction. Elle se définit par la perte de contrôle de la personne qui ne peut plus réguler son comportement. On retrouve l'étymologie du terme addiction, qui définit « la contrainte par corps » de l'individu qui, ne pouvant payer une dette, se met à disposition de son créancier. On retrouve la notion d'esclavage.

Si le potentiel addictif des produits ne s'équivaut pas, si les substances ne sont pas égales, ne comportent pas le même niveau de dangerosité, pour autant, on retrouve, à quelques exceptions près, ces usages appliqués à toutes les substances.

Le processus qui mène à l'addiction est identique pour tous les produits, se caractérisant par le passage d'une recherche de plaisir ou de soulagement à une impossibilité à stopper le comportement. Le stade ultime est celui de la centration ; l'existence de la personne est focalisée sur l'objet, tout ce qu'elle vit, pense, agit passe par ce prisme de l'objet.

L'étude des aspects communs aux produits et de l'évolution de la clinique nous amène à comprendre que celle-ci a évolué d'une prise en compte des produits vers une prise en compte des comportements. Le commun se caractérisant par : le potentiel d'action des substances, les catégories d'usage, le processus addictif et le phénomène de centration.

Cependant, une approche phénoménologique de la clinique souligne quelques spécificités, reprises dans le rapport RASCAS. Il est ainsi remarqué que, même si les usagers sont poly consommateurs, nous retrouvons souvent un produit principal, dominant. Le phénomène de centration sur la substance inscrit l'individu dans un univers, ne parle-t-on pas communément du « monde de la drogue » ? Cet univers façonne l'identité de la personne, un alcoolique aura un environnement, un réseau de connaissances, un mode de vie différent d'un héroïnoman.

Ainsi, si de la caractérisation des usages et de la définition de la problématique addictive nous en déduisons un socle commun, de la phénoménologie clinique et l'anthropologie clinique se dégagent les spécificités.

Cette dernière met en évidence les grandes figures qui constituent l'image sociale des toxicomanes et des alcooliques. Si l'alcoolisme est associé à une maladie honteuse et niée, à des consommateurs d'un certain âge, la toxicomanie est associée à la jeunesse et ses revendications, ses combats.

Prenons, à titre d'exemple, le LSD (Acide Lysergique Diéthylamide), classé dans la catégorie des perturbateurs. Se présentant à l'époque sous forme de buvard contenant l'acide, il entraîne des voyages (« trip »), bons ou mauvais, propices à des expériences spirituelles. Son expansion aux Etats Unis dans les années 1960 est très liée au mouvement hippie et à ses valeurs de contestation du modèle politique dominant, sur fond de guerre coloniale au Vietnam.

Son principal promoteur, Timoty Leary, psychologue, neuropsychologue et écrivain, appelé « le pape du LSD », le recommandait pour ces propriétés et a contribué à en faire un emblème de revendication de liberté.

Cette incursion dans l'histoire illustre la charge sociale et politique dont peut être investie une drogue. La jeunesse, période d'expérimentations multiples, dont celle de la citoyenneté, de l'expression politique et de valeurs humanistes s'en est saisi pour exprimer ses revendications et son mal être.

Cette question anthropologique et identitaire influe sur la sphère thérapeutique : « Il convient aussi d'insister sur la nécessaire prise en compte de la dimension culturelle (ou « contre-culturelle ») intrinsèque à chaque conduite d'usage de substance psychoactive. Cette prise en compte va induire des modalités spécifiques de rencontre et d'accompagnement qui constituent la base même du soin. Celui-ci devant partir du postulat que le sujet doit être respecté tel qu'il est, là où il en est, et dans sa libre intentionnalité »²¹.

La clinique doit intervenir en fonction du profil psycho-social des usagers auxquels elle s'intéresse puisqu'il ne s'agit pas, en addictologie, d'appliquer un protocole thérapeutique uniforme mais adapté à des situations à chaque fois singulières.

Les rédacteurs du rapport RASCAS insistent sur cette dimension : « Penser à l'identification des consommateurs à leur produit » et « Intégrer les problématiques de l'exclusion, de la précarité et de la marginalité »²².

²¹ MILDT, Rapport RASCAS, Septembre 2001, p 12.

²² Idem, p 19.

En réponse aux questions posées en introduction, le rapport répond « L'heure est à la révision des frontières conceptuelles, au rapprochement et à la recomposition des dispositifs institutionnels [...] Bon nombre de professionnels percevant la nécessité de remettre en question les catégories sur lesquelles les séparations s'étaient jusque-là établies »²³.

Les rédacteurs et membres du groupe de travail conviennent que « L'histoire propre des structures et des soignants qui les ont animées, a contribué largement au développement distinct des différentes prises en charge »²⁴, concluant qu'il est important « (...) d'imaginer un cadre qui permette aux soignants d'évoluer en même temps que les besoins des patients »²⁵.

Le consensus porte sur l'identification de problématiques communes à toutes les addictions, sur une prise en charge basée sur une approche globale médico-psycho-sociale, humaniste, centrée sur l'individu plus que sur son produit ou sur l'application de principes dogmatiques et moraux. Les spécificités selon les substances, les thérapies appliquées à ces conduites peuvent s'acquérir et se développer dans une entité commune pour peu, comme l'écrit Patrick FOUILLAND que l'on « passe d'une clinique du produit à une clinique de la personne »²⁶.

Reste la question identitaire, culturelle des soignants, des professionnels qui ont construit leurs pratiques au regard des spécificités de ces « figures cliniques » de l'alcoolique et du toxicomane.

Quels peuvent être les impacts de ce changement identitaire sur leurs pratiques ? Quels sont les leviers qu'il me faut identifier pour les accompagner vers ce changement culturel ?

2.2 Déspécialisation et évolution identitaire des professionnalités.

L'évolution vers une pratique de prise en charge de toutes les addictions pourrait être considérée comme une simple extension du domaine d'intervention des professionnels spécialisés dans la clinique des toxicomanies. Mais nous avons vu qu'il s'agirait d'une simplification dommageable à l'atteinte des objectifs. La question est en effet autrement plus complexe en ce qu'elle implique des facteurs humains, culturels et identitaires déterminants dans un processus de changement.

²³ MILDT, Rapport RASCAS, Septembre 2001, p 19.

²⁴ Idem, p 12.

²⁵ Idem, p 20.

²⁶ FOUILLAND, P., l'aide-mémoire d'addictologie en 46 notions, Dunod, Paris, 2010, p 96.

Facteurs qu'il nous faut identifier et comprendre pour accompagner une réforme, c'est-à-dire quitter un état pour en atteindre un autre de la façon la plus satisfaisante possible pour l'organisation, les Hommes qui la composent et le public.

Il est une expression, devenue usuelle dans notre secteur, celle de « résistance au changement ». Employée parfois rapidement en guise de diagnostic, elle sert à désigner, de façon plutôt péjorative, les institutions qui ne s'inscriraient pas dans les évolutions nécessaires à l'intérêt supérieur par peur de perdre leurs acquis, peur de la nouveauté et de la modernité.

Si ces questions se posent évidemment au collectif et aux individus, elles ne constituent pas la totalité des motifs de résistance. La culture et l'identité professionnelle semblent être des éléments déterminant la capacité des individus à se représenter dans d'autres postures de travail.

L'identité de chaque personne, subjective ou personnelle, est définie par le dictionnaire Larousse comme : « Un ensemble de données de fait et de droit qui permettent d'individualiser quelqu'un ».

Pour Claude DUBAR, sociologue ayant travaillé sur le concept d'identité professionnelle : « l'identité de quelqu'un est ce qu'il a de plus précieux : la perte d'identité est synonyme d'aliénation, de souffrance, d'angoisse » (1991)²⁷. Ainsi, la façon dont une personne se conçoit dans son milieu de travail, détermine sa façon d'être, de se présenter, de se représenter et d'agir. Plus encore, le sentiment de perte d'identité génère un mal être.

L'identité professionnelle n'est donc pas un élément de second plan, elle apparaît primordiale et consubstantielle à l'exercice du métier. Pour comprendre comment elle se construit, ce qu'elle recouvre, il est pertinent de l'étudier sur le terrain professionnel et de se référer aux bases et aux fondamentaux de la sociologie des organisations.

2.2.1 L'institution et ses acteurs : un système traduit par la sociologie des organisations

La sociologie des organisations « (...) vise à expliquer les comportements et les relations, conformes ou inattendus, par rapport aux règles prescriptives »²⁸. Comme son nom l'indique, cette discipline s'intéresse à l'étude des organisations au plan sociologique.

Une autre discipline, qui lui est proche, étudie également les organisations, il s'agit de la sociologie du travail, appelée initialement sociologie industrielle. Toutes deux basent leurs

²⁷ www.aideauxprofs.org/index.asp?

²⁸ FOUURIAT, M., Sociologie des organisations, 3^{ème} édition, Pearson, p 3.

recherches sur le constat d'un écart entre ce qui est déterminé par une organisation, ses objectifs et process et ce qui est observé dans l'application, dans la mise en œuvre.

Leur parti pris varie cependant. La sociologie du travail postule que le travail est l'activité fondamentale de l'homme et le levier de l'évolution sociale. Elle étudie le mouvement ouvrier, l'histoire des syndicats et des luttes, le monde industriel et la formation professionnelle.

Le postulat qui fonde la sociologie des organisations est que le contexte et les comportements individuels et collectifs conditionnent le travail. Elle s'appuie sur l'analyse stratégique et systémique, qui lui permet de prendre en compte le contexte et les phénomènes complexes qui gravitent autour des organisations de travail et qui les traversent : les acteurs et leur « jeu », les interactions entre individus, les contraintes.

Ce modèle pose que « (...) le changement ne peut advenir que par un changement de la régulation collective existant entre les acteurs. L'intervention porte sur les règles de jeu collectives et non sur des comportements individuels. »²⁹

Ainsi le prescrit est insuffisant à faire évoluer les organisations, la norme ne se suffit pas, il faut développer des coopérations avec les acteurs pour atteindre l'objectif.

Donc, une réforme, telle celle qui fusionne le secteur de l'alcoologie et celui de la prise en charge des toxicomanies, annonce un changement qu'il faut conduire (le terme est approprié à définir une dynamique d'accompagnement) au regard de la pratique des acteurs et avec eux.

Une incursion dans l'histoire du taylorisme et de ses prolongements, ainsi que l'analyse de ses buts et de ses limites par la sociologie, est importante pour comprendre pourquoi les cadres du secteur semblent enclins à en adopter les principes et au nom de quoi.

La sociologie des organisations propose un modèle alternatif au taylorisme, idéologie et référence exclusive des années 1960 et 1970, qui considère que la rationalisation du travail suffit à construire une organisation de qualité et à résoudre les problèmes rencontrés.

Elle agit sans associer les acteurs de l'organisation, ceux qui interviennent au quotidien, niant leur capacité réflexive et leur conférant uniquement un rôle d'exécutants.

Michel FOUARIAT affirme avoir constaté l'adoption de tels principes par les cadres du médico-social, lors d'une enquête réalisée en 2002. Il les énonce dans son ouvrage³⁰ :

²⁹ FOUARIAT, M., Sociologie des organisations, 3^{ème} édition, Pearson, p 17.

³⁰ Idem, p 96.

« - la référence à la rationalité » : ou la raison, la procédure, les règles comme uniques repères et guides à l'action sans prendre en compte la subjectivité des professionnels. L'analyse des problèmes apparaît ici partielle, partielle, incomplète, donc source d'erreurs ou de maladroites

« - le principe de la recherche de l'optimisation et les critères de satisfaction » : que l'on pourrait traduire par la quête du service parfait, du « zéro défaut », objectif louable auquel il faut tendre mais qui présente l'inconvénient de ne pouvoir envisager d'autres solutions mêmes imparfaites

« - la nécessité d'une décomposition dans l'approche analytique » : ou la simplification comme moteur de l'action. Or un problème peut être fait de complexité ; les travaux d'Edgar MORIN nous confirment que cette complexité s'est accrue dans nos sociétés contemporaines jusqu'à devenir la règle. Cette posture de la « décomposition » consiste à isoler les éléments qui constituent un ensemble pour trouver une solution à chacun. Mais le collectif n'est pas la somme des individualités car chaque élément est en interaction avec les autres. Les isoler permet de trouver des solutions individuelles mais pas une solution d'ensemble ; le risque est de ne répondre à une situation problématique que partiellement

« - la nécessité d'une étude préalable rigoureuse et objective » : ou l'outil au centre du raisonnement, comme garant absolu du danger de la subjectivité des Hommes, ce que Michel FOUDESIAT nomme « l'approche spontanée ». Mais un outil n'est pas le geste, il est ce qui permet de le réaliser ; s'il est important pour accomplir une action, il ne résume pas l'action, on doit pouvoir l'abandonner, en changer pour un autre plus adapté à l'objectif. Une méthode n'est pas une finalité, elle est un support à son atteinte. Le risque de cette approche est de générer la confusion entre finalité et moyen

« - l'accroissement du rôle des experts » : ou le divorce organisé entre les concepteurs et les exécutants. Héritage des concepts issus de l'Organisation Scientifique du Travail (OST), cette approche conforte l'idée selon laquelle la théorisation de l'organisation du travail doit être réalisée par des spécialistes disposant d'une formation et d'une qualification supérieure et être appliquée par des exécutants. Au fil des années et des travaux de recherches, cette posture a évolué, les spécialistes ont conjugué approches théoriques et pratiques en allant sur le terrain du travail, en observant, en expérimentant. Le risque reste cependant de « penser pour » le processus de travail et non de « faire avec » ceux qui le mettent en œuvre

« - l'exclusion des acteurs de l'organisation de tout processus de recherche d'analyse et de réflexion sur l'organisation » : ou la séparation entre le cerveau et les bras, en application du principe précédemment énoncé

Pour synthétiser les cinq principes fondateurs du taylorisme, intégrés selon Michel FOUURIAT dans la pratique des cadres et dirigeants du secteur social et médico-social, je pourrais les résumer comme suit.

L'organisation de nos établissements et services serait caractérisée par :

- l'application de normes rationnelles, de procédures et de règles qui guident l'action
- la logique est celle de l'offre du service parfait, du « zéro défaut »
- la résolution de situations problèmes passe par une déconstruction du système en plusieurs parties, traitées indépendamment les unes des autres. L'analyse systémique fait place à une simplification du problème et, on peut le supposer, à des réponses simplistes
- le management des organisations est réduit à l'application d'outils et de méthodologies investis à eux seuls du pouvoir de permettre l'atteinte des objectifs
- la définition de rôles distincts et clivés avec d'un côté les penseurs de l'action et de l'autre, les exécutants

Michel FOUURIAT conclut de cette analyse : « Chaque problème est ainsi décontextualisé de sa complexité et des interdépendances qu'il entretient avec d'autres dysfonctionnements ou d'autres caractéristiques de l'organisation. (...) A cette forme d'analyse correspond la technicisation des solutions »³¹.

Ce point de vue est partagé par d'autres auteurs, comme Serge LATOUCHE, économiste, l'un des créateurs du Mouvement Anti-Utilitariste dans les Sciences Sociales (MAUSS)³² et l'un des porteurs de l'alter monde. Dans son ouvrage « La mégamachine », il démontre que dans une société qui a érigé la technique en religion- et même au-delà puisqu'on peut remettre en question l'existence de Dieu mais on ne remet pas en cause la technique vecteur de modernité- un système technicisé s'auto-légitime. Et plus il s'auto-légitime, plus il s'entretient.

Ce raisonnement s'illustre dans les propos de John FORD, le célèbre industriel producteur de véhicules qui a construit une organisation du travail s'appuyant sur les principes du taylorisme et portant son nom, « peu importe ce que les hommes pensent, je veux qu'ils sachent faire ce que je veux ».

Dans cet univers réducteur, Serge LATOUCHE explique les trajectoires d'une solution. Une solution simple a un impact vertical ou horizontal ; une solution complexe est courbée

³¹ FOUURIAT, M., Sociologie des organisations, 3^{ème} édition, Pearson, p 97.

³² L'acronyme a été choisi en hommage à Marcel MAUSS, considéré comme l'un des fondateurs de l'anthropologie. Son travail l'a amené à formaliser la théorie du « don et du contre don ». ayant fait l'objet d'une publication « Essai sur le don ». Il crée le concept de « fait social total » qui consiste à considérer qu'un fait social est nécessairement pluridimensionnel et ne peut être réduit à une seule composante.

ou transversale, illustrant ainsi l'idée selon laquelle la solution n'est pas unique, elle n'est pas non plus une addition de réponses mais une combinaison.

Edgar MORIN a repris cette notion de « mégamachine » qu'il a appelé « machine-univers », avec laquelle on ne discute pas.

Ces éléments nous ramènent aux fondements de la sociologie et aux concepts de son créateur, Emile DURKHEIM. Juriste de formation et philosophe, il a créé la notion de solidarité mécanique et de solidarité organique. La première fait exister la machine structurellement, la deuxième est la matière qui la fait vivre, évoluer, se renouveler.

Nous pouvons appliquer le modèle de cette société globale qu'il décrit à la micro société que forment nos services et établissements sociaux et médico-sociaux. La mécanique est ce qui s'impose à nous et ce qui nous est donné : l'institution, les missions, les réglementations et les moyens budgétaires. L'organique est l'espace social, l'élaboration de l'action et la pratique de prise en charge, continuellement en mouvement, en mutation. Le premier est une prescription, le deuxième une construction qui influence le premier et l'incite souvent à se réformer, lequel, dans un processus itératif, oblige à son tour le deuxième à appliquer ses réformes.

Le danger serait la subjectivité des acteurs, de laquelle l'organisation se prémunit par la rationalisation, la simplification des process et la technicisation.

Mais l'une de ces simplifications est d'opposer subjectivité à objectivité jusqu'à nier le jeu des acteurs, leur technicité propre, leur niveau et degré d'expertise et leur implication dans l'atteinte des objectifs.

Le professionnel, sujet subjectif, serait donc considéré, dans le pire des cas, comme un danger, un élément contre-productif qu'il serait dangereux d'associer à la conception de l'action. Dans le meilleur des cas on estime qu'il a uniquement la compétence d'exécutant, mais, dans tous les cas on passe à côté d'un élément primordial, à savoir, ce qui se pratique dans le cadre du champ professionnel.

« La pratique, définie comme les façons de résoudre des situations problèmes propres à un champ professionnel donné, ne peut donc pas être définie a priori et cadrée par un ensemble de règles précises qui répondraient à toutes les situations problèmes. Leur caractère contingent, subjectif et flou rend vain toute approche cartésienne. La pratique devient donc un objet d'étude privilégié ».³³

Dans le cadre de cette pratique quotidienne : « (...) à côté des relations définies par l'organisation formelle, il existe d'autres relations, affectives, informelles. (...) Dans les

³³ FOUURIAT, M., Sociologie des organisations, 3^{ème} édition, Pearson, p 16.

organisations se superposent deux mondes : celui de la rationalité et des règles et celui des sentiments et des affects »³⁴. Ce que cet auteur et d'autres appellent « la vie sociale dans le monde du travail » ou « la vie au travail ».

C'est cette vie au travail empreinte de la subjectivité des relations interpersonnelles au travail qui est au cœur de la crainte des cadres. Les sociologues qui étudient les organisations de travail ont pourtant mis en évidence qu'il était vain de vouloir l'annihiler. Ils ont également démontré qu'elle avait une fonction.

2.2.2 La subjectivité, le construit identitaire et son poids au sein de l'organisation

La pratique se construit avec les autres membres de l'organisation de travail, en complémentarité et en collaboration avec eux. « Le monde quotidien du travail est ainsi marqué par des processus non conscients d'apprentissages culturels et identitaires. (...) l'identité professionnelle est produite par les interactions dans le travail. Parce que les expériences dans les interactions aboutissent à des résultats homologues, des normes finissent par s'imposer à l'individu, par être intériorisées voire naturalisées».³⁵

Les relations de travail et les interactions au travail participent donc de la construction identitaire, processus autant conscient qu'inconscient, qui s'inscrit dans la nature de l'individu.

Il paraît logique que cette identité professionnelle soit plus forte dans certains secteurs que dans d'autres. Dans nos établissements sociaux et médico-sociaux, la pluridisciplinarité au service du projet des usagers est la règle. Les professionnels sont donc en interaction quotidiennement. « Le travail pluridisciplinaire se traduit donc par de nouvelles modalités de collaboration entre professionnels car leur objectif est la construction d'une analyse partagée et d'une définition commune des actions »³⁶. On peut en déduire la constitution d'une forte identité professionnelle dans ces milieux de travail.

Renaud SAINSAULIEU, docteur ès lettres et sciences humaines, professeur des universités à Sciences Po et fondateur du laboratoire de sociologie du changement des institutions, a consacré ses recherches à la question de l'identité au travail. Dans son ouvrage phare sur le sujet, il expose cinq modèles identitaires individuels qu'il a conceptualisés.

³⁴ Idem, p 118.

³⁵ FOUURIAT, M., Sociologie des organisations, 3^{ème} édition, Pearson, p 167.

³⁶ Idem p 268.

Ces modèles généraux de relations interpersonnelles sont formés à partir de son observation des logiques d'acteurs au sein des organisations. « Il ne s'agit pas de personnalité collective, mais seulement de processus d'accès à l'identité communs à des individus occupant le même type de position au travail. De même que les langues nationales différencient les humains dans leur modalité de communication, leur façon de sentir et de raisonner, de même les contraintes du travail impriment des voies particulières d'accès à l'identité»³⁷. Cette évocation du langage me paraît particulièrement éclairante rapportée à notre propos ; ne parle-t-on pas de langage commun, de culture commune pour évoquer un entre soi nécessaire à la bonne conduite d'une action ?

Parmi ces modèles identifiés par l'auteur, deux me semblent particulièrement correspondre à mon contexte de travail et aux identités professionnelles qui le caractérisent, le modèle communautaire et le modèle professionnel.

Le modèle communautaire, ou modèle fusionnel se caractérise par un sentiment d'appartenance collectif très fort, qui transcende l'individu. C'est une particularité qui se retrouve dans les sociétés corporatistes, fortement imprégnées de la valeur métier. Renaud SAINSAULIEU explique que ce modèle est plutôt attaché à des activités traditionnelles, et porté par des personnes qui possèdent une ancienneté importante.

Le modèle professionnel ou modèle de la négociation est celui de l'expert, de la grande compétence. Ses principaux traits sont une grande autonomie dans le travail, un fort intérêt pour l'action et une capacité à innover. Ce type de professionnels est doté d'une conscience professionnelle proportionnelle aux responsabilités qui sont les siennes.

Les salariés du SDIT se situent dans ces deux modèles.

Je l'ai évoqué dans la première partie de mon travail, la prise en charge des toxicomanes a tout d'abord été une préoccupation de pionniers au profil militant. Ce type d'intervention a, de tout temps, fait l'objet de fortes controverses politiques et sociétales ; le regard porté par la société sur leur action a souvent fait l'objet de critiques et de suspicions obligeant les professionnels du secteur à composer entre combats et exercices de pédagogie sociale pour tenter de légitimer leur action.

S'il apparaissait noble de prendre soin de personnes handicapées, le parallèle avec des personnes toxicomanes était beaucoup moins évident. Pourtant la prévalence en matière de mortalité et de morbidité est beaucoup moins marquée pour cette première population. Mais les personnes handicapées sont victimes et suscitent des réactions de solidarité ; les toxicomanes sont plus couramment réputés responsables de leur sort et l'on peut même se demander dans quelle mesure ils n'ont pas cherché ce qui leur arrive...

³⁷ SAINSAULIEU, R., L'identité au travail, Références Sociétés en mouvement, SciencesPo Les presses, 4^{ème} édition, 2014 p 444.

Professionnels « exceptionnels », l'institutionnalisation n'a sorti les intervenants en toxicomanies du secteur d'exception que récemment.

Différemment du secteur du handicap et des personnes âgées, le monde de la prise en charge des toxicomanies était un milieu restreint, où « tout le monde se connaît ».

Si plusieurs associations ou, suite au mouvement des fusions administratives d'associations, plusieurs établissements accueillent des personnes handicapées dans le département, il n'y avait qu'un CSST.

Cette comparaison entre les deux secteurs n'a pas vocation à les opposer mais à mettre en évidence les éléments favorables à la constitution d'une forte identité professionnelle des professionnels du SDIT basée sur le modèle communautaire.

« Les individus que l'on prend comme modèle sont ceux qui possèdent une forte qualification et spécialisation et qui ont la capacité de résoudre des cas difficiles. Mais cette culture se referme sur l'univers relativement clos et exclusif du petit nombre d'individus à fortes capacités professionnelles ».³⁸

Ainsi le corollaire à ce milieu restreint, spécialisé et peu institutionnalisé est le développement d'une forte expertise en son sein, tel que j'ai pu le présenter en première partie du document, et qui correspond au modèle professionnel de la grille de lecture proposée par Renaud SAINSAULIEU. Cette expertise est confortée par une composante importante, celle des usagers fortement associés à leur prise en charge pour renforcer un élément primordial en addictologie : l'intentionnalité de soin. Plus elle est importante, plus l'atteinte des objectifs est réalisable ; les usagers doivent donc être partie prenante. L'approche phénoménologique de la clinique des addictions confirme que les professionnels ont dû construire une intervention adaptée au profil psycho social des usagers en association et en interaction avec eux.

Il apparaît donc que l'identité et la culture professionnelle sont indéfectiblement attachées aux individus et les poussent à agir autant que l'acquisition de compétences, de techniques et d'outils. Norbert ALTER a préfacé la quatrième édition de l'ouvrage de Renaud SAINSAULIEU ; il y écrit « (...) en s'intéressant à la culture des acteurs, Renaud SAINSAULIEU sait qu'il analyse ce qui fonde leur action, leur rationalité et leur « profondeur »³⁹. Confirmant s'il en est besoin l'importance de l'analyse stratégique et systémique et la prise en compte de la subjectivité des acteurs. Confirmant, dans le même mouvement, que l'évolution de l'action, des missions, impacte nécessairement cette « profondeur ».

³⁸ SAINSAULIEU, R., L'identité au travail, Sociétés en mouvement, SciencesPo Les presses, 4^{ème} édition, 2014 p 477.

³⁹ Idem p13.

Après avoir identifié les contextes et caractéristiques qui forgent l'identité professionnelle, il est important de s'intéresser aux aspects et dimensions qu'elle recouvre précisément pour identifier les éléments sur lesquels intervenir dans une dimension plus opérationnelle.

La vie sociale au travail générée par les interactions entre les professionnels au sein d'une organisation, et par les interactions entre les professionnels et leur « matière », en l'occurrence leur public, provoque des effets qui ont été révélés par différentes recherches.

Elton MAYO ⁴⁰ a démontré que l'un des facteurs de motivation des ouvrières à effectuer leur travail était l'intérêt qu'on leur portait.

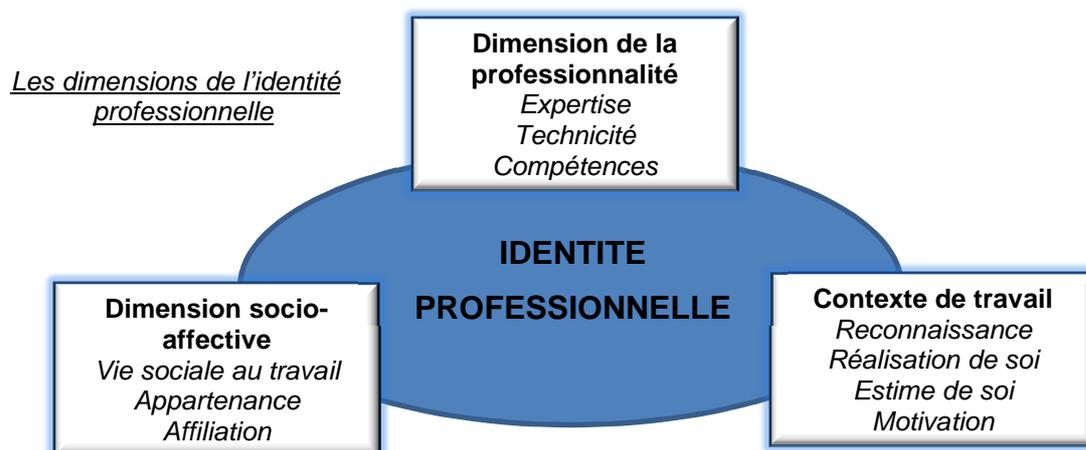
Michel FOUARIAT écrit⁴¹ : « Le besoin d'appartenance à un groupe est un facteur important de motivation et la recherche de sa satisfaction devient le moteur de comportements inexplicables (...). » ; il évoque les « bénéfices d'ordre socio-affectifs (le sentiment d'appartenance, la reconnaissance) »⁴².

Mc CLELLAND⁴³ a identifié le besoin d'affiliation, c'est-à-dire d'être accepté et intégré dans une unité de travail.

Chacune de ces dimensions contribuent à forger et consolider l'identité professionnelle.

« Pour saisir le processus motivationnel individuel et les dynamiques de restructuration des motivations, il semble nécessaire de prendre en compte la dynamique de construction identitaire des individus, les caractéristiques du contexte social, les types de relations qu'ils tissent avec les groupes sociaux »⁴⁴

Le schéma qui suit propose une vision synthétique de ce système.



⁴⁰ Elton MAYO (1880-1949) philosophe et psychologue, a réalisé des études au sein d'une entreprise de production de matériel de téléphonie, la Western Electric Compagny de 1924 à 1932, qui ont donné lieu à plusieurs théories de management.

⁴¹ FOUARIAT, M., Sociologie des organisations, 3^{ème} édition, Pearson, p 117.

⁴² Idem p 118.

⁴³ Psychologue américain ayant conceptualisé la théorie des besoins.

⁴⁴ FOUARIAT, M., Sociologie des organisations, 3^{ème} édition, Pearson, p 133.

Aussi, dans une dimension opérationnelle, nous pouvons faire l'hypothèse qu'en agissant sur ces éléments avec les acteurs concernés, nous agissons sur l'identité et la culture professionnelle.

2.3 Le territoire, une dimension plurielle

Dans un environnement globalisé, mondialisé, où l'on entend parfois que le monde est un grand village, où les décideurs organisent la libre circulation des biens et des personnes, la question du territoire est très présente.

Que recouvre ce terme ? De quel territoire parlons-nous : du territoire géographique, stratégique, politique, d'action ?

Magali COLDEFY, docteur en géographie, auteure d'un article qui s'intitule : «Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé », explique que la notion de territoire n'est pas employée pour désigner uniquement le périmètre physique. Le terme induit l'existence d'une dimension stratégique, d'un terrain à enjeux.

Pour définir l'espace physique, on emploie volontiers le terme de zone, d'ailleurs les agents de l'ARS en charge d'étudier, de planifier et de programmer l'installation des professionnels médicaux et para-médicaux retiennent cette idée de zonage.

2.3.1 La zone est statique, le territoire est dynamique.

Cette notion est tout-à-fait importante dans le cadre de notre projet d'implantation ; il ne s'agit pas en effet de « prendre possession des lieux », de s'installer physiquement. Il nous faut identifier et comprendre la dynamique de territoire pour nous y intégrer et réussir l'enjeu d'implantation de nos activités généralistes de prise en charge des addictions.

Sur cette thématique des territoires et de leur gouvernance, Valérie LEYS⁴⁵, reprend la typologie effectuée par Jean Louis LAVILLE, sociologue, économiste et chercheur.

Il recense trois modes de relations entre les pouvoirs publics et les ESMS :

- « la régulation tutélaire » : les pouvoirs publics définissent de façon unilatérale les orientations et, comme un tuteur avec la personne incapable ou vulnérable qu'il a en charge, les livrent à l'ESMS pour application,
- « la régulation concurrentielle » : elle est incarnée par la logique d'appel d'offres. Plusieurs opérateurs ou offreurs de services proposent un projet sur la base d'un cahier des charges ; il est étudié par une commission idoine qui détermine la meilleure offre et désigne l'organisme retenu,

⁴⁵ LEYS, V., De la gouvernance des établissements à la gouvernance des territoires, Contribution, 1 janvier 2010, p 13.

- « la régulation conventionnée » : les différentes parties travaillent en concertation sur la définition, la mise en œuvre et l'évaluation d'un projet. Les protagonistes ne sont pas égaux puisque seuls les pouvoirs publics possèdent le pouvoir décisionnaire. Le contrat qui encadre ce projet n'est pas synallagmatique mais il est la résultante d'une négociation en amont.

L'arrivée du SDIT sur le territoire de la Bresse Bourguignonne est la résultante d'une régulation tutélaire, suite à l'échec d'une régulation conventionnée mais qui apparaît aux acteurs locaux comme une régulation concurrentielle.

En effet, nous avons tenté, l'ANPAA et le SDIT, de collaborer pour proposer une prise en charge généraliste conjointe. N'y étant pas parvenu, l'ARS a sectorisé les interventions de chacun. Mais il apparaît, dès les premières prises de contact avec les acteurs locaux, que notre service est perçu comme celui qui s'est positionné en concurrence à l'association implantée depuis des années, donc comme responsable de son départ.

Notre stratégie d'implantation doit s'élaborer en tenant compte de cette perception.

Elle doit aussi prendre en compte un phénomène bien connu des biologistes mais qui s'applique à tout système vivant : l'homéostasie.

Le dictionnaire Larousse le définit comme un : « Processus de régulation par lequel l'organisme maintient les différentes constantes du milieu intérieur (ensemble des liquides de l'organisme) entre les limites des valeurs normales », et par extension au langage courant, « caractéristique d'un écosystème qui résiste aux changements (perturbations) et conserve un état d'équilibre ».

Si le territoire est, comme nous l'avons compris, un système vivant alors ses composants développeront des mécanismes du registre de l'homéostasie. Toute intégration au système serait-elle vaine et vouée à l'échec ?

Il apparaît que toute matière rigide, indissoluble, ne pourra qu'être rejetée par le système. Mais si l'impétrant présente des caractéristiques de flexibilité et de plasticité, alors il augmente ses chances d'acceptation par le système.

Alexandre MOINE, professeur de géographie et membre du Laboratoire Théma du Centre National de Recherche Scientifique (CNRS) affirme : « Le territoire doit être en effet conçu comme un lieu de vie, d'activités et d'échanges autour de représentations individuelles et collectives, mais surtout en relation avec une multiplicité d'acteurs en interaction »⁴⁶.

⁴⁶ MOINE, A., Le territoire : comment observer un système complexe, support de cours CAFDES, 2013.

Valérie LEYS confirme cette analyse : « ce sont donc les comportements coopératifs entre les acteurs qui font exister le territoire, plutôt que l'inverse »⁴⁷. Elle en conclut : « La coopération ne peut être imposée de façon exogène dans le cadre d'une régulation tutélaire »⁴⁸.

Une affirmation qui ne sonne pas le glas de notre projet mais qui m'amène à conforter une hypothèse : **pour passer de la prescription de l'implantation à la construction de la mise en œuvre de nos missions, il nous faut nous garder d'appliquer des procédures internes mais chercher à coopérer avec notre environnement.**

2.3.2 L'identification des composantes de la territorialité

Pour Alexandre MOINE : « un territoire est composé de cinq dimensions (sous-systèmes en interrelation) :

- Spatiale (le sous-système de l'espace géographique)
- Idéelle (le sous-système des représentations)
- Organisationnelle (le sous-système des acteurs)
- Programmatique (le territoire programmé)
- Temporelle (l'évolution du système). »⁴⁹

Un territoire est donc défini par un périmètre géographique, il est investi de représentations de la part des individus qui l'habitent, il abrite des organisations professionnelles et caritatives et fait l'objet d'une planification d'objectifs sur une période donnée.

Alexandre MOINE propose une méthodologie d'élaboration d'un diagnostic préalable à tout projet de territoire qui relève de l'analyse stratégique et systémique.

Il préconise d'étudier les « données froides » liées à l'espace géographique, les « données tièdes » relatives aux parties prenantes du projet, à leurs représentations et aux jeux d'acteurs, les « données chaudes » c'est-à-dire le positionnement des acteurs en situation, leur adhésion, opposition ou retrait du projet.

La commande de l'ARS est une prescription qu'il nous faut traduire en action. Mais les enjeux sont importants et complexes, il est donc important au préalable d'étudier les notions et concepts qu'il me faudra mobiliser avant d'agir.

⁴⁷ LEYS, V., De la gouvernance des établissements à la gouvernance des territoires, Contribution, 1 janvier 2010, p 14.

⁴⁸ Idem p14.

⁴⁹ MOINE, A., Le territoire : comment observer un système complexe, support de cours CAFDES, 2013.

Ainsi, si je rapporte cette grille de lecture proposée par Alexandre MOINE à notre objet de travail, les données froides sont :

- Le bassin de population de Louhans et des villes principales de la zone considérée
- Le cahier des charges liées à l'accessibilité du CSAPA : sa situation géographique, sa proximité avec les réseaux de transport en commun
- Les files actives antérieures de l'ANPAA ; elles sont essentiellement constituées de personnes présentant une problématique avec l'alcool mais constituent une base d'appréciation du niveau d'activité potentiel
- Le nombre de personnes issues de la Bresse Bourguignonne consultant au SDIT à Chalon-sur-Saône par carence d'offre de soin de proximité
- La cartographie d'implantation des professionnels de santé : pharmaciens d'officines, para-médicaux, médecins généralistes et spécialistes, centres hospitaliers,
- La cartographie des services sociaux qui participent à la prise en charge de ces publics sur d'autres aspects que le soin aux addictions mais dont l'action est complémentaire.

Les données tièdes sont constituées des éléments que nous identifions au fur et à mesure des contacts que nous prenons et des réactions des parties prenantes locales notamment grâce aux partenariats déjà existants sur cette zone. C'est ainsi que nous avons compris que la désignation du SDIT était perçue comme volontairement concurrentielle à l'ANPAA. Certains professionnels et praticiens regrettant cette décision de l'ARS.

De plus, la spécialisation historique du SDIT dans la clinique des toxicomanies suscitait le doute sur la capacité du service à élargir son champ d'intervention à l'alcoologie, cœur de compétence de l'ANPAA.

Les données chaudes relèvent du domaine de la relation avec les acteurs locaux, du construit.

Ce rapprochement est essentiel en ce qu'il permet le développement d'une démarche « hypothético-inductive », pour reprendre le terme de CROZIER et FRIEDBERG. Ces auteurs la définissent comme une méthode qui s'appuie sur les expériences réelles des individus pour positionner des hypothèses et les vérifier.

Cette démarche me paraît intéressante à adopter, non dans la posture du chercheur comme l'ont fait ces auteurs, mais dans celle de l'opérateur.

Elle présente l'avantage de prendre en compte le phénomène d'homéostasie décrit plus haut, de contextualiser l'offre de soin, de se montrer respectueuse de l'histoire du

territoire tout en s'engageant résolument dans la mise en œuvre du projet et de son évolution au service d'une population.

Elle permet d'instaurer les liens de coopération et de construire le système d'action concret, avec « l'environnement pertinent » selon l'expression de CROZIER et FRIEDBERG.

La démarche hypothético-inductive est probante vis-à-vis des personnes à associer à l'action « (...) ils sont tout à fait prêts à changer très rapidement s'ils sont capables de trouver leur intérêt dans les jeux qu'on leur propose »⁵⁰.

Cette étude des dimensions plurielles liées au territoire me permettra de décliner un plan d'action qui prenne en compte cette complexité, qui sorte le service de la position du « parachuté », pour reprendre un terme familier utilisé dans le monde politique.

Il est primordial de traduire le prescrit en inscrivant le projet d'implantation du CSAPA secondaire dans une dimension constructive et coopérative, respectueuse du système territorial mais aussi de l'intervention en addictologie y compris au plan axiologique.

« Le domaine des addictions est celui des interactions, entre l'individu et la société, entre les dimensions biologiques, psychiques et sociales de ce que vivent les êtres humains. Nous ne pouvons donc entreprendre de comprendre et d'intervenir sans un effort de transdisciplinarité et d'intégration des connaissances diverses mais interactives. Cela s'appelle l'intelligence collective »⁵¹.

Fort de ces éclairages théoriques, il m'appartient de construire et de mettre en œuvre un plan d'action permettant l'atteinte de nos objectifs.

« Les modèles théoriques tendent à expliquer la réalité tandis que les modalités de management tendent à la transformer »⁵², abordons à présent la déclinaison opérationnelle de l'évolution de nos missions au plan clinique et territorial.

⁵⁰ CROZIER, M., FRIEDBERG, E., L'acteur et le système, Les contraintes de l'action collective, Editions du Seuil, Paris, 1977, p. 386.

⁵¹ MOREL, A., éd., 2010, L'aide-mémoire d'Addictologie en 46 notions, Dunod, Paris, avant-propos

⁵² FOUURIAT, M., Sociologie des organisations, 3^{ème} édition, Pearson, p 16.

3 Impulser et conduire la double évolution clinique et territoriale

Ma problématique se définit par un double enjeu : confirmer l'évolution clinique vers une prise en charge généraliste des addictions et implanter une activité sur un territoire nouveau.

Mes hypothèses de travail sont les suivantes :

- L'accompagnement des professionnels dans la confirmation et l'acquisition de compétences, dans l'évolution de leur identité professionnelle nous permettront de proposer, de façon opérationnelle, une offre de soins généraliste.
- Le travail partenarial, fondé d'une part sur une communication adaptée et d'autre part sur l'expérimentation et la formalisation de pratiques de prises en charge avec d'autres professionnels de santé et du social, nous permettra de devenir légitime en tant que généraliste.

Le plan d'action que je propose tient compte de ses deux orientations de travail.

3.1 La définition du plan d'action pour réorganiser l'intervention clinique et territoriale

Comme évoqué en fin de première partie, l'annonce de la sectorisation du service, survenue mi-septembre 2012, implique une réorganisation territoriale et clinique conséquente.

Le plan d'action est dirigé vers l'interne et vers l'externe, l'environnement.

Au plan chronologique, il est important d'amorcer la conduite de changement d'abord à l'interne pour pouvoir repositionner l'activité dans son environnement. Pour paraphraser Jacques CHAIZE et son ouvrage de management : « La porte du changement s'ouvre de l'intérieur ».

Le plan d'action interne comporte :

- Un plan de communication,
- Un plan de prévention des risques psycho sociaux,
- Un plan de développement stratégique, portant sur les missions et le territoire.

Par commodité méthodologique, je vais décliner ces plans les uns après les autres, mais dans la réalité de leur mise en œuvre, ils s'interpénètrent au profit de la conduite de la réorganisation.

3.1.1 Le plan de communication

J'inscris la communication comme le fil conducteur de cette réorganisation, la dimension qui va nous permettre de rester en lien et de garantir la cohésion au sein du service.

Ma conception de la communication, de son objet et de son objectif, s'est forgée à partir des travaux de l'école de Palo Alto⁵³.

La communication est littéralement ce qui permet d'être en relation avec autrui, elle est donc à la fois condition, ou contenant, et contenu.

La notion qui lui est consubstantielle est celle de la temporalité qui recouvre deux aspects. Le premier se rapporte au délai entre la survenance d'un événement et sa communication. Sans pour autant céder à la précipitation il est important d'informer les salariés le plus rapidement possible de façon à ce qu'ils n'apprennent pas par d'autres sources une information qui les concerne au premier plan. Cela pourrait les rendre suspicieux quant à la volonté et aux capacités de leurs cadres à assumer la conduite de ce changement.

La deuxième caractéristique de la temporalité est son absence d'universalité qui pourrait s'expliquer simplement par le fait qu'on entend ce qu'on est prêt à entendre au moment où on peut l'entendre. Ce qui implique que tout exercice de communication consiste à prendre en compte les réactions des participants.

Je positionne donc le plan de communication comme un processus itératif, qui intègre des éléments et des interactions qui surviennent au fur et à mesure.

Les professionnels de la communication estiment le pourcentage de déperdition d'une information à environ 80%, a contrario seuls 20% sont intégrés. C'est la raison pour laquelle la communication ne peut s'envisager que comme un processus, et non comme un acte unique, statique, effectué une fois pour toutes.

J'ai établi le plan de communication sur ces critères et en définissant deux grandes catégories :

- La communication routinière : destinée à délivrer des informations fiables et actualisées sur les étapes de la réorganisation, celles qui restent à atteindre et les conditions pour l'atteindre. Le cadre de cette action est la réunion d'équipe hebdomadaire et pluridisciplinaire d'une durée de deux heures, lieu du lien entre les acteurs, propice à l'installation d'une dynamique où chacun peut convoquer, interpellé les autres membres de l'équipe et élaborer les actions. Animées par le chef de service et, en fonction de l'actualité, par moi-même, ces réunions constituent, tout au long de la conduite du changement, des espaces de régulation collective, de réduction des écarts entre d'une part nos objectifs et la réalité et d'autre part entre les professionnels entre eux.

⁵³ Palo Alto est une ville de Californie, aux USA, qui a donné son nom à une célèbre école, formée dans les années 1950 par plusieurs chercheurs et scientifiques. Ces grands noms ont élaboré, parmi d'autres travaux, plusieurs théories sur le langage et la communication. Leur idée force est que toute personne est inscrite dans un circuit de relation et de communication dont les composantes sont en interactions, et que nombre de pathologies ont pour origine une communication inadaptée.

- La communication événementielle : elle rythme les grandes étapes de la réorganisation et est de la prérogative du président, de la directrice générale, et, par délégation, de la mienne. Etant donné que je pilote ce changement, nous convenons avec la directrice générale et le président, que je propose les sujets de communication et les supports (courriers aux partenaires, articles de journaux, etc.) pour les soumettre à leur validation.

L'acte inaugural de ce plan d'action est l'annonce à l'équipe de la réorganisation et de ses conséquences sur les activités du service au plan clinique et territorial. Je m'attends à une réaction émotionnelle forte.

Je prépare donc ce premier acte de communication en prévoyant cette réaction et son potentiel conflictuel. En effet cette remise en cause de l'existant peut affecter les salariés dans leur identité professionnelle et leurs conditions de travail. Cet aspect est primordial car si la communication s'adresse à tous, elle a un effet de résonance sur chacun ; la dimension réflexive est à prendre en compte, chacun se demandant : qu'est-ce que ça va changer pour moi ?

Il m'a paru important d'associer le président de l'association et la directrice générale à l'annonce de cette réforme, en signe de solennité mais aussi d'engagement de tous dans son application. Cette réorganisation implique en effet l'ensemble de l'association et impacte le projet associatif.

Fort de ces principes, j'ai convoqué une réunion d'équipe avec l'ensemble des salariés du CSAPA, l'après-midi même du jour de l'annonce de sa décision par l'ARS, le 18 septembre 2012, en présence du président et de la directrice générale. La vingtaine de professionnels médecins, infirmières, assistants de service social, éducateurs spécialisés, comptable, secrétaires, chef de service, psychologues, psychiatres étaient présents (cf organigramme en annexe 2).

L'objectif de cette réunion était d'informer des directives de l'ARS : la fermeture de trois de nos sites d'intervention (à Montceau-les-Mines, Le Creusot, Mâcon), d'une permanence à Autun, l'implantation en Bresse Bourguignonne avec l'ouverture d'une structure à Louhans, le redéploiement des effectifs professionnels, l'accueil et la prise en charge de toutes les addictions.

Nous avons reçu la charge émotionnelle, entendu les questions sur la manière dont nous allions conduire cette restructuration. Consciente des aspects de temporalité que j'ai évoqué plus haut, l'heure n'étant pas à l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la réorganisation, j'ai donné des indications sur la suite de la démarche pour ne pas laisser le collectif et les individus qui le composent sans perspective.

J'ai annoncé que les professionnels seraient associés, dans une dimension participative et délégative sur certains aspects, au plan de restructuration.

J'ai informé mes collaborateurs que j'aurai prochainement une réunion avec les représentants de l'ARS afin d'obtenir des précisions quant au calendrier, aux moyens budgétaires et financiers dont nous disposerions, aux ressources humaines nécessaires tant quantitativement que qualitativement, et à leurs exigences. (cf « Etapes du projet », annexe 3).

Le président s'est engagé à ce que cette réorganisation s'effectue dans le respect des usagers et des professionnels.

J'ai indiqué que je recevrai chaque professionnel individuellement dans les semaines prochaines. Le but de ces rencontres sera de prendre en compte leurs réactions individuelles et d'étudier avec eux les modalités d'accompagnement les plus adaptées tant au niveau des risques psycho-sociaux qu'au niveau de leur rôle dans la nouvelle configuration (je présenterai cette action dans un prochain paragraphe).

Si j'insiste sur ce premier temps de communication c'est parce qu'il me paraît déterminant pour la conduite du changement. Plus il est objectif, clair, mais aussi sincère sur les aspects positifs comme négatifs, plus il participe à sécuriser les acteurs de l'organisation. Plus il donne à voir de l'engagement, de la détermination des dirigeants et des administrateurs, de leur volonté d'accompagner l'évolution des politiques publiques, dans un souci de bienveillance des professionnels et de préservation de l'intérêt des usagers, plus il donne du sens à la démarche.

Le plan de communication, routinier et évènementiel, est composé de trois périodes : l'arrêt des activités sur les secteurs anciens (j'évoquerai succinctement cet aspect), la redéfinition de nos activités au plan clinique et territorial, la reconstruction de l'image du service, celle qui s'exportera.

➤ La communication relative à l'arrêt des activités

Je ne traiterai pas, dans ce mémoire, des modalités d'arrêt de nos activités sur les autres secteurs. Cependant, pour faciliter la compréhension du lecteur, afin d'expliquer d'une part le délai entre le prononcé de la décision de l'ARS et sa mise en œuvre, et d'autre part l'impact sur les effectifs et les professionnels, je livre ci-après quelques éléments.

La sectorisation a imposé l'arrêt des activités sur trois agglomérations, la fermeture de nos locaux, la réorientation des usagers que nous accompagnions vers d'autres dispositifs, et enfin, le redéploiement des salariés intervenants sur ces zones.

J'ai animé les réunions d'équipe pluridisciplinaire hebdomadaires qui nous ont permises, dans une dimension participative, d'élaborer les éléments de communication institutionnelle liés à notre retrait des territoires historiques. Ce travail a été conduit de mi-octobre à mi-décembre 2012.

J'ai rédigé un courrier à l'attention des 230 usagers concernés pour les informer de l'arrêt de nos activités dans le cadre d'une réorganisation de l'offre de soin médico-social en

addictologie. Cette lettre a été remise à chacun d'entre eux et sa lecture accompagnée par les professionnels du SDIT qui assuraient leur prise en charge.

J'ai adressé un courrier d'information aux partenaires et représentants institutionnels et politiques.

En accord avec le président et la directrice générale, nous avons demandé à l'ARS d'établir une note visant à informer les institutions de leur décision. (cf annexe 4).

J'ai organisé avec l'équipe et sur chacun des sites que nous quittions, une réunion avec les usagers afin de communiquer sur la réorganisation, de recueillir leurs réactions et d'apporter les clarifications nécessaires.

Nous avons entrepris d'orienter progressivement les publics jusqu'ici suivis par le SDIT vers les dispositifs les plus adaptés à leurs besoins et leurs demandes.

J'ai confié au médecin responsable des activités médicales et au chef de service la mission d'affiner les profils des 230 usagers qu'il nous appartenait de réorienter avant de cesser notre activité.

L'équipe du CSAPA est composée de plusieurs professionnels, de métiers différents. Si tous intervenaient à Chalon-sur-Saône, ils avaient également une activité sectorisée sur les autres villes susmentionnées. Chaque territoire était ainsi doté d'une équipe pluridisciplinaire.

Le médecin responsable, le chef de service et chaque équipe sectorisée ont élaboré une répartition selon trois critères : les usagers présentant une problématique « simple » (pour laquelle un suivi médical et social léger est suffisant), ceux dont la problématique est « complexe » (nécessitant une prise en charge plurielle) et ceux dont la situation est « très complexe » (notamment du point de vue de leur état de santé et de la morbidité).

Ce travail d'identification des situations s'est effectué au cours du premier trimestre 2013. Mais le travail de réorientation, une fois l'accord des usagers recueilli, s'est prolongé jusqu'au mois de juin 2013, le temps que les dispositifs et professionnels vers lesquels nous adressions le public puissent prendre le relais.

Pour garantir la continuité des soins, nous avons élaboré en réunion d'équipe une procédure d'orientation spécifique vers le CSAPA de référence porté par l'ANPAA 71.

Lorsque nous avons disposé de toutes les informations relatives à la capacité de nos interlocuteurs à assurer la continuité des soins, nous avons arrêté les dates de fermeture de nos locaux : en avril pour Le Creusot, en mai à Montceau-les-Mines et en juin à Mâcon (deuxième file active après Chalon-sur-Saône).

Ces fermetures ont fait l'objet d'une communication officielle ou événementielle par voie de courrier et d'affichage, signée par moi-même.

➤ La communication relative à la redéfinition de nos activités au plan clinique et territorial

L'organisation de l'arrêt de nos activités sur les anciens secteurs se précisant au fur et à mesure du temps, puisque le calendrier de fin de prise en charge au SDIT dépendait également de la capacité des autres dispositifs à accueillir « nos » usagers, il nous a été possible d'identifier ce que nous avons nommé une période de transition.

La période de transition a eu pour fonction de nous permettre de préparer notre institution à exercer ses nouvelles missions sur son territoire. Elle a été estimée à un an environ, du mois d'octobre 2012 à la fin d'année 2013, et a été validée par la directrice générale et le conseil d'administration de l'association.

Cette période a été utilisée comme un espace de réaménagement, matériel, opérationnel, mais aussi psychique pour beaucoup de professionnels, que nous avons présenté comme telle à l'interne et à l'externe. Il s'agissait de la mettre à profit pour quitter un état initial et atteindre l'état souhaité, sans céder à l'urgence de la mise en œuvre souvent source de conflits et de maltraitance institutionnelle.

Elle nous a permis d'élaborer, de définir et de consolider les étapes du plan d'action liées à la réorganisation clinique et territoriale et au développement exposé plus loin.

La communication événementielle a consisté à informer d'une part d'une période de transition et d'autre part de son objet, à savoir :

- confirmer la dimension généraliste en addictologie du service,
- accroître nos compétences en matière de prise en charge de toutes les addictions
- implanter une structure en Bresse Bourguignonne.

J'ai pu rencontrer Madame le maire de Louhans le 27 mars 2013 et Madame la députée le 3 juin 2013 afin de les informer du travail préalable au déploiement de nos activités sur leur territoire.

L'ensemble des professionnels de l'équipe ont pu communiquer cette information à leurs interlocuteurs.

➤ La communication externe

Elle s'est construite tout au long de la période de transition et a pris forme lors d'actions de communication événementielle ou officielle. Son enjeu principal était d'accompagner le changement d'image du service. Le territoire symbolique du service, sa marque était celle d'une institution spécialisée dans la clinique des toxicomanies ; or il nous fallait modifier cette image pour être identifié comme une institution généraliste. L'objectif était de passer d'un monopole clinique à un monopole géographique ; nous étions reconnus comme spécialiste des toxicomanies, aujourd'hui nous sommes la référence territoriale pour toute addiction.

Cette question d'image du service, de son identité devrait évoluer en même temps que nos pratiques, nos positionnements professionnels car les éléments de langage se modifieront également.

Dans le cadre de ce changement identitaire, je propose à la directrice générale de modifier le nom du SDIT qui n'est plus en adéquation avec l'offre de soins, et parce qu'il ne favorise pas l'identification par les personnes qui auraient besoin d'y recourir. Je suggère de constituer un groupe de travail composé de salariés de l'équipe et d'administrateurs, chargés de formuler des propositions dans ce sens.

3.1.2 Le plan de prévention des risques psycho sociaux

Dans le point précédent, j'ai évoqué l'effet de l'annonce de la réorganisation et la charge émotionnelle qu'elle a générée chez les professionnels.

Les réactions, lors de cette réunion du 18 septembre 2012, ont été de la colère, qui est un signe de défense de son territoire, de l'indignation, de l'incompréhension. Certains ont interprété cette décision comme une remise en cause des compétences collectives et individuelles plus que comme une redéfinition de l'offre de soin médico-social en addictologie.

J'ai donc annoncé, lors de cette réunion, que je recevrai individuellement chaque professionnel, ce que j'ai engagé dans la quinzaine qui a suivi. Entre le début du mois de novembre et le début du mois de décembre 2012, j'ai rencontré les 20 professionnels au cours d'entretiens individuels d'une durée moyenne d'une heure.

Le changement qui s'est imposé à nous était important et subit ; il impliquait des remises en cause organisationnelles impactant les individus. Or, l'amalgame qui peut s'opérer entre remise en cause organisationnelle et personnelle peut être douloureux pour les personnels. J'ai donc souhaité, par ces entretiens individuels, recueillir une parole la plus libre possible, écouter la souffrance qui pouvait être ressentie par certains.

Mon but était de prendre les dispositions les plus adaptées au plan managérial et sur celui de la santé au travail.

Sur le plan de la santé au travail, j'ai rappelé à chaque salarié qu'il avait la possibilité de rencontrer le médecin du travail s'il en éprouvait le besoin. J'ai également informé le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et la Délégation Unique (DU) de la situation du service et des effets induits par la situation sur certains de mes collaborateurs.

La détermination d'une période de transition a été accueillie avec satisfaction. Les professionnels les plus investis auprès des usagers et des partenaires ont pu prendre le temps d'accompagner les premiers vers la poursuite de leur prise en charge et de dire au revoir aux deuxièmes. Cette transition a permis aux personnes concernées d'engager un travail de deuil, stade absolument déterminant puisqu'il conditionne la reconstruction.

Le dernier point saillant en matière d'identification des risques professionnels était la question de l'exiguïté des locaux. La fermeture de trois centres secondaires entraînait une concentration des professionnels sur le centre principal, inadapté à cette configuration. La promiscuité, la surpopulation étaient une difficulté supplémentaire, aggravant la morosité ambiante et rendant difficile l'accueil d'une nouvelle population.

J'ai, dès le début du mois d'octobre 2012, partagé cette préoccupation avec la directrice générale qui l'a elle-même relayée au conseil d'administration. Un déménagement du CSAPA principal de Chalon-sur-Saône a été voté.

Sur le plan managérial, mon objectif était d'adopter la stratégie de développement la plus adaptée à la situation et à nos missions. J'ai donc invité les salariés à se projeter dans la nouvelle configuration pour me faire part de leurs souhaits d'affectation future. Préféraient-ils intervenir sur le pays Chalonnais ou sur la Bresse Bourguignonne ? Quelles suggestions souhaitaient-ils soumettre ?

Cette première rencontre avait pour fonction d'amorcer la réflexion et de les inciter à se préparer.

J'ai réalisé une synthèse de chacun de ces 20 entretiens que j'ai classés dans les dossiers des salariés. J'ai également réalisé une synthèse globale, épurée de tout élément personnel, destinée à être partagée avec la directrice générale mais aussi avec le chef de service et le médecin responsable avant de l'être avec l'équipe. Mon but étant de valoriser les idées et propositions allant dans le sens de la construction de la nouvelle organisation.

J'ai transmis cette synthèse à ces deux cadres en leur demandant de l'étudier. J'ai positionné un comité de direction (nous réunissant tous les trois de façon hebdomadaire) en début d'année 2013, destiné à reprendre ces points et sélectionner ceux qui s'intégreraient dans notre stratégie de développement (ils seront exposés au chapitre suivant).

Suite à ce comité de direction, j'ai inscrit à l'ordre du jour d'une réunion d'équipe la restitution des propositions effectuées et retenues dans le cadre des entretiens individuels.

L'équipe du SDIT bénéficie d'une séance d'Analyse de la Pratique Professionnelle (APP) de deux heures toutes les cinq semaines. Dès l'annonce de la réorganisation par l'ARS, et suite à notre première réunion de communication, j'ai contacté l'intervenant pour l'informer du bouleversement organisationnel et de l'effet qu'il pourrait avoir sur l'équipe et les individus. L'objet de mon appel était de le prévenir afin de lui permettre de se préparer à travailler les effets de cette décision avec l'équipe.

3.1.3 Le plan de développement stratégique

Il devra nous permettre de prendre en charge toutes les addictions sur les deux grands secteurs qui nous sont attribués : le pays chalonnais et la Bresse Bourguignonne.

La première question qui conditionne la stratégie de développement est la suivante : le CSAPA est-il généraliste parce qu'il rassemble l'ensemble des compétences cliniques, ou parce que chacun de ses professionnels développe une intervention généraliste ?

J'ai organisé un temps de réunion pluridisciplinaire sur ce sujet au mois de février 2013.

Le processus de réorientation des usagers était bien engagé et nous posions les prémices de la restructuration du service.

Comme base de réflexion j'ai repris le projet d'établissement existant ainsi que des éléments des entretiens individuels que j'avais mené avec chacun des professionnels.

Nous affirmons proposer une prise en charge globale et généraliste des personnes nous sollicitant. La notion de globalité signifie que nous ne limitons pas notre action à la prise en compte d'un symptôme, comme l'alcool ou l'héroïne, mais que nous prenons en compte la situation globale de l'individu au plan social, affectif, professionnel etc....

La notion généraliste renvoie à notre capacité à prendre en charge tout type d'addictions. Elle nous ramène donc à un état des lieux des compétences présentes et à acquérir.

Au cours de la réunion pluridisciplinaire consacrée à la réflexion sur l'aspect généraliste j'ai lancé la réflexion à partir de cette question : à qui attribuer la compétence généraliste, au dispositif ou aux professionnels ?

Il est apparu que tous les professionnels travaillaient déjà sur la consommation de tous les produits psychoactifs et qu'ils détenaient donc une partie de la solution. La crainte qu'ils ont pu exprimer vis-à-vis de l'alcool, était relative à l'insuffisance d'outils cliniques et thérapeutiques leur permettant d'acquérir le juste positionnement plutôt qu'à une réelle incompetence. Jusqu'à présent, ces autres produits ou objets étaient des manifestations secondaires, le produit principal restant le stupéfiant. Il m'est donc apparu que cet état des lieux confirmait mes hypothèses de travail, rappelées au début de ce chapitre.

Plutôt que de créer un clivage clinique comportant le risque de cliver la personne, il convenait plutôt de renforcer les compétences généralistes de chacun.

Dans cette configuration, quid de la prise en charge des addictions sans substances qui dispose d'un binôme spécialisé ? Cette disposition n'est-elle pas contradictoire avec la position arrêtée ?

Nous avons consacré une autre réunion pour répondre à cette question au cours de laquelle j'ai partagé mon point de vue avec mes collaborateurs.

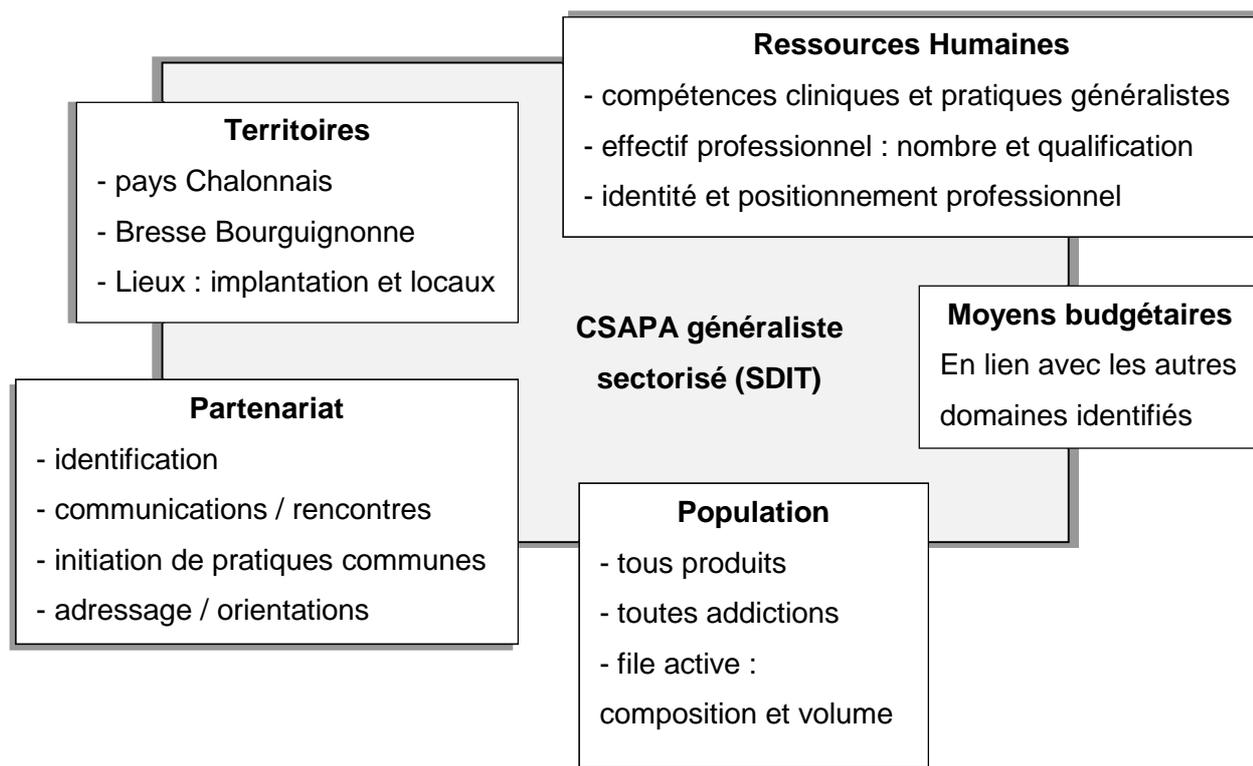
Les compétences généralistes de chacun vont nous permettre d'accueillir tout public en difficulté avec tout type d'addictions. Elles vont nous permettre de repérer, d'évaluer, d'élaborer un projet de prise en charge, d'orienter.

Le fait de disposer d'une intervention dédiée aux addictions sans substances à l'intérieur du dispositif ne contrevient pas à cette logique. Nous pouvons la comparer à la Consultation Jeunes Consommateurs, une des missions du SDIT exercée par trois professionnels. S'ils accueillent et prennent en charge les adolescents, ils ne sont pour autant pas les seuls à posséder une expertise dans la clinique de l'adolescence. De plus, inscrits dans l'équipe pluridisciplinaire, ils diffusent leurs pratiques, leurs méthodes et leurs observations. Ainsi, la spécification, l'attribution de fonctions dédiées, ne sont pas synonymes de confiscation de la pratique, ni contradictoire avec la diffusion des compétences au sein de l'organisation pour peu qu'elle en soit garante ; elles viennent renforcer les compétences collectives.

Cette proposition, présentée comme base de travail, convient à l'équipe. Nous nous engageons dans sa mise en œuvre.

A l'issue de ces diverses réunions j'ai construit le plan de développement stratégique à partir duquel je déclinerai les dispositions opérationnelles liées à la réorganisation tel que contenu dans le schéma suivant.

Une analyse stratégique des composantes du projet



Le plan de développement stratégique que je propose nous permettra de travailler sur les conditions et modalités d'investissement des territoires, sur la montée en compétences des professionnels, sur la construction d'une nouvelle identité professionnelle et d'une nouvelle image du service.

3.2 La mise en œuvre du plan d'action et la restructuration clinique et territoriale.

En préambule à ce chapitre et afin d'éclairer la compréhension du lecteur, je vais prendre le temps de rappeler la configuration du dispositif antérieur.

La Sauvegarde 71 et son service le SDIT était notamment implanté à Chalon-sur-Saône ; l'ANPAA 71 disposait également d'une structure à Chalon-sur-Saône et à Louhans.

Chaque structure avait reçu une autorisation de fonctionnement en tant que CSAPA généraliste et s'était engagée à conduire l'évolution vers une prise en charge généraliste avec l'autre, dans le cadre d'une convention partenariale, comme je l'ai présenté dans la première partie de ce travail.

L'ANPAA 71 était compétente en alcoologie et pratiquait une clinique des toxicomanies en deuxième plan, le stupéfiant étant le produit secondaire des consultants.

A l'inverse, le SDIT était réputé compétent dans la prise en charge des toxicomanies, traitant l'alcool en tant que produit secondaire.

Le CSAPA généraliste SDIT étant désigné CSAPA de référence à Chalon-sur-Saône, nous avons fait l'hypothèse que la file active de l'ANPAA 71 serait accompagnée ou se reporterait sur notre service. Et qu'il en serait de même à Louhans.

J'ai donc demandé à nos interlocuteurs de l'ARS, lors de la réunion du 2 octobre, de me fournir les éléments concernant les files actives de l'ANPAA 71 sur les deux secteurs, de façon à ajuster le tableau des effectifs au volume d'usagers attendu, préalable nécessaire au déploiement des missions.

Cette information du niveau d'activité estimée nous permettrait par ailleurs de calculer les autres aspects budgétaires (investissement, charges salariales, assurantielles ...)

Le nombre de personnes suivies par l'ANPAA à Chalon-sur-Saône, au cours de la dernière année pleine était 372 et 132 à Louhans. Le nombre de personnes que nous avons réorientées à Montceau-les-Mines, Le Creusot, Mâcon et Autun était 230.

Il apparaissait évident au plan purement mathématique (l'aspect managérial sera évoqué ultérieurement) que les professionnels du SDIT intervenants sur ces sites seraient intégralement redéployés sur le pays chalonnais pour accueillir cette file active attendue.

Disposant de ces éléments, nous avons été en mesure de définir les moyens nécessaires à la nouvelle configuration. Commençons par le budget.

3.2.1 Les moyens budgétaires

L'annonce de la restructuration des activités du CSAPA SDIT, mi-septembre 2012, survient au moment de la préparation du Budget Prévisionnel (BP) de l'année 2013, lequel doit être reçu par l'autorité de contrôle et de tarification, en l'occurrence l'ARS, le 30 octobre, conformément au décret du 22 octobre 2003 et suivants.

J'ai donc organisé, dès le lendemain de l'annonce par l'ARS, un calendrier de travail avec le chef de service, le médecin responsable des activités médicales et la comptable du service de façon à identifier les moyens humains, matériels et logistiques nécessaires à la conduite des missions.

Nous avons étudié la question des ressources humaines au plan des qualifications requises et du nombre d'ETP⁵⁴.

J'ai effectué un ratio sur la base du nombre d'ETP budgété pour chaque profession, médecin, infirmier, psychologue, travailleur social, secrétaire, chef de service, au regard du nombre d'usagers suivis en 2011, la dernière année pleine connue à cette époque.

En l'absence d'une directive nationale ou même régionale, j'ai opté pour ce mode de calcul, qui, à défaut de prendre en compte les spécificités de la file active, le nombre et la nature des actes réalisés pour chaque personne, s'appuie sur le dispositif existant.

Il apparaissait, comme évoqué précédemment que le redéploiement des salariés sur le CSAPA principal pourrait ne pas suffire.

Cependant, nous avons convenu, la directrice générale, la responsable administrative et financière, la comptable du service et moi-même, dans le cadre de la réunion de consolidation du BP avant son vote par le conseil d'administration, de ne présenter des effectifs supplémentaires, en mesures nouvelles, que pour Louhans. Si la file active chalonaise augmentait dans des proportions importantes, nous solliciterions alors des moyens supplémentaires. Cette décision nous apparaissait logique en tant que gestionnaire et qui plus est dans un contexte budgétaire volontiers qualifié de « contraint », sous réserve qu'elle soit validée par le conseil d'administration.

Forts de cette analyse et de cette décision nous avons présenté le tableau des effectifs supplémentaires, en mesure nouvelle, lié à l'implantation à Louhans et à l'augmentation de l'activité générale. Celui-ci prévoyait un mi-temps chef de service, un mi-temps médical, un mi-temps secrétariat, un ETP travailleur social et un ETP infirmier. Nous avons ensuite, dans le cadre du comité de direction (rassemblant les deux cadres déjà cités et moi-même), répertorié le matériel nécessaire aux examens cliniques et au stockage des produits à usage médical (celui installé dans les anciens locaux étant soit amorti soit mis en service au sein du CSAPA principal). Il s'agit des coffres forts pour entreposer les médicaments, notamment ceux classés stupéfiants, d'un fauteuil de

⁵⁴ Il n'existe pas, en la matière, de références, d'indicateurs, de ratios d'encadrement officiels. Une enquête de l'Inspection Générale des Affaires Sociales commandée par la ministre de la santé, afin d'évaluer le dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives, a rendu ses conclusions en février 2014. Les inspecteurs, s'ils proposent d'engager une réflexion sur les modalités d'un financement harmonisé des CSAPA, ne préconisent pas, à ce jour, l'introduction de tels critères.

prélèvement sanguin, d'un lit d'examen, de réfrigérateurs pour les vaccins et certains traitements, etc.

Nous avons également recensé les outils techniques de type ordinateurs, serveurs informatiques, logiciel professionnel comportant le dossier de l'utilisateur etc.

J'ai étudié les locaux hébergeant nos activités. J'ai déjà évoqué l'exiguïté de ceux de Chalon-sur-Saône qui impose un déménagement. A Louhans, les locaux restent à trouver.

J'ai effectué un premier cahier des charges des locaux à Louhans et Chalon-sur-Saône. Cette version comportait une estimation grossière des surfaces nécessaires, de l'agencement et des caractéristiques des bâtiments de façon à étudier le coût d'une location et d'un achat, les deux cas de figure étant envisagés. Les cahiers des charges ont, par la suite et en réunion avec l'ensemble de l'équipe, été affinés. Le nombre d'espace de travail, leur affectation et les caractéristiques qu'ils devaient présenter pour accueillir et prendre en charge ont été arrêtés.⁵⁵

Sur la base de ces deux cahiers des charges, j'ai missionné la comptable afin qu'elle effectue une première approche du coût moyen des loyers en contactant les agences immobilières des deux villes.

Nous disposions déjà dans le budget d'une ligne pour payer les locations mobilières des locaux des anciens sites. Cet argent sera employé à payer les nouveaux loyers. Mais pour calculer le budget nécessaire au logement du CSAPA principal et du CSAPA secondaire au BP et la soumettre à l'ARS, il nous fallait calculer la somme totale.

Ces projets relatifs à l'effectif professionnel, aux locaux, au matériel et à la logistique ont été présentés à la responsable administrative et financière de l'association ainsi qu'à la directrice générale afin d'être validés avant d'être soumis à l'ARS. J'ai inscrit ces sujets à l'ordre du jour de la réunion du 2 octobre destinée à dimensionner la réorganisation sur la base d'un premier état des lieux.

Jusqu'à présent, dans notre secteur, ce que nous nommons dans notre jargon professionnel « le retour de budget », c'est-à-dire les indications de l'autorité de contrôle et de tarification sur ce qu'elle retient ou rejette de ce que nous proposons dans le cadre du BP, est tardif. Il peut même être reçu en exercice clos c'est-à-dire en début d'année civile suivante.

Aussi, pour ne pas être trop en décalage entre le prononcé de la décision de sectorisation, sa communication, et les premières mesures visant à sa concrétisation, j'ai proposé à la directrice générale et à l'ARS d'engager quelques actions.

⁵⁵ Ces documents ont été finalisés sur la base des recommandations AFNOR NFX 35-102 – Décembre 1998 « Conception ergonomique des espaces de travail en bureaux » et de l'INRS

Pour ce faire, il nous fallait disposer d'emblée de quelques moyens supplémentaires sans attendre le budget exécutoire.

La recherche de locaux nécessite du temps. Or, les professionnels étant tous engagés dans la réorganisation, il nous était impossible de dégager du temps. J'ai donc sollicité l'autorisation de l'ARS pour embaucher une professionnelle, en contrat à durée déterminée au regard de la surcharge de travail liée à la réorganisation, en la missionnant à mi-temps sur la recherche de locaux. Cette autorisation nous a été donnée en fin d'année 2012. J'ai procédé à l'embauche d'une assistante sociale missionnée à mi-temps sur la recherche de locaux et à mi-temps sur l'aide à la réorientation des usagers sur les anciens sites et à l'accueil des nouveaux, en soutien à l'équipe.

La période débutant au milieu du mois de septembre et s'achevant en fin d'année 2012 a été consacrée à organiser l'arrêt de nos activités, à communiquer sur cette situation, à identifier les conditions budgétaires nécessaires à la reconfiguration du dispositif et à préparer les professionnels et les usagers à la suite.

Dans le contexte de cette période de transition, nous pouvons déployer notre stratégie de développement des compétences sur les territoires.

3.2.2 La conduite du projet au plan managérial et des ressources humaines.

L'une de mes hypothèses de travail est qu'un accompagnement adapté des professionnels permettra une confirmation de leurs compétences et l'acquisition de nouvelles. Ce travail de (re) positionnement aura un impact sur l'évolution de leur identité professionnelle.

Pour élaborer un plan d'action opérationnel en la matière et affiner la question de la nature des compétences à s'adjoindre et à consolider, je me suis appuyée sur les travaux de Guy LE BOTERF.

Il identifie les composantes de la professionnalité parmi lesquelles :

- les axes de professionnalisme : portant sur la construction et l'organisation du corpus de ressources,
- les « schèmes opératoires mobilisables » : ressources et expériences auxquelles les professionnels peuvent avoir recours en fonction des situations rencontrées,
- un savoir sur la pratique : une faculté de « réflexivité », de « distanciation critique » par rapport aux représentations, aux manières de faire et de penser.

Il me paraît donc important d'intervenir sur les compétences individuelles mais aussi collectives.

L'outil privilégié est la formation. J'en distingue trois types :

- la formation théorique et magistrale : qui répond aux besoins d'acquisition de connaissances sur un sujet ; elle est liée à un apprentissage et crée les conditions

favorables à l'appropriation d'une discipline, de sa mise en œuvre et de son esprit. Elle constitue le socle de l'identité professionnelle.

- la formation à visée opérationnelle, dont l'objectif est d'enrichir les compétences des professionnels d'outils, de techniques, leur permettant de renforcer la pertinence de leur action et de la faire évoluer
- le travail sur le positionnement professionnel : du registre du savoir-être.

Je propose d'utiliser la formation comme outil d'évolution collective et individuelle.

Parmi les problématiques les plus couramment rencontrées mais pour lesquelles nous n'étions pas spécialisés, l'alcoolisation et l'alcoolisme sont prégnantes. Il nous fallait donc nous préparer à prendre en charge ces manifestations. Je choisis donc de concentrer l'effort de formation d'abord sur ce sujet.

➤ La formation comme levier de compétence collective et individuelle

Au moment de l'élaboration du plan de formation associatif en fin d'année civile 2012, j'avais positionné une formation collective à l'attention de l'équipe pluridisciplinaire. Mon but, à l'époque, était de pré-réserver une place et une somme pour avoir les moyens de dérouler une action de formation en 2013. Le plan de formation est révisable à tout moment de l'année à condition de respecter l'enveloppe financière allouée. Mais, nous pouvons modifier les contenus en respectant la procédure réglementaire.

En mars 2013, j'ai animé une réunion d'équipe pluridisciplinaire sur la question de la formation, en tant que facteur d'évolution vers une prise en charge et une identité généraliste. Les membres de l'équipe souhaitaient unanimement recevoir une formation théorique et à visée opérationnelle, leur permettant d'intervenir de la façon la plus adaptée en alcoologie, auprès du public concerné par cette problématique.

Le SDIT étant lui-même organisme de formation, nous sommes organisés à l'interne pour recevoir et traiter les demandes de formation extérieures. J'ai donc délégué à l'assistante sociale référente de l'action de formation l'élaboration d'un cahier des charges adapté aux besoins et aux demandes de formation de l'équipe. Une autre réunion pluridisciplinaire, animée par le chef de service lui a permis de réunir les éléments nécessaires.

Au mois d'avril 2013, elle a présenté le projet de cahier des charges aux membres de l'équipe. Il a été validé par eux et m'a été soumis. Je l'ai confirmé à mon tour. Cette formation de perfectionnement pratique en alcoologie intitulée « Le déni en alcoologie » avait deux objectifs : s'approprier les méthodes et outils supports à la prise en charge du public en situation problématique avec l'alcool et travailler l'articulation médico-psycho-sociale au sein du CSAPA.

L'intervenante choisie avec l'organisme de formation était médecin addictologue, intervenant dans un CSAPA anciennement CCAA. Pour des raisons de disponibilité de

cette professionnelle, cette action de formation ne pouvait se dérouler avant la fin de l'année civile.

J'ai donc décidé, en concertation avec le chef de service et le médecin responsable, de ne pas attendre cette formation pour établir une communauté de pratiques et de savoirs au sein du CSAPA.

Nous ne disposons pas encore d'une GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences) au sein du service ni au sein de l'association. J'ai cependant pu faire le point sur les compétences internes de notre organisation lors de ma rencontre individuelle avec chacun de mes collaborateurs en fin d'année. Le service disposait d'une capitalisation d'expériences en matière d'accompagnement de toutes les addictions que j'ai proposé de partager, de diffuser afin d'augmenter les compétences collectives.

Les deux médecins du SDIT interviennent à temps partiel, l'autre partie de leur activité est libérale et généraliste. Ils ont une pratique de l'alcoologie dans ce contexte qui n'est certes pas transférable au CSAPA mais dont ils peuvent exposer les outils et méthodes.

L'une des infirmières a antérieurement exercé en service d'addictologie à l'hôpital. Différemment de ce qu'elle a découvert en intégrant le SDIT, la majorité de sa file active était composée de personnes présentant une problématique principale avec l'alcool.

Ainsi l'équipe de direction a établi une séquence de formation intitulée : « du spécialiste au généraliste, n'y a-t-il qu'un pas ? » dans la continuité d'une journée d'étude qui s'est tenue le 11 décembre 2012. Celle-ci était destinée à poser les premiers repères et modes opératoires pour réorienter les usagers vers les autres dispositifs et accueillir les nouveaux. Quatre temps de formation interne et pluridisciplinaire se sont déroulés au cours des mois de mai et juin 2013, dans une logique d'organisation apprenante. Les médecins et l'infirmière ont construit des supports théoriques et méthodologiques, les ont présentés à leurs collègues qui les ont enrichis de leurs propositions et expériences.

Cette démarche a marqué un tournant dans l'appropriation de nos missions. En effet, l'évaluation de cette séquence de formation réalisée auprès des salariés et avec eux a conclu, je cite : « nous sommes en capacité de commencer à prendre en charge toutes les addictions ».

L'organisation apprenante a un effet sur la motivation et l'implication des individus.

La motivation est littéralement ce qui pousse à l'action, les motifs à faire.

L'implication est la résultante de la relation que le professionnel a avec son métier, son service, son équipe. Les psychosociologues lient l'implication à trois facteurs :

- le sentiment d'utilité : qui se fonde sur le constat que la personne fait de sa contribution à la mission, elle voit ce qu'elle fait,
- le sentiment de fierté : à appartenir à telle organisation,
- le travail accompli : avec qualité et dans les temps.

La politique managériale de l'organisation apprenante est probante en ce sens qu'elle permet de dégager le potentiel d'un système, de le faire naître, le mettre à la portée de tous, et consolider le savoir. Certains managers parlent d'organisation agile. Elle participe à concrétiser le potentiel donc à le rendre réel et accessible.

Guy LE BOTERF démontre que la performance, c'est-à-dire le résultat attendu, est obtenue grâce à la combinaison des compétences, du contexte et des motivations.

A ce stade de la conduite du projet, les compétences sont en cours d'évolution, les motivations sont réactivées, reste la question du contexte d'intervention : le territoire et le public.

3.2.3 L'implantation territoriale de l'activité généraliste

Implanter une activité est autrement plus complexe qu'emménager sur un territoire. Il s'agit de rendre le service pour lequel nous sommes missionnés par l'ARS, donc de s'en donner les moyens. En tant qu'offreur de soins, nous devons nous rendre visibles de façon à être connus, et utiles de façon à être reconnus.

Le processus d'implantation territoriale comporte deux cibles : les populations et le partenariat.

Il m'a paru important de déployer notre action sur le territoire de la Bresse Bourguignonne dès que nous serions en mesure de le faire, c'est-à-dire dès que nous pourrions dégager des moyens humains pour investir le secteur. L'idéal aurait été de disposer des réponses budgétaires, notamment sur la question des effectifs professionnels et du niveau du loyer, mais, au mois de mars 2013, ce n'était pas le cas. Or, la ville de Louhans ne disposait plus de réponse médico-sociale en addictologie depuis la fin de l'année 2012, puisque l'ANPAA 71 avait fermé sa structure à cette période.

Les réactions des professionnels, des institutionnels et des usagers qui nous parvenaient étaient négatives ou suspicieuses à l'endroit du service. Pourquoi le SDIT n'était pas présent à Louhans alors qu'il avait été désigné comme compétent sur ce secteur ?

Certaines remarques formulées à mes collaborateurs comme à moi-même visaient à nous imputer la responsabilité de la situation, insinuant que nous aurions voulu nous substituer à l'ANPAA alors que des pratiques professionnelles communes satisfaisantes étaient établies.

Ces réactions, légitimes du point de vue des professionnels, des personnalités politiques et de la population, puisqu'ils ne maîtrisent pas l'ensemble du processus, sont difficiles à recevoir pour l'équipe comme pour le comité de direction et les représentants associatifs. Cependant, il est important de respecter les phases liées à la réorganisation pour ne pas se disperser et être en mesure de remplir pleinement nos missions.

C'est ce que j'ai rappelé régulièrement lors des temps de communication routinière auprès de l'équipe, rappelant aux professionnels les raisons qui nous avaient amené à phaser cette réorganisation et les outillant à répondre à ces interpellations.

De mon côté, je fournissais à ces mêmes interlocuteurs les explications utiles lors des temps de communications officielles.

Dès le mois de mars 2013, nous avons été en mesure de préparer le plan d'action lié au déploiement de notre intervention sur le secteur à partir de Louhans.

La majorité de l'équipe étant encore occupée à réorienter les usagers des anciens sites, nous avons commencé à travailler sur ce plan d'action à quatre : le chef de service, le médecin responsable, l'assistante sociale recrutée et moi-même.

Deux actions ont été conduites en parallèle : l'identification du partenariat et la recherche des locaux.

Les partenaires clés ont été identifiés selon une classification en trois catégories : les pharmaciens, les médecins généralistes libéraux et les professionnels du secteur social.

Les objectifs opérationnels étaient de rencontrer chaque partenaire pour leur présenter les missions du service, et commencer à élaborer des modalités de collaboration et d'orientation des publics.

Concernant les recherches de locaux, l'assistante sociale a déposé le cahier des charges aux agences immobilières et a commencé à visiter des bâtiments.

Les rencontres partenariales ne relevant pas de la visite de courtoisie mais ayant vocation à établir les bases du travail inter disciplinaire, j'ai décidé qu'elles seraient assurées par un binôme composé de l'assistante sociale et d'une infirmière.

Tout au long du mois de mai 2013, j'ai animé les réunions d'équipes pluridisciplinaires afin de travailler sur le déploiement du dispositif généraliste sur la totalité du secteur, dont la Bresse Bourguignonne.

La stratégie de développement consiste à proposer une intervention sectorisée, contextualisée, donc à terme, à constituer des équipes restreintes qui assureront la prise en charge sur sites. Mais cette stratégie ne cherche pas à former des entités autonomes, intervenant indépendamment les unes des autres. Ce pour deux raisons : la première tient au projet d'établissement et au projet de soin, unique et valable sur tous les lieux d'exercice ; la deuxième à la question de l'image et de l'identité du service, l'unité est un élément constitutif de cette identité et doit être entretenue.

Cette stratégie a légitimé le fait que nous débutions l'action à Louhans, sans attendre la réception du budget exécutoire et malgré le fait qu'aucun de mes collaborateurs n'ait souhaité s'engager sur ce territoire de façon durable. Mais, conscients des enjeux pour le service, désireux de les relever et de nouveau motivés par l'action, beaucoup m'ont déclaré être disponibles pour engager les démarches à Louhans.

La stratégie de déploiement global sur le secteur vise deux catégories, comme exposé en début de ce chapitre, le partenariat et le public.

Au cours du mois de mai 2013, j'ai donc proposé la mise en place de consultations avancées. Cette modalité d'intervention, contenue dans la circulaire du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA, consiste à avancer le dispositif au plus près des populations qui en ont besoin mais qui ne font pas la démarche vers lui. L'objet n'est pas de déplacer le lieu du soin mais de faciliter la prise de contact, favoriser le repérage des comportements problématiques et engager une évaluation des comportements avec les usagers.

Cette proposition « d'aller vers » remplit le double objectif de s'adresser aux partenaires, puisque le SDIT intervient « chez eux », et aux usagers, et présente le double avantage de communiquer sur la fonction généraliste et d'établir des procédures de travail inter institutionnel qui participeront à légitimer le service et son savoir-faire.

Au cours des réunions du mois de mai nous avons constitué les binômes, sur la base des souhaits que les professionnels avaient formulés lors des entretiens individuels.

L'équipe intervenant à Louhans est en partie constituée et en partie à recruter. Elle est composée de l'assistante sociale récemment embauchée et d'une autre assistante sociale disposant de plus de dix ans d'ancienneté dans le service, qui s'est régulièrement formée en addictologie et qui présente de grandes compétences dans la formalisation de réseaux partenariaux et de pratiques concertées. Ces deux profils nous ont paru, au chef de service et à moi-même, tout à fait correspondre aux enjeux de légitimation sur ce territoire. Ce noyau sera accompagné de deux infirmières qui se relayeront pour débiter l'intervention, dans l'attente de la confirmation de recrutement de nouveaux infirmiers.

De juin à septembre 2013, 41 médecins bressans, 20 pharmaciens de Louhans et des environs et une trentaine d'institutions sociales, médico-sociales, psychiatriques et services jeunesse ont été rencontrés.

Ces rendez-vous, assurés par un binôme assistante sociale-infirmière, ont permis de présenter les missions du service, l'évolution de ses pratiques, d'établir les bases d'un travail commun permettant une prise en charge des usagers et facilitant le parcours de soin addictologique sur le territoire. Dans la continuité, nous avons organisé une soirée thématique « Toxicomanie, médicaments de substitution et conduites d'alcoolisation » le 24 septembre 2013 réunissant l'ensemble de ces partenaires. Cette action de formation/information nous permettait de nous positionner en tant qu'intervenants généralistes tout en apportant une plus-value, notre expertise dans la clinique des toxicomanies, jusqu'alors absente du territoire.

Notre limite était matérielle, ne disposant pas de locaux nous ne pouvions recevoir les personnes susceptibles de nous être orientées. Mais un effet inattendu l'a transformé en avantage. En effet cette situation a créé une proximité avec nos partenaires. Il est aisé

d'orienter vers une structure en laissant coordonnées et courriers, mais en l'absence de toute matérialisation institutionnelle, il est nécessaire que les acteurs entretiennent des liens inter individuels, favorables à l'établissement de pratiques de travail communes et à la reconnaissance du rôle de chacun.

En outre, une mobilisation de la municipalité a abouti au prêt de locaux nous permettant de disposer d'un point d'attache transitoire à Louhans. Le service a donc été légitimé et reconnu comme un acteur important du territoire.

En octobre 2013, nous avons trouvé un local. N'ayant pas reçu le budget exécutoire, je me suis tournée vers les services de l'ARS pour leur demander une validation du montant annuel du loyer. Obtenue fin novembre 2013, le président de l'association a signé le bail en décembre.

Nous n'avons pu disposer des locaux et en prendre possession qu'à la fin du mois d'avril 2014, suite à une longue période de travaux.

Le budget exécutoire, validant le tableau des effectifs pour le CSAPA secondaire de Louhans, a été reçu fin novembre 2013.

Nous avons recruté le premier infirmier à mi-temps en août 2014. Nous n'aurions pu l'accueillir avant de disposer des locaux, et à cette période, le médecin responsable des activités médicales a démissionné du service, ce qui a entraîné un retard dans les recrutements. Nous éprouvons aujourd'hui des difficultés à recruter deux mi-temps infirmiers (un temps plein assuré par une seule personne ne pouvant satisfaire à notre obligation de continuité des soins) ; nous avons relancé l'offre à deux reprises.

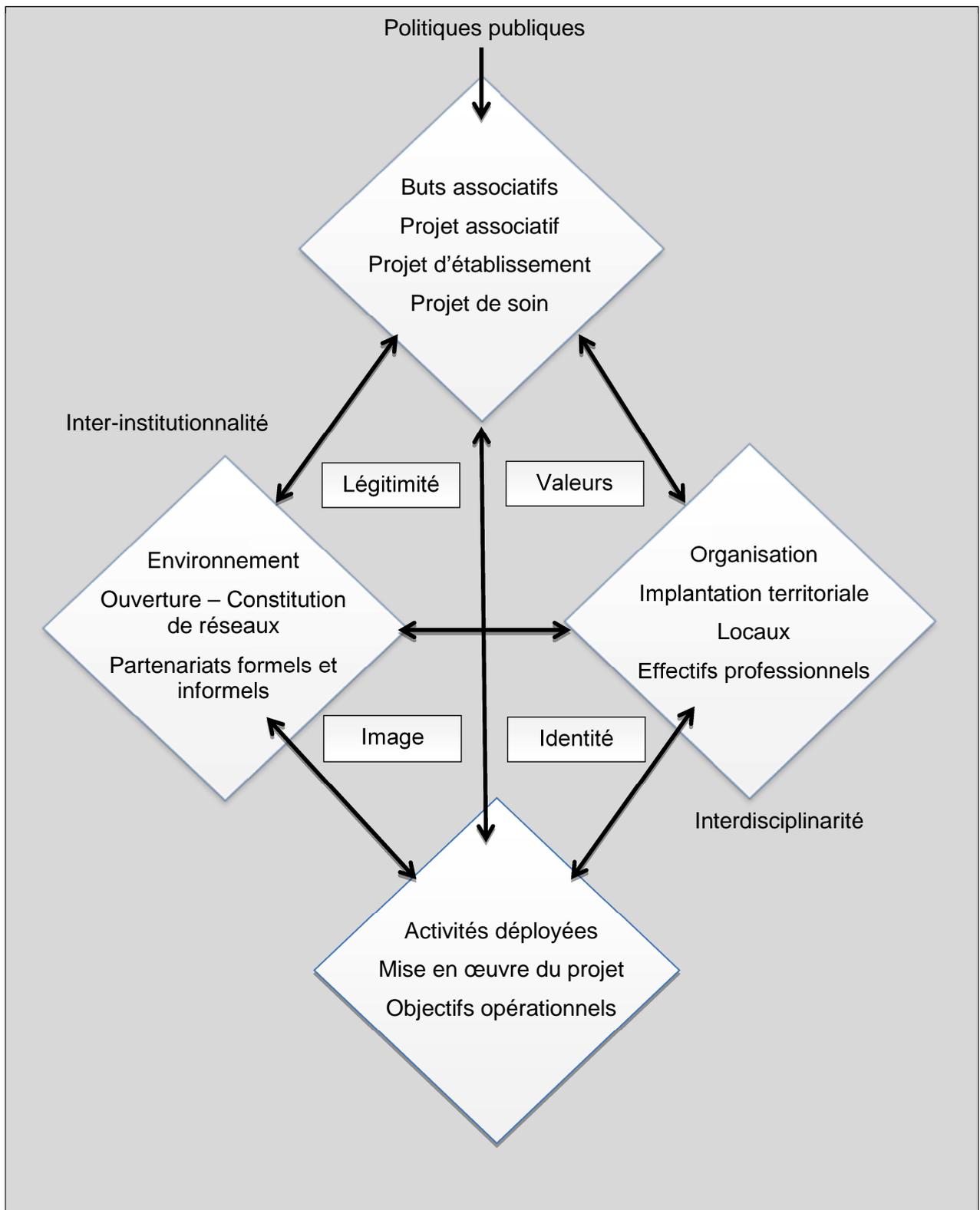
A l'heure où j'écris ces lignes, le CSAPA secondaire basé à Louhans n'est pas encore totalement pourvu de son effectif. Pour autant l'activité est réelle et implantée depuis un an. Cette période nous permet de dresser les premiers éléments d'évaluation du dispositif et de projeter les critères d'évaluation à moyen et long terme.

3.3 Les éléments d'évaluation du projet d'implantation et de l'évolution clinique.

L'évaluation est consubstantielle à la conduite de projet, elle est transversale à la démarche. Afin d'identifier les différents domaines d'évaluation, j'ai utilisé comme outil le Diamant de MARCHESNAY (du nom du professeur émérite de l'université de Montpellier ayant adapté ce modèle provenant du secteur industriel au secteur médico-social).

3.3.1 Les critères d'évaluation du projet

Evaluation du projet



Les pierres du diamant sont reliées les unes aux autres, les éléments sont solidaires les uns des autres puisque l'ensemble est serti. Les flèches qui relient chaque ensemble permettent une lecture dynamique et rappellent que chaque pierre interagit avec les autres.

Ce schéma me permet, tout au long du processus, d'évaluer chaque composante du projet afin de vérifier que sa déclinaison opérationnelle réponde bien aux objectifs, tout en garantissant la stratégie s'ensemble.

J'identifie deux types d'évaluation :

- l'évaluation binaire : qui consiste à vérifier que l'objet est réalisé ou non réalisé
- l'évaluation complexe : qui prend en compte plusieurs facteurs quantitatifs et qualitatifs pour nous permettre de mesurer et d'apprécier l'atteinte des objectifs.

La définition de critères nous permet d'évaluer l'atteinte des objectifs recensés dans le diamant ci-dessus au plan :

- De leur effectivité : les composantes du projet sont-elles en place ? Sont-elles réalisées ? Dans quelle mesure ?
- De son efficience : le résultat est-il atteint au meilleur coût ?
- De sa performance : le résultat obtenu correspond-il au résultat attendu ?

L'évaluation binaire concerne les aspects matériels et ressources humaines.

A ce jour nous pouvons valider l'acquisition des locaux du CSAPA secondaire à Louhans.

Le recrutement des professionnels est en partie réalisé et se poursuit.

Dans le registre de l'évaluation complexe, j'ai répertorié, dans le tableau suivant, quelques indicateurs nous permettant d'apprécier le niveau d'atteinte des objectifs. A ce stade de mise en œuvre, ces indicateurs ne sont pas exhaustifs.

Evaluation complexe		
	Indicateur quantitatif	Indicateur qualitatif
Organisation / Implantation en Bresse Bourguignonne	<p>90 institutions et professionnels de santé et du secteur social rencontrés</p> <p>Participation d'une vingtaine de partenaires à la soirée d'information « Toxicomanie, médicaments de substitution et conduite d'alcoolisation »</p> <p>Consultations assurées par un binôme assistante sociale/infirmière 2 fois par semaine</p> <p>Rencontre entre la directrice et le maire, entre la directrice et le député. Participation à une émission radiophonique locale Articles dans le journal local</p> <p>Constitution d'une file active</p>	<p>Présentation du CSAPA généraliste, missions, pratiques.</p> <p>Elaboration commune des critères et modalités d'orientation des publics : pour informations, évaluations, prise en charge</p> <p>Installation de consultations avancées</p> <p>Communication officielle et événementielle sur l'installation du CSAPA généraliste pour faciliter l'identification et le recours</p>
Effectifs professionnels / Ressources humaines et compétences généralistes	Composition de la file active : nombre de personnes et types d'addictions	Pratique d'une prise en charge généraliste, de toutes les addictions
Activités / Mise en œuvre CSAPA généraliste	<p>Consultations assurées par un binôme assistante sociale/infirmière 2 fois par semaine</p> <p>Composition de la file active : nombre de personnes et types d'addictions</p>	<p>Installation de consultations avancées</p> <p>Pratique d'une prise en charge généraliste, de toutes les addictions</p>
Partenariats / Environnement	<p>Nombre de personnes orientées et origine de l'adressage</p> <p>Nombres de sollicitations externes</p>	<p>Constitution de partenariats formels et informels avec les professionnels de santé et du secteur social</p> <p>Sollicitation du partenariat pour avis et conseil</p>
Projets associatif / d'établissement / de soin		Ces projets actualisés intègrent la prise en charge généraliste des addictions sur le territoire de la Bresse Bourguignonne

Ce tableau nous donne une vision du niveau de réalisation des objectifs au moment où je rédige ce travail.

3.3.2 Une évaluation au long cours

L'évaluation est un outil de régulation et d'aide à la décision. Elle est donc intégrée au processus global car elle permet mesurer les écarts entre ce qui est et ce qui doit être. Au-delà de la mesure de l'écart, elle permet d'analyser, de comprendre, d'intégrer des données nouvelles ou jusque-là non encore identifiées, d'ajuster.

Ce tableau ne répertorie donc pas les stades intermédiaires qui ont néanmoins fait l'objet d'évaluation intermédiaire formalisée.

Par exemple la séquence de formation et de transmission de savoirs qui s'est déroulée au sein de l'équipe dans une dimension d'organisation apprenante, comme la mise en place de l'action de formation inscrite au plan annuel ont fait l'objet d'une évaluation. Celle-ci m'a permis d'évaluer, avec l'équipe et l'intervenant, l'acquisition de connaissances et d'outils nécessaires à l'évolution des compétences généralistes des salariés. Mais aussi leur adhésion à la transformation de leurs pratiques, leur niveau d'assurance dans l'adoption d'un positionnement professionnel un peu différent, leurs capacités à s'acculturer et leur niveau de satisfaction quant à l'accompagnement proposé.

Ce type d'évaluation intermédiaire m'a aidé à ajuster les conditions de mise en œuvre du dispositif pour, in fine, apprécier à l'aide d'indicateurs idoines l'effectivité de la prise en charge généraliste.

Après avoir précisé ces questions de méthodes et pour revenir à l'évaluation globale, nous constatons qu'un même indicateur nous permet d'apprécier la réalisation d'un même domaine. Cette observation conforte l'affirmation selon laquelle les domaines ou thématiques identifiées s'interpénètrent au service de l'objectif général.

Il est, à ce jour, difficile d'évaluer les quatre notions enserrées par le diamant, qui constituent son noyau dur et que sont la légitimité, les valeurs, l'identité professionnelle et l'image du service. Cependant, nous pouvons obtenir quelques éléments en nous intéressant à la composition de la file active.

En une année, de juin 2013 (début des consultations avancées) à juin 2014, 61 personnes ont été suivies sur le territoire de Louhans ; 56% consultaient pour un problème d'alcool, 25% pour un problème de stupéfiants, 3% pour une addiction sans substance (le pourcentage manquant s'explique par une absence de renseignement de l'activité en début d'intervention). L'observation de la composition de la file active nous indique que le service a bien exercé une activité généraliste.

80% du public a été orienté par des partenaires du tissu social et des professionnels de santé. Nous pouvons donc nous autoriser à penser que le service est désormais légitime

à intervenir, même s'il serait important de recueillir des éléments qualitatifs en interrogeant les usagers et les professionnels pour évaluer leur niveau de satisfaction quant au service rendu.

Mais, à ce stade, nous pouvons affirmer que l'image du service, son identité de CSAPA généraliste est acquise puisque ses partenaires naturels lui adressent les publics qui relèvent de son action.

Les éléments d'appréciation dont nous disposons aujourd'hui nous amènent à penser que l'évolution de l'identité professionnelle des intervenants du SDIT s'est opérée, dans le cas contraire, la morphologie de la file active serait différente.

Parmi ces indicateurs, je relève les éléments de langage. Le langage nomme notre réalité, il la définit mais il ne la crée pas. L'évolution du langage et de ses éléments est donc le signe d'une appropriation de l'activité et des missions.

Or nous notons une évolution des éléments de langage des salariés du SDIT, dans le sens d'une diversification. L'augmentation des compétences, l'ouverture des pratiques intégrant la prise en charge d'autres problématiques, s'accompagnent d'un élargissement du vocabulaire pour prendre en compte la diversité de l'activité traitée.

Cette observation constitue un premier indicateur qualitatif de l'évolution de l'identité professionnelle.

A ce stade de mise en œuvre du projet nous ne disposons que de quelques éléments d'évaluation. Ils nous confirment cependant l'atteinte des objectifs à court terme, à un an, et la pertinence de nos hypothèses de travail.

Le projet d'implantation territoriale et de prise en charge généraliste des addictions qu'il nous revient de conduire fait partie d'un projet plus conséquent contenu dans le Programme Régional de Santé (PRS) de l'ARS Bourgogne 2010-2014.

Je l'ai évoqué en première partie de ce document, la sectorisation des activités du SDIT fait partie d'une logique de réorganisation départementale de l'offre de soins médico-sociale addictologique qui vise à faciliter le parcours de soins.

L'évolution de l'ancien CSST SDIT et de l'ancien CCAA ANPAA 71 vers un accompagnement généraliste sera évaluée au regard de leur file active. Une valeur, posée à titre indicatif et non normatif, figure dans le SROMS. Elle indique que la dimension généraliste sera considérée atteinte lorsque que le CSAPA SDIT comptabilisera 30% de problématique d'alcoolisation comme demande principale dans sa file active. En 2013, nous recensons 27% de demande de prise en charge mettant en cause l'alcool comme produit principal, confirmant ainsi une atteinte de l'objectif posé par la politique de santé publique régionale.

A l'instar des autres ESMS et conformément à la réglementation, le SDIT va prochainement s'engager dans la démarche d'évaluation interne de ses activités.

L'évolution vers une activité généraliste et l'implantation d'un CSAPA secondaire en Bresse Bourguignonne seront évalués dans le cadre de cette démarche.

Conclusion

La réforme de l'addictologie a entraîné un important remaniement. Pour le secteur médico-social, la sortie du domaine d'exception nous a confrontés aux logiques institutionnelles et concurrentielles ainsi qu'à la nécessité de nous adresser à d'autres publics. Dans un milieu marqué par une forte tradition militante, ce fut un choc des cultures.

La réorganisation territoriale qui s'est ensuivie, prescrite et contrainte, a eu pour conséquence de modifier notre monopole clinique en monopole géographique.

J'ai moi-même été impactée par cette nouvelle réalité, mais, en tant que dirigeante j'ai appris que la survie impose un changement permanent et continu, éprouvant notre capacité d'adaptation.

J'avais donc la responsabilité d'engager une évolution vitale pour notre institution, qui comportait un objectif consensuel : améliorer le recours aux soins et le parcours de soins des publics présentant une problématique addictive.

Mettre en place une telle réorganisation implique des modifications profondes. Au-delà de l'évolution d'un système c'est la mutation d'une culture et d'une identité professionnelle, celles des intervenants qui ont construit leurs pratiques et postures à partir de figures cliniques et de problématiques spécifiques qu'il faut accompagner.

Les conduites addictives sont du registre de l'intime, elles font partie de l'individu, même si elles peuvent se rendre visibles dans la sphère publique. Quand l'Homme et l'objet fusionnent, le processus de soin consiste à dé-fusionner. Cet enjeu est porté par les professionnels qui ont développé une expertise importante pour intervenir de la façon la plus adaptée.

La construction d'un accompagnement adapté et graduel a donc permis aux professionnels du SDIT d'évoluer vers une prise en charge de toutes les addictions. Confirmant ainsi mon hypothèse : les spécificités liées à l'accompagnement de chaque problématique addictive peuvent s'acquérir pour peu que l'on travaille avec la personne plus que sur son symptôme.

M'appuyant sur les travaux des sociologues des organisations j'ai pu aborder le changement dans sa complexité, me gardant d'appliquer un modèle, d'imposer une solution visant à une opérationnalité à court terme. Je me suis parfois retrouvée dans la situation paradoxale de résister à l'immédiateté, problématique centrale du public addict.

Passant outre la crainte de rencontrer des résistances, j'ai compris l'intérêt et l'avantage de prendre en compte le construit subjectif de ces professionnels, pour faire évoluer la pratique, la posture et l'identité.

Cette stratégie a permis de créer une cohésion d'équipe suffisante pour nous permettre d'approcher le territoire désigné ; un territoire que nous avons appréhendé comme un organisme vivant, en tension entre deux états : se protéger des intrusions, et lorsqu'elles surviennent, les intégrer au système

Ce travail m'a permis d'instaurer les conditions et les bases d'une reconfiguration du dispositif. Mais il nous faudra rapidement y associer le public en le consultant sur l'offre de soins proposée.

Mon inscription dans la dynamique de formation CAFDES a été un atout indéniable pour aborder cette conduite de changement et répondre aux enjeux institutionnels. Outre les apports théoriques et méthodologiques, les enseignements m'ont permis d'adopter la nécessaire posture de distanciation qu'impose le pilotage d'une telle évolution.

Les premières évaluations nous confirment que nous sommes en voie d'atteindre nos objectifs, ce qui participe à vérifier mes hypothèses. A l'heure où nous sommes engagés dans un processus de formalisation d'un CPOM, au cours duquel nous allons effectuer une évaluation interne et actualiser le projet de service, cette évaluation positive est un atout.

Mais, au-delà de notre projet, de notre dispositif, notre stratégie et notre plan d'action, c'est également la réforme de l'addictologie qui va être évaluée.

La consécration de la terminologie « addictions » a eu un effet positif indéniable sur l'image des toxicomanes, qui y ont gagné en citoyenneté. Pour autant la mise en œuvre d'une clinique généraliste des addictions passe-t-elle par la création de dispositifs généralistes ?

En d'autres termes, la réponse organisationnelle unique sert-elle la pertinence de l'action ?

L'état français dispose de deux législations parallèles pour prendre en compte les problématiques addictives : la loi de santé publique et la loi pénale. La première s'est réformée pour donner un statut identique à tous les comportements addictifs, avec ou sans produit psycho-actif, et faciliter le recours aux soins et à la réduction des risques. C'est une évolution importante dans laquelle d'autres pays se sont engagés. Certains, cependant, sont allés encore plus loin en réformant également leurs dispositions pénales.

Bibliographie

OUVRAGES

CHAIZE, J., 1994, *La porte du changement s'ouvre de l'intérieur, Les trois mutations de l'entreprise*, éditions Calmann-Lévy, 258 p.

CROZIER, M., FRIEDBERG, E., 1977, *L'acteur et le système, Les contraintes de l'action collective*, Paris, éditions du Seuil, 500 p.

DURKHEIM, E., 2004, *De la division du travail social*, coll. Les grands textes, éditions PUF, 416 p.

FOUDRIAT, M., 2011, *Sociologie des organisations*, 3^{ème} édition, Pearson, 372 p.

LATOUCHE, S., 2004, *La mégamachine*, collection recherches/M.A.U.S.S., coédition La découverte/M.A.U.S.S., 204 p.

LE BOTERF, G., 2010, *L'ingénierie et l'évaluation des compétences*, 6^{ème} édition, Les Editions d'Organisation, 606 p.

MINTZBERG, H., 1982, *Structure et dynamique des organisations*, collection Références, éditions d'Organisation, 440 p.

MOREL, A. / éd., 2010, *L'aide-mémoire d'addictologie en 46 notions*, Paris : Dunod, 442 p.

SAINSAULIEU, R., 2014, *L'identité au travail*, 4^{ème} édition, Sociétés en mouvement, SciencesPo Les presses, 604 p.

ARTICLES DE PERIODIQUE

BONELLI, L., PELLETIER, W., décembre 2009, « Comment vendre à la découpe le service public, De l'Etat-providence à l'Etat manager », *Le Monde diplomatique*, p. 19-21.

FOUQUET, P., novembre 1951, « Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme », *Évolution Psychiatrique*, n°2, p 231- 262.

GOODMAN, A., 1990, "Addiction: definition and implication", *British Journal of Addiction*, n°85, p 1403-1408.

RAVON, B., DECROP, G., ION, J., LAVAL, C., VIDAL-NAQUET, P., septembre-octobre 2008, « Usure des travailleurs sociaux et épreuves de la professionnalité », *Les Cahiers de l'Actif*, n°388-389, p.211-242.

TOVAR, M.L, LE NEZET, O., BASTIANIC, T., octobre 2013, « Perceptions et opinions des français sur les drogues », *Tendances*, OFDT.

RAPPORTS et RECOMMANDATIONS

MILDT, Plan gouvernemental contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, février 2008, Collection des rapports officiels, La documentation française.

MILDT, Rapport RASCAS, Septembre 2001,
www.daadd.fr/sites/daadd.cpm.aquisante.priv/.../RapportRascas2001.pdf

PARQUET, J.P., Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives, usage, usage nocif, dépendance, 1998, Education pour la santé pour mieux vivre, Dossiers techniques, CFES.

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

CONTRIBUTIONS

LEYS, V., De la gouvernance des établissements à la gouvernance des territoires, janvier 2010, 16 p.

SITES INTERNET

www.rgpp.modernisation.gouv.fr

www.aideauxprofs.org/index.asp?

www.ofdt.fr/

www.drogues.gouv.fr.

www.sante.gouv.fr

www.alternatives-economiques.fr

www.irdes.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Communiqué de presse partenariat Sauvegarde 71 – ANPAA 71

Annexe 2 : Organigramme CSAPA SDIT

Annexe 3 : Rétro planning relatif aux étapes du projet

Annexe 4 : Courrier ARS d'information aux institutions



Chalon-sur-Saône,
Jeudi 19 février 2010

« Communiqué de presse »

**Signature de la Convention de partenariat entre
la Sauvegarde 71 et l'ANPAA 71**

**Mise en place prochaine de *Centres de soins,
d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)***

Le 19 février à 15 h 00, dans les locaux du siège de l'association Sauvegarde 71, la convention de partenariat établie sous la coordination de la Ddass entre la Sauvegarde 71 pour son service SDIT et l'ANPAA 71 a été officiellement signée par les deux Présidents.

Dans le cadre de la création des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et de l'adoption du schéma régional d'addictologie 2009-2011, cette convention formalise une collaboration des deux associations pour une prise en charge des personnes nécessitant des soins en addictologie sur la Saône-et-Loire.

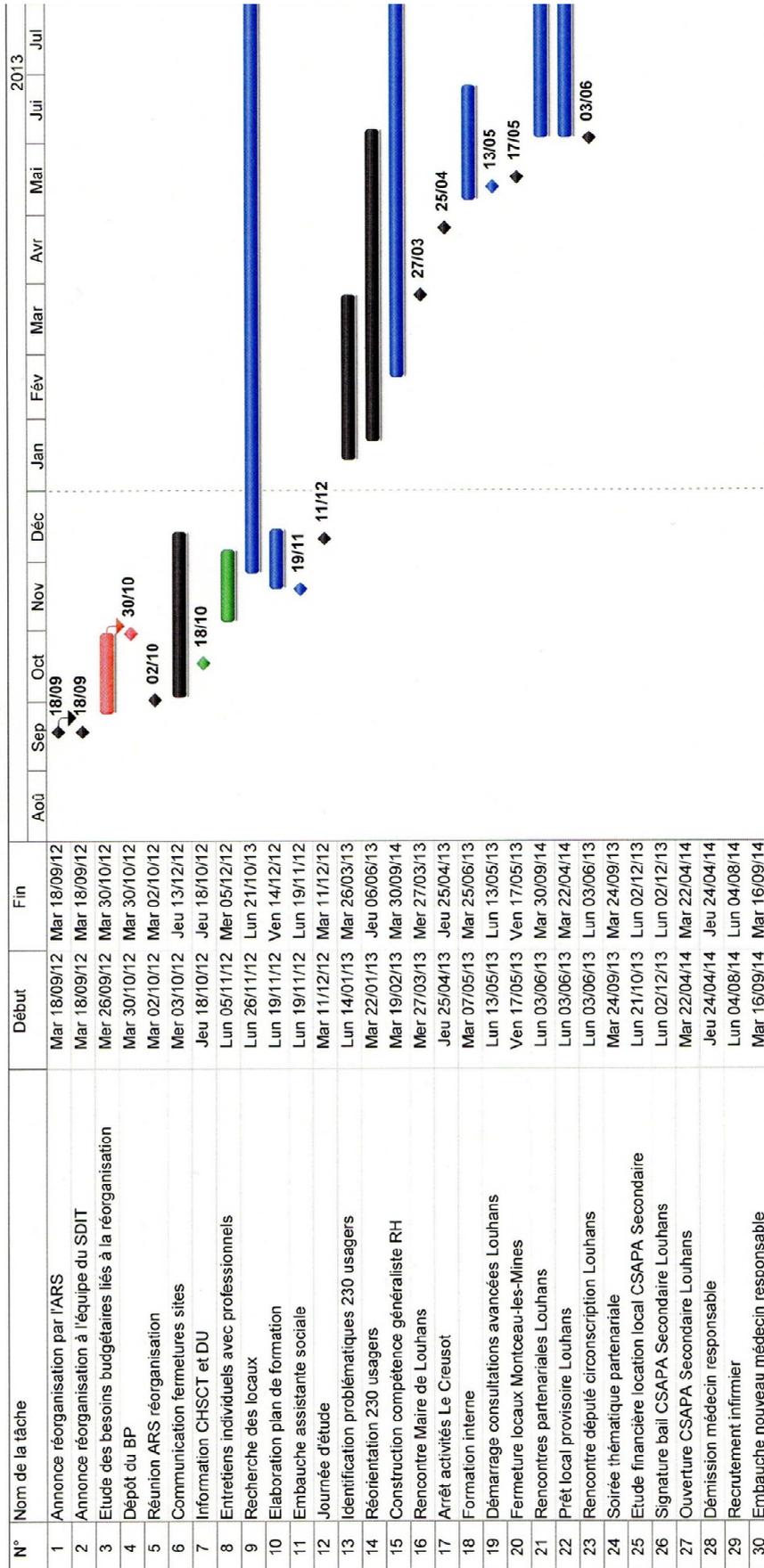
Les compétences du SDIT en matière d'accompagnement des personnes souffrant d'addiction aux substances illicites (produits stupéfiants), et celles de l'ANPAA 71 concernant les substances psycho actives licites (alcool et tabac), seront mieux articulées pour une prise en compte plus complète du territoire.

Dans ce contexte, le SDIT et l'ANPAA 71 ont vocation à devenir, chacun, *Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)* et à assurer un service de proximité plus qualitatif en matière de santé publique.

Contact presse

- Monsieur Christian EMILIANI
Président de l'association Sauvegarde 71
- 18, quai Gambetta
71 100 Chalon-sur-Saône
- Téléphone : 06.89.93.28.51
- Adresse électronique : christian.emiliani@ifitel.net

Etapes du projet



Aspects liés à la communication
Aspects budgétaires
Prévention risques psycho-sociaux
Plan de développement et implantation Louhans

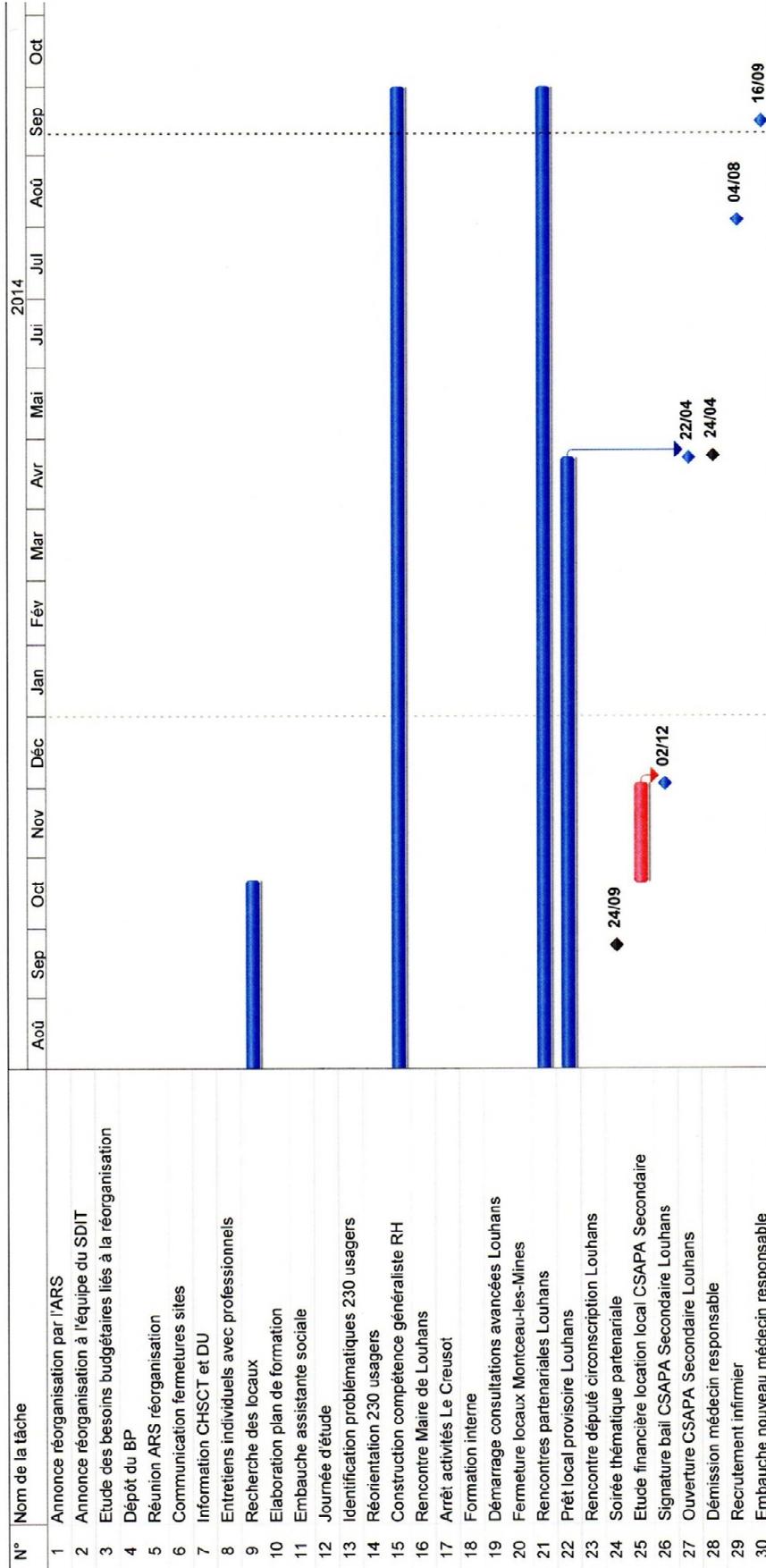
Tâche

- Fractionnement
- Avancement
- Jalons
- Récapitulative

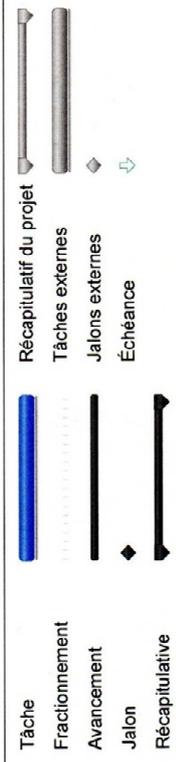
Récapitulatif du projet

- Tâches externes
- Jalons externes
- Échéance

Etapas du projet



Aspects liés à la communication
Aspects budgétaires
Prévention risques psycho-sociaux
Plan de développement et implantation Louhans





Mâcon, le 9 octobre 2012

**DELEGATION TERRITORIALE
DE SAONE ET LOIRE**
Direction

Affaire suivie par : N. PLISSONNIER
Courriel : ARS-DT71-DELEGATION-TERRITORIALE@ars.sante.fr

Téléphone : 03.85.21.67-11
Télécopie : 03.85.21.67.99

Monsieur le Maire,

Conformément à son Projet Régional de Santé, l'ARS met en œuvre la réorganisation du dispositif de prise en charge médico-sociale des personnes confrontées aux addictions en Saône-et-Loire.

Nous souhaitons vous donner les éléments nécessaires à la compréhension des avantages de ce nouveau dispositif.

Cette réorganisation concerne les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ils ont pour mission d'offrir des soins et un accompagnement à toute personne consommant des substances psychoactives, (licites ou illicites, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage), ou souffrant d'une addiction sans substance (jeu, écrans...).

Dans ce cadre, les deux associations spécialisées en addictologie, gestionnaires d'un CSAPA en Saône-et-Loire (l'ANPAA 71 et La Sauvegarde 71) se verront confier la responsabilité d'organiser la prise en charge globale des patients souffrant d'addiction et de développer une politique de prévention sur un territoire qui lui sera attribué.

Cette nouvelle organisation territoriale garantit une plus grande lisibilité du dispositif, tant pour les usagers que pour l'ensemble des partenaires.

Chaque personne concernée par une addiction, quel que soit son parcours, disposera ainsi d'un point d'entrée sur un territoire, visible par tous, accessible, et proposant, en proximité, une prise en charge adaptée.

Monsieur Rémy REBEYROTTE
Maire - Président de la Communauté de Communes de l'Autunois
Conseiller Général
Hôtel de Ville
BP 133
71 403 AUTUN CEDEX

ARS Bourgogne 2 place du Savoir - 21 000 DIJON
Standard : 08 20 20 85 20

Elle facilitera également l'articulation entre le dispositif médico-social et les dispositifs sanitaire et ambulatoire. Cette articulation et la coordination des différents acteurs de soins sont des facteurs fondamentaux pour optimiser la qualité des prises en charge et pour assurer une continuité dans le suivi des personnes.

Cette réorganisation n'entraînera pas de diminution de moyens. Dans la mesure du possible un soutien pourra être apporté aux associations en fonction des besoins reconnus pour sa mise en œuvre.

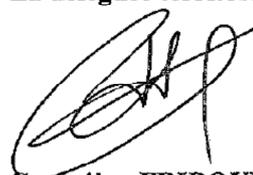
Vous trouverez, joint à ce présent courrier, les zones d'intervention de l'association La Sauvegarde 71 et celles de l'ANPAA 71 telles qu'elles doivent se mettre en place à compter du 1^{er} janvier 2013.

Afin de faciliter la mise en œuvre de ce nouveau dispositif, je vous remercie de vous adresser, pour toute collaboration ou projet d'intervention, à l'association compétente sur le périmètre géographique concerné.

Mes services restent à votre disposition pour tout éclairage relatif à cette nouvelle organisation.

Je vous remercie de votre collaboration et vous prie d'agréer, Monsieur le Maire, l'expression de ma considération distinguée.

**Pour la directrice générale,
La déléguée territoriale,**



Geneviève FRIBOURG

Copies :

- au coordonnateur Atelier Santé Ville (ASV),
- à Monsieur le Directeur de la direction cohésion sociale urbaine ville d'Autun

DELORME

Catherine

Septembre 2014

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**

ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTESS de Bourgogne-IRTS de Franche-Comté

Conduire l'implantation d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie pour améliorer le recours des publics au dispositif. Le double enjeu d'une inscription territoriale et d'une évolution clinique.

Résumé :

Le SDIT, Centre Spécialisé de Soins aux toxicomanes, sorti du secteur d'exception pour entrer dans le secteur médico-social, doit engager une évolution de ses pratiques et sa clinique pour prendre en charge toutes les addictions.

Le développement de cette mission généraliste s'accompagne de la création d'une structure secondaire sur un territoire inconnu de l'institution.

Ces deux objectifs doivent être conduits concomitamment de façon à proposer une offre de soin généraliste de proximité au plus tôt.

Le préalable à cette opérationnalité est une réorganisation structurelle, clinique et identitaire importante.

Il s'agit d'élaborer une stratégie d'évolution interne et tournée vers l'environnement. L'accompagnement au changement déployé auprès des professionnels vise à acquérir les compétences généralistes, à instaurer une communauté de pratiques, s'approprier de nouveaux outils et méthodes, et à expérimenter ces pratiques avec les partenaires du territoire.

Cette réorganisation du dispositif, vise, in fine l'utilisateur, et l'amélioration de l'accès aux soins en addictologie.

Mots clés :

ADDICTIONS, ALCOOLOGIE, TOXICOMANIE, REFORME, PERFORMANCE, EVOLUTION, IDENTITE PROFESSIONNELLE, TERRITORIALITES, PARTENARIATS, DEVELOPPEMENT, LEGITIMITE, COMPETENCES, PARCOURS SOIN

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.